



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LA TRANSEXUALIDAD EN
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

TUTOR:
ANTONIO PIGNATIELLO

AUTORA:
ALEJANDRA QUIROZ

CARACAS, JULIO DE 2019



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

**SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LA TRANSEXUALIDAD EN
PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL**

(Trabajo especial de grado presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Psicología).

Tutor:
Antonio Pignatiello

Autora:
Alejandra Quiroz¹

Caracas, julio de 2019

¹ Alejandra Quiroz. Estudiante de Psicología Universidad Central de Venezuela. Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: alejandraquiroz186@gmail.com

Agradecimientos

A Dios, por ser mi pilar en momentos de profunda soledad.

A mi abuelo, por brindarme un espacio en su hogar durante los últimos años y apoyarme en la finalización de la carrera.

A mi tutor, el profesor Pignatiello, por asesorarme, desde la paciencia y la firmeza.

A mis padres, familiares, amigos y compañeras de trabajo que me acompañaron durante la realización de la tesis.

A los terapeutas que amablemente apartaron un espacio en su agenda para participar en el presente proyecto.

Significados asociados a la transexualidad en profesionales de la salud mental

Alejandra Quiroz

alejandraquiroz186@gmail.com

Julio 2019

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo comprender los significados asociados a la transexualidad a partir del discurso de especialistas de la salud mental. La muestra estuvo conformada por expertos pertenecientes a distintas disciplinas de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) y a distintas corrientes teóricas, lo cual permitió una triangulación interdisciplinaria de participantes. El enfoque que enmarcó la investigación es de tipo cualitativo, y el método usado el hermenéutico. Se utilizó un diseño emergente y como instrumento de recolección de datos se aplicó la entrevista semiestructurada, mediante la cual se indagó sobre tópicos como experiencias de acercamiento de los terapeutas a personas transexuales, postura teórica y personal hacia el tema, y opinión sobre la despatologización; con el fin de comprender los significados subyacentes al discurso. Posterior a la transcripción de las entrevistas, se procedió al análisis de los datos según los criterios propuestos por Martínez (2008). La información fue estructurada en 5 dimensiones y 19 categorías, las cuales reflejaron una tendencia a la apertura y despatologización de la transexualidad en profesionales de la salud mental. De igual forma se evidenció, de manera explícita e implícita, la presencia de estereotipos y prejuicios, así como expectativas relacionadas a la heteronormatividad y expresión de género en el discurso de los especialistas. Se hace especial énfasis en la relación dialéctica existente entre la sociedad y el terapeuta.

Palabras clave: transexualidad, transgénero, psicoterapeutas, disforia de género, despatologización, esterotipos, prejuicios.

Meanings associated to Transsexuality in Mental Health Professionals

Alejandra Quiroz

alejandraquiroz186@gmail.com

July 2019

Abstract

This study aims to understand the meanings associated with transsexuality from the discourse of mental health specialists. The sample consisted of experts from different disciplines of mental health (psychologists and psychiatrists) and different theoretical currents, which allowed an interdisciplinary triangulation of participants. The approach that framed the research is qualitative, and the method used hermeneutic. An emerging design was applied and the semi-structured interview was applied as a data collection tool, which allowed the author investigate topics such as experiences of approaching transgender people, theoretical and personal posture towards the issue, role of society and opinion on depathologization; in order to understand the meanings underlying the discourse. After the transcription of the interviews, the data were analyzed according to the criteria proposed by Martínez (2008). Data was structured into 5 dimensions and 19 categories, which showed a tendency to openness and depathologization of transsexuality in mental health professionals. Likewise, the presence of stereotypes and prejudices, as well as expectations related to heteronormativity and gender expression in the discourse of specialists, was evident. Special emphasis is placed on the dialectical relationship between society and the therapist.

Keywords: transsexuality, transgender, psychotherapists, gender dysphoria, depathologization, stereotypes, prejudices.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico-referencial.....	3
2.1. El género.....	3
2.2. La transexualidad en la historia.....	5
2.3. Origen de la transexualidad.....	8
2.4. Transitando hacia la terminología Trans.....	9
2.5. El proceso de transexualización.....	14
2.6. ¿Por qué genera sufrimiento estar “del otro lado”?.....	16
2.7. La transexualidad desde la perspectiva clínica.....	17
2.8. Lo dinámico.....	21
2.9. Patologización vs despatologización.....	24
2.10. Psicoterapia en la disforia de género.....	25
2.11. Prejuicios, discriminación y estigma.....	28
III. Planteamiento del Problema.....	31
3.1. Justificación de la investigación.....	34
IV. Objetivos.....	35
4.1. Objetivo General.....	35
4.2. Objetivos Específicos.....	35
V. Método.....	36
5.1. Justificación metodológica.....	36
5.2. Definiciones relevantes.....	36
5.3. Participantes.....	39
5.4. Diseño.....	43
5.5. Recolección, procesamiento y análisis de datos.....	43
5.6. Procedimiento general.....	45
VI. Significados asociados a la transexualidad en profesionales de la salud mental.....	47
6.1. El terapeuta y la transexualidad.....	49

6.1.1. Conceptos e ideas asociadas a la transexualidad.....	49
6.1.2. Factores que influyen en la expresión de la identidad transexual.....	64
6.1.3. Experiencias de acercamiento a la transexualidad.....	66
6.1.4. Interrogantes sobre la transexualidad.....	70
6.1.5. La transexualidad como “moda”.....	73
6.1.6. Respuestas emocionales que se generan en el terapeuta.....	75
6.2. La sociedad como agente facilitador u obstaculizador de procesos en el transexual.....	79
6.2.1. Cómo lo ve la sociedad.....	79
6.2.2. Reacciones emocionales que se activan en la sociedad ante lo transexual.....	82
6.2.3. Características que perpetúan el pensamiento dominante.....	85
6.2.4. Sufrimiento.....	88
6.2.5. Creación de vías de apertura a la diversidad sexual.....	91
6.3. La sociedad como modulador de creencias en el terapeuta.....	94
6.3.1. La sociedad y el terapeuta.....	94
6.3.2. Estereotipos y prejuicios en el terapeuta.....	96
6.4. Patologización y despatologización.....	102
6.4.1. Los tests psicológicos.....	109
6.4.2. Determinantes en la visión del terapeuta.....	110
6.5. Elementos psicoterapéuticos.....	111
6.5.1. Hacia la competencia cultural.....	111
6.5.2. Terapias correctivas.....	116
6.5.3. Competencias clínicas.....	117
6.5.4. El psicólogo como puerta de acceso.....	120
VII. Conclusiones.....	122
VIII. Limitaciones y Recomendaciones.....	125
IX. Referencias.....	126
X. Anexos.....	132
Guía de entrevista.....	133

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Cuadro de la Diversidad sexual</i>	12
Tabla 2. <i>Datos de los participantes</i>	41

Índice de figuras

Figura 1. <i>Esquema de dimensiones</i>	48
Figura 2. <i>Ciclo del rechazo</i>	85

I. Introducción

Uno de los elementos que distingue a la especie humana de las otras existentes reside en que aquélla no se rige solo por lo instintivo, no sigue únicamente las leyes de “lo natural”, sino que sus acciones están permeadas por la cultura. La cultura impone convenciones sociales y lo que caiga por fuera de eso, tiende a ser rechazado, condenado, juzgado.

La sexualidad no escapa a este funcionamiento, sino que por el contrario es un área de la vida donde se nota claramente la interacción dialéctica individuo-sociedad, que se entrelazan como un bucle, formándose la una a la otra. A través de la cultura se establece una pauta de lo que está permitido y lo que no, lo que es bien visto y lo que no, lo que es esperable y lo que no.

Lo que no es bien visto tiende a ser lo que se escapa o se “desparrama” por fuera de los límites creados: por ejemplo las orientaciones sexuales “alternativas” así como las identidades no conformes con el género asignado, parecen evidenciar algo con lo que la sociedad preferiría no tener que lidiar.

Al ir en dirección opuesta a la normatividad y correspondencia sexo-género, las personas transexuales se enfrentan a un camino, en ocasiones doloroso, lleno de prejuicios y discriminación. El discurso social imperante, dictado por una cultura que “lee el género a través del cuerpo”, puede colarse de manera inadvertida hacia el terreno de lo científico, facilitando así procesos como el de patologización de determinadas conductas que amenazan el status quo.

Desde su incorporación como categoría diagnóstica en el terreno de la salud mental en 1968, la transexualidad ha atravesado un camino espinoso de controversias, donde por un lado algunos -en una suerte de “el fin justifica los medios”- aprueban su patologización para que aquéllas personas que así lo requieran puedan acceder más fácilmente a la transición hacia el género con el que se identifican. Por otro lado, los movimientos de derechos humanos acotan que el deseo que puede tener una persona no conforme con su género, de modificar su cuerpo, obedece a su necesidad de encajar en un modelo dicotómico hombre-mujer que no acepta otras posibles combinaciones sexo-género.

Dentro de esta diatriba, los especialistas de la salud mental juegan un papel trascendental, ya que son ellos – junto a especialistas de otras áreas- quienes tienen el

deber de acompañar a la persona trans (transgénero o transexual) en el viaje hacia el descubrimiento y aceptación de su propia identidad, para lo cual deberán hacer uso de sus competencias psicoterapéuticas, tanto clínicas como culturales.

Por tal razón, resulta imprescindible conocer las perspectivas teóricas, psicoterapéuticas y personales, desde las cuales se posicionan un grupo de psicoterapeutas venezolanos respecto al tema de la transexualidad, con el fin de interpretar los significados subyacentes en su discurso.

II. Marco teórico-referencial

“No descubrí en ningún momento que era un niño, yo descubrí en un momento de mi vida que me trataban como si yo fuese una niña” (Palabras de Mateo, Trans masculino, extraído de Telemundo Entretenimiento, 2018).

2.1.El género

El término género fue introducido por John Money, psicólogo y médico neozelandés, en el año 1955 para hablar de lo masculino y lo femenino desde lo cultural, más allá de las diferencias biológicas. Su definición del rol de género se basa en “lo que una persona dice o hace lo que revela su estatus como niña o niño, mujer u hombre, y eso incluye estereotipos de masculinidad y feminidad” (Álvarez, Antuña, Husni, Klainer, Mozzi y Nitzcaner, 2016, p.1).

Más adelante, Robert Stoller en su intento de dar un diagnóstico a aquellas personas que tenían cuerpos anatómicamente masculinos pero se sentían mujeres, introduce la distinción entre sexo y género, surgiendo así el concepto de “identidad de género”. En este sentido, el “sexo” de una persona quedaría vinculado a criterios biológicos y el “género” a la convicción subjetiva de pertenencia. Se llegó a la conclusión de que el género entonces puede coincidir o no con el sexo biológico, como lo demuestran los casos de transexualismo expuestos en su obra de 1968 “Sexo y género”, donde sujetos que habiendo nacido con los caracteres anatómicos de un sexo manifestaban pertenecer al sexo contrario. Posteriormente, en los años 70, el género pasa a tener un nuevo significado, empleándose para hacer referencia a determinados comportamientos, actividades, papeles que formarían parte de lo femenino y lo masculino, y que estarían sujetos a ciertas construcciones sociales/culturales (Álvarez y cols., 2016).

A partir de allí, se pueden encontrar tres posturas respecto al género: la primera, sostiene que el género está ligado indefectiblemente a la diferencia sexual. La segunda, contraria a la anterior, considera al género como una construcción socio-cultural independiente de la diferencia sexual. Y una tercera basada en estudios etnográficos, que sostiene la existencia de multiplicidad de géneros que no pueden ser

explicados por un modelo dualista (femenino-masculino); esta última está representada por la perspectiva deconstructivista de Judith Butler, uno de los referentes teóricos del movimiento *queer* (Álvarez y cols., 2016).

El *género* se usa para denotar el rol público (y normalmente el reconocido legalmente) que se vive como hombre o mujer; considerando que los factores biológicos son los que contribuyen, en interacción con los factores sociales y psicológicos, al desarrollo del género; postura que difiere respecto a algunas teorías constructivistas sociales (Asociación American de Psiquiatría, 2014).

Según la perspectiva de estudios de género, el mismo es definido como “un sistema de clasificaciones socialmente construido que adscribe cualidades de masculinidad y feminidad a las personas” (Universidad Diego Portales, s.f., p. 2). Y que además puede cambiar a través de tiempo y diferir entre culturas. El género es definido como el conjunto de roles, expresiones, identidades, comportamientos y más, que son usualmente **asignados** a las personas en base a la apariencia de sus características sexuales al nacer. De esta forma se identifica a la persona en su nacimiento categorizándolo dentro de un sistema binario de género, el cual otorga dos opciones: hombre o mujer, según los indicios del sexo biológico que posea.

Según la perspectiva de género, éste es considerado como una construcción social e histórica de lo que significa ser hombre o mujer según las expectativas de la sociedad, lo cual será singularizado por la clase social, etnia, raza, grupos de edad, etc.; a partir de las diferencias biológicas de los sexos (Huggins, 2005). Esto implica que el género se construye a partir de lo relacional, lo intersubjetivo, haciendo que lo femenino y lo masculino interactúen de una determinada forma en una cultura y momento histórico particular. Al respecto Huggins (2005) puntualiza: “las estructuras de género son elaboradas por los seres humanos en su devenir histórico y no naturales como se pensaba; por ende son aprendidas y transformables” (p. 15).

Huggins (2005) concuerda con la idea de que el sexo biológico ha sido el punto de partida para determinar el género de la persona, lo cual ha sido mantenido principalmente por la visión médica, la cual a diferencia de las teorías Constructivistas sociales, le da una preponderancia central a los factores biológicos en la conformación del género. Sin embargo, esta autora afirma que lo sexuado del cuerpo no es lo configurará el género de la persona; sino que será el elemento que

indicará a los portadores de la cultura bajo qué identidad de género deberán socializar al recién nacido, según las pautas y expectativas de la sociedad.

En tal sentido, Judith Butler afirma: “El género no es el resultado causal del sexo ni aparentemente prefijado o estable, como el sexo” (1990, c.p. Huggins, 2005, p. 18). A la par que Marta Lamas nos alerta: “Los dos conceptos son necesarios: no se puede ni debe sustituir sexo por género. Son cuestiones distintas. El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico” (1996, c.p. Huggins, 2005, p. 18).

2.2.La transexualidad en la historia

Para la edad antigua el ejercicio de la sexualidad contemplaba un conjunto de prácticas diversas, que incluían la homosexualidad y el transexualismo, las cuales se consideraban normales, y en ocasiones eran valoradas y veneradas. En ciertas culturas, la diversidad sexual era un fenómeno conocido y aceptado, y en ocasiones vinculado a dioses de la mitología. Muestra de ello se encuentra en los indígenas Berdaches, quienes asumían conductas, vestimentas, apariencias y actividades netamente femeninas, llegando incluso, a ser nombrados como chamanes de la tribu. Otros antecedentes se encuentran en las hijras de la India, las muxes zapotecas, los two-spirits nativos americanos, las kathoeys tailandesas, las fa’afafines de Polinesia o los takatapuis maoríes donde la identidad transexual no era considerada un problema (Missé y Coll-Planas, 2010).

Sin embargo durante la edad media, con la expansión y establecimiento de la religión cristiana como postura dominante, cualquier expresión de la sexualidad que no estuviese enmarcada en la heterosexualidad y que no tuviese como objetivo la conformación de la familia según los parámetros tradicionales, resultó condenada. Fue así que las prácticas homosexuales, así como las transexuales, entre otras, se consideraron aberrantes, extrañas o enfermas (Hernáiz, 2007, c.p. Arenas y Gómez, 2009; Missé y Coll-Planas, 2010; Vélez, 2008, Simons, 2005 y Pérez, 2008, c.p. González, Guzmán, Unigarro y Zea, 2016).

Lo anterior no impidió el hecho de que muchas personas se atrevieran a vivir o intentar vivir, como personas de otro sexo, aún sin ningún tipo de ayuda médica o terapéutica. Tales fueron los casos de James Barry (1795-1865), quien fuera cirujano

de la Armada inglesa, y quien a su muerte proclamó que era una mujer; William Sharp (1855-1905), que en la última década de su vida se hizo llamar “Fiona MacLeod”, y comenzó a escribir con este nombre dando a conocer su verdadera identidad a su muerte. Por su parte, la doctora Mary Walker sirvió en el ejército de los Estados Unidos en la guerra civil y reclamó en el Congreso el derecho a llevar pantalones, lo cual le costó la exclusión social. Aunque para este momento no existía diferenciación entre la transexualidad y el travestismo, los retratos de estas vidas sirven para demostrar que la transexualidad existía desde mucho antes de que una cirugía pudiera cambiar el sexo anatómico de una persona (Bullough, 1998, c.p. García y De Dios, 2000).

Para algunos especialistas de la salud mental, la obra “Psychopatia Sexualis” de 1886, perteneciente a Richard von Krafft-Ebing, sentó las bases de la patologización de cualquier práctica de la sexualidad humana que no se ajustara a los cánones preestablecidos, abriendo el espacio para la definición de toda una gama de “aberraciones sexuales” tales como la homosexualidad masculina e instalando el uso de términos como el sadismo, masoquismo o fetichismo, usados hasta el día de hoy (Martínez y Martínez, 2018). A este autor se le atribuye a la formulación de una escala de inversiones sexuales, la cual incluía desde el “hermafroditismo psicosexual” hasta la “metamorfosis sexual paranoica” (Estudios del Psicoanálisis y Psicología, s.f, c.p. Arenas y Gómez, 2009).

Sin embargo, el término transexual aparece por primera vez en la literatura profesional en el trabajo de Hirschfeld en 1923, bajo el rótulo de transexualismo psíquico o transexualismo del alma. En éste todavía no se había hecho una distinción entre travestismo, homosexualidad afeminada y transexualismo (García y De Dios, 2000).

Para el año 1931, Abraham describe el primer caso de un paciente en el cual se realizó una intervención quirúrgica de reasignación de sexo. “Psychopathia transsexualis” fue el término que se acuñó para referirse al transexualismo en 1949, cuando Cauldwell describió un caso clínico en el cual una chica deseaba ser chico (Bergero, Cano, Giraldo, Esteva, Ortega, Gómez y Gorneman, 2004).

En la década de los 50, C. Hamburger llevó a cabo la primera operación exitosa de este tipo, publicando luego junto a otros autores la historia de la “conversión de sexo” de Georges Jorgensen realizada en Dinamarca. Dicha

intervención tuvo una difusión importante en los medios de comunicación, lo cual contribuyó al auge del término “transsexual” tanto en el ámbito profesional como público, como una manera de referirse a aquellas personas que vivían o aspiraban vivir en un papel de género anatómicamente contrario, tanto si habían recibido o no, tratamiento hormonal o quirúrgico (Chiland, 1999, c.p. Bergero y cols., 2004; Leiva, Alaminos y del Pino, 2017).

Será recién en 1953 cuando el término aparece en el vocabulario médico, introducido por el endocrinólogo Harry Benjamin, quien planteó la posibilidad de aliviar la angustia de los pacientes mediante el tratamiento hormonal junto a diversas intervenciones quirúrgicas. Este autor piensa la transexualidad bajo la concepción de estadios, partiendo de ciertos estadios de travestismos hasta los transexuales de alta identidad (Frignet, 2003; Sauvagnat, 2013, c.p. García y De Dios, 2000). De la concepción de este médico surgen las terapias modernas que requerirán que se haya pasado por etapas anteriores antes de confirmar la certeza transexual. Benjamín sostenía lo siguiente:

Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen a otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos) lo mismo que los secundarios (pene y el resto) son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano debe cambiar. (Benjamin, 1966, c.p., Bergero y cols., 2004, p. 10)

Este autor expresó en una de sus conferencias la diferencia entre sexo y género: “Sexo es lo que se ve. Género es lo que se siente. La armonía entre ambos es esencial para la felicidad humana” (p. 10, Bergero y cols., 2004).

Un “error de la naturaleza”, es el término que introduce Alby en 1956 para referirse al sexo anatómico de quienes “normalmente constituidos, tienen el sentimiento de pertenecer al sexo opuesto y demandan una transformación morfológica (...) para corregir lo que consideran como un error de la naturaleza” (p.128, García y De Dios, 2000).

Muy tempranamente los psicoanalistas se interesarían en estas manifestaciones, siendo Robert Stoller, quien realizó el primer esfuerzo de ubicar el término Transexualismo como categoría clínica en 1968, definiéndolo como:

La convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo. (Stoller, 1968, c.p. Bergero y cols., 2004, p. 11)

En su libro *Sex and Gender*, Stoller diferencia al transexual del travesti y del homosexual masculino; siendo el transexual el único que no se siente cómodo, o al menos desea pertenecer a la otra identidad (García y De Dios, 2000).

2.3.Origen de la transexualidad

Dentro del conjunto de hipótesis que intentan explicar el origen de la transexualidad, las tres principales son la psicosocial, la biológica y la mixta (Gómez, Esteva y Fernández-Tresguerres, 2006, c.p. Missé y Coll-Planas, 2010).

La primera de ellas, **la psicosocial**, propuesta por John Money, señala que la apariencia de los genitales del recién nacido determinará el “sexo asignado”, el cual guiará las conductas y expectativas de los adultos que rodean al niño, lo que reforzará la identificación “apropiada” del individuo. Según esta hipótesis, la transexualidad resultaría de un “modelo inadecuado de aprendizaje” debido a “la ausencia del refuerzo de conductas del rol sexual o a una interpretación errónea de esta información” (Gómez y cols., 2006, c.p. Missé y Coll-Planas, 2010, p.47). Esto se relaciona con la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura y Walters, Lynn y Mischel, la cual sostiene que los individuos aprenden a ser masculinos o femeninos a partir de la comunicación y la observación durante los primeros años de vida (Boada, Atance, Joda, Montanuy, Oller, Rocafort, Vendrell y Coroleu, 2014).

Por su parte, la hipótesis basada en factores **biológicos** es una de las más aceptadas dentro de los modelos que buscan explicar la transexualidad (Boada y cols., 2014). En tal sentido la transexualidad es entendida como una alteración en el proceso

de diferenciación sexual del cerebro que se produce en la gestación del feto por un posible desajuste entre el desarrollo genital del mismo durante los dos primeros meses de embarazo, y el desarrollo cerebral, que empieza en la segunda mitad del embarazo.

Esta postura se refleja en la siguiente afirmación: “Condicionantes culturales y de aprendizaje no hay (...) es como si en un transexual femenino hay suficientes hormonas masculinas para masculinizar su cuerpo pero no han masculinizado su cerebro” (Entrevista a psicóloga clínica, c.p. Missé y Coll-Planas, 2010, p. 47).

Algunos autores sostienen que la influencia hormonal puede ser distinta al tratarse de dos procesos temporalmente independientes, lo cual causaría una predisposición cerebral para la transexualidad, que puede favorecerse o atenuarse por la interacción con factores ambientales, principalmente sociales y educativos (Boada y cols., 2014; Aznar y Tudela, 2017). Con respecto al influjo genético, actualmente no existe evidencia científica que indique la presencia de algún gen específico responsable de la transexualidad, en otras palabras, no hay pruebas de que esta condición sea genéticamente determinada.

Por su parte, la hipótesis **mixta** plantea una etiología multifactorial de la transexualidad, la cual surgiría como expresión de la compleja interacción entre factores biológicos y ambientales (psicológicos y sociales) que actúan tanto antes como después del nacimiento y que se inscriben en lo biológico (Missé y Coll-Planas, 2010; Gizewski, Krause, Schlamann, Happich, Ladd, Forsting et al., 2009, c.p. Aznar y Tudela, 2017).

En tal sentido, no es posible descartar que el origen del transexualismo sea variado, por lo que cada caso concreto se podría explicar a partir de alguna de las teorías descritas, dependiendo de las características intrínsecas y particulares que se presenten (Boada y cols., 2014).

2.4. Transitando hacia la terminología Trans

Antes de proseguir, resulta pertinente introducir algunas precisiones terminológicas necesarias para comprender el fenómeno de la transexualidad.

Cuando se habla de **sexo asignado**, se hace referencia al **sexo biológico** de una persona, el cual se refiere a la configuración reproductiva, genética, genital, hormonal y cromosómica que diferencia a las personas como machos, hembras o intersex*

(antiguamente llamados intersexuales). Se le califica como “asignado”, principalmente desde la perspectiva de género, ya que es otorgado al nacer (Fundación Todo Mejora, 2017). Por su parte, desde una perspectiva biomédica se afirma que el sexo no es “asignado” sino que ya viene configurado desde antes del nacimiento, específicamente desde el momento de su concepción, cuando ocurre el sobrecruzamiento cromosómico tras la fecundación. Esto implica que desde los primeros estadios evolutivos del embrión, éste ya cuenta con una identidad sexuada, identificada como femenina o masculina, la cual permanecerá inalterada durante la vida del individuo (Aznar y Tudela, 2017).

En esta misma línea, es necesario hacer la distinción entre **Transgénero** y **Transexual**, aunque ambos términos se agrupen bajo la categoría “Trans”: las personas Transgénero son aquellas cuyo sexo biológico no se corresponde con su identidad de género y que **no** desean alterar los caracteres sexuales con los que nacieron. Por su parte, las personas Transexuales son aquellas “cuyo sexo biológico no se corresponde con su identidad de género (transgénero), y han iniciado un proceso de transición biomédico y psicológico (puede incluir cirugía y tratamientos hormonales) hacia el sexo/género con el cual se sienten identificados/as” (p. 40, Fundación Todo Mejora, 2017).

El término **Trans** se emplea para referirse de manera general a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo y género asignado al nacer (Asociación Mundial para la Salud Transgénero [WPATH], 2012; Fundación Todo Mejora, 2017). “Trans” hace referencia a toda aquella persona que vive en un género distinto al que le ha sido asignado al nacer en base a su sexo, independientemente de si ha modificado su cuerpo o de si ha recibido un diagnóstico de trastorno de la identidad de género (Misse y coll-planas, 2010). Por esta razón, en ocasiones se utiliza este término para referirse a toda la comunidad disconforme con el género.

En tal sentido, la palabra trans es considerado un término “paraguas”, ya que agrupa a personas que se identifican con diversas variantes de identidad de género, como transexuales, travestis, transformistas, entre otros; cuyo rasgo común consiste en que el sexo asignado al nacer no concuerda con la identidad de género sentida por la persona (Lasso, 2014, Arenas, 2013, Comisión Interamericana de Derechos

Humanos [CIDH], 2015 y De la Hermosa, 2018). Por su parte, se denomina **Personas cis** a aquéllas cuya identidad de género es la misma que se les asignó al nacer (De la Hermosa, 2018).

La abreviatura trans también puede ser utilizada por alguien que se auto-identifica fuera del binario mujer/hombre y le permite a una persona hacer referencia a su identidad de género sin tener que revelar una condición o apariencia hormonal o quirúrgica (CIDH, 2015). Las **mujeres trans** son aquellas personas que transitan desde lo masculino a lo femenino, mientras que **hombres trans** son aquellas personas que transitan desde lo femenino a lo masculino (CIDH, 2015; Fundación Todo Mejora, 2017).

Por otra parte, es necesario diferenciar el término identidad de género del de orientación sexual. De conformidad a los Principios de Yogyakarta, la **identidad de género** es

la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (CIDH, 2015, p. 32)

Es importante agregar que la identidad de género no viene dada por las transformaciones corporales, las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos médicos. Sin embargo, éstas pueden ser necesarias para la construcción de la identidad de género de algunas personas trans (CIDH, 2015).

Por su parte, la **orientación sexual** se define como:

la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (CIDH, 2015, p. 31).

Esto quiere decir que una persona Trans puede identificarse como heterosexual, homosexual o bisexual; en otras palabras, su identidad de género no predetermina su orientación sexual, por el contrario es independiente de ésta.

La identidad de género está relacionada a la **expresión de género**, la cual se refiere a la manifestación externa del género de una persona (CIDH, 2015). En tal sentido, el término alude a cómo una persona manifiesta su identidad de género ante los otros; ya sea mediante su nombre, vestimenta, expresión de roles sociales y su conducta en general, independiente del género que se le asignó al nacer. En otras palabras, “(...) constituye el lenguaje corporal de una persona, que se observa exteriormente como femeninx, masculinx o androginx²” (Fundación Todo Mejora, 2017, p. 38).

Por su parte, el rol sexual se define como el conjunto de comportamientos que se desprenden del sexo al que los demás consideran que un individuo pertenece, el cual es impuesto desde el nacimiento, vistiéndole, tratándole y colocándole un nombre de modo distinto según sea el sexo (Rodríguez, Asenjo, Lucio, Pérez, Frenzi, Fernández, Izquierdo y Becerra, 2009).

A manera de ejemplo, se exponen algunas posibilidades que forman parte del amplio espectro de la diversidad sexual humana.

Tabla 1.
Cuadro de la Diversidad sexual (Hernández, 2015, p. 5).

	Sexo Biológico	Identidad de Género	Orientación Sexual	Denominación
1	Varón	Hombre	Heterosexual	Hombre Heterosexual
2	Varón	Hombre	Bisexual	Hombre Bisexual
3	Varón	Hombre	Homosexual	Gay
4	Varón	Mujer	Heterosexual	Transgénero Femenino HaM* Heterosexual

² La letra “x” es utilizada por los defensores y activistas de minorías sexuales como forma de inclusión de otras posibilidades de género, aparte del “femenino” y “masculino” y como forma de expresar desacuerdo ante la binariedad del género, que sólo contempla “femenino” y “masculino”.

5	Varón	Mujer	Bisexual	Transgénero Femenino HaM* Bisexual
6	Varón	Mujer	Homosexual	Transgénero Femenino HaM* Lesbiana
7	Hembra	Mujer	Heterosexual	Mujer Heterosexual
8	Hembra	Mujer	Bisexual	Mujer Bisexual
9	Hembra	Mujer	Homosexual	Lesbiana
10	Hembra	Hombre	Heterosexual	Transgénero Masculino MaH* Heterosexual
11	Hembra	Hombre	Bisexual	Transgénero Masculino MaH* Bisexual
12	Hembra	Hombre	Homosexual	Transgénero Masculino MaH* Homosexual

Nota: (*) HaM: Hombre a Mujer. MaH: Mujer a Hombre

Las personas trans forman parte de la comunidad **LGBTI**, la cual es considerada como una minoría sexual, en términos estrictamente estadísticos y en comparación con el resto del grupo social. (Hernáiz, 2015; Fundación Todo Mejora, 2017). El acrónimo empleado es **LGBTI**, el cual hace referencia a orientaciones sexuales (lesbiana, gay, bisexual) e identidades de género alternativas (trans e intersex).

El término “**gay**” es usualmente utilizado en ciertos ambientes culturales para referirse a “hombres que se sienten atraídos a otros hombres en un sentido romántico, erótico y/o emocional” (Universidad Diego Portales, s.f., p. 4). Mientras que las personas **intersex** (antiguamente llamadas intersexuales) son aquéllas que presentan “de forma simultánea características sexuales masculinas y femeninas, en grados variables” (Hernáiz, 2015, p.8).

En la actualidad, es posible conseguir variaciones del acrónimo LGBTI, siendo una de las más comunes “LGBTIQ”, donde la letra Q hace referencia a las palabras en inglés “**queer**” o “**questioning**”. “Queer” (“extraño” o “poco usual” en

su traducción al español) es empleada por aquellas personas que no se sienten reconocidas dentro del sistema binario masculino-femenino, mientras que “questioning” (pregunta” o “cuestionamiento”) es utilizada por quienes se están cuestionando su orientación sexual, identidad y/o expresión de género o no se identifican completamente con alguna de las orientaciones sexuales e identidades de género socialmente establecidas (Fundación Todo Mejora, 2017).

Otros conceptos a diferenciar son el de Travesti y Transformista; el primero es usado para nombrar a aquella persona que de manera regular, no permanente, usa prendas de vestir o asume una expresión de género asociada al sexo contrario (Fundación Todo Mejora, 2017). Mientras que Transformista es un término empleado de forma despectiva para referirse a las personas trans que se dedican al trabajo sexual remunerado en Venezuela (Ochoa, 2004, c.p. Arenas y Gómez, 2009).

2.5.El proceso de transexualización

El proceso denominado **transición** es aquel que muchas veces permitirá a las personas trans hacer coincidir su expresión de género y/o anatomía con su identidad de género por medio de la ejecución de múltiples pasos, lo cual llevará un tiempo indefinido (Fundación Todo Mejora, 2017).

Este proceso puede incluir la toma de hormonas y la realización de una cirugía de reasignación para modificar características sexuales primarias (genitales) y/o secundarias. La cirugía de reasignación sexual (CRS) consiste en procesos quirúrgicos que las mujeres y los hombres transexuales llevan a cabo para armonizar su sexo anatómico con su identidad sexual. Puede centrarse en los genitales, denominada cirugía de reconstrucción genital, y en la que se pueden distinguir operaciones como la vaginoplastia, la metadoioplastia o la faloplastia. Pero también existen operaciones feminizantes o masculinizantes de caracteres sexuales no genitales, como puede ser una cirugía facial o una mastectomía (Chárriez, 2013).

En la actualidad, el tratamiento de la transexualidad se guía por protocolos internacionales, elaborados por la Asociación Mundial de la Salud Transgénero y el Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN que principalmente se enfocan en la reasignación de sexo cromosómico, tanto con tratamiento hormonal como quirúrgico, como medio para intentar disminuir la disforia de género, a la vez

que para lograr la integración social del transexual en el ambiente que le rodea. Esta terapia debería completarse con un tratamiento psicológico, lo que daría lugar a la denominada terapia triádica (Aznar, 2016).

Los pacientes van a beneficiarse de la terapia psicológica en cada etapa de la evolución de género. Esto incluye la fase de diagnóstico y verificación del proceso transexualizador, el período hormonal y, por último, el quirúrgico y posquirúrgico (si se realiza). Esta estructura intenta adaptarse secuencialmente a los cambios físicos que va a afrontar el individuo. Es importante acotar que no todas las personas transexuales necesitan o desean los tres elementos de la terapia triádica (Pinto y Rocha, 2012).

Según la información suministrada por el Dr Edward Romero (comunicación personal, 28 de febrero de 2019), fundador de la Unidad de Atención Integral Transgénero y Jefe de Cirugías Transgénero de la Unidad Clínica Integral de Especialidades Profesionales UCIEP, se establecieron diferentes niveles de atención al transgénero, teniendo como referencia los protocolos de la WPATH: nivel primario, secundario y terciario.

El nivel primario comprende la orientación y acompañamiento del paciente en el ámbito de la salud mental, así como el despistaje de salud general donde el paciente es evaluado por todas las especialidades (cardiología, urología, ginecología, etc.) ; el nivel secundario incluye la hormonación y el nivel terciario involucra los procesos quirúrgicos que se dividen en: adecuación corporal quirúrgica (feminización facial, retiro de las mamas, retiro del útero, colocación de prótesis mamarias en los varones, liposucción para sacar grasa y colocarla en los glúteos, etc.) y adecuación genital o genitoplastia (denominada antiguamente como reasignación genital), la cual consiste en hacer una vagina o un micropene.

Es importante comentar, que para que el paciente vaya de un nivel a otro (de nivel primario a nivel secundario, y de secundario a terciario) se requiere de manera imprescindible y obligatoria, la autorización de los tres especialistas involucrados en los procesos de protocolo (médico cirujano, psicólogo o psiquiatra, y otro especialista). De no haber consenso entre los tres, el paciente no puede acceder al siguiente nivel; lo cual pone de relieve la importancia del trabajo colaborativo interdisciplinario en cada uno de los casos (E. Romero, comunicación personal, 28 de febrero de 2019).

2.6.¿Por qué genera sufrimiento estar “del otro lado”?

Existe un debate clave en relación a las fuentes de malestar psicológico en las personas transexuales: algunos autores señalan que el sufrimiento sería inherente a la transexualidad, mientras que otros lo ven como producto del rechazo social. Según la primera opción, se excluiría la transfobia y las normas rígidas de género como fuente de sufrimiento para la persona transexual; mientras que considerar que el mismo es únicamente producto de la exclusión social iría en contra de la definición de trastorno mental propuesta en el DSM-5, la cual excluye los conflictos entre individuo y sociedad: “Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales” (APA, 2014, p. 20).

Para Missé y Coll-Planas (2010) es el rechazo social hacia la variabilidad de géneros lo que impulsa a las personas a tratar de encajar dentro del modelo normativo dicotómico de género (hombre o mujer) mediante la transformación de sus cuerpos. En tal sentido, afirman: “en un entorno menos transfóbico y sexista, un hombre femenino y una mujer masculina podrán sentirse reconocidos y deseados, por lo que tendrán mejores condiciones para aceptar sus cuerpos” (p. 49).

Así lo confirma un estudio realizado en Venezuela, donde se exploraron los procesos generadores de malestar psicológico en las personas transexuales desde la perspectiva de la psicología clínica dinámica; entre los cuales se encontraron el estigma asociado a la variación y no conformidad de género como una de las principales causas de sufrimiento en esta población. Basado en el discurso de varios individuos transexuales, se identificaron elementos generadores de sufrimiento psíquico como la influencia del entorno y la vivencia subjetiva de la transfobia. En este sentido, la presión social, la situación laboral y la religión; así como experiencias de maltrato por identificarse como transexuales, surgieron como factores desencadenantes de malestar psíquico, asociado esto a la percepción de la transexualidad como un castigo y el suicidio como salida ante el sufrimiento (Pereira, 2015).

La no conformidad de género o variabilidad de género se refiere “al grado en que la identidad, el papel o la expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular” (p. 5, Institute of Medicine, 2011,

c.p. WPATH, 2012). Sólo algunas personas con variabilidad de género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas.

En este orden de ideas, Pinto y Rocha (2012) realizaron una investigación en la cual se profundizó en la vivencia subjetiva de transexuales venezolanos en el entorno sociofamiliar y las relaciones de pareja, hallándose que la naturaleza del malestar en la persona transexual proviene de la rigidez del concepto de género que, bajo la dicotomía hombre/mujer, impone modelos o características particulares a las personas según su sexo biológico; resultando excluidas aquellas personas que no se adecúan a dicho modelo. Este hallazgo se corroboró en un estudio que buscaba describir el concepto de Sí Mismo y la Imagen Corporal en seis Transexuales femeninas del área Metropolitana de Caracas; apareciendo nuevamente la rigidez de género como un factor decisivo en el deseo o la necesidad que expresan las personas transexuales de transformar sus cuerpos, recurriendo a la cirugía como principal medio para encajar en la sociedad (Maiz, 2014).

2.7.La transexualidad desde la perspectiva clínica

Las identidades transexuales y transgénero suelen ser vistas por la psicología, desde el paradigma biomédico, como indicadores de desviación y trastorno lo que para algunos contribuye a la perduración del sistema dominante de sexo/género (Martínez, 2012, c.p. Pereira, 2015; Lucrecia, 2017).

Anteriormente, se contaba con muy poca bibliografía confiable sobre el tema de las identidades transexuales, lo cual favorecía que los profesionales ubicaran a las personas transexuales dentro de cuadros clínicos correspondientes a las perversiones, parafilias o psicosis. Sin embargo, Raíces (1995, c.p. Arenas, 2013) señala que esta tendencia aún se mantiene actualmente dentro de algunas corrientes psicológicas y en algunos profesionales. Como muestra de ello, algunas técnicas y pruebas psicológicas tales como el Bender, Rorschach, Test de Bobertag, HTP-MACHover, TAT, Test de frases incompletas de Sacks y Levi y el test Desiderativo consideran la transexualidad como una psicopatología grave (Bataller i Perelló, 2001, c.p. Arenas, 2013).

La transexualidad entra en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana [APA] en la tercera edición de 1980, debido en buena medida a la

presión ejercida por la hoy denominada Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero [WPATH], anteriormente denominada Asociación Internacional Harry Benjamin para la Disforia de Género. Esta asociación, con sede en Estados Unidos, fue creada en 1979 por un grupo de profesionales que trabajaban con personas transexuales. Con la inclusión de la transexualidad en el DSM, la WPATH quería abrir nuevas posibilidades legales y sociales para estas personas en Estados Unidos, entre las cuales se encontraba facilitar el coste de la terapia de modificación corporal (tratamiento hormonal y cirugías de reasignación sexual) por parte de las aseguradoras privadas y los sistemas sanitarios públicos (Matte, Devor y Vladicka 2009, c.p. Mas Grau, 2017).

De esta manera, el fenómeno del transexualismo fue incluido en el DSM-3, diagnosticándose cuando se cumplían los siguientes requisitos: haber alcanzado la pubertad; presentar un malestar persistente respecto al propio sexo anatómico; y una preocupación de por lo menos dos años de duración sobre cómo deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias y de cómo adquirir las características sexuales del otro sexo (APA, 1989, c.p. Mas Grau, 2017). A aquellas personas que no cumplían con este requisito de autenticidad (desear operarse), se les reservaba otro diagnóstico: el Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta y si eran niños se les diagnosticaba el Trastorno de la identidad sexual en la infancia. Las personas que no querían operarse eran vistas como pseudotransexuales, lo cual da cuenta de la propuesta teórica de Benjamin respecto a los “verdaderos transexuales”.

A continuación, en el DSM-4, el término fue cambiado por Trastorno de Identidad de Género (TIG) e incluido en el apartado de los Trastornos sexuales y de la identidad sexual, los cuales incluían: disfunciones sexuales, parafilias, trastornos de la identidad de género (donde se incluye al TIG) y el trastorno sexual no especificado.

Con la aparición del DSM V, desaparece el término Trastorno de Identidad de Género (también denominado Trastorno de Identidad Sexual) para dar paso a la categoría nosológica de Disforia de Género, definida como “el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado” (APA, 2014, p. 451). Aunque no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia, muchos presentan malestar si no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas y/o cirugía deseadas por el sujeto. Al igual que en la versión anterior se hace la distinción

respecto de los momentos vitales: niñez, adolescencia y adultez; no obstante ha sido separada de las “disfunciones sexuales” y las “parafilias” (Lucrecia, 2017).

En el caso de los adultos, los criterios clínicos para su diagnóstico son:

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (APA, 2014: 452-453).

Por su parte, el Manual de la Clasificación internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima revisión (CIE-10), categoriza la transexualidad bajo el rótulo de Transexualismo. El mismo se ubica dentro de los Trastornos de la Identidad de género (o Trastornos de la Identidad Sexual), que a su vez pertenecen al apartado de Trastornos de personalidad y del comportamiento en adultos. En este sentido, son tres los tipos de “Trastornos de Identidad de género” allí

descritos: Transexualismo, Transvestismo de rol dual y Trastorno de la identidad de género en la niñez:

Específicamente, el transexualismo es definido como:

Deseo de vivir y de ser aceptado como integrante del sexo opuesto, habitualmente acompañado de un sentimiento de incomodidad o de inadecuación al sexo anatómico propio, y del deseo de someterse a cirugía y tratamiento hormonal para hacer el propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido por la persona. (Organización Panamericana de la Salud, 1996, 174-175)

Es importante resaltar, que la Organización Mundial de la Salud reemplazó el término transexual por el de “incongruencia de género” en la nueva edición de su guía Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), anunciada en el año 2019. El motivo de tal modificación reside, según la OMS, en el hecho de que esta condición está ligada a la salud sexual de una persona, en lugar de un trastorno mental y de comportamiento (Brodmeier, 2019).

En relación a los sistemas de clasificación, como el DSM-5 y CIE-10, la WPATH (2012) destaca que algunas personas experimentarán una disforia de género a un nivel tal que esa aflicción reunirá los criterios para un diagnóstico formal de trastorno mental. Sin embargo, se debe tener presente que lo que se busca con el uso de estos manuales es clasificar los grupos de síntomas y condiciones, no a las personas; por lo que su uso no debe ser una licencia para la estigmatización o la privación de los derechos civiles y humanos. En tal sentido, afirman:

un trastorno es una descripción de algo con lo que una persona puede tener que hacer frente, no una descripción de la persona o de su identidad (...) las personas trans y con variabilidad de género no están inherentemente enfermas. (WPATH, 2012, p. 6)

También se sostiene que la existencia de un diagnóstico de disforia de género usualmente puede facilitar el acceso a la atención médica y puede orientar hacia nuevas investigaciones sobre tratamientos eficaces (WPATH, 2012).

2.8.Lo dinámico

Algunos autores sostienen que el deseo del transexual apunta a una alteración en el proceso de individuación-separación del individuo con su madre debido a una ansiedad de separación no resuelta en la infancia. Por lo tanto, una manera de contrarrestar dicha ansiedad en el niño, sería la de crear una fantasía reparatoria de fusión simbólica con la madre que en el transexual ya adulto estaría equiparada a su intento de librarse de la ansiedad por medio de una reasignación de sexo (Person y Ovesey, 1974, c.p. Chárriez, 2013).

Dentro de la corriente psicoanalítica, Stoller consideraba el transexualismo como un trastorno de la identidad sexual, que ocurría de forma diferente en hombres y mujeres, y que respondía a unas características particulares y siempre idénticas de la relación del niño con la madre. Específicamente, describe a la madre del transexual masculino de la siguiente manera:

Una mujer depresiva, pasiva, bisexual o sexualmente neutra, e incluso sin interés real por la sexualidad ni apego particular al padre. Esta madre busca una simbiosis perfecta con su hijo, que le sirve a la vez de objeto transicional y sustituto fálico. (Estudios del Psicoanálisis y Psicología, s.f., c.p. Arenas y Gómez, 2009, p.10)

En este sentido, realiza un retrato de la dinámica que se juega en la familia del transexual, donde hay una madre y un hijo que gozan de una intimidad física y emocional ininterrumpida (aunque hayan otros hermanos), considerándose el niño como excepcionalmente guapo. Por otro lado, un padre que difícilmente se involucra activamente, que se muestra pasivo y afeminado; resultando el matrimonio vacío y conflictivo, sin llegar a la separación o el divorcio (Stoller, 1979, c.p. Chárriez, 2013). La excesiva simbiosis con la madre, podrían generar en el niño una fuerte identificación con ella, que junto a otros factores, como la no introducción de la ley

por parte del padre, podría resultar en un sentimiento del otro género (Galemiri, 2015).

A su vez, Stoller contempla que en el transexualismo en las mujeres hay una serie de variables psicológicas que se combinan de la siguiente manera : a su nacimiento, la niña es percibida como fuerte y vigorosa, no como bonita o tierna; la madre es incapaz de nutrir emocionalmente a la niña debido a su depresión o enfermedad física, mientras que el padre no sabe o no quiere hacerse cargo de las funciones prenatales y no sirve de apoyo en la depresión o enfermedad de la madre; entonces se deposita en la niña la pesada carga de aliviar la depresión materna; el padre alienta y admira la adquisición de identificaciones y conductas masculinas por parte de su hija (Stoller, 1975, c.p. Chárriez, 2013).

Esto pone de manifiesto la postura desde la cual el psicoanálisis ha considerado la transexualidad: generalmente en asociación a lo patológico, específicamente, al campo de la psicosis. Lo anterior halla sus raíces en el análisis del historial clínico del presidente Schreber expuesto en la obra de Freud “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito”; a partir de las Memorias de un enfermo nervioso, en donde Schreber describió su “transformación en mujer” y la ofreció al examen de las “autoridades competentes” (Lucrecia, 2017).

Si bien en la obra de Freud no hay alusión a la transexualidad, por ser éste un término de aparición posterior, el caso de Schreber fue el primer caso transexualismo delirante que se conoce, el cual sirvió como base para considerar la causalidad sexual en la psicosis. En tal sentido, Freud define lo que llama el “goce transexualista” del presidente Schreber, que consiste en la práctica de cultivar en su cuerpo la voluptuosidad femenina (Álvarez y cols., 2016).

Posteriormente en 1972 será Lacan quien refiriéndose a este mismo caso clínico va a trabajar el concepto de “empuje a la mujer” refiriéndose a una feminización forzada. Continuando el abordaje del concepto afirma que éste puede reagrupar no sólo los grandes delirios de transformación en mujer, sino también “los casos de los llamados transexuales primarios que tienen la convicción de ser una mujer sin tener otro punto delirante que esa misma convicción y la exigencia, a veces, de una operación calificada de cambio de sexo” (Lucrecia, 2017, p. 32).

Galemiri (2015) detalla las dos polaridades que actualmente conforman el debate respecto a la transexualidad en el ámbito psicoanalítico: La primera es la de aquellos que piensan que la transexualidad se enmarca dentro de una estructura psicótica y piensan por tanto, que todos los sujetos transexuales presentarían ciertos rasgos característicos que los llevaría a subjetivarse como psicóticos. La segunda polaridad plantea como errónea esa hipótesis, y postula que el hecho de subjetivarse como transexual no implicaría una estructura específica. Esto colocaría en entredicho la idea de que existe una operación estructurante fallida en la persona transexual, por lo cual cada sujeto tendría sus propias formas de estructuración, donde lo transexual sería una posibilidad más en el campo de las neurosis, psicosis o perversión.

A favor de la última perspectiva, Pérez Jiménez (2013, c.p. Lucrecia, 2017) advierte que a pesar de que la psicosis pudiera “merodear” o manifestarse abiertamente en muchos casos de transexualidad, esto no es suficiente para hablar de un diagnóstico generalizado o aunar la posición transexual a una estructura determinada.

Así pues, actualmente no se piensa al transexualismo de la misma manera que hace 30 o 40 años atrás, debido a que las ideas provenientes de la teoría queer, el avance de las tecnociencias aunado al reconocimiento social, cultural y legal de la comunidad LGTBI, han abierto nuevos espacios para que las identidades sexuales no sean pensadas desde los criterios normativos de “salud” y “enfermedad” sino desde la diversidad que caracteriza la sexualidad en la época actual (Lucrecia, 2017). Esta visión ha permeado a algunos especialistas de la corriente psicoanalítica, quienes desestiman el transexualismo como una estructura o categoría diagnóstica, a la vez que acusan una distorsión reduccionista de la teoría al sostener una vinculación unívoca entre transexualidad y psicosis, así lo expone la psicoanalista argentina Patricia Gherovici: “Es hora de alejarnos de las generalizaciones clínicas para adentrarnos en las particularidades de cada caso, averiguando cuáles son las circunstancias y motivaciones en la singularidad de cada sujeto, antes de suscribir a un diagnóstico” (2015, c.p. Lucrecia, 2017, p. 35).

2.9. Patologización vs despatologización

Actualmente el debate sobre la despatologización ha cobrado importancia debido al activismo de movimientos de derechos humanos que sostienen que la transexualidad sigue estando asociada a un trastorno mental, y que muchas veces las personas trans deben aceptar dicho diagnóstico con el fin de poder acceder a las modificaciones corporales así como para modificar su sexo y nombre en los documentos oficiales. Debido a que la palabra “transexual” fue introducida en el ámbito de la medicina norteamericana, la misma ha estado continuamente enmarcada dentro del discurso científico-médico de la enfermedad, del sufrimiento y del tratamiento y cuidado, lo cual ha traído consecuencias negativas en relación a la diversidad sexual y de género en muchas culturas (Missé y Coll-Planas, 2010; Pereira, 2015). No solo ha estado basada en el modelo biomédico, sino también en un modelo ideológico que establece dos únicas alternativas sexuales, es decir, dos sexos “naturales” contrapuestos, otorgándole características a cada uno que son definitorias y excluyentes (Pinto y Rocha, 2012).

La Asociación Mundial de Profesionales Para la Salud Transgénero afirma que el ser una persona trans o con variabilidad de género es una cuestión de diversidad, no de patología. En tal sentido, la WPATH (2012) emitió un comunicado en mayo de 2010 instando a la despatologización de la variabilidad de género en todo el mundo, en la cual se señala:

La expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo. (WPATH, 2012, pp. 4-5)

Esto nos lleva a la confluencia de distintas posturas en torno al debate de la despatologización de la transexualidad, por parte de profesionales de la salud como de personas trans: quienes defienden la existencia de una enfermedad neurológica, quienes consideran que la transexualidad es un trastorno mental, quienes apelan al uso estratégico del trastorno para reclamar derechos y obtener recursos públicos y quienes

niegan la existencia del trastorno y exigen derechos trans fuera del marco de patologización (Coll-Planas 2010, c.p. Lasso 2014).

Siguiendo esta última opción, las asociaciones de personas “trans”, defensores de los derechos civiles y profesionales y académicos de diversa índole sostienen que un diagnóstico psiquiátrico facilita el terreno propicio para la discriminación y el estigma social (Langer y Martin 2004; Useche 2005; Winters 2008; Lev 2013; c.p. Mas Grau, 2017).

En nuestro país se llevó a cabo una investigación denominada Psicoterapeutas y Psicoterapia: una mirada hacia la transexualidad, cuyo objetivo fue el de comprender los significados que los psicoterapeutas mantienen respecto a la transexualidad en el marco de su ejercicio profesional, específicamente respecto a la despatologización, experiencias de aproximación al tratamiento e implicaciones del mismo. El principal aporte de dicho estudio reside en la identificación del contexto histórico, social, político y cultural, como mediador de la comprensión psicoterapéutica de la transexualidad. En otras palabras, el discurso social imperante se constituye como un elemento determinante para la patologización de la transexualidad en los psicoterapeutas, en tanto promueve la rigidez del concepto dicotómico de género, la poca aceptación de la diversidad sexual, la estigmatización y la consideración de lo “distinto” como criterio patologizante (Arenas y Goncalves-de Freitas, 2016).

Al respecto, Martínez y Martínez (2018) argumentan que a pesar de que manuales diagnósticos como el DSM-5 comiencen a abrirse a la idea de la diversidad de las prácticas eróticas y amorosas de las personas, nuestra cultura ha absorbido y asumido estos conceptos patologizadores, transformándolos en una manera efectiva de control social y de clasificación dicotómica de los sujetos entre normales y raros, sanos y perversos, santos y pecadores, dignos e indignos.

2.10. Psicoterapia en la disforia de género

Recientemente, el conocimiento del fenómeno de la disforia de género contribuyó al planteamiento de diversas opciones terapéuticas con el objetivo de aliviar el malestar producido por la incongruencia percibida entre el sexo anatómico y la identidad de género en las personas trans. Los profesionales de la salud comenzaron

a brindar asistencia en relación a la modificación en las características sexuales primarias y/o secundarias a través de la terapia hormonal y las cirugías, simultáneamente con un cambio en el rol de género; entendiendo que la disforia de género puede ser aliviada, en gran parte, a través de tratamiento (Murad et al., 2010, c.p. WPATH, 2012).

A medida que el conocimiento en el área avanzó, los especialistas de la salud reconocieron que muchas de las personas que experimentaban disforia de género requerían de terapias hormonales y cirugías para aliviar dicho malestar, sin embargo, esto no se aplicaba en todos los casos, ya que algunas personas solo requerían una de estas opciones o en ocasiones, ninguna de ellas (Bockting y Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004, c.p. WPATH, 2012).

Así pues, es importante mencionar que con frecuencia la psicoterapia puede ayudar a algunos individuos trans a integrar sus sentimientos trans en el rol de género que se les asignó al nacer sin sentir la necesidad de feminizar o masculinizar su cuerpo (hormonas y/o cirugías). Por su parte, para otras personas se necesitará un cambio en el rol y la expresión de género; mientras que otros podrían requerir de hormonas, un posible cambio en el rol de género, pero no de cirugías. Por su parte, habrá personas que podrían necesitar un cambio en el rol de género junto con cirugías, pero no de hormonas. En otras palabras, no hay un tratamiento único para la disforia de género, sino que el mismo se ha vuelto cada vez más individualizado, según las características y necesidades del paciente. No obstante, es importante reconocer que la terapia hormonal y las cirugías han demostrado ser médicamente necesarias para aliviar la disforia de género en muchas personas (Hurtado, Gómez y Donat 2006, c.p. Arenas y Gómez, 2009; Asociación Médica Americana, 2008; Antón, 2009; WPATH, 2008, c.p. WPATH, 2012).

En relación a esto, el doctor Bataller i Perelló (2009), presidente de Sexólogos Sin Fronteras, señala que muchos transexuales se niegan de entrada a la idea de recibir psicoterapia, ya que consideran a la intervención quirúrgica como el único camino posible para el alivio de su malestar. En tal sentido, algunos autores sostienen la idea de que aunque la psicoterapia puede apoyar al transexual en la adquisición de herramientas psicológicas que le permitan enfrentar sus dificultades psicosociales, no permite resolver esencialmente la insatisfacción entre su cuerpo y su identidad de género (Castro, 2007, c.p. Arenas y Gómez, 2009).

Dicha visión es compartida por el endocrinólogo y andrólogo holandés Louis Gooren, quien afirma: “Los transexuales no perciben que puedan permitirse optar por la psicoterapia o la reasignación de sexo. A su juicio no hay opciones; sólo hay una manera de salir de su encierro: «el cuerpo» debe acompañar a «la mente»” (Gooren, c.p. Arenas y Gómez, 2009, p. 20).

Por otro lado, las personas trans pueden considerar que los profesionales de la salud mental carecen de conocimiento en los asuntos relacionados a la identidad de género así como entendimiento de su vivencia. De ser esto cierto, la habilidad del terapeuta para conectar y mantener una alianza terapéutica con los pacientes transgénero y disconforme con el género se encontraría comprometida (Bataller, 2009; McCullough et al., 2017).

Al respecto, De la Hermosa (2018) señala que la existencia limitada de bibliografía, especialmente en el idioma español, en relación al tema del acompañamiento afirmativo con pacientes transexuales, se traduce en desconocimiento y falta de referencias para los psicoterapeutas, quienes en consecuencia podrían no saber cuál es la mejor manera de acompañar a una persona trans cuando ésta acude a consulta.

En relación a la percepción que tienen las personas transexuales acerca de los terapeutas, existe una creencia común dentro de la comunidad sexo-diversa, que supone la presencia de estereotipos y prejuicios en los terapeutas respecto a los miembros de dicha minoría. Esta creencia fue reconocida en los relatos de personas transexuales en una investigación titulada *Transexualidad y apoyo psicológico: la voz de sus protagonistas* (Arenas y Gómez, 2009), donde aquéllas expresaron sus experiencias en torno a la terapia psicológica. El objetivo del estudio consistió en entender la vivencia de la transexualidad y las necesidades de apoyo psicológico de las personas transexuales. En el mismo se utilizó una metodología cualitativa con un diseño emergente, realizándose entrevistas a profundidad a siete personas transexuales, cuyos relatos permitieron conocer que en muchos casos los especialistas de la salud mental mantienen una concepción patologizada de la transexualidad, la cual se manifiesta en el rechazo y la no aceptación de la transexualidad, así como en el intento de modificar el deseo de la persona trans de pertenecer al género opuesto. Lo anterior dista mucho de lo que ellos esperarían por parte de un profesional de la salud mental, de quien esperan sea capaz de brindar aceptación y actuar como un

facilitador de los procesos que atraviesan durante la transición, para así enfrentar sus propios miedos e incertidumbres dentro de un espacio de apoyo y no correctivo (Arenas y Gómez, 2009; Lasso, 2014).

Los profesionales de la salud pueden ayudar a las personas con disforia de género a afirmar su identidad de género, explorar las diferentes alternativas para la expresión de esa identidad, aliviar la transfobia internalizada, aumentar el apoyo social y entre pares, mejorar la imagen corporal, promover la resiliencia y tomar decisiones sobre las opciones de tratamientos médicos para aliviar la disforia de género (WPATH, 2012).

En tal sentido, el contar con el apoyo de profesionales que acompañen y apoyen respetuosamente a las personas transexuales es un factor de protección en sí mismo para el estrés de minoría, el cual se define como “el estrés añadido extra al estrés de la vida habitual de una persona como consecuencia de formar parte de una categoría social estigmatizada y minoritaria” (Meyer, 1995, c.p. De la Hermosa, 2018, p. 82). Como muestra de ello, en un estudio realizado con personas trans, se halló una relación directamente proporcional entre tener profesionales de salud mental formados para atender a personas trans y menores tasas de depresión y suicidio en las personas que atienden (Kattari, Walls, Speer y Kattari, 2016).

2.11.Prejuicios, discriminación y estigma

Según explica Bataller (2009), presidente de Sexólogos sin Fronteras, las personas transexuales se enfrentan a un camino conflictivo, que no es elegido en base a un mero capricho, y que implica ser objeto de presión social, discriminación, estigmatización e incluso violencia. Estos factores conllevan a la experimentación de ansiedad, estrés, depresión, distimia y suicidio, fenómenos muy comunes en este colectivo.

En un estudio realizado en Estados Unidos en el año 2011 con 6.450 personas transgénero o disconforme con el género, más del 86% de ellos reportaron haber sido objeto de acoso sexual y físico, discriminación laboral, acoso escolar, indigencia y negación de servicios médicos, entre otros (Grant et al., 2011, c.p. McCullough et al., 2017).

En Venezuela, la realidad no parece ser muy distinta; así lo expone una investigación de tipo cualitativa efectuada en la Parroquia Santa Lucía en la ciudad de Maracaibo, cuyo objetivo fue comprender los fenómenos de la discriminación y estigmatización hacia las personas transexuales, eligiendo como informante clave un sujeto transexual de hombre a mujer habitante de la Parroquia en cuestión. Los resultados apuntan a la vivencia de la discriminación como algo cotidiano en la vida de la persona transexual, principalmente en los ámbitos laboral, social, religioso y legal; lo cual conlleva a la estigmatización debido a prejuicios sociales (Juarez, 2015).

Según Padrón (2013, c.p. Juarez, 2015) los venezolanos ven a los transexuales como aberrados sexuales u homosexuales disfrazados, considerándolos un peligro social y refiriendo que éstos no pueden ni deben tener un trabajo legal, evidenciando la ignorancia en torno al tema, así como la estigmatización y discriminación hacia estas personas, quienes se convierten en objeto de burla, exclusión, e incluso, le son negados sus más elementales derechos como persona y ciudadano. Esta realidad ilustra de forma inequívoca el concepto de transfobia propuesto por Missé (2013), quien lo define como:

Una opresión que sufre toda la sociedad y que se traduce en la presión para que los hombres sean masculinos y las mujeres femeninas, y que incluye una discriminación de la sociedad en general hacia las personas trans, que éstas pueden también incorporar, produciéndose rechazo entre ellas, o rechazo hacia sí mismas. (Missé, 2013, c.p. De la Hermosa, 2018, p. 80)

Asimismo, Arenas y Gómez (2009) agregan que los agresores por lo general son familiares, pares en círculos cercanos como el colegio, la universidad o el trabajo y los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, etc.).

En este sentido, Lasso (2014) expresa de forma acertada lo que implica para una persona trans, el vivir en una cultura que lee el género a través del cuerpo: “Estos cuerpos desafían con su existencia, con sus tránsitos por los sexos-géneros, supuestos fundantes de la sociedad occidental: el binarismo de género, la continuidad estricta entre sexogénero- deseo y la heterosexualidad como norma” (p. 109).

Ahora bien, dentro del contexto venezolano, resulta pertinente mencionar a los profesionales de la salud mental, en tanto, de no trabajar sobre sus propias creencias y

prejuicios, podrían reproducirlos inadvertidamente en el contexto terapéutico. En este sentido, De la Hermosa (2018) sostiene que a consecuencia de haber crecido en un contexto social estructuralmente transfobo, es normal haber incorporado narrativas y actitudes de este tipo en la forma en que nos relacionamos. Esto amerita que los especialistas en salud mental se eduquen respecto a la transfobia, cómo funciona y cómo puede afectar a quien la sufre, con la finalidad de adquirir la competencia cultural necesaria para brindar una asistencia adecuada a personas de la comunidad trans.

III. Planteamiento del problema

La transexualidad como área de estudio constituye una línea de investigación de reciente aparición, presentándose las primeras aproximaciones científicas alrededor del siglo XIX y las primeras intervenciones médicas durante el siglo XX. Sin embargo, la transexualidad es un fenómeno de larga data, el cual era considerado en algunas tribus indígenas como algo valorado, e incluso venerado. No es sino hasta después de la expansión de las creencias judeocristianas, cuando la transexualidad pasa a ser un fenómeno mal visto y considerado como errado y anormal.

La comunidad Transexual se constituye como un grupo minoritario y marginado, por vivir al límite de los cánones de identidad de género establecidos como “normales”, por lo que ha de vivir con el estigma y la crítica social constante. Esta situación es promovida por el desconocimiento y el desinterés que gira alrededor de la transexualidad, lo cual lleva a un manejo, muchas veces, errado o inadecuado de la información, generando prejuicios, estigma y discriminación hacia esta población (Pinto y Rocha, 2012).

A medida que avanza el tiempo, se ha progresado en la defensa de los derechos humanos de la comunidad Transexual mediante la creación y puesta en práctica de tratados así como de asociaciones internacionales que favorecen la visibilización de dicha minoría sexual. Sin embargo, según información ofrecida por Amnistía Internacional, en Venezuela se ha avanzado muy poco en comparación con otros países del continente americano, tanto a nivel legal como en cuanto a la implementación de acciones afirmativas que promuevan la aceptación de la diversidad de género, lo cual incide directamente en los niveles de rechazo hacia las personas transexuales (Franco, 2017).

Para afrontar las dificultades por las que una persona transexual puede tener que atravesar, es recomendable el apoyo psicológico, ya que por medio del trabajo terapéutico se facilitarán los procesos subjetivos y físicos implicados en la aceptación y reconocimiento de su condición. Sin embargo, la visión sesgada y estigmatizadora que se mantiene hacia la transexualidad en el ámbito de la cultura popular, ha permeado las esferas de los especialistas en salud mental, quienes en ocasiones, a pesar de su preparación profesional, no escapan a desarrollar conceptos basados en estereotipos y prejuicios. La discriminación de parte de profesionales de la salud y

psicólogos hacia esta condición se sostiene, a nivel teórico, en una visión patologizada de la transexualidad, lo cual lleva en algunos casos a desviar el objetivo terapéutico hacia intentar “curar” y modificar la identidad de género sentida por el paciente (Arenas y Gómez, 2009; Pinto y Rocha, 2012).

En un estudio previo realizado con psicoterapeutas en Venezuela, se observó la presencia de un concepto dicotómico de género como una barrera para la aceptación de la diversidad sexual, la estigmatización como principal problema frente a la despatologización y la importancia de “lo distinto” como criterio patologizante (Arenas y Gómez, 2009; Arenas y Goncalves-de Freitas, 2016).

En esta misma línea, anteriores investigaciones han destacado la necesidad de efectuar estudios que revelen cómo los especialistas se relacionan, desde la práctica terapéutica, con la comunidad transgénero y transexual, a partir de sus propias significaciones respecto a lo que implica la transexualidad. En tal sentido, desde la psicología se carecen de suficientes datos que documenten el grado de prejuicio y distancia social de psicoterapeutas hacia esta comunidad; así como las opiniones y actitudes que éstos mantienen acerca de la transexualidad (Arenas y Gómez, 2009; Kanamori & Cornelius-White, 2016 y Francia-Martínez, Esteban y Lespiera, 2017). Esto se evidenció en la búsqueda bibliográfica efectuada a nivel nacional, donde llama profundamente la atención la ausencia de investigaciones que documenten la influencia de los prejuicios de los psicólogos en su ejercicio profesional.

Aunado a lo anterior, en Venezuela se reporta un vacío en relación a la producción de investigaciones científicas relacionadas a la transexualidad, lo cual pudiera favorecer el mantenimiento de creencias erradas sobre el tema, lo que podría conllevar a prejuicios, rechazo, violencia y estigmatización hacia las personas transexuales. Específicamente, la comprensión equívoca del tema por parte de los profesionales de la salud pudiese generar un espacio terapéutico discriminatorio con posibles consecuencias negativas para quienes acceden a un tratamiento médico y/o psicológico (Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W., Sulzner, J., y Cohen, J., 2008; Arenas y Gómez, 2009; Pereira, 2015).

Por su parte, investigaciones que han profundizado en la vivencia subjetiva de personas transexuales respecto a la terapia psicológica, destacan la creencia común en la comunidad LGBT de que los psicólogos tienen estereotipos y prejuicios negativos respecto a sus miembros de dicha comunidad, lo cual les dificulta confiar en los

terapeutas. Esta creencia se sostiene en las experiencias de algunos participantes que asistieron a terapia, y sintieron que para acceder a su propia identidad, debían aceptarse como poseedores de un trastorno psicológico, y en otros casos, inducidos a cambiar su deseo de pertenecer al género opuesto, lo cual daría cuenta de la concepción patologizada que se tiene de la transexualidad, manifestada en la no aceptación y rechazo hacia la misma por parte del terapeuta (Arenas y Gómez, 2009; Bataller, 2009; Pinto y Rocha, 2012).

En tal sentido, resulta oportuno investigar las concepciones actuales que tienen los psicoterapeutas sobre la transexualidad, a partir de la exclusión de tal condición como trastorno psiquiátrico, de uno de los Manuales diagnósticos más reconocidos y utilizados en el área de la psiquiatría y la psicología clínica, como lo es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), donde se incluye como categoría diagnóstica la Disforia de género y se excluye el Trastorno de Identidad de Género, lo cual supondría una contribución a la despatologización de la transexualidad y el transgenerismo (Winters, 2008, c.p. Arenas y Gómez, 2009). De manera más reciente, en el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) se excluyó el “transexualismo” como trastorno de identidad sexual, siendo reemplazado por el término Incongruencia de género.

En base a lo expuesto anteriormente, el propósito de este estudio es comprender los significados asociados a la transexualidad en el discurso de profesionales de la salud mental, entendiendo transexualidad como un término que para los fines de esta investigación abarcará tanto a la población transgénero como transexual en sí misma (Arenas, 2013; Arenas y Goncalves-de Freitas, 2016). Para ello, se tomará una muestra de psicólogos y médicos psiquiatras de la ciudad de Caracas, a quienes se les aplicará la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de los datos.

Esta forma de aprehender los datos permitió dar respuesta a las preguntas de investigación, las cuales sirvieron para orientar la presente investigación. A continuación se detallan las mismas:

- ¿Cuáles son los significados asociados a la transexualidad en el discurso de profesionales de la salud mental?

- ¿Cuáles y cómo han sido las experiencias de acercamiento de los profesionales al tema de la transexualidad?
- ¿Cómo los especialistas conciben la transexualidad desde su postura teórica y personal?
- ¿Cuáles son las apreciaciones de los profesionales sobre la despatologización de la transexualidad?
- ¿Existen estereotipos y/o prejuicios en relación a la transexualidad en el discurso de los especialistas?

3.1. Justificación de la investigación

Este estudio presentará relevancia teórica debido a que contribuirá a reforzar el cuerpo teórico existente sobre el tema de la transexualidad desde una perspectiva psicológica, específicamente desde el punto de vista de los psicoterapeutas. Bien sabido es, que existe un vacío de información traducido en escasez de investigaciones a nivel nacional sobre los temas de transexualidad y transgenerismo, no sólo en lo social, legal, teórico sino también en el plano de la investigación psicológica.

Esto dificulta el acceso al conocimiento de tales temas desde una postura que no sea la del discurso social, usualmente peyorativa y discriminatoria, que va en detrimento de una posición inclusiva y respetuosa hacia las diversas maneras de vivir la sexualidad. El desconocimiento conlleva a un manejo errado de la información, lo cual incrementa los niveles de rechazo y exclusión hacia la comunidad LGBTIQ, incluso en profesionales de la salud mental.

Por tal la razón, con esta investigación se espera contribuir a visibilizar la transexualidad y a las personas trans, desde el terreno de lo científico; reconociendo la importancia de las competencias psicoterapéuticas al momento de atender al que sufre.

IV. Objetivos

A partir de la formulación del problema, esta investigación fue guiada por la pregunta de cuáles significados eran asociados a la transexualidad por parte de los profesionales de la salud mental. Para dar respuesta a la misma, se establecieron los siguientes objetivos que, a modo general y específico, guiaron el presente estudio.

4.1.Objetivo General

Comprender los significados asociados a la transexualidad en el discurso de profesionales de la salud mental.

4.2.Objetivos Específicos

- Conocer las experiencias de acercamiento de los profesionales al tema de la transexualidad.
- Explorar cómo los especialistas conciben la transexualidad desde su postura teórica y personal.
- Conocer las apreciaciones de los profesionales sobre la despatologización de la transexualidad.
- Identificar la presencia de estereotipos y/o prejuicios en relación a la transexualidad en el discurso de los especialistas.

V. Método

A continuación se presentan los aspectos metodológicos que guiaron la investigación, haciendo énfasis en el enfoque, tipo y diseño de la misma, junto a las definiciones relevantes para lograr una mayor comprensión de los datos recabados. Además se detalla la forma en que se recogieron los datos y las técnicas utilizadas, durante el proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos. Una breve descripción de cada uno de los participantes también se incluye en este apartado, con el fin de contextualizar al lector.

5.1. Justificación metodológica

La presente investigación se enmarcó dentro del paradigma cualitativo, ya que el mismo ofrece la posibilidad de comprender y darle sentido a las vivencias subjetivas de los participantes, en este caso, a los significados que algunos especialistas de la salud mental asocian al fenómeno de la transexualidad. La mejor manera de aprehender la visión teórica, personal y psicoterapéutica que cada uno de ellos mantiene hacia el fenómeno de la transexualidad, es a través de un método que permita explorar, entender e interpretar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados, y ese es el método cualitativo.

Dentro de la metodología cualitativa, el método que guió la recolección y el análisis de los datos fue de tipo hermenéutico, ya que éste permite describir e interpretar la información recogida de la manera más fidedigna posible a cómo la vive el entrevistado. El uso de los procedimientos que se desprenden de este método resultará conveniente debido a que el discurso de los entrevistados puede prestarse a diferentes interpretaciones (Martínez, 2008).

5.2. Definiciones relevantes

A continuación se exponen los términos esenciales de la realidad en estudio, en tanto son necesarios para comprender el discurso de los entrevistados respecto a la transexualidad.

- **Cisnormatividad:**

Expectativa de que todas las personas están o deben estar conformes con el género que les fue asignado al nacer, es decir son cissexuales o cisgénero (CIDH, 2015)

- **Disforia de género.**

Insatisfacción afectiva /cognitiva de un sujeto con el género asignado, empleado como categoría diagnóstica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

- **Diversidad sexual.**

Fenómeno por el cual una especie animal presenta individuos de diferentes sexos, identidades sexuales y orientaciones sexuales (Hernáiz, 2015).

- **Estereotipo.**

Preconcepción generalizada de los atributos o características de una persona por pertenecer a determinado grupo social (CIDH, 2015).

- **Estigma.**

Proceso de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación de la que es objeto una persona que presenta un atributo evaluado como negativo por su comunidad, siendo el resultado de una dinámica social y sus manifestaciones varían de una cultura a otra (Angermeyer & Matschinger, 2005; Chen & Chiao, 2012, c.p. Grandón, Saldivia, Cova, Bustos y Turra, 2016).

- **Expresión de género.**

Manera cómo una persona manifiesta su identidad de género ante los otros; ya sea mediante su nombre, vestimenta, expresión de roles sociales y su conducta en general, independiente del género que se le asignó al nacer (Fundación Todo Mejora, 2017).

- **Identidad de género.**

La vivencia interna e individual del género, la cual pudiera coincidir o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo

y otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (CIDH, 2015).

- **Orientación sexual.**

Elección del objeto amoroso, caracterizada por una profunda atracción emocional, afectiva y sexual hacia personas del género opuesto, semejante o hacia más de un género (CIDH, 2015).

- **Prejuicio.**

Juicio arbitrario y parcial que demuestra una predisposición en las acciones, que pueden ser negativas o positivas en relación a la persona objeto del mismo, sin que haya un análisis de las razones de dicho comportamiento (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1996 c.p. Runte, 2005).

- **Reasignación social**

Consiste en “que todas las personas que lo conozcan (padres, familiares, amigos y lugar de trabajo) lo llamen o la llamen con el género que esa persona escogió y con el nombre que esa persona escogió.” Informante C

- **Rol de género.**

Conjunto de normas sociales y comportamentales generalmente asociadas a un sexo u otro que se dan en un determinado grupo social, a partir de la construcción social que se tiene de la masculinidad y femineidad.

- **Trans.**

Término empleado para referirse de manera general a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo y género asignado al nacer (WPATH, 2012; Fundación Todo Mejora, 2017). Una abreviación que es usada para referirse a una persona transgénero/género queer/disconforme con el género. Este uso permite a una persona declarar una identidad de género sin tener que revelar una condición o apariencia hormonal o quirúrgica. Este término se usa a

veces para referirse a toda la comunidad disconforme con el género (Universidad Diego Portales, s.f.).

- **Transexual.**

Las personas Transexuales son aquéllas cuyo sexo anatómico no se corresponde con su identidad de género (transgénero), y han iniciado un proceso de transición biomédico y psicológico hacia el sexo/género con el cual se sienten identificados/as (Fundación Todo Mejora, 2017).

- **Transfobia.**

Discriminación hacia la transexualidad y las personas transexuales o transgénero, basada en su identidad de género interna (Hernáiz, 2015).

- **Transgénero.**

Las personas Transgénero son aquéllas cuyo sexo biológico no se corresponde con su identidad de género y que no desean alterar los caracteres sexuales con los que nacieron (Fundación Todo Mejora, 2017).

- **Transición.**

Proceso que consta de múltiples pasos y tiene una duración indefinida, que varía de acuerdo a la persona, cuya finalidad es la alineación de la expresión de género y/o la anatomía de una persona trans con su identidad de género (Fundación Todo Mejora, 2017).

5.3.Participantes

A partir de los criterios planteados por Martínez (2006), la muestra de la presente investigación fue intencional ya que los participantes se seleccionaron teniendo en cuenta criterios como su profesión, especialidad y experiencia con pacientes trans; lo cual permitió la obtención de unidades de análisis pertinentes a los fines de la investigación. En tal sentido, se exploraron las diversas opciones en relación a la muestra, intentando incluir en la misma a especialistas de distintas ramas de la salud mental como la psicología y la psiquiatría, pertenecientes a diferentes

corrientes teóricas y que no tuviesen necesariamente experiencia con pacientes trans. De forma paralela, se incluyeron especialistas en el área de atención a personas transexuales, bajo la modalidad de informantes clave, lo cual contribuyó a obtener una mayor riqueza en los datos.

De igual forma, el tipo de muestra utilizado coincide con la denominada muestra de expertos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) la cual consiste en solicitar la opinión de especialistas en el tema, en este caso de la salud mental, para lograr los fines del presente estudio.

Para contactar posibles participantes se procedió a entablar conversaciones tanto con terapeutas previamente conocidos por la autora, como con familiares y amigos que pudiera conocer a posibles candidatos. El contacto inicial con el Dr Edward Romero (Informante clave) se logró a través de las redes sociales; y posteriormente facilitó los medios que permitieron a la autora contactarse con otros informantes clave.

El contacto inicial con los participantes se llevó a cabo, vía correo o mensaje de texto, mediante mensajes del siguiente tipo:

Buenos días, Dr/Lic. _____, reciba un cordial saludo. Le escribe Alejandra Quiroz, su número me lo facilitó _____. Actualmente estoy realizando mi tesis de grado en Psicología (UCV) sobre el tema de la transexualidad, específicamente, sobre la visión que tienen los terapeutas sobre el tema. Por tal razón, me gustaría saber si está interesada/o en participar. Cualquier duda o pregunta, me puede escribir por esta vía. Muchas gracias.

Una vez logrado el contacto con el participante y que éste se mostrase interesado en participar en la investigación, se les indicaba el objetivo general de la misma, la forma de recolección de los datos, así como el carácter confidencial de la información obtenida. En caso de que el candidato aceptase, se pautaba una reunión presencial o vía whatsapp (en caso de que la opción presencial presentara dificultad para concretarse) para realizar la entrevista.

A continuación se señalan los datos relevantes de cada uno de los especialistas entrevistados (participantes e informantes clave), junto al pseudónimo con el que se les identificará a lo largo de la investigación.

Tabla 2. *Datos de los participantes*

Participante	Profesión	Corriente terapéutica	Edad	Sexo	Religión
Psicóloga A	Psicóloga clínica	Clínica dinámica	61	Mujer	Católica
Psicóloga B	Psicóloga	Educativa	45	Mujer	Católica
Psicólogo C	Psicólogo	Psicología integrativa	47	Hombre	Budista
Psicóloga D	Psicóloga	Clínica cognitiva	53	Mujer	Católica
Psiquiatra A	Psiquiatra	Clínica dinámica	56	Mujer	Católica
Psiquiatra B	Psiquiatra	Clínica dinámica	41	Hombre	Católico
Dr. Romero (informante A)	Médico cirujano			Hombre	
Informante B	Doctora en Psicología	Gestalt	60	Mujer	Católica
Informante C	Sexóloga educadora	Conductismo-constructivismo	28	Mujer	Católica

De igual forma, se presenta una breve síntesis de la formación profesional y especialidad de cada uno de los participantes y de los informantes clave:

Psicóloga A

Psicóloga clínica. Atención y evaluación psicológica a adultos y jóvenes en hospital público. Profesora universitaria de postgrado, con experiencia en Terapia de Grupo.

Psicóloga B

Psicóloga, mención Educativa. Maestría en Psicología del Desarrollo Humano. Mantiene consulta privada brindando atención psicológica a niños, niñas y adolescentes; y adultos con dificultades en el área de aprendizaje, orientación vocacional y técnicas de estudio. Profesora universitaria en la carrera de Educación, cátedras de Psicología del desarrollo y Psicología Educativa. Organiza talleres sobre estudios de género. Ha realizado cursos de psicoanálisis.

Psicólogo C

Doctor en Psicología con Licenciatura en la UCAB y Maestría en la Universidad Simón Bolívar. Formación en terapias complementarias, ha realizado cursos sobre terapia cognitiva y ha asistido a sesiones de análisis lacaniano. Ejerce como psicólogo desde el punto de vista de la psicología integrativa.

Psicóloga D

Psicólogo Clínico, graduada en dos menciones (Clínica Conductual, Asesoramiento Psicológico y Orientación). Profesora universitaria jubilada. Doctora en Psicobiología. Especialista en Psicología Cognitiva. Formación en Terapia Gestalt y Coaching. Formación en Programación Neurolingüística. Especialista en Desarrollo Organizacional. Actualmente cursa Master en Ayuda Humanitaria.

Psiquiatra A

Médico psiquiatra egresada de la UCV. Psiquiatra Infantojuvenil egresada de Hospital de Niños. Ejercicio profesional público y privado. Profesora de postgrado.

Psiquiatra B

Psiquiatra general, especialista en trastornos afectivos, ansiedad, depresión, bipolares trabajo en adultos. Ejercicio profesional privado.

Informante A

Médico cirujano egresado de la Universidad Central de Venezuela. Especialista en Cirugía General egresado de la Universidad Central de Venezuela (Cirugía General, Mamas, Vías Digestivas, Laparoscopia). Especialista en Gerencia de Servicios de Salud egresado de la Universidad Católica Andrés Bello. Especialista en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Fundador de la Unidad de Atención Integral Transgénero y Jefe de Cirugías Transgénero de UCIEP (Unidad Clínica Integral de Especialidades Profesionales). Fundador de UCIEP Santiago, UCIEP Argentina y UCIEP España.

Informante B

Psicóloga clínica. Egresada de la Universidad Central de Venezuela. Magister en Psicología del Desarrollo Humano. Dra en Psicología. Evaluaciones psicológicas.

Asesoramiento psicológico individual, familiar y para la Evaluación nutricional en niñas, niños, adolescentes y adultos. Orientación para la salud y crecimiento personal. Coordinadora Clínica Sede de Caracas/Venezuela.

Informante C

Licenciada en Educación, mención pre-escolar y Primera etapa de Educación Básica. Maestría en Ciencias, mención Orientación en Sexología. Diplomada como asesor clínico en la relación de pareja. Diplomada como Doula u Orientación psico-perinatal. Diplomada como consejera de lactancia materna.

5.4. Diseño

El tipo de diseño más apropiado para el presente estudio coincide con el tipo emergente en el cual se efectúa una codificación abierta, emergiendo así las categorías por sí mismas, es decir, la teoría surge de los datos más que de un sistema de categorías prefijadas (Hernández y cols., 2014).

Por lo tanto, las categorías permitieron conceptualizar la realidad cómo era percibida por los terapeutas, en este caso, los significados que éstos mantenían hacia la transexualidad. Y estas categorías emergieron del estudio de la información recogida a través de la entrevista, mediante los procesos de categorización, contrastación y teorización.

5.5. Recolección, procesamiento y análisis de datos

Una vez seleccionado el diseño de investigación apropiado y la muestra adecuada de acuerdo con el problema de estudio, la siguiente etapa consistió en recolectar los datos pertinentes sobre las variables involucradas en la investigación (Hernández y cols., 2014).

Para aprehender el discurso de los especialistas se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual incluyó una serie de tópicos o asuntos a partir de los cuales se realizaron preguntas abiertas al entrevistado (ver Anexo). Dicha entrevista se caracterizó por mantener un diálogo coloquial con el entrevistado, quien a través de su lenguaje verbal y no verbal nos guió a través de sus propios significados,

ofreciéndonos pistas y referencias para descubrir el significado y sentido latente de lo que dijo.

En tal sentido, el diálogo sirvió como método de conocimiento al mundo como es vivido por el entrevistado, con el fin último de lograr una interpretación fidedigna del significado que tiene la transexualidad para el especialista. Como lo señala Martínez (2008) la entrevista permitió aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas, orientar hacia una perspectiva, patentizar los presupuestos y las intenciones, evidenciar la irracionalidad de una proposición, ofrecer criterios de juicio o recordar los hechos necesarios.

De las nueve entrevistas realizadas en total (seis participantes y 3 informantes clave), seis de ellas se efectuaron de manera presencial, tanto en los consultorios de los especialistas como en espacios exteriores (cafetería y jardín), todos ellos con una luz adecuada y bajo o muy bajo nivel de ruido de interferencia. El audio de estas entrevistas se recogió con el uso del teléfono móvil.

El resto de las entrevistas (tres) fueron realizadas vía whatsapp, como una alternativa ante la imposibilidad de concertar una reunión presencial por disparidad en los horarios disponibles entre la autora y el participante, o por dificultad en el transporte público.

Ahora bien, para fortalecer la corroboración de los datos, se utilizaron dos técnicas empleadas en la metodología cualitativa: la triangulación y las grabaciones de audio. Para efectuar la triangulación, de tipo interdisciplinaria, se procuró incluir a especialistas de distintas ramas de la salud mental como psicólogos y psiquiatras así como de perspectivas teóricas distintas (Martínez, 2006), lo cual permitió recoger y analizar los datos aportados por los participantes desde diferentes ángulos para compararlos y contrastarlos entre sí.

A partir de la recolección de datos, se procedió a la transcripción de las entrevistas, por parte de la investigadora y una estudiante de Psicología de la Universidad Central de Venezuela (UCV). A medida que se finalizaba cada transcripción, ésta se revisaba y cotejaba con el audio respectivo para realizar los ajustes necesarios. Se recogió en forma de notas escritas la impresión o ideas que de forma espontánea surgían en la investigadora al leer el texto.

A continuación, los datos se analizaron siguiendo los criterios de la estructuración planteados por Martínez (2006):

- Se identificaron las unidades de análisis o unidades de registro (palabras, frases o párrafos con una idea central).
- Luego se categorizaron cada una de las unidades de análisis, bajo el rótulo de un nombre breve que sintetizara o resumiera el significado de la unidad, en otras palabras, las categorías “emergieron” de los datos en sí mismos.
- Se integraron las categorías menores o más específicas en categorías más generales y comprensivas.
- Se contrastaron los datos obtenidos con aquéllos expuestos en el marco teórico-referencial, con el fin de entenderlos desde diferentes ángulos y sobre un marco más amplio.
- Se realizó una síntesis final de la investigación, en la cual se integró en un todo coherente y lógico, los resultados obtenidos, reforzándolo con la base teórica expuesta en el marco referencial.

5.6.Procedimiento general

El proceso investigativo comprendió las siguientes actividades:

- Delimitación del área a investigar, revisión de antecedentes, fuentes bibliográficas y conversaciones con dos psicólogas que trabajaron el tema de la transexualidad.
- Planteamiento del problema y objetivos de la investigación, en función de las lagunas científicas existentes respecto al tema. De igual forma se seleccionaron las técnicas y estrategias metodológicas más convenientes para aprehender el objeto de estudio. Todo ello fue integrado en la formulación de un anteproyecto presentado en febrero de 2019.
- Revisión del anteproyecto por parte del tutor y corrección del mismo en base a sus recomendaciones. Simultáneamente, se procedió a la inmersión en campo, conversando del proyecto con especialistas del área de la transexualidad (informantes clave) en febrero de 2019.

- Consideración de criterios clave de inclusión de los participantes a la muestra, a partir de la exploración realizada en la inmersión de campo y solicitud de participación de los especialistas seleccionados (febrero a abril de 2019).
- Realización de entrevistas, según la disponibilidad del especialista participante y la investigadora, de febrero a mayo de 2019.
- Transcripción de entrevistas y revisión de las transcripciones, de marzo a mayo de 2019.
- Análisis de los datos según los criterios planteados, de abril de 2019 a junio de 2019.
- Elaboración del informe final de investigación, de mayo a julio de 2019.

VI. Significados asociados a la transexualidad en profesionales de la salud mental

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis del discurso de los profesionales de la salud mental, el cual contempló la creación de categorías descriptivas, que terminaron agrupándose en categorías más generales y comprensivas, para dar origen a las cinco dimensiones que se presentan seguidamente (Figura 1). La primera de ellas, **“El terapeuta y la transexualidad”**, nos ofrece un panorama sobre las ideas y conceptos que los especialistas de diferentes disciplinas y corrientes teóricas, tienen sobre la transexualidad, cuáles son los significados que ellos asocian a este término desde el “yo creo”, “yo pienso”, para luego acercarnos al “yo siento” y descubrir a medida que vamos des-hilando el discurso, indicios de lo que se podría estar movilizando en el terreno de lo emocional.

Seguidamente, se abre la brecha para discutir sobre la sociedad, en su calidad de **agente facilitador u obstaculizador de los procesos** que vive la persona transexual. Se pretende separar a la sociedad del especialista, tarea que resulta sumamente difícil, ya que ambos forman parte y se constituyen el uno al otro, razón por la cual se introduce el tema de cómo ambos se relacionan entre sí en el apartado **“La sociedad como modulador de creencias en el terapeuta”**. En tal sentido, se asocia la patologización de la transexualidad que se observa en la esfera de lo social con aquélla que se evidencia en el ámbito científico, identificándose a su vez los significados, que implícita y explícitamente revelan la presencia de estereotipos y prejuicios en el discurso de los especialistas.

Como cuarta dimensión, aparece los eternos contrincantes: **la patologización y la despatologización**. No como entidades discontinuas, sino más bien como extremos de un mismo continuo, donde los especialistas expresan el lugar desde el cual prefieren posicionarse al considerar la cuestión de la transexualidad.

Finalmente, se abordan los **elementos psicoterapéuticos** que los especialistas señalaron como transversales al momento de brindar atención psicológica a pacientes trans, en tanto existen competencias tanto clínicas como culturales imprescindibles para poder ayudar al otro.

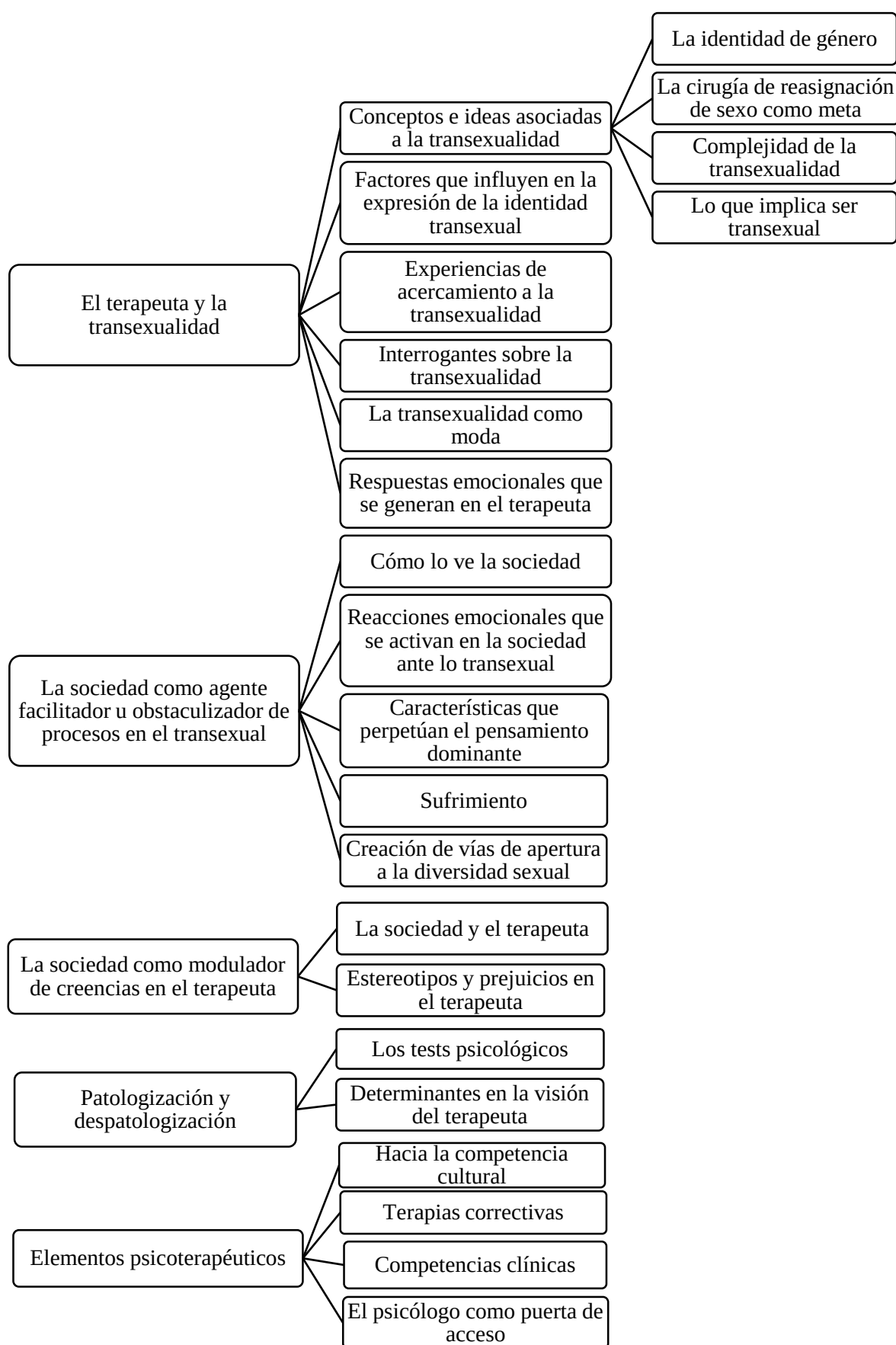


Figura 1. Esquema de dimensiones.

6.1.El terapeuta y la transexualidad

Esta dimensión contempla todas aquellas nociones, impresiones o ideas que los profesionales de la salud mental relacionan a la transexualidad, permitiéndose aquéllos generar hipótesis e incluso preguntas para las que, reconocen, no tener respuesta. Se exploran las experiencias de aproximación al tema, para paulatinamente adentrarnos en las aguas de lo emocional, describiendo aquellas respuestas que, desde este plano, se desencadenan en los especialistas a partir del contacto con realidades, que usualmente no son familiares para ellos.

6.1.1. Conceptos e ideas asociadas a la transexualidad.

Esta categoría surge a partir de los relatos de los participantes en relación a cómo conciben la transexualidad, si han escuchado sobre el tema y las ideas asociadas al mismo. A su vez, esta categoría se subdivide para abarcar los siguientes tópicos: la identidad de género, la cirugía de reasignación de sexo como meta, la complejidad de la transexualidad y las implicaciones que conlleva el ser transexual.

En primer lugar, la transexualidad puede ser considerada como una **condición de vida**, a partir de la cual se estructura una determinada manera de relacionarse consigo mismo y con el mundo; así lo evidencia el siguiente extracto:

Sí he escuchado sobre la transexualidad y pienso que es una condición con la cual se nace que determina una manera en que enfrentas la vida, en que organizas tu existencia y pauta tu forma de interactuar y de concebir todas las vivencias (todos los elementos que ocurren) dentro de este transcurrir que es la vida. (Psicólogo C)

Otra de las especialistas describe la transexualidad como un **proceso** que involucra muchas preguntas y cuestionamientos por parte de la persona que no se siente identificada con el género socialmente asociado a su sexo biológico:

Una persona, que es transgénero, estoy segura de que no se levantó un día y dice: 'ajá, yo nací hombre, pero ahora quiero ser mujer' o 'yo nací mujer, pero

ahora deseo ser hombre', si no que -creo que- es un proceso de muchas preguntas, muchas interrogantes. Que tú sientes que no van cuadrando en ti ciertas cosas y te vas preguntando: '¡mierda!, por qué, si yo soy hombre, no me siento como dicen sentirse todos los hombres' o 'por qué, si yo soy mujer biológicamente, no me siento como todas las mujeres dicen sentirse' (...) creo que hay un proceso de preguntas, de miedo, de descubrir realmente quién soy y que ese proceso, ese miedo, lo debe acompañar el psicólogo. (Psicóloga D)

Otros conceptos como “**alteración**”, “**falla**” y “**cambio de sexo**” también aparecieron como relacionados a la transexualidad en algunos de los discursos, evidenciando una concepción más hacia lo patológico de esta identidad. Muestra de ello se apreció en la opinión de una especialista de corte dinámico:

Yo creo que es más que es un trastorno de identidad (...) es el cambio de sexo ok? de una persona, si nace una persona con sexo masculino y entonces llega y quiere operarse o quiere hacer todo lo posible para ser del sexo femenino pero la transexualidad es más que el cambio de genitales, es una actitud que nosotros venimos formados yo creo que genéticamente, después nos formamos socialmente, psicológicamente, para asumir el rol de un sexo determinado y entonces pienso que aquellas personas que tienen el deseo de cambiar de sexo es porque bueno, algo está fallando (...) Obviamente parece ser que no hay una conciencia clara del rol, del género que tienen pues, entonces ehh pienso que desde un punto de vista psicológico es un trastorno, es una alteración (..) ‘nadie que esté en su sano juicio, quiere cambiar de sexo, eso es así’. (Psicóloga A)

El párrafo anterior asocia la transexualidad al hecho de no saber quién se es, y a la falta de un concepto propio en relación al género al que se pertenece, lo cual es considerado como una falla a nivel psicológico, y por ende se constituye como criterio patologizante.

Otro de los especialistas propone su visión desde una perspectiva médica y califica la transexualidad como una **incongruencia**, justificando su respuesta de la siguiente manera:

Yo lo veo como una incongruencia, por mi estructura médica, por mi estructura psiquiátrica. Uno suele ver las incongruencias como patológicas. Por ejemplo, si yo tengo taquicardia, es decir, mi corazón está acelerado, y yo como médico le tomo el pulso o escucho a alguien que tiene el pulso acelerado. Y le tomo la tensión y la tensión está baja. Eso no cuadra. Tú como médico sabes que, si el paciente tiene el corazón acelerado, la tensión tiene que estar alta. Si tú le tomas al paciente el pulso, y tiene 200 de pulso, y le tomas la tensión y tiene 40-20; el paciente se está muriendo, es una incongruencia, eso no cuadra. O le tomas la temperatura, y tiene 40, pero lo tocas y está frío. Una locura... Que estés triste y te estés riendo, eso es una incongruencia afectiva, llevada a niveles patológicos por el esquizofrénico. Que tú seas físicamente, que tu yo corporal sea varón, pero que tu yo psíquico sea hembra, o viceversa, yo lo percibo como una incongruencia, entonces, me cuesta verlo como normal. (Psiquiatra B)

Al integrar las diferentes opiniones, es posible identificar algunas ideas que se repitieron a lo largo de los discursos de casi todos los participantes:

Una de ellas consiste en que la transexualidad se presenta desde **edades muy tempranas**, condición con la cual incluso se puede nacer, y que escapa a la elección de la persona, es decir, no resulta algo opcional:

Con relación a la transexualidad, entiendo que eso no... o sea, que ni siquiera es una opción de la persona, así como la homosexualidad no es una opción. O sea, no es que tú te despiertas y dices: 'yo soy homosexual' o 'yo soy transexual'. (Psicóloga D)

Esto coincide con lo expuesto por los informantes clave (especialistas en el trabajo con pacientes trans) quienes indican que la sensación de dualidad (sentirse de una forma y verse de otra) en la persona transexual ha estado de forma más o menos permanente a lo largo de su vida, apareciendo esto como un rasgo característico en dichos individuos:

Un niño de tres años, cuatro años, ¿cómo puede saber que él es varón y lo están criando como hembra?. Te lo dicen: 'yo lo supe desde que estaba en la escuela, que estaba en el preescolar, y me ponía a jugar con las niñas'. Lo recuerdan. Tienen experiencias muy tempranas acerca de no entender qué les pasa, pero dejarse llevar por la fuerza, por la corriente social, ¿sabes?, dejarse arrastrar por la corriente social. (Informante B)

El hecho de que los sentimientos de transgeneridad aparecen a edades tempranas coincide con el discurso de una participante, especializada en psiquiatría infantil:

Yo veo niñitos de cinco años que le dicen, por ejemplo, a sus padres: 'es que yo no me siento varón' o 'yo sé que tengo que jugar con carros, pero a mí me gusta jugar con la muñeca'. Los papás le pueden decir... '¡pero es que a mí me gustan los vestidos!', eso pasa. (Psiquiatra A)

De igual manera, en un estudio realizado, a partir de los relatos de tres mujeres transexuales en la ciudad de Barquisimeto en Venezuela, se apreció que la constitución de la identidad comenzaba alrededor de los 3 y 7 años cuando los niños pueden percibirse y concebirse como niña, niño o ambiguo, clasificarse como tal dentro de su categoría y clasificar a los demás (Maza, 2014).

Al respecto, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH, 2012) sostiene que en niños y niñas la disforia de género podría aparecer a la edad de los dos años, cuando el infante expresa deseos de pertenecer al otro sexo y sensación de incomodidad ante sus características físicas sexuales y sus funciones, lo cual podría acompañarse con una preferencia por ropas, juguetes y juegos usualmente asociados al sexo contrario. Estas características se presentan de manera heterogénea, es decir, presentan diferentes grados de variabilidad dependiendo del caso (Cohen-Kettenis et al., 2006; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010, c.p. WPATH, 2012).

La identidad de género.

La construcción de la identidad de género es un tema central al abordar el tema de la transexualidad, ya que es en este terreno, donde se juegan con especial

fuerza, los procesos subjetivos por los que atraviesa una persona que se asume transexual. Como menciona Rocha y cols (2012, cp. Pereira, 2015):

La identidad de género se estructura a partir del proceso de definición que una persona hace de sí misma, y esta definición está intrínsecamente ligada con los significados que a nivel social y cultural se establecen como parte de la diferenciación sexual. (p. 65)

Al respecto, una de las participantes introduce en su discurso el concepto *construcción*, haciendo referencia a que en la historia de vida de la persona transexual, hay algo que se construyó de cierta manera:

De la misma manera en que no sé por qué soy heterosexual, no sé por qué otro es homosexual. No sé qué hace que una persona no se sienta identificada con el sexo con el que biológicamente nació (...) como te decía hace un momento, 'yo soy heterosexual y no tengo muy claro por qué soy así'. O sea, hay algo que se construyó en mí así, probablemente, cuando yo era muy chiquita, que hizo que me interesaran los hombres y creo que eso mismo pasa con la gente homosexual. O sea, algo se construyó en ellos que hace que le interesen personas de su mismo sexo. También, en el caso de la transexualidad, que no es una cuestión de opción, si no que tú de verdad sientes que es así, que estás en el cuerpo equivocado. (Psicóloga D)

Siguiendo la línea de esta reflexión, vale la pena entonces preguntarse: ¿Cómo se va construyendo la definición del género en el ser humano?

Esta interrogante es abordada por otra de las participantes, quien nos regala un símil valioso para ayudarnos a entender cómo se va dando el proceso de definición del género en el ser humano:

Creo, no sé... lo veo como, por ejemplo... quizás, es un ejemplo muy jalado de los cabellos. Pero los niñitos, cuando nacen, nacen con la mollerita blandita porque, cuando pasan por el canal vaginal para nacer, los huesitos se mueven. Luego, cuando nacen, otra vez vuelven a su posición. Por eso, la tenemos

blandita y poco a poco va cerrando en la medida en que los huesos van volviendo. O sea, se define lo que es la estructura craneana. Parece que algo así, también, pasa con nuestra definición de sexo o de género; hay un momento en que está abierto y los niños prueban como muchas cosas (me puedo vestir, me puedo disfrazar de mujer, de hombre). Socialmente, muchas cosas no son permitidas, pero los niños tienen la posibilidad de jugar con estas cosas como para ir probando qué se siente vivir en un sexo, en otro sexo. Incluso en la adolescencia, también, hay crisis; a veces, me gustan personas del mismo sexo, del sexo opuesto. Es normal que suceda porque todavía esa definición está abierta. Como la mullerita, está abierta hasta que los huesos se estructuran. Es igual lo que es la personalidad y la definición de género. Eso poco a poco tú lo vas llevando -según lo que vas viviendo, cómo vas organizando el mundo y la psique- hasta que llega un momento, cercano a la adultez, que ya hay una definición completa... más o menos completa. Así, es como el cierre; ya los huesitos se endurecen, haciendo el símil. Bueno, ya te das cuenta de que te gustan personas del mismo sexo, el sexo opuesto e incluso está la bisexualidad también. Hay como un cierre, una definición. (Psicóloga B)

Efectivamente existen fuerzas de diferente índole que configuran la definición del género en el ser humano, entendiendo que las significaciones culturales aprendidas y las creaciones que el sujeto realiza sobre su experiencia a partir de ellas serán los pilares sobre los cuales se fundamentará la construcción de la identidad (Lagarde, 1998).

La metáfora expuesta anteriormente pone de relieve la necesidad de un cierre del proceso, que llevaría a la definición de la identidad de género. Acorde con esto, la mayoría de los enfoques psicológicos afirman que la identidad de género se adquiere definitivamente durante la primera infancia y permanece inalterable el resto de la vida. No obstante, algunos estudios sostienen que la identidad es un proceso siempre inconcluso, y no un estado adquirido de manera definitiva, ya que continuamente se interpretan, negocian, rechazan o incorporan discursos y pautas de nuestro entorno. Este enfoque validaría el hecho de que existan personas que se permiten fluctuar en

un continuo de masculinidad-feminidad sin identificarse con alguno o solo uno de los géneros que la sociedad dispone (Mas Grau, 2017).

La cirugía de reasignación de sexo como meta.

En otro orden de ideas, se apreció en algunas de las entrevistas, la asociación entre la sensación de pertenecer a otro género (diferente del asociado al sexo biológico) y el deseo de ser operado. Muestra de ello se encuentra en los siguientes extractos:

[Las personas transexuales] se sintieron totalmente divididos y, al final, cuando tuvieron la oportunidad, decidieron cambiarse de sexo. (Psicóloga B)

O sea yo soy hombre y me quiero cambiar a ser mujer, de apariencia nada más, de sexo nada más, fíjate tú que ni siquiera los hermafroditas” “yo estoy convencida de que es un trastorno delirante, una alteración del pensamiento porque ellos piensan que, que sí, que con cambiar el sexo, vestirse como si fuese mujer, era suficiente para ser mujer. (Psicóloga A)

Estos dos elementos parecen ir comúnmente de la mano, incluso por parte de los mismos pacientes trans, quienes desean atravesar el proceso de la cirugía de reasignación de sexo (o de afirmación de género) para adecuar su cuerpo a lo que se supone es una mujer o un hombre. Así lo revela la investigación venezolana realizada por Maiz (2014) donde se encontró una estrecha relación entre el concepto de sí mismo y la imagen corporal en personas transexuales, identificando la rigidez del concepto de género como un elemento que impone patrones rígidos y mutuamente excluyentes entre hombres y mujeres, lo cual contribuye a que las personas transexuales deseen asumir apariencias y conductas muchas veces estereotipadas asociadas a cada uno de los géneros con el fin de ser aceptados.

Durante el encuentro con una informante clave, quien es sexóloga especializada en población trans, la misma habló sobre su experiencia en relación a la frecuencia de pacientes trans que desean realizarse la cirugía de reasignación de sexo:

Yo tengo aproximadamente diez pacientes transgénero (...) La gran mayoría... y te digo que solamente uno de ellos se siente bien con sus genitales, con su genitalidad, con sus mamas. Todos los otros nueve desearían en algún momento realizar la transición quirúrgica. (Informante C)

El hecho de que la adecuación genital es vista como un ideal por algunas personas trans, se refleja en los datos ofrecidos por el Dr. Romero (comunicación personal, 28 de febrero de 2019):

La mayoría [de las personas trans] te buscan por cirugía, casi todos porque es como un ideal que ellos tienen, pero cuando empiezan en protocolos y están años contigo, tú ves que realmente no era la cirugía y sus necesidades se aclaran, hay muchos que no quieren hormonarse, hay otros que se satisfacen con hormonarse nada más y los que tienen la disforia más marcada son los que llegan a los cambios quirúrgicos.

Para los investigadores Missé y Coll-Planas (2010) la reasignación sexual aparece como un elemento indisociable de la transexualidad, al identificarse como una meta en el discurso de los profesionales, por lo cual se tiende a creer que toda persona “verdaderamente” transexual se desea operar los genitales. En tal sentido, los autores agregan: “En ningún caso se contempla que la persona se sienta mujer pero no desee castrarse o que alguien se sienta hombre y pueda disfrutar de su cuerpo sin necesidad de una reasignación sexual” (p. 49).

Vestigios de la idea expresada en el párrafo anterior se reflejan en la definición, usualmente empleada, para el término transexual:

Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizarse o masculinizarse (WPATH, p. 107).

Según estadísticas ofrecidas por el Dr. Romero (comunicación personal, 28 de febrero de 2019), solo el 30% de los transgénero llegan a un procedimiento de adecuación quirúrgica, lo cual se traduce en lo siguiente:

No todos los transgénero quieren operarse, muchos transgénero quieren herramientas para manejar la disforia y vivir tranquilos, muchos transgénero son felices y se sienten satisfechos y realizados con vestirse del género que perciben, con vivir el rol social que desean y no desean un cambio quirúrgico y a veces hasta ni hormonal. No todos los transgénero tienen una disforia severa, claro muchos sí, pero no todos, muchos lo que necesitan es acompañamiento de primer nivel.

En este mismo orden de ideas, la investigadora Garaizábal (1998), psicóloga clínica especialista en terapias de género, afirma que la transexualidad no puede ser definida exclusivamente por quienes desean operarse. En base a su experiencia, se permite afirmar que actualmente hay muchas personas que se definen y viven como transexuales y que no tienen ninguna intención de someterse a la intervención quirúrgica de cambio de sexo, debido a que el hecho de vivir con sus genitalidades no les reporta ningún displacer, al contrario, las disfrutan. Al respecto de las personas transexuales, señala: “Suelen ser personas equilibradas, que reivindican su diferencia y su transexualidad con orgullo; que gustan de mostrar su ambigüedad y ambivalencia en relación a los géneros, siendo conscientes de la estructura inestable y construida que éstos tienen” (p. 5).

Ante la visión expuesta anteriormente referida a la aceptación de la ambigüedad como una forma de expresar la variabilidad o no conformidad de género de la persona, la autora rememora el testimonio de uno de los participantes, que contrasta con lo expuesto anteriormente:

Yo me inclino más porque tú te vayas hacia un lado. Porque, además, no lo veo solamente en el tema de la sexualidad. Si tú quieres ser psicóloga, chévere, te felicito, que bueno. Si tú quieres ser matemática pura, bióloga marina, chévere. Pero hacer las dos no puede ser, ‘no, es que yo quiero ser psicóloga y quiero ser bióloga, voy a hacer las dos cosas, en la mañana voy a

trabajar de psicóloga y en la tarde de bióloga’... No sé, yo creo que apunto más hacia que la persona se defina, con lo que él quiera, pero que se defina (...) si tú estás definido, es decir, ‘mira, yo nací hombre, pero yo desde pequeño, sabía, me sentía como mujer, yo siempre he sido así. Y yo sé que a mí me gustan los varones, es decir, mi objeto de deseo, mi objeto de amor es un varón, y yo apunto hacia allá. Esa es mi definición’. Perfecto. Pero: ‘Yo no sé, si es hombre o si es mujer, para mí eso no es importante’. No sé, yo eso lo veo más patológico. (Psiquiatra B)

Entonces, aparece una vez más la ambigüedad como posible criterio patologizante, no solo para la no conformidad de género sino para variantes de la orientación sexual, como la bisexualidad o pansexualidad. Es importante aclarar que el término “pansexual” se usa para referirse a una persona que no solo siente atracción por personas del género opuesto (heterosexual), ni del mismo género (homosexual) ni tampoco hacia ambos géneros, hombre y mujer, (bisexual), sino también a todas las demás personas que se encuentran en el amplio espectro de género, es decir, personas de género fluido o no binario e intersex.

Complejidad de la transexualidad.

Uno de los hilos conductores que se apreció a lo largo de las entrevistas fue el empleo en paralelo de los términos homosexualidad y transexualidad para describir elementos en común, contrastar niveles de patología y hacer generalizaciones. A manera de hipótesis, es posible considerar la referencia continua al tema de la homosexualidad por parte de los participantes como una forma de aproximarse al tema de la transexualidad – un área con la que no están familiarizados-, a través del concepto colindante de la homosexualidad, que ha sido usualmente más conocido y trabajado. Indudablemente, ambos conceptos se constituyen como expresiones dentro del abanico de la diversidad sexual y presentan características comunes.

En la investigación venezolana efectuada por Arenas (2013), los especialistas consideraron el ser transexual más difícil que ser homosexual, a la vez que expusieron la idea de que la transexualidad podía suponer una mayor complejidad por estar relacionada a una fase previa a la elección de objeto, la cual se supone estaría comprometida en el homosexual.

La percepción de una menor aceptación de la transexualidad en relación a la homosexualidad, también se observó en el presente estudio, cuando uno de los entrevistados señaló de forma explícita:

Sí, para mí eso [la homosexualidad], sería más fácil aceptarlo como normal, más fácil, no fácil (...) Me cuesta verlo como algo normal [la transexualidad]. El homosexual sí lo puedo ver como algo normal, el homosexual hombre o mujer. Quizás es un tema mío. Lo que yo veo ambiguo, me cuesta. (Psiquiatra B)

Mientras que de forma implícita, también se observó en la opinión de otra participante: “(...) porque no era simplemente homosexualidad, pues; era que ella asumía que pertenecía a otro género” (Psicóloga D).

Estos significados asociados a la transexualidad, que algunos terapeutas expresaron a título personal, son enlazados con aquéllos insertos en el imaginario colectivo a través de lo comentado por una psicóloga clínica entrevistada:

Nadie me ha dicho: 'así percibo la transexualidad'. O sea, pero es como lo que puedo leer del discurso que se dice. O sea, como que es peor ser transexual que ser homosexual; es algo así como en una línea que va desde la normalidad hasta la absoluta anormalidad. La cuestión es algo así como que, en la absoluta normalidad, está la heterosexualidad. Luego, hacia lo que es anormal o patológico, está la homosexualidad. Pero más patológico que eso sería la transexualidad (...) en el caso de un transexual, ellos están viendo externamente a un hombre o a una mujer que puede tener conductas homosexuales desde su punto de vista y que, además, no quiere ser del sexo con el que nació. Entonces, como que, en esa escala, me parece que lo perciben como más patológico, más dañino, más aberrado (...) y ¿en qué me baso? [en] que la gente suele decir que tiene un pana homosexual, pero no suele decir con la misma facilidad que tienen un pana transexual. Por ejemplo, yo nunca he escuchado decir eso. (Psicóloga D)

El comentario anterior pone de relieve un posible indicador de heteronormatividad, definida como la asunción de que todos son heterosexuales, y/o de que la heterosexualidad es superior a la homosexualidad, la bisexualidad y otras orientaciones sexuales (Universidad Diego Portales, s.f.).

Por su parte, uno de los psiquiatras entrevistados, introduce el factor de la apariencia física en los transexuales como agravante de la percepción social que se tiene de ellos:

Si muchas veces [el rechazo] es irreductible con los homosexuales, imagínate para alguien que, además, ni siquiera es homosexual. Es que, además, es una cosa extraña porque se pinta como mujer, se peina como mujer, se viste como mujer, pero no es mujer. Es más fuerte... (Psiquiatra B)

De forma general, el tema de la transexualidad fue descrito por todos los participantes como complejo, incluso por los informantes clave, quienes están especializados en el área. La complejidad, según los participantes radica en: la confluencia de factores que influyen en la transexualidad (sociales, psicológicos y biológicos); la dificultad en la atención psicológica a la población trans debido a los requerimientos del terapeuta para la comprensión de la disforia de género en los pacientes; la combinación de la transexualidad con otras condiciones que complejizan la problemática y la intervención terapéutica; así como el monto de sufrimiento que manifiestan los pacientes transexuales:

Es un problema bastante complejo porque tiene que ver mucho con lo social, con lo psicológico, es un problema en esencia psicológico pero tiene, digamos que está barnizado por la parte social. (Psicóloga A)

Yo siento que esa es como una atención muy difícil y, si tú vas a atender a una persona trans con los lentes clínicos, te pones los lentes clínicos y estás buscando patologías... ya, por ahí, -creo que- vas por un mal comienzo. (Informante B)

Este es un tema, ¡[es] así como que un temazo! (...) Hay cosas tan enrevesadas como, de pronto, síndrome de asperger que dicen sentirse mujeres, siendo

varones. Ahí hay un tema (...) ahí es donde se va complicando un poquito más esta tela de araña... que no te llega así solito, no. (Psiquiatra A)

En relación a este último testimonio, estudios científicos indican que la prevalencia de trastornos del espectro autista parecen ser más elevada en niños y niñas con disforia de género que en la población general (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, y Doreleijers, 2010, c.p. WPATH, 2012).

Por otra parte, las experiencias de sufrimiento que pueden tener los pacientes transexuales, producto de la disforia de género, pueden resultar abrumadoras y difíciles de abordar, tanto para el paciente como para el terapeuta. Muestra de ello se recoge en el siguiente testimonio de una informante clave:

Me llamó como a los tres días desesperado, me mandó un mensaje: 'doctora, yo no aguanto más, yo me voy a cortar el pene'. - 'Pero, ¿cómo vas a hacer eso?', tienes que tener paciencia'. - 'Es que no soporto, estoy demasiado ansioso y demasiado angustiado... si yo no me puedo hacer la operación, me voy a cortar el pene'. Yo traté, tú sabes, de darle contención y de decirle que se calmara, que todo tiene un proceso, que él ya está en el proceso y que fue muy valiente al haber tomado la decisión de hacer todo el proceso ahorita... pero que esa no era su mejor decisión porque se iba a ocasionar un daño mayor (...) pero llegan a ese estado de desesperación. Es una cosa muy dura. O sea, una cosa es que te lo cuente y otra que... (Informante B)

Lo que implica ser transexual.

Esta subcategoría comprende las ideas que los terapeutas mantienen sobre la vivencia de la transexualidad, cómo imaginan la experiencia de la transexualidad en la psique del individuo que asume esta identidad de género y las dificultades que perciben, podrían estar asociadas a ello.

La sensación de estar “fragmentado” o “dividido” aparece en uno de los verbatums de los participantes, como descriptores de la experiencia interna de quien posee un “cuerpo que no se ajusta a su mente”:

Cuántas personas no habrá que están viviendo y que no pueden hacer el cambio para que sea como una coherencia completa de su apariencia externa con lo que viven internamente (...) Lo externo es lo externo, la cara que se muestra a las demás personas, pero que eso sea totalmente contrario a lo que tú sientas y a lo que tú quieras expresar, a cómo lo vives... aunque yo soy de las personas que pienso que hay ciertas igualdades en los géneros, hay una discusión bien interesante, que a mí sí me gusta tenerla: hasta dónde es la frontera de lo femenino y lo masculino... sí hay caracteres que nos definen; ciertas características que te definen como femenino y que te definen como masculino. Bueno, nada, tener que convivir con esas dualidades, donde por fuera eres de un sexo y por dentro eres de otro, me imagino que debe ser muy difícil, pues. (Psicóloga B)

En el párrafo anterior, resalta la idea de que la vivencia de dualidad, no solo abarca la incongruencia mente-cuerpo, sino también implicar vivir en las fronteras de lo masculino y lo femenino. Esto último se refleja en el testimonio de una sexóloga especialista en atención a población trans, quien señala: “un transgénero que quiere, por ejemplo, tener el cabello largo, las uñas largas, pero quiere seguir teniendo barba... ¿cómo le dices tú a esa persona cómo tiene que vestir o cómo tiene que ser? es muy difícil.” (Informante C)

En este punto se entiende que el percibir una incongruencia mente-cuerpo genera consecuencias que pueden incidir negativamente en el individuo, ya que si no existe una clara definición de quien se es, el sentido de mismidad estará comprometido, en otras palabras; si se carece de un lugar definido desde donde relacionarse y vincularse con los otros, la capacidad para hacerlo estará afectada. Así lo expone el siguiente extracto:

Yo creo que, al estar viviendo de una manera fragmentada, es como difícil poder hacer como un cierre de lo que son, de las cosas que vive, de cómo se percibe la vida, de cómo son las relaciones. No sé hasta qué punto, por ejemplo, cuando no se llega a un proceso, que te lleve a saber qué es lo que pasa con tu psique, con tu cuerpo, con tu ser, y no se trabaja, eso pudiera hacer

más difícil... o tener muchísimas más dificultades con las relaciones, con otras personas, porque aún no te has definido a ti mismo. (Psicóloga B)

En este sentido, los términos “coherencia” y congruencia” cobran un importante valor al destacarse como elementos necesarios para lograr una sensación de bienestar no solo en la persona transexual, sino en el ser humano en general.

En el discurso de los especialistas, aparecen los verbos “asumir”, “decidir”, “revisar”, “atreverse” y “tomar acciones” como parte del trabajo psíquico interno que la persona transexual requiere realizar para lograr una sensación de coherencia interna y externa. Es decir, para que la persona transexual encuentre una sensación de bienestar se requiere un esfuerzo particular por parte de ella, ya sea psíquico, emocional, entre otros. Así lo expresan los siguientes testimonios:

[La transexualidad] es una forma de vivir que requiere [de] una serie de elementos para ajustarte dentro de un funcionamiento social, pero requiere, también, [de] una mayor revisión de tu parte como persona en cuanto a lo que quieres ser, lo que te gusta, cómo quieres vivir. (Psicólogo C)

Él sabía todo este cuento de que había algo raro en él desde que era un adolescente. Entonces, bueno, llegó aquí ahoritica. Con cuarenta y cuatro años, fue que se atrevió a tomar, digamos, las riendas de eso. (Informante B)

El momento en que la persona trans decide expresar su identidad de género, varía, según lo comentado por el Dr. Romero (comunicación personal, 28 de febrero de 2019), la edad con la que llegan los pacientes a consulta ha disminuido en los últimos años, evidenciándose así una mayor aceptación de la condición a edades tempranas:

Y los primeros pacientes que yo tuve eran cuarentones, que iban a operarse ya, que nunca habían seguido protocolo (...) en estos 4 o 5 años he visto un cambio del perfil del usuario (...) todavía tengo unos cuarentones que me están llegando, [pero] poco a poco los empecé a ver de 30 años, luego de 20, ahora tengo pacientes de 15 y 14 años. Con ellos el trabajo es más positivo, es más

fructífero, puedes incidir más en corregir traumas, en corregir problemas de autoestima, y claro todo eso es multidisciplinario, yo solo no.

6.1.2. Factores que influyen en la expresión de la identidad transexual

En relación a las hipótesis etiológicas de la transexualidad que se plantean los expertos, éstas se mueven entre dos vertientes: aquellas que le dan preponderancia al componente genético en la manifestación de la transexualidad y aquéllas que consideran la crianza como factor central en la expresión de la misma.

De forma tal, que al preguntarle a uno de los especialistas sobre el origen de la incongruencia entre identidad de género y sexo, responde lo siguiente:

Un defecto genético... Un gen por ahí, o un conjunto de genes que todavía no se han descubierto, aunque el genoma humano se ha descrito, lo cierto es que todavía no se puede identificar con exactitud cuáles son los genes que producen tales enfermedades. El hecho de que el paciente diga: 'Es que yo desde chiquito, desde que yo tengo uso de razón, yo me sentía hembra'. O sea, eso apunta a eso... Aunque obviamente creo en el origen multifactorial de las cosas, pero para algo tan fuerte como eso, yo creo que el factor principal es el genético. A lo mejor es un prejuicio mío. (Psiquiatra B)

Sin embargo, al revisar la bibliografía existente, es posible constatar que a pesar de que el componente genético pueda cumplir un papel importante en el origen de la transexualidad, se desconoce cuál podría ser el detonante para que la persona experimente la disforia de género. Al respecto, Asenjo, Rodríguez, Lucio y Becerra (2011) señalan:

No parece que la presencia de ciertos núcleos del hipotálamo correspondientes a un cerebro del sexo contrario sea por sí misma suficiente como para que el sujeto se sienta pertenecer de forma automática a ese sexo incluso sin saber nada al respecto. (p. 89)

Es aquí, donde entran las teorías del modelo psicosocial, que resaltan el papel del desarrollo, la construcción de identidad sexual e historia de aprendizaje del individuo a partir de su relación con el ambiente familiar o social, como factores que podrían ser capaces de disparar la disforia de género (Asenjo y cols., 2011).

En este sentido, una de las especialistas se mostró a favor de esta postura, al considerar que la crianza puede ejercer una influencia determinante en la formación y expresión de la identidad transexual, la cual contiene en sí misma una patología:

Yo vi un paciente una vez, un niño de 12 años que era hermafrodita, eso quiere decir que tenía los genitales internos eran femeninos pero los genitales externos eran masculino y que tenía que ver cuál de ellos se desarrollaba para operarlos y resulta que este niño que atendí, este paciente, bueno lo llevaron a consulta porque el niño orinaba sentado y resulta que cuando empezaron a evaluarlo resulta que era una niña pero fue criado como varón, ¿por qué? porque tenía una vulva, unos labios como muy pronunciados y entonces creyeron que era un pene, pequeño, entonces bueno le dieron formación de varón, fue identificado con ser varón, no era amanerado ni nada entonces por eso es que quizá eso es una demostración de que el sexo no es solamente genitalidad, es actitud, formación en la casa, en el hogar. (Psicóloga A)

En esta misma línea, la especialista expone a través de un caso, el conflicto en la dinámica familiar, el cual fue “resuelto” por el paciente, mediante la identificación con la figura parental del mismo sexo:

(...) explorando su personalidad premórbida, él me hablaba que siempre desde chiquito bueno siempre con la mamá, el papá tu sabes era como la figura represiva, la figura no sé si era maltratante, no sé si era alcohólico, no recuerdo bien pero él estaba identificado con la figura femenina que era pasiva, que era aguantadora, que era la que toleraba pues toda esa situación de maltrato y que por los hijos, y resulta que no se dieron cuenta que había un hijo que estaba identificado con el otro, del otro sexo, entonces yo me preguntaba ¿cómo no va a querer cambiar de sexo si él asoció masculinidad con maltrato? entonces

¿quién se va a querer identificar con una persona maltratante? Entonces ¿con quién se identificó? con la figura pasiva. (Psicóloga A)

Esta explicación hipotética sobre el origen de la transexualidad coincide con las teorías psicológicas, de corte dinámico, que señalan que los varones tendrían mayores dificultades para adquirir la masculinidad debido a que la identificación primaria es con la feminidad de la madre (Garaizábal, 1998).

No obstante, por otra parte, existen argumentos que cuestionan la predominancia absoluta de la crianza sobre los factores individuales:

Por muy patrón de crianza... ponte tú que -siendo mujer- tu mamá se haya empeñado en que fueras varón, que te ibas a cortar el pelo y que te iba a poner pantalones. Aunque eso sea así, vives en un mundo social y ves cómo son las niñas, como tú. Ves las niñas, que aquella se pone vestido... empiezas a conflictuarte y terminas expresando lo que realmente quieres. O sea, no te dejas llevar solamente por lo que te dice la familia, sino que terminas expresándote como quieres. (Informante B)

6.1.3. Experiencias de acercamiento a la transexualidad.

El siguiente punto a describir corresponde al acercamiento que han tenido los especialistas en su vida personal, académica y/o profesional con el tema de la transexualidad y/o con personas transexuales.

A nivel personal, una de las terapeutas relata haber tenido una primera aproximación traumática con el tema:

Recuerdo que tuve una experiencia -que yo diría que fue traumática- cuando recién me gradué de bachiller porque una de mis compañeras vino a mi casa y me invitó a salir. Estaba, en ese momento, saliendo con un chico. Este chico era de mucho dinero y yo creía que ese día iríamos a tomarnos algo, iríamos a un restaurante o, quizás, a una discoteca. Realmente, la diversión de él fue irse hasta la [Avenida] Libertador y empezar a acosar a... les llamaban 'los transfor'. O sea, esa era la forma en que se referían a la transexualidad.

Entonces, básicamente, lo que hacía era... al comienzo, simplemente, eran insultos o burlas; pasaba con el carro, les gritaba cosas, groserías, no sé qué. En un momento determinado, una de estas chicas como que se molestó y empezó a encararle y él se bajó con un bate y [la] amenazó con caerle a golpes. Ahí fue donde yo empecé a gritar dentro del carro, estaba aterrorizada. O sea, claro, la persona corrió, él se montó en el carro, como riéndose. Yo estaba gritando, mi amiga tratando de calmarme. (Psicóloga D)

El texto anterior es una muestra de la discriminación hacia las personas transexuales, y cómo esta forma de exclusión puede modular el primer acercamiento que tenemos al tema. Ya sea como observadores, agresores o víctimas, la discriminación pareciera ser el canal por el cual nos comunicamos, por lo menos en un primer momento, al tema de la transexualidad.

Por su parte, otra de las especialistas relató cómo a través de una amiga pudo presenciar el impacto familiar que conllevó la identidad trans de uno de sus miembros:

Cuando me preguntabas [sobre] alguien cercano, esta persona no fue mi paciente, sino el hijo de una amiga, varón. Qué terrible cuando él se los comentó [a sus padres]. O sea, fue motivo de alteración en el hogar; papá, rechazándolo y mamá con una depresión terrible. Prácticamente, lo empezaron a llevar donde un especialista porque el especialista les hablaba de lo que eran los pasos, pues, que hay que seguir. ¡Aquello fue terrible!, terrible. Este muchacho termina siendo una hembra, pero yo no sé si le aplicaron las hormonas (...) él es hijo de una amiga. O sea, mi amiga con la que crecí. Ahí, después de que él viste de mujer o qué se yo, no lo he visto... pero sí vi el sufrimiento de la mamá. Cuando él le decía: 'mamá, quiero que me compres ropa de mujer', ella decía: 'pero, ¿cómo voy a ir contigo a una tienda a comprarte blusas?!' (...) Entiendo que no es así como: '¡guao!, que chévere, mira, eres transexual', no. (Psiquiatra A)

En relación al contacto con el tema, a nivel académico, solo una de las participantes refirió haber cursado una materia relacionada al tema de la sexualidad durante sus estudios de pregrado en la carrera de Psicología:

Durante la carrera, no vi absolutamente nada sobre eso. Incluso yo cursé una materia de AVESA (Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa), que es una materia electiva (...) sí recuerdo haber leído sobre la transexualidad. Pero, en ese material del que discutimos, básicamente, eran como cuatro líneas. O sea, lo que significaba, como puedes, en un momento determinado, leer qué significa la zoofilia o qué es una parafilia. O sea, simplemente, la definición. Realmente, jamás nos detuvimos a hablar sobre eso porque lo que estábamos hablando era sobre el concepto de virginidad, la construcción social acerca de la virginidad, qué era ejercer la función sexual, cómo era ser responsable, cómo ser buenos padres. De eso fue de lo que hablamos. Nunca hablamos de la transexualidad. (Psicóloga D)

Por su parte, según los resultados arrojados en una investigación venezolana (Arenas, 2013) la formación de psicoterapeutas venezolanos está marcada por una falta de información y por lo tanto, de entrenamiento, respecto a la diversidad sexual, y de manera más pronunciada, respecto a la transexualidad. El hecho de que la principal aproximación que los estudiantes hacen al tema dentro de la educación formal, sea desde el área de la psicopatología, la cual otorga a la transexualidad un carácter patologizante, pudiera dar lugar a un sesgo en la información, favoreciendo así, en los futuros profesionales, el surgimiento de un prejuicio hacia la identidad trans.

En tal sentido, en un estudio realizado en Puerto Rico, respecto a la preparación de psicoterapeutas clínicos, se identificó que dentro del paradigma de formación de la psicología, no se han desarrollado experiencias de formación y capacitación acordes al pensamiento social actual sobre equidad de género. Para los autores de esa investigación, el desarrollo de competencias en el área del género y la transgresión del mismo resulta vital:

la educación sobre el género, no es algo que se puede dar por sentado; no estudiar el género representa un sesgo retrospectivo o a posteriori, es decir se ve como obvio el conocimiento del género, ya que participamos de éste diariamente (Esteban, Ortíz, Rivera, Purcell y Ruiz, 2016, p. 89)

Sin embargo, los datos reflejados en la investigación venezolana efectuada por Jugo (2016) en relación a los significados asociados a las personas transexuales en estudiantes de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, demuestran que la formación académica es percibida, por los mismos estudiantes, como un modulador positivo de las creencias que éstos desarrollan hacia las personas trans, debido a que los prepara para tener una mayor apertura mental y empatía hacia la diversidad de experiencias humanas.

En el ámbito profesional, la mayoría de los especialistas refirieron haber tenido poca o muy poca experiencia con pacientes transexuales, por la baja frecuencia en la que estos casos se presentaban en consulta. Así lo expresa el siguiente participante:

Aunque no soy especialista en el área y te mentiría si te dijera que veo ni siquiera con relativa frecuencia pacientes transgéneros, ni siquiera esporádicamente. Sí he visto pacientes, sobre todo en el público, cuando pasaba consultas en el hospital Vargas, de vez en cuando llegaban. Generalmente, en esas fases donde el individuo estaba empezando a tener conciencia de que había algo diferente en él, y de cómo eso no solamente impactaba en la vida de él, sino en la de su entorno (...) Donde yo estoy nunca me ha llegado un paciente (Institución psiquiátrica privada), todos los pacientes de los que te hago mención los vi durante los casi ocho años que pasé consulta como psiquiatra en el Hospital Vargas (...) [ahí] llegaba de todo, si en 8 o 9 años que yo estuve ahí pasando consulta, me llegaron 3, 4 pacientes. (Psiquiatra B)

Por su parte, tres de las participantes refirieron haber atendido casos puntuales de pacientes intersexuales, en su práctica profesional. En este sentido, es importante hacer notar que el tema de la intersexualidad apareció en los discursos de varios

expertos, quienes habían mantenido experiencias de aproximación al tema de la diversidad sexual a través de la atención a pacientes intersexuales, lo cual pone en evidencia la relación directa que tiene la transexualidad con otras expresiones de la diversidad sexual como la homosexualidad, la bisexualidad, la pansexualidad y la intersexualidad dentro del ejercicio profesional. A continuación se presenta uno de los extractos:

Cuando hablamos -y sé que no es tu tema- de ambigüedad sexual, me imagino que te habrás topado por ahí con eso, los pseudohermafroditas, allí las intervenciones que me tocó hacer -en mi formación como psiquiatra infantil- iban encausadas a ese sexo social. O sea, fortalecer lo esperado por la cultura... después, cuando crece [el pseudohermafrodita], te puedes dar cuenta [de] que ahí hay una cosa, también, donde, a lo mejor, fue preparado para actuar como una femenina y resulta que, en la adultez, no es femenina... hormonalmente, es masculino. Ha pasado. (Psiquiatra A)

6.1.4. Interrogantes sobre la transexualidad.

Las preguntas y dudas de los especialistas van referidas al desconocimiento técnico de la identidad trans, la forma adecuada de aproximarse a la persona transexual (llamarla con pronombre masculino o femenino); la orientación sexual de las personas transexuales, entre otros. Algunos extractos así lo evidencian:

¿Qué sí siento?, que me cuesta, a veces, llamarle con su nombre masculino porque como que quedó la impronta de que yo la vi siendo una chica. Entonces, nada, me cuesta como pensar en 'él' más que en 'ella', que fue el primer contacto que tuve. (Psicóloga D)

Recuerdo un caso de... tengo dificultad para decir si era muchacha o muchacho. Era hembra fenotípicamente, tenía aparato reproductor femenino, pero él por fuera era un varón. (Psiquiatra B)

Claro, el transexual yo no sé muy bien cómo funciona, supongo que habrá variantes. No sé si sentirá atraído solamente por personas de ese género que él tiene, pero rechaza o que asume. Supongo que habrá de todo. (Psiquiatra B)

También se cuestionan respecto a cuáles factores pudieran influir en la expresión de la identidad trans, preguntas que lejos de ser respondidas de manera absoluta, sirven como punto de partida para generar otras preguntas. Por ejemplo, una de las especialistas se plantea la posibilidad de que la transexualidad sea la consecuencia de un trauma no resuelto:

Lo otro era que me preguntaba si realmente... o sea, como ella había tenido como una experiencia traumática en algún momento de su experiencia sexual porque había sido abusada sexualmente, yo me pregunté si realmente... o sea, si ella se identificaba con el género masculino porque realmente era así o como consecuencia de la violación en el sentido de que, quizá, había asociado el hecho de ser mujer a ser vulnerable, a ser violentada, a ser objeto de violencia y, por eso, en este momento se sentía como identificada con el sexo masculino. Entonces, eso fue lo que pensé. Bueno, básicamente, le expresé: 'mira, ¿y no podría ser esto? ', se lo dije más en término de pana porque, como te dije, no había aceptado ser su psicóloga. (Psicóloga D)

Preguntas sobre la etiología de la transexualidad y la manera como se juegan las dinámicas de la psique surgen como semillas para la investigación:

Oye, ¿existen, realmente, los transgénero?, ¿es una cosa que tiene que ver con algo psicológico o con algo orgánico? Yo veo niñitos de cinco años que le dicen, por ejemplo, a sus padres: 'es que yo no me siento varón' o 'yo sé que tengo que jugar con carros, pero a mí me gusta jugar con la muñeca'. Los papás le pueden decir... ' ¡pero es que a mí me gustan los vestidos!', eso pasa. Qué pudiera uno decir: '¿qué está pasando allí en esa elección de objeto?, ¿ya eso tiene que ver más con dinámicas propias -o sea, la psique, la estructura psíquica de cada individuo- que van más allá? '... este es un tema, ¡[es] así como que un temazo!. (Psiquiatra A)

También se generan preguntas respecto a los procesos subjetivos que conducen a determinada elección de objeto homosexual, una vez realizada la transición quirúrgica. Así lo refleja el siguiente extracto:

Cuando uno ve algunas cosas que ocurren en los transgénero, te cuesta trabajo que encaje... y yo no lo puedo entender. Te doy un ejemplo: una persona, que es de género masculino, entiende que se siente mujer, hace todo lo posible para llegar a ser mujer -siendo hombre- y resulta que la elección de objeto que hace es una elección de objeto homosexual. Por ejemplo, es un hombre que se siente mujer, pero luego se hormoniza, se opera y pasa a ser una mujer... y la elección de objeto no es un hombre, como uno esperaría, sino que es una mujer. Eso es algo que muchas veces cuesta entender. Allí tú sí dices: ' qué está pasando aquí, en esta psique'. Ahí ya hablaríamos de lo que está pasando en la psique más allá de lo que está pasando en lo biológico, ¿sí?, yo diría: '¿aquí que hago?, ¿patologizo esto que está pasando aquí? ', ¿sabes? (Psiquiatra A)

En el extracto mencionado se observa la presencia de creencias y expectativas del ejercicio del rol de género por parte de la especialista, ya que, lo esperable para una persona de sexo biológico varón que realiza la transición hacia mujer (Transgénero femenino), es que su elección de objeto sea de tipo heterosexual. Esto deja entrever la presencia de creencias heteronormativas en el terapeuta que serán discutidas más adelante.

A modo general, los participantes que consideraban no tener mayor conocimiento técnico sobre la transexualidad lo expusieron en relatos como el que se muestra a continuación:

Mi opinión no me explica el fenómeno (...) Hay cosas que no las entiendo. O sea, soy honesta en ese tema. No las entiendo. Todavía no me he metido a estudiarlas. Tampoco, realmente, es mi tema de incumbencia. O sea, no, lo reconozco. Lo defino así... es por eso, no puedo como explicar muchas cosas al respecto; ni yo misma me he dado como las respuestas a ciertas preguntas que yo misma me hago con ese tema. Pero sí he tenido la experiencia de tener

a gente cercana que ha hecho esa transformación de un sexo a otro. (Psicóloga B)

Sin embargo, la autora sostiene la idea que el hecho de que existan elementos que el terapeuta no logra comprender no es excluyente con el mantenimiento de una posición de apertura a la diversidad de expresiones e identidades de género. Por el contrario, se considera el surgimiento de preguntas como algo que predispone al terapeuta a investigar, a cuestionarse a sí mismo, lo que actúa como terreno fértil para el aprendizaje.

6.1.5. La transexualidad como “moda”.

Por su parte, el término “moda” apareció en el discurso de algunos especialistas, haciendo mención a la creciente popularidad que ha tenido la visibilización de la transexualidad en la esfera pública, percibiéndose una mayor libertad para hablar sobre la misma en la actualidad.

De forma adicional, para una de las expertas, especialista en niños y adolescentes, la apertura existente en la actualidad hacia temas de la diversidad sexual podría incidir en la presencia de comportamientos homosexuales en los jóvenes como forma de adecuarse a un entorno y no necesariamente como expresión genuina de una orientación homosexual:

Sí, me parece que es como una moda. No me ha llegado a la consulta, pero sí he visto que muchos jóvenes, sobre todo los más jóvenes, empiezan a adoptar ciertos, no sé, comportamientos, actitudes o ademanes, como para ser aceptados en su grupo (parte de ese grupo es, digamos, de homosexuales). [Los jóvenes] empiezan a cambiar ciertas cosas, por ser aceptados, pero yo me preguntaba: qué tan, de verdad, definidos están ellos o qué tanta capacidad tienen ellos de saber que son homosexuales... de verdad, lo que me gusta es el sexo opuesto o todo lo que va detrás de eso. Qué tanto, de verdad, ellos están conscientes de eso o es simplemente para ser aceptados en grupos. Entonces, incluso, a veces, hasta competencias [de] ver quién se transforma más que el

otro o quién tiene el atuendo... me parece, es lo que yo he observado.
(Psicóloga B)

Por otro lado, la expresión de la diversidad sexual que se percibe en la actualidad, no escapa de ser cuestionable moralmente por una de las participantes:

A lo mejor hay gente que dice que son valores de las abuelas, pero fíjate que antes existía lo de la homosexualidad, siempre ha existido, pero había como un control, ahora resulta que la están mostrando como si ese es el patrón a seguir, como que todo el mundo tiene que ser homosexual. Y resulta que hay una tendencia ahora, que yo no sé de dónde sale, una cosa muy irracional, esa es mi percepción como persona y como profesional, o sea no es lógico que se esté estimulando un patrón de conducta que no es lo aceptado, no solamente aceptado, porque pareciera que habría que ajustarse a las normas sociales, pero ¡dios mío! Es como una forma de.., no se puede permitir esa libertad de ejercer la sexualidad. (Psicóloga A)

Lo que expresa el párrafo anterior es una postura personal acerca de la percepción de falta de control en la sociedad actual, una sensación de que algo se va a desbordar. Ante lo cual, otro de los participantes pareciera responder:

Me parece que [patologizar la transexualidad] tiene que ver con el miedo al cambio, a aceptar lo desconocido... el miedo que algunas personas tienen a que, si aceptan lo desconocido, como que se va a desbordar la sociedad. Las sociedades son autolimitantes; ellas mismas encuentran su manera de organizarse. (Psicólogo C)

La perspectiva de este último participante deja entrever que la patologización de la transexualidad, desde el terreno de lo científico, pudiera estar vinculada a la manera cómo los profesionales perciben la visibilización de las diferentes formas de expresarse sexualmente dentro de la sociedad. Es decir, parece haber una vinculación entre la forma cómo los especialistas (como parte de la sociedad) perciben a los

miembros de un colectivo y el hecho de que se patologice la conducta de dichos individuos desde lo científico.

6.1.6. Respuestas emocionales que se generan en el terapeuta.

Esta subcategoría comprende aquellos factores y vivencias asociadas a la transexualidad que causan un impacto emocional en el terapeuta, activando ciertas sensaciones y sentimientos que pudieran causarle asombro o incluso incomodidad. También se exploran los motivos por los cuales esto ocurre.

Uno de los factores que más puede causar impacto en el especialista, así como en el resto de las personas, es el relacionado a la apariencia física del transexual, ya que el mismo pudiera atravesar por diferentes adecuaciones físicas como parte de su proceso de transición; o incluso pudiese mostrar una expresión de género que se aleja de los patrones convencionales.

En tal sentido, la “transformación” en la imagen del transexual pudiese percibirse como algo desagradable para el espectador:

Cuando empieza el individuo a transformarse por cuenta propia, empieza a maquillarse, peinarse, vestirse, a transformarse. Él empíricamente empieza con ese proceso de metamorfosis, se pudiera ver, tratando de ser lo más ‘polite’ [en español, amable] posible, como bizarro, como un poco grotesco. Es como que estás tratando de forzar una transformación que no es natural, es decir, no viene endógenamente catalizado por cambios bioquímicos, enzimáticos, hormonales. Tú mismo estás tratando de transformarte, de cambiarte, pero como no es un proceso natural, termina siendo, pudiera terminar siendo un poco grotesco, por lo bizarro (...) Obviamente, al ser yo psiquiatra, ser médico, yo jamás rechazaría a alguien, pero de que lo veo grotesco, lo veo grotesco. (Psiquiatra B)

Esto coincide con la experiencia del Dr. Romero (comunicación personal, 28 de febrero de 2019), especialista en atención a población transgénero:

Me acuerdo que yo mandaba pacientes a una unidad cardiológica para que me los evaluaran y ellos una vez me llaman, me llama el dueño de la unidad, me dice ‘Dr mire estee nosotros evaluamos sus pacientes y todo muy bien’ y yo ‘ajá pero tienes problemas ¿verdad? No sabes cómo enfocarlos’ ‘No, no sabemos cómo decirle, no sabemos si tratarlos como mujer o varón, ‘tonces es mujer y llega con barba y llega con el pecho todo plano y cuando se quita la ropa pa’ hacerle el eco, salen unas mamas y barbudo, ‘tonces se me impacta el técnico’. Tenían problemas [ríe] de adaptación. ‘eso es normal, no te preocupes, ¿sabes lo que vamos a hacer? Me traes a toda tu gente desde los dueños a los médicos, el personal de aseo, el portero, el personal administrativo y yo los voy a sensibilizar y los voy a entrenar’ y así duré 4 sábados de 8 a 3 de la tarde, dándoles un minitaller de capacitación y sensibilización. Más nunca se presentaron los problemas.

Este relato pone en evidencia no solo las situaciones que podrían causar incomodidad o extrañeza en las personas al entrar en contacto con individuos transexuales, sino que también pone de relieve la importancia de una labor educativa y concientizadora que permita visibilizar las identidades trans desde el conocimiento y la integración social de aquéllos que se identifican con las mismas.

El impacto emocional en el terapeuta puede provenir, no solo, por cambio en la apariencia externa sino también por la vivencia interna de sufrimiento en la persona transexual:

Me impacta, obviamente, la apariencia externa. Creo que es una de las primeras cosas que uno puede ver; en un momento era mujer, como aquella persona, ya mirarla y es un hombre. Pero, más allá de eso, o sea, me pongo a pensar en lo difícil que habrá sido la vida de esa persona que ha vivido tanto tiempo encerrada, como ellos mismos, quizás, a veces, lo definen... encerrados en un cuerpo con el que no se sienten identificados hasta que por fin pueden hacer el cambio (...) Una de las cosas que más me impacta [es] eso; pensar cómo se puede vivir tanto tiempo y todas las confusiones o todo lo que ha tenido que atravesar esa persona para poder subsistir, aún sin poderse identificar plenamente consigo mismo, pues. En ese sentido, cómo poder

relacionarse con el mundo, ¿no? y cómo el mundo se relaciona con esa persona (...) El impacto para mí es eso; cómo esa persona ha podido convivir, estando dividida o enfrentándose al mundo dividido. (Psicóloga B)

En relación a las razones por las cuales, una persona transexual pudiera generar ciertas reacciones emocionales en los otros, uno de los especialistas destaca la sensación de ambigüedad que puede provocar el trato con una persona cuya expresión de la sexualidad difiere de la usualmente aceptada:

La ambigüedad en el otro produce, en el mejor de los casos, ansiedad, en el que lo ve. Porque ya no sabes cómo reaccionar. Si es mujer, tú sabes cómo reaccionar; si es hombre, sabes cómo reaccionar, pero si no... Hay un experimento muy famoso de los conductistas que le ponían... era un perro, no recuerdo exactamente las características. Sometían al perro como a dos estímulos. Un estímulo A que era muy definido, y el perro reaccionaba. Un estímulo B muy definido, y el perro reaccionaba. Después, le pusieron un estímulo C, que era como una mezcla de los dos primeros, y el perro se ponía ansioso. Generaba fisiológicamente una reacción... creo además que es una respuesta natural, que uno ante lo ambiguo, ante lo que no está bien definido, uno por lo menos tenga recelos porque no sabes cómo reaccionar. (Psiquiatra B)

Este especialista profundiza aún más en el tema:

Es una condición donde se pone en evidencia una incongruencia entre lo que es el cuerpo y la mente, genera como un poco de defensa, de postura defensiva en uno, y si la genera en uno, que es el especialista, imagínate lo que genera en el resto de la gente. No genera rechazo, pero sí genera como una especie de defensa porque uno mismo a veces se sorprende de no saber cómo tratar a esa persona. Como en el caso de este muchacho, que yo no sabía si decirle él o ella, por ejemplo. Porque él era él físicamente, (...) él tenía un nombre artístico de varón, pero su nombre legal era un nombre de mujer. Entonces

genera eso una posición un poco difícil para uno, eso es como que lo más me golpeaba a mí inicialmente. (Psiquiatra B)

El impacto que una persona con identidad trans causa en los especialistas también puede provenir, como se evidencia en el último testimonio, de la falta de entrenamiento o poco acercamiento a la realidad del transexual dentro del marco del ejercicio profesional:

Yo me siento, por ejemplo, después de 13 años de egresado, más los 3 años del posgrado, estamos hablando de 16 años. Yo me siento como pez en el agua cuando viene a mi consultorio un paciente con depresión, con ansiedad generalizada, con pánico, ya es una cosa que sale como automática... con problemas con el papá, con problemas con la mamá. Pero un caso como este es diferente, se te sacuden tus propios esquemas (Psiquiatra B)

En relación a esto, De la Hermosa (2018) sostiene que la sensación de desorientación que puede experimentar el terapeuta cuando llega una persona trans a su consulta, se debe al desconocimiento y a la falta de referencias bibliográficas (en español) que indiquen cómo efectuar una labor de acompañamiento psicológico a pacientes transexuales.

En adición, calificativos como “torpe”, “incompetente” y “no idónea” fueron empleados por una de las participantes, para describir sus sentimientos en torno a la posibilidad de brindar atención psicológica a un paciente trans:

[Me dijo] que estaba iniciando el proceso de transformación, pero que necesitaba un psicólogo y que si yo la podía acompañar. Ahí es cuando yo le digo que, coye, sí la acompaño, pero no como psicólogo porque no me sentía preparada para eso. Básicamente, mira, bien, me sentí bien. Sí sentí dudas acerca de mi idoneidad. Eso sí lo confieso. Me sentía como torpe, como que: '¡mierda!, yo de esto no sé nada, más que esa definición que te comentaba o esa experiencia que había ocurrido antes. Sentía mucho respeto por ella, pero me sentía incompetente. (Psicóloga D)

6.2.La sociedad como agente facilitador u obstaculizador de procesos en el transexual

6.2.1. Cómo lo ve la sociedad.

Esta categoría se construyó a partir de los testimonios de los especialistas en relación a la visión que ellos consideran, la sociedad mantiene hacia la transexualidad y la persona transexual.

En los discursos de todos los participantes se evidenció la percepción de que las personas con identidades trans sufren de experiencias de rechazo, estigmatización y discriminación debido a la percepción que los individuos que conforman la sociedad, tienen sobre el tema. Esto coincide con lo descrito en los discursos de algunos participantes:

La sociedad lo ve como patológico, lo ve como algo aberrado, lo ve como algo fuera de la norma, como algo que no está dentro de los patrones o los preceptos sociales ya establecidos. (Informante C)

La sociedad no está todavía -por lo menos, la sociedad en la que vivimos, en Venezuela- muy permeada o facilitada; o permite la integración de todas las personas con todas las diversidades con las que pueden existir y con las que quieren mostrarse. (Psicólogo C)

Para este último participante, doctor en Psicología, la visión que mantiene la sociedad hacia la diversidad sexual se refleja en la notoriedad que pudiera acarrear, identificarse con orientaciones sexuales no convencionales en la sociedad latinoamericana: “No dejas de ver, si revisas a nivel político, sobre todo en Latinoamérica, como muchas veces a algún político se le descalifica buscando algún tipo de preferencia o tendencia sexual” (Psicólogo C).

Específicamente, una de las psicólogas participantes hace mención al impacto que percibe, ha causado la presencia de una persona transexual dentro de la esfera política venezolana:

Vuelvo e insisto, en el caso de Tamara, que a mí me parece que ha sido una persona que se ha plantado a luchar para sea un poco más entendido este tema, siendo ella el vivo ejemplo de eso... entonces, me parece que esos casos han ayudado, ya que es figura pública que tiene... o sea, es diputada, imagínate (...) Ya simplemente el hecho de que ella esté, eso llama la atención y provoca muchas cosas. Por lo menos, el pensarlo, el poder hacer un poquito de reflexión al respecto... y hacer algo. (Psicóloga B)

Para los especialistas, la perspectiva que mantiene la sociedad hacia la transexualidad puede parecerse a aquélla que mantiene hacia la homosexualidad, lo cual resulta esperable debido a que ambas variantes son consideradas como grupos de minorías sexuales, que conviven al margen de lo que la sociedad ve como “normal”. Esto se evidencia en la siguiente intervención:

Entonces, es un tema de lo que no se habla, de lo que no se trata, como para no darle idea al otro por si acaso... (...) Como dicen muchos por ahí: 'Prefiero que mi hijo sea drogadicto, que sea mala gente, lo que sea, antes de que sea homosexual... y mucho menos transexual (...) Incluso, si es drogadicto, hasta se puede mejorar'. Aquí, me lo han dicho muchos papás, lo meto, no sé, en cualquiera de estos alcohólicos anónimos, lo que sea. Pero, una vez que son homosexuales, ya no hay regreso. (Psicóloga B)

El comentario anterior señala que las personas pueden sentir temor ante la posibilidad de que el tema se visibilice, ya que esto pudiera incidir en que la persona sienta interés hacia “lo transexual”, asumiendo que la identificación de una persona con cierta identidad u orientación sexual, resulta “irreversible”; a diferencia de la drogadicción, condición de la cual la gente, haciendo uso de términos coloquiales, pudiera “curarse”.

En este sentido, Velásquez (2012, c.p. Jugo, 2016) menciona que las sociedades no permiten que circule información sobre las personas transexuales, bien sea los medios de comunicación u otros grupos, porque sostienen que si se habla de esto habrá más individuos “desviados”, lo que termina por fomentar la intolerancia y la desvalorización a las minorías sexuales. A lo que agrega que, el silencio es una

forma de agresión porque no permite que se conozcan otras verdades sobre la sexualidad.

A partir de esta idea, es posible hipotetizar dos cosas: la primera, que la falta de una visibilización acertada de las identidades trans, puede dificultar la comprensión del tema, contribuyendo esto a la aparición y permanencia de creencias erróneas en la sociedad. Y que a su vez, la presencia de creencias erróneas (como por ejemplo la idea de que hablar del tema favorecería la prevalencia de personas transexuales), contribuye a que no se visibilice. Una metáfora ideal para describir la dinámica de este círculo sin fin, es la de la serpiente que muerde su propia cola.

La segunda de ellas, hace referencia al sentido patológico que socialmente, se le otorga a la transexualidad por los significados o conceptos que las personas asocian a la misma:

En el peor de los casos, la persona pudiera estar convencida de que [el transexual] es un enfermo mental, de que es un depravado, que es un perverso; que corre peligro si se queda cerca, él o un ser querido (...) además, queda muy evidente el tema del conflicto con la sexualidad. Cuando tú ves a un transexual, lo que uno ve de entrada es el tema de la sexualidad, porque es el tema de que es una persona que es hombre, pero se viste como mujer, o viceversa. Y las personas desde afuera pudieran automáticamente hacer la ecuación que eso es igual a perversión. Y perversión es peligroso (...) habrá gente que perfectamente pudiera pensar ... ‘eso a lo mejor se pega’. (Psiquiatra B)

Por otro lado, la presencia de estereotipos y generalizaciones hacia las identidades trans pudiera estar favorecida por la falta de una visibilización acertada de las personas transexuales. La principal imagen que pareciera proyectarse del colectivo LGBTIQ es como lo expone una de las entrevistadas:

Lo que se piensa es en chicos que quieren ser chicas y que se ponen... ¿cómo se llama esto que es como brillante?, ¿sabes?, es que no sé cuál es el nombre, pues... que tienen pestañas postizas, que usan zapatos exagerados. O sea, que son unas locas (...) también, en la televisión, cuando se presentan imágenes

del colectivo como personas exageradas, locas, por así decirlo. 'Locas' en el sentido de 'sin reflexión' (Psicóloga D)

En este punto, vale la pena mencionar los resultados arrojados a partir de una investigación venezolana cuyo objetivo consistió en realizar el análisis pragmático del acto de habla del insulto en el segmento “los Fabulosos” del programa “¡A que te ríes!” (Franco, 2013). En este estudio, se buscó resaltar la influencia de la televisión como elemento formador y transmisor de la cultura venezolana, lográndose identificar elementos en el lenguaje que reflejaban y generaban violencia hacia el colectivo LGBTIQ. En tal sentido, se identificó la presencia de rasgos lingüísticos, culturales e ideológicos discriminatorios contra la población de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersex. Este estudio funciona para asumir dos cosas: la primera habla sobre la imagen proyectada en la sociedad en relación al colectivo, la cual puede fomentar y mantener la existencia de ciertos estereotipos y la segunda, los actos del habla como semilla y reflejo de la violencia hacia este grupo.

Las creencias prejuiciosas facilitarían la expresión de conductas discriminatorias (Corrigan y O'Shaughnessy, 2007, c.p. Grandón y cols., 2016), en este caso, hacia el grupo de las personas transexuales.

6.2.2. Reacciones emocionales que se activan en la sociedad ante lo transexual

Esta categoría comprende los datos que se recogieron a partir de las intervenciones realizadas por los terapeutas en relación a las emociones, sentimientos y procesos subjetivos que la sola presencia de una persona transexual puede desencadenar en las personas que lo rodean así como los posibles motivos que inducirían en los individuos la experimentación de estas reacciones.

En principio, se evidenció que la **falta de comprensión y las creencias erradas** son factores que podrían favorecer reacciones de rechazo y burla:

La sociedad creo que no lo entiende (...) creo que todo lo que tiene que ver con el sexo es un tema tabú (...) y, al no comprenderlo, las reacciones son, más bien, hacia el rechazo, a la burla o a desprestigiar... a criticar (...) Me

parece que, en principio, es eso, sobre todo en nuestra sociedad, que está buscando la manera de que tú te resbales para... qué haces o en qué te equivocas para sacar un chiste, burlarse. Es como la primera reacción que hay ante eso. (Psicóloga B)

Por su parte, otra de las especialistas considera que las conductas discriminatorias se deben a la presencia de ciertos rasgos de personalidad presentes en el agresor:

En general, los que no son gays o los que no son transexuales tienden a burlarse, a reírse, yo creo que les tocan más bien aspectos patológicos de identidad porque si tú no eres así, ¿para qué te ríes? Eso es como reírse de una persona con retraso mental, eso es cruel, habla de que está más enfermo quien se burla de eso, que el propio paciente o la persona que tiene ese conflicto pues. Es una proyección, habla más de esa persona que de la misma persona que sufre ese conflicto. (Psicóloga A)

La psicóloga educativa entrevistada, expone, desde su experiencia con maestras y maestros de escuela, la presencia de ideas o creencias erróneas como activadoras del **miedo** a tratar el tema: “Por ejemplo, ese temor [de] que, si se habla de eso, entonces, puede ser que le des ideas al niño para que... o sea, como muchas ideas erradas” (Psicóloga B). Específicamente, el miedo a que los niños se aproximen o exploren actividades usualmente asociadas al sexo contrario es una muestra de la falta de conocimiento sobre el tema:

Yo lo veo en las maestras con los niñitos que me refieren: '¡Es que mi hijo está jugando con muñecas!, qué miedo que después si me sale homosexual, después si le gusta'. No, más bien, alégrate de que esté jugando con muñecas! porque así en adelante, quién sabe, va a ser un hombre y va a saber cómo se carga un bebé. (Psicóloga B)

Otra fuente generadora de miedo parece radicar en la apariencia física que proyecta el transexual, y las asociaciones que esto trae consigo en quienes lo ven, generando como resultado final, un rechazo hacia la persona transexual:

A los ojos de la sociedad, en el mejor de los casos, les da miedo, y, naturalmente, por instinto, por reflejo, rechazamos todo aquello que nos dé miedo (...) Cuando tú ves a alguien que a simple viste se ve extraño, se ve bizarro, te da miedo, en el mejor de los casos (...) Debe ser un temor muy similar al temor que genera que tú sepas que en el club adonde llevas a jugar a tus hijos, haya un pedófilo. A la sociedad le da miedo que donde su hijo está o juega, haya un pedófilo. Con el transexual pudiera haber una situación similar, porque la gente lo puede sentir peligroso, aunque no lo sea. Pero es ese prejuicio, por ignorancia. (Psiquiatra B)

Según los datos ofrecidos por los especialistas, el miedo podría no solo estar relacionado a la sensación de peligro que detona la presencia de una persona transexual, sino que puede venir también de las consecuencias negativas anticipadas de no encajar en el grupo, activándose una posición defensiva que se manifiesta en forma de burla y chiste:

Creo que el miedo, al final, es el miedo al rechazo, a que la gente... el no ser aceptado por los demás, que te señalen, que seas echado a un lado o seas objeto de burla, pues (...) sobre todo nosotros de lo que nos burlamos es de lo que (...) no se entiende muy bien qué es. Entonces, se saca una broma antes de que se puedan dar cuenta de que yo no lo entiendo. No lo sé, lo rechazo o soy fóbico, qué se yo (...) es como un mecanismo de defensa. (Psicóloga B)

A partir de la información obtenida, la autora propone una figura que ilustra el ciclo del rechazo hacia la transexualidad (Figura 2), donde la poca o desacertada visibilización de las identidades trans genera desconocimiento y creencias erróneas (las cuales a su vez obstaculizan la visibilización). Esto favorece la formación y/o mantenimiento de estereotipos y de manera consecuente, favorece el establecimiento de un prejuicio. La intensidad del prejuicio servirá como activadora o multiplicadora

del miedo, que instintivamente, ya existe en el ser humano ante lo que es diferente por ser considerado potencialmente peligroso. En este punto el individuo sentirá rechazo hacia el transexual, lo cual podría manifestarse o no en forma de discriminación, fomentando esto la falta de visibilización:

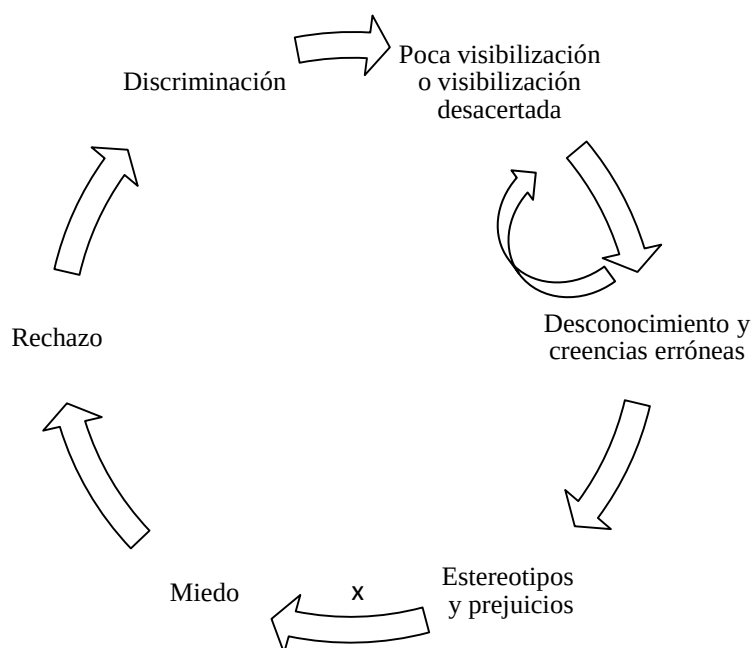


Figura 2. Ciclo del rechazo. Elaboración propia.

6.2.3. Características que perpetúan el pensamiento dominante.

En el discurso de los participantes se encontraron expresiones que revelan la percepción de estereotipos y expectativas sociales en relación al ejercicio de los roles de género, los cuales son usualmente asignados a los individuos, incluso antes de nacer. Los parámetros que la sociedad occidental establece en cuanto al género aparecen como indisociables a la sensación de sufrimiento que puede experimentar una persona que no se adecúa a los mismos.

En tal sentido es importante resaltar que, el género se constituye de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, s.f., c.p. Esteban y cols., 2016).

Al respecto, los participantes enfatizaron la presencia de una **rigidez del modelo dicotómico de género**, el cual se inculca desde edades tempranas: “hay

muchísimo tabú porque nosotros, nuestra sociedad, está como muy acostumbrada a los estereotipos sociales y los estereotipos de género. Si naciste mujer, entonces, te vestes como niña; si naciste de hombre, te vestes de azul y juegas con carritos” (Informante C)

Esta rigidez se puede convertir en causante de sufrimiento, en tanto el no responder y comportarse según los cánones preestablecidos en cuanto al género, puede dificultarle al individuo, su definición a nivel social, y su inclusión en uno de los polos de la dicotomía hombre-mujer (Bergero y cols., 2008):

Cuando los papás son rígidos, hombre-mujer, ese muchacho, obviamente, va a sufrir y el sufrimiento va en que 'a juro tienes que jugar con el carrito' o 'a juro tienes que jugar con la muñeca' porque eso es lo que te define socialmente. (Psiquiatra A)

La normatividad social que regula las actividades asociadas a cada género puede entrar en conflicto con las identidades trans, ya que la existencia de estas identidades, cuestionan la continuidad impuesta entre el ‘sexo biológico’ y el ‘género cultural’ y la estricta segmentación de lo masculino y lo femenino proveniente de la sociedad (García, 2010, c.p. Lasso, 2014).

Por tal razón, la disparidad entre lo que la sociedad exige y lo que “se es” puede convertirse en causante de sufrimiento para la persona que se siente de un género que no concuerda con su sexo biológico, al no poder ajustarse a las expectativas sociales del género asignado: “¿Cuántas personas se saben transgénero y no lo exponen por saber todo lo que puede existir culturalmente?, lo que se está esperando de ellos y eso hace que haya un sufrimiento” (Psiquiatra A).

Esto se relaciona directamente con algunos enfoques, que identifican la raíz del sufrimiento del transexual en la sociedad, quien a través de los individuos que la componen, establece modelos rígidos y dicotómicos de género. A favor de esta posición, uno de los especialistas señala: “[la sociedad] le hace muy difícil a las personas que viven en el mundo gay, lésbico y en las diferentes condiciones que hay” (Psicólogo C)

Específicamente, el influjo de un mandato social fuerte actúa como una fuente de malestar en la persona trans, en momentos emblemáticos de su desarrollo, como por ejemplo la adolescencia. Así lo revela, una de las especialistas en el área:

Por ejemplo, los quince años y el sufrimiento con el vestido de los quince años. 'Yo no me quería poner eso... me obligaron a ponerme un vestido y me lo tuve que poner con mi cara de burro... tú ves las fotos mías de los quince años, con cara de burro'. (Informante B)

Otro elemento que se identificó como modulador de los patrones de conducta en los individuos de una sociedad fue la **religión**, la cual es considerada, al igual que el género, como un constructo institucionalizado, que media directamente en la identidad, las emociones, los significados y las conductas de los individuos (Scott y Knudson, 2002, c.p. Esteban y cols., 2016):

Aquí juega un papel importante, por ejemplo, la religión. Tú perteneces, de pronto, a una religión donde los preceptos bíblicos establecen que Dios hizo hombre... y mujer para que lo acompañara y tal. Todo lo demás es considerado una aberración. Entonces, tenemos una cultura judeocristiana donde marca, pues, nuestros patrones de conducta morales, éticos. Todo eso. (Psiquiatra A)

Esto se relaciona con lo expuesto en el artículo de las investigadoras venezolanas, Arenas y Goncalves-de Freitas (2016), cuando reflexionan sobre por qué la transexualidad parece ser más cuestionada en algunas culturas más que en otras. La respuesta a ello, desde una visión antropológica, se basa en la estrecha relación que existe entre la sexualidad y la reproducción. En este sentido, “los movimientos GLBT cuestionan los modelos de organización de la vida privada socialmente establecida, particularmente el emparejamiento monogámico heterosexual, la validez universal del matrimonio y la sexualidad con fines exclusivamente reproductivos” (p. 17, Gallego, 2009, c.p. Arenas y Goncalves-de Freitas, 2016)

Al analizar el discurso de los especialistas en relación a las expectativas y normas sociales como fuentes generadoras de sufrimiento en la persona transexual,

aparecieron conceptos que guían, a nivel social, lo que se considera normal y lo que no, tal es el caso de la heteronormatividad.

La heteronormatividad se define como la asunción prejuiciosa de que todas las personas son heterosexuales y/o la consideración de que la heterosexualidad es superior a las demás orientaciones sexuales (Universidad Diego Portales), en otras palabras, el término heteronormatividad implica un “sesgo cultural a favor de las relaciones heterosexuales, conforme al cual dichas relaciones son consideradas “normales, naturales e ideales” y son preferidas sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género” (CIDH, 2015, pp 40-41).

Una de las informantes clave señala al respecto, cómo la sociedad va configurando la orientación sexual en los individuos, dejando entrever que no es algo que necesariamente viene dado de manera natural o innata en el individuo:

Nosotros no siempre somos heterosexuales de nacimiento, ¿por qué?, porque, cuando nosotros somos pequeños, quién nos dice cómo comportarnos, a quien amar y por quién sentir, es la sociedad. A una niña se le dice: 'ese varón es guapo, ¿es tu novio?'; al varón se le dice: '¿cuántas novias tienes?', entonces, ya estamos configurando su mente y su cerebro a lo que se supone que debería ser la orientación sexual de lo que la sociedad ha planteado, pues.

Este concepto es relacionado al de “jerarquía sexual” según el cual “ciertas expresiones de sexualidad, tales como la heterosexualidad, son concebidas como “buenas, normales, naturales, bendecidas” mientras que otras formas, tales como la homosexualidad, son consideradas “malas, anormales, contra la naturaleza o maldecidas.” (CIDH, 2015, p. 41)

6.2.4. Sufrimiento

Otro de los elementos que se enlazó a las identidades trans en el discurso de todos los participantes, fue el tema del sufrimiento. Éste apareció no solo como consecuencia de la sensación de dualidad e incongruencia permanente que experimenta la persona trans, sino como resultado de la discriminación y la

estigmatización que deben enfrentar las personas que se asumen con esta identidad, en diferentes áreas de su vida como la laboral y la familiar.

La discriminación laboral se refleja en el relato de una psicóloga, respecto a la experiencia de un paciente trans:

Él trabajaba como diseñador en una fábrica de uniformes y la dueña de esa fábrica era una señora que lo explotaba, porque no es fácil, creo que ya te lo había dicho, claro imagínate conseguir trabajo un tranfor, él tenía muchos años, como quince creo trabajando con esta señora y él era casi el gerente de la fábrica, estaba pendiente y por un sueldito. (Psicóloga A)

Este extracto nos muestra un caso de entre los muchos que presentan exclusión laboral, incluso a partir de estadísticas venezolanas estimadas por el Doctor Romero, se conoció que el 70% de los transgénero son excluidos a temprana edad del sistema escolar (deserción escolar), el 70% se dedica al subempleo y el 70% son excluidos de su núcleo familiar (Comunicación personal, 28 de febrero de 2019).

Estos datos encuentran apoyo en la investigación venezolana realizada por Pereira (2015), en la cual se apreciaron experiencias de exclusión y discriminación en el acceso a empleo para las personas con identidades trans, observándose diferencias entre las experiencias laborales de transexuales masculinos y femeninos, ya que pese a que ambos presentaban dificultades para conseguir empleo, los hombres contaban con mayores opciones, mientras que las mujeres quedaban relegadas a ámbitos como peluquerías, spas y centros estéticos.

Para las personas transexuales, el maltrato y la exclusión provienen también de su entorno más cercano, el núcleo familiar. Así lo revelaron algunos de los participantes, a partir de su experiencia profesional con personas transexuales:

Una vez que esto se puede saber, [en] los padres, por ejemplo, hay un sufrimiento... en los padres de la persona que se sabe trans. Si hablamos de los niñitos, los niños pequeños que todavía no tienen la censura porque no la han aprendido, se muestran tal cual son y muchos papás lo detestan. Lo bonito es cuando los papás que lo detestan buscan ayuda profesional para poder ayudar a este hijo. (Psiquiatra A)

Para la familia siempre va a ser egodistónico, pero a lo mejor no para la mamá, el amor de madre es tan grande que a lo mejor rápido lo aceptan y ya, pero de resto uno suele ver mucho rechazo. Por ejemplo, este paciente que te digo que era acosado... él estaba solo, su familia no lo apoyaba. Yo nunca conocí a la mamá, al papá, a los hermanos. Nunca. Y él estaba solo, él vivía solo, en una pieza en un barrio. No recuerdo si era en Petare, en Catia. Y pasaba roncha, roncha pareja. Y vivía solo en gran medida por ese rechazo. Porque él ante los demás, podía ocultar hasta cierto punto su condición, pero con su familia no (...) Eso es igual a “mi hijo es satanás”. Hay un rechazo franco, y tristemente muchas veces como irreductible (...) Ese tema de los prejuicios irreductibles o de los rechazos incurables por parte de la familia y del entorno cercano, tristemente, pareciera que es más la regla que la excepción. (Psiquiatra B)

La afectación de la familia es reafirmada por una de las especialistas del área, quien nos indica que se inicia un duelo familiar ante el no cumplimiento de expectativas:

La familia, también, pasa por un proceso de duelo. Es un proceso de duelo muy difícil porque todos tienen un ideal de la persona; cómo es el deber ser o la expectativa social del ejercicio de un rol. Entonces, cuando eso no se cumple, como dice la mamá, '¿cómo voy a hacer yo para ser abuela?', o sea, 'no voy a ser abuela nunca... no voy a tener hijos de él'. (Informante B)

Esto se relaciona con lo expuesto por un participante, quien señala que usualmente el motivo de consulta que expone el paciente trans está asociado a los problemas de discriminación que le ocasiona la condición más que a problemas de aceptación de la misma:

Muchas veces el motivo de la consulta, que era en realidad lo más común, el motivo de la consulta no era ‘Yo vengo porque soy transgénero y no sé cómo asumirlo’, sino que ‘Tengo problemas con mi abuela, que no me acepta’, ‘Tengo problemas con mi mamá’, ‘me botaron de la casa’ (...) No era: ‘No sé

qué me pasa’ ‘¿Será que me estoy volviendo loco?’, ‘Yo no sé qué es esto’. No. Los pocos que vi estaban claros. (Psiquiatra B)

En este orden de ideas, en la investigación venezolana efectuada por Pinto y Rocha (2012) se exploraron las vivencias de personas transexuales en relación a su entorno familiar, reconociéndose tanto actitudes positivas como negativas por parte de la familia. En tal sentido, se presentaban diferencias en las actitudes en los miembros de una misma familia, las cuales podían oscilar entre el rechazo total a la identidad trans, la no comprensión de la identidad pero aceptación del integrante que la asumía, junto a actitudes como evasión del tema dentro del grupo familiar.

6.2.5. Creación de vías de apertura a la diversidad sexual.

Varios de los especialistas entrevistados, enfatizaron en la importancia de tomar acciones que favorezcan una mayor apertura y sensibilización por parte de la sociedad hacia el tema de la diversidad sexual.

En tal sentido, una de las psicólogas describe su percepción de las limitaciones actuales y los avances requeridos a nivel social:

Creo que sí ha habido cierta preocupación de ciertos grupos para que haya como mayor apertura, no solamente con el tema transgénero, si no también hacia la diversidad. Pero todavía me parece que falta muchísimo por hacer, por trabajar en ese tema y poder entender, principalmente, en nuestra sociedad, la venezolana, creo que, en vez de avanzar, vamos como un poco hacia atrás, que no... que lo que no es rosado o azul ya no pertenece. O sea, está fuera de lo normal, de lo que es común, de lo aceptado. Creo que nos falta muchísimo todavía por trabajar, aprender, por formarnos (...) incluso dentro del gremio, hasta donde yo sé, no puedo generalizar tampoco, termina siendo como un tema tabú. También, termina como tratándose poco. (Psicóloga B)

El papel de la sociedad como agente facilitador de la calidad de vida de las personas transexuales también surge a partir de la reflexión de una de las expertas:

Existe el baño de las mujeres y el baño de los hombres, ¿dónde se mete esta persona?, te metes en el de las hembras y estás vestido de varón, pero resulta que tienes que ir a ese. ¡Guao!, el cuestionamiento... te metes en el de varón, pero la gente sabe que eres hembra. Hasta eso, que es una cosa tan particular y que en todos lados hay. Yo creo que, en la medida en que en la sociedad tengamos más apertura, será más fácil transitar, también, para estas personas. (Psiquiatra A)

Otro aspecto que planteó una de las especialistas, coincide con aquéllos expuestos por activistas de derechos humanos, en relación a sobre quién o quienes recae la responsabilidad de educar y concientizar al público sobre temas de diversidad sexual:

No necesariamente, tienes que ser transgénero para salir con una bandera a defenderlo... porque, también, pasa eso: '¿quién defiende, por ejemplo, a los homosexuales?' , pues, alguien que es homosexual... 'aah, este está aquí por es gay'. Pero, si tenemos una apertura, todos... creo que, en la medida en que, eduquemos, concienticemos, podamos hablar libremente y tal, brindemos ese espacio, la cosa va siendo más fácil porque si no, no cambia. (Psiquiatra A)

En esta línea, la psicóloga venezolana Helena Hernáiz, resalta en el Manual educativo para la Diversidad (2015) lo siguiente: “La responsabilidad de educar en el respeto a la diversidad afectivo-sexual no recae exclusivamente sobre gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (...) Lo mismo que educar contra el sexismo no es responsabilidad exclusiva de las mujeres” (p. 19)

Para otra de las especialistas, otro de los espacios, desde el cual se puede promover un mayor conocimiento en relación a temas de diversidad sexual, proviene de la escuela:

A veces, las mismas familias no tienen las herramientas, quizás, para hablar y tratar estos temas. Creo que quien sí lo puede tener es la escuela. Entonces, creo que mucho ayudaría que [en] las escuelas, desde la formación de los docentes, por ejemplo, desde los programas de los diseños curriculares para

los maestros, estén incluidos estos temas y temas de la diversidad en general (...) Entonces, creo que el principal movimiento que se pudiera hacer al respecto tiene que ver con la escuela. Me refiero a todo el sistema educativo (...) decantar cómo llevar eso a los niños, adolescentes y adultos porque eso es un tema transversal (lo vivimos cotidianamente). Lo vivimos viendo a otras personas, pero también puede ser un tema de tu propia vida. (Psicóloga B)

Esta percepción es compartida por voceras de la Fundación Reflejos de Venezuela, quienes expresan: “La familia no está preparada; si no preparamos a la sociedad, las familias, hasta por el mismo temor de que ‘mi hijo va a ser rechazado’, lo rechazan sin darse cuenta” (Conóceme La Tele, 2012).

Por su parte, se menciona al gremio de los especialistas de la salud mental, específicamente los psicólogos, como canales que pueden facilitar la visibilización de la diversidad desde su campo:

“Tenemos, digamos, poder de formación, de poder formar a otros, y [de] que se puedan discutir esos temas” (Psicóloga B).

Los psicólogos tienen cosas que decir. O sea, educando a las personas, previniendo como que el bullying hacia las personas transgénero... además, imagínate, también, por ejemplo, el tema a nivel laboral. O sea, que tú vas a trabajar con una cédula que dice un nombre y te ves físicamente como de otro sexo. Entonces, eso; como que generar conciencia en la sociedad, ayudar a la integración, ayudar como que en todas esas dudas y como que darle, también, a la persona estrategias de afrontamiento. (Psicóloga D)

En este sentido, uno de los psicólogos entrevistados, mencionó cómo esta labor educativa y concientizadora se encuentra, actualmente, facilitada por aportes provenientes de diferentes áreas de la ciencia:

Por beneficios del avance del pensamiento, de la filosofía, de la sociología, de la antropología, de la psicología, y ¿por qué no?, de la psiquiatría, también, y de la biología, comenzamos a darnos cuenta [de] que existen diferentes

maneras de vivir. Esas diversas maneras, que siempre son las que los demás concebimos, no tenemos que verlas como antagónicas o como algo que tenemos que borrar de la sociedad, si no que lo que tenemos que aprender, es cómo convivir con las diferentes maneras de entender la vida. (Psicólogo C)

6.3. La sociedad como modulador de creencias en el terapeuta

La sociedad y el terapeuta aparecen como entes indisolubles que por lo tanto, se interrelacionan continuamente. El profesional de la salud mental no es una unidad aislada, sino que por el contrario, se encuentra inserto dentro de un sistema cultural específico que cuenta con tradiciones, costumbres, expectativas que ejercen un efecto, de grado variable, en la manera cómo concibe el mundo que le rodea.

6.3.1. La sociedad y el terapeuta.

Al indagar en las relaciones que los especialistas suponen entre las creencias provenientes de la sociedad respecto a la transexualidad y las suyas propias, todos expresaron la influencia que de manera transversal, ejerce la sociedad en la formación y mantenimiento de sus propias creencias:

El ejercicio profesional de cualquier profesional de la salud viene circunscrito dentro de un elemento social y socializante. La sociedad, de alguna manera, determina la manera como uno enfoca determinadas condiciones o conductas del individuo. (Psicólogo C)

Al ser el especialista un individuo social, supongo que no será indemne o infranqueable por ciertos esquemas de la sociedad. Habrá cosas de la sociedad que puedan permear la postura del especialista. (Psiquiatra B)

Otra de las expertas resaltó que la labor científica no se da en forma “pura”, sino que por el contrario, se encuentra permeada por factores externos, al ser el científico un ente social:

La ciencia no se trata simplemente del ejercicio aséptico, limpio, sin prejuicios del estudio de un fenómeno. O sea, no se trata simplemente de un científico que estudia un fenómeno (utilizando el método científico, por ejemplo), si no que ese científico tiene unos aspectos personales, unos aspectos autobiográficos, que influyen en la forma en que él entiende el mundo (...) El científico está teñido de subjetividad y, cuando se aproxima a estudiar un fenómeno, tiene que saber que entre él y el fenómeno hay un cristal y ese es el cristal de su subjetividad porque una realidad objetiva como tal no existe. Existe una realidad que uno construye en función de sus creencias y muchas de esas creencias son prejuicios (...) Son cosas que no están basadas en la realidad porque hacemos inferencias en función de lo que los otros nos han contado, de lo que los otros nos han dicho, de cómo nuestros padres nos han educado, de las experiencias que hemos tenido. (Psicóloga D)

La influencia de la sociedad en la concepción del tema de la transexualidad y la manera cómo aquélla se relaciona con las identidades trans, fue una pieza de engranaje fundamental en la presente investigación; reconociendo la dificultad que tanto para los entrevistados como para la autora representó separar al terapeuta de la sociedad. En este sentido, al ser el terapeuta en sí mismo, un individuo integrante de la sociedad, se reconoce que ambos se interrelacionan de manera constante en una suerte de bucle, creándose y recreándose el uno al otro de manera continua; por lo tanto no nos debería sorprender si algunas de las respuestas emocionales que se generan en el terapeuta al relacionarse con personas transexuales sean semejantes a las que se generan en la sociedad.

Por otro lado, una de las especialistas condiciona el grado de influencia que pudieran tener los factores sociales en el terapeuta, al nivel de preparación que posea el especialista en relación al tema:

Si la formación no es muy sólida, puede ejercer cierta influencia porque creo que -como te digo- hay mucho desconocimiento y muchas opiniones sin mucho basamento científico. Entonces, puede ser que ciertas opiniones de lo que está alrededor, de la sociedad, puedan influir. Sí, sobre todo si no se

estudia lo suficiente. Si no se especializa en eso, la ayuda no va a ser efectiva y sí puede ser influenciado. (Psicóloga B)

Lo expuesto en este extracto coincide con lo expresado por una psiquiatra que contó como participante en una investigación realizada en Colombia, la cual llevó por nombre “Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros”. La especialista afirmó que es común que la mayoría de los profesionales no cuenten con las competencias necesarias para responder de manera satisfactoria a las demandas del sector trans, lo que lleva a que orienten sus acciones en base a prejuicios (Lasso, 2014).

6.3.2. Estereotipos y prejuicios en el terapeuta.

Ahora bien, resulta interesante apreciar cómo algunas de las características que los especialistas otorgaron a la sociedad, también se expresaron en sus discursos, ya sea de manera implícita o explícita. Esto pone en evidencia el peso o la influencia que las creencias provenientes desde la sociedad tienen sobre los especialistas, en tanto éstos son parte de la misma.

Los estereotipos son representaciones cognitivas basadas en una imagen social preestablecida que se posee de alguien, o de un grupo, y que surgen a partir del proceso de categorización, que automáticamente, usa nuestra mente para simplificar la complejidad del ambiente que nos rodea (Runte, 2005).

Los procesos cognitivos involucrados en el proceso de categorización, y posterior estereotipación, son similares a aquéllos que conllevan a la generación del prejuicio; y se constituyen como procesos normales, presentes en todos los individuos. Al respecto, Díaz-Lázaro (2011) afirma: “Los psicólogos, obviamente no estamos exentos de estos procesos cognitivos normales. Nosotros también categorizamos y procesamos automáticamente la información de nuestro medio ambiente para simplificar la vida (...) Nosotros también identificamos y etiquetamos al “otro” ” (p. 276).

En este sentido, De la Hermosa (2018) nos recuerda que lo esperable es que hayamos incorporado narrativas y actitudes prejuiciosas hacia la transexualidad, a partir de nuestra interacción con un entorno que se caracteriza por ser

estructuralmente transfobo, al ejercer, éste, una presión para que los hombres sean masculinos y las mujeres femeninas.

La percepción de que existe poca aceptación hacia temas de la diversidad sexual por parte de algunos especialistas de la salud mental, se apreció en el discurso de dos participantes:

Yo conozco especialistas de salud mental que son prejuiciosos. Para ser honestos, más los de la vieja escuela. Son prejuiciosos con el tema de la homosexualidad, con el tema de la variante en cuanto a lo que es la elección del objeto amoroso. Son prejuiciosos y, por ende, descalificadores con su forma de hablar. Tiene que ver con sus propias experiencias sociales, familiares. En todo caso, sería un punto débil para el especialista, o un punto ciego por si no lo ve. (Psiquiatra B)

(...) Pero en la parte personal, yo sé que hay terapeutas, gente súper bien formada, ética y todo y no ven homosexuales (...) yo me imagino que tiene que ver con prejuicios pues. (Psicóloga A)

Desde el punto de vista de una de las entrevistadas, de especialidad cognitiva, las creencias prejuiciosas en los terapeutas se forman a partir del contacto con la información que nos rodea:

Creo que los psicólogos somos personas normales que vamos siendo formadas dentro de hogares que tienen ciertas creencias y algunas de esas creencias son prejuiciosas, pues. Por ejemplo, el llegar a creer que todo lo que tiene que ver con -no solamente con transexualidad, sino [también] con homosexualidad- el colectivo LGBT pueda ser vicioso o desordenado, sin límite, exagerado, poco racional, poco prudente. O sea, creo que eso es parte de los prejuicios que nos bombardean constantemente a partir de lo que nos van diciendo los otros con los que nos rodeamos. (Psicóloga D)

Esta imagen estereotipada se asemeja a la percepción del colectivo que describe una de las entrevistadas, donde se aprecia una generalización del mismo a partir de ciertos atributos o características de algunos de sus miembros:

Imagínate y en Europa (...) resulta que ellos [los europeos] hacen un desfile del orgullo gay! Y entonces, ¿qué es lo que muestran? Gente que se viste de todos los colores, que andan semidesnudos, hombres vestidos de mujer porque eso es lo que les encanta, incluso en carnavales hay un desfile de gay, que son puros transformistas. Entonces tú dices ¿qué es eso? O sea ¿qué formación? ¿qué patrón de género se está difundiendo? O sea que ser gay es sensato, es ajustado a la realidad, ¿por qué eso no se da en los animales?. (Psicóloga A)

‘Los hombres no lloran’ ‘los hombres orinan parados’ ‘los hombres no se visten de rosado’. A lo mejor hay gente que dice que son valores de las abuelas, pero fíjate que antes existía lo de la homosexualidad, siempre ha existido, pero había como un control, ahora resulta que la están mostrando como si ese es el patrón a seguir, como que todo el mundo tiene que ser homosexual. Entonces no, no es.” (Psicóloga A)

Como es posible notar, los extractos anteriores revelan de manera explícita la presencia de estereotipos y creencias prejuiciosas en torno a la expresión de la diversidad sexual. También se observa el empleo del término “transformistas” como sinónimo de “transexuales”, no obstante, es importante aclarar que no todos los artistas del arte drag y/o transformista tienen deseos de transitar a otro género, como es el caso de las personas transexuales. De hecho, muchos artistas manifiestan sentirse más seguros y a gusto con su masculinidad (en el caso de los hombres) una vez construyen su personaje drag o transformista (Del Arte Drag y Transformista, s.f.). Por último se aprecia una justificación filogenética, aquélla usada para clasificar a los seres vivos según su historia evolutiva, como indicador de patología inherente a la transexualidad.

De igual forma, se presentaron significados implícitos en el discurso de algunos terapeutas que revelan el impacto de su propia socialización, tal es el caso de

la siguiente expresión: “Para empezar **esa gente** no ejerce la sexualidad” (Psicóloga A).

Específicamente, el concepto de heteronormatividad se reflejó en los siguientes comentarios:

Ella siempre fue chica, se sentía chica. Nunca ni siquiera se había preguntado, o sea, si le interesaban las mujeres. No, le interesaban los hombres. O sea, **era chica en todo sentido.** (Psicóloga D)

La sexualidad de él es así, indefinida, él no sabe si es hombre o si es mujer (...) ¿qué clase de relación de pareja puede establecer él? Aunque la establezca con un hombre, porque **si él quiere ser mujer, que le gusten los hombres**, entonces ¿qué clase de relación eh de pareja puede establecer él? (Psicóloga A)

Muchas veces ellos creen que son homosexuales y no son homosexuales, son transgénero. Me lo han dicho en la consulta (...): 'yo pensé que era homosexual porque yo no entendía por qué, siendo mujer, me gustaban las mujeres'. Después, resulto ser que se dieron cuenta de que se identifican con la figura masculina y que ellos realmente son unos hombres y que les gustan las mujeres, **como a todos a los que les gustan las mujeres.** (Informante B)

En los fragmentos del discurso anteriormente citados, se aprecian expectativas respecto a las orientaciones sexuales de hombres y mujeres, expresándose de manera tácita o explícita la correspondencia esperable entre identidad de género (sentirse mujer o sentirse hombre) y una orientación sexual heterosexual. Esto permite ser explicado por visión expresada por la CIDH (2015):

La heterosexualidad es vista como la sexualidad natural y el resultado sexual exitoso para niñas y niños...; el coito entre pene y vagina como el acto sexual exclusivo o más importante; y la apariencia de los genitales como prioritaria, por encima del placer y la sensación sexual. (p. 41)

Al respecto, una de las especialistas agrega: “La mentalidad nuestra, nuestra formación, es hacia lo binario, hombre-mujer; no hombre con hombre, mujer con mujer o indistinto” (Informante B).

Otro de los conceptos que subyace al discurso de los especialistas, es el de la **binariedad o sistemas binarios de sexo-género**, el cual se identifica como un rasgo presente en los modelos sociales dominantes de la cultura occidental, donde se incita de manera continua y desde edades tempranas a reconocerse dentro de una categoría determinada – hombre o mujer- y a adoptar comportamientos asociados a la misma, dando como resultado la exclusión y cuestionamiento de la expresión de otras formas de sexualidad como es el caso de las personas transgénero, que no pertenecen ni al género femenino ni al masculino (CIDH, 2015).

La influencia de la binariedad de género en las creencias propias, se refleja en los siguientes discursos:

Nos han criado -desde el punto de vista social, no clínico, sino social- en la casa, la familia, la escuela, la estructura social como que el género es binario. O sea, hembra-varón. Sería imposible pensar que tú vas a llegar a la edad que tienes y todavía no sabes si tú eres mujer o eres hombre, no sabes si te gustan las mujeres o no. (Informante B)

Naces, estás como entrenado para eso. Desde que vas al kínder: “Los varones tienen pene”. “Las hembras tienen vagina” “Los varones agarren la plastilina azul” “Las mujeres agarren la plastilina rosada”. Desde chiquiticos ya nos van entrenando con el tema de lo qué es el género, la asunción de los géneros y cómo cada género está asociado a un rol tradicionalmente concebido, más allá de que sea bueno o malo. Algo tradicionalmente concebido y que se ha venido consolidando a lo largo de todas las generaciones que llevamos como civilización. Pero para lo que no sabemos, para lo que está en el medio, no estamos preparados. (Psiquiatra B)

En relación al tema de la binariedad o dicotomía de género, se observaron en el discurso de los especialistas, ideas estereotipadas sobre **la masculinidad y la feminidad**; en las cuales se asociaron determinadas expectativas al ejercicio de cada

uno de los roles. Algunos de estos rasgos son explicados desde lo biológico, a modo de una predisposición:

Fíjate cuando marca los orificios de la nariz [en test de Figura Humana] eso es violencia. Es que él es hombre, él tiene la fuerza de un hombre, su naturaleza es ser hombre (...) él no podía negar lo que era. (Psicóloga A)

Para esta especialista, el ejercicio de la masculinidad va vinculado al ejercicio de la paternidad:

Cuando el hombre está identificado con su sexo, no tiene ningún problema de identidad, quiere reproducirse, quiere tener descendencia porque también es una forma de darle continuidad a la existencia, no? (..)Y qué es lo que hace un padre, el hombre? El hombre protege, el hombre busca (...) sale a la calle a trabajar, a producir, pero el hombre también desde la cavernas, el hombre de la prehistoria también ejercía esa función de cuidar a... digamos su manada pues. (Psicóloga A)

Por su parte, el ejercicio de la feminidad fue vinculado a características de actitud o modos de comportarse: “me parecía una chica linda físicamente y sí me parecía un poco... a ver... no sé, determinada, por así decirlo (...) realmente, me gustaba ese estilo de ser chica, pero, al mismo tiempo, decidida” (Psicóloga D).

De igual forma, la feminidad fue asociada de manera indefectible al ejercicio de la maternidad:

¿Qué es lo que hace una madre? ¡Cuida! ¿Una madre por qué se la pasa en la cocina, cuando ejerce su función? Porque, bueno, porque sabe que tiene una responsabilidad de cuidar, de preservar la vida, de lograr que los hijos sean sanos, y si en el hogar hay personas enfermas, ¿qué hace una madre? Cuida (...) Fíjate Lacan decía que la mujer no era mujer hasta tanto no paría, porque era una función del sexo, parir o sea procrear entonces bueno imagínate, es como nacer con una limitación que solo es superable después que se pare, que se ejerce la maternidad. (Psicóloga A)

Por su parte, el ejercicio de cualidades asociadas a la maternidad pueden ser consideradas exclusivas para aquellas mujeres cuyo sexo biológico corresponde al de hembra: “los que quieren cambiar de sexo, de hombre a mujer, por ejemplo ellos no tienen esa actitud de cuidado, de lo que hace una madre” (Psicóloga A).

Resulta interesante, por demás, observar cómo los patrones de género, no solo son asimilados y reproducidos en el discurso de los profesionales de la salud mental que no están especializados en la atención a población trans, sino también en el de aquellos informantes clave vinculados al tema de la diversidad sexual.

Tal es el caso, de la presencia de expectativas relacionadas a la apariencia física de mujeres y hombres en los siguientes extractos: “porque no quiere... en el caso de Claudia [nombre ficticio], es entendible, porque es una mujer. Tú la ves y es una muchacha exuberante. Tú le ves el pelo, una cosa... ¡pero es así!, una morena bellísima”; “Tulio [nombre ficticio] es otro de los transgénero. Tú lo ves y es masculinísimo, es un hombre bellísimo” (Informante B).

En ambos extractos emitidos se reflejan ideas estereotipadas en relación a las fronteras entre lo femenino y lo masculino, lo cual remite a su vez, al sistema dualista de género imperante en la sociedad occidental.

6.4. Patologización y despatologización

La transexualidad, al expresarse siempre dentro de un contexto social y cultural determinado, se encuentra mediada por las significaciones que sus integrantes le otorgan a la misma, favoreciendo esto, su asociación a una posible patología o no.

En el discurso de los participantes, se identificaron aquellas razones por las cuales, desde su postura teórica, se considera la transexualidad como una patología o no; o incluso bajo cuáles condiciones específicas pudiera ser tratada como una patología. Es importante hacer notar, que del universo de participantes, solo dos de ellos otorgaron un carácter patologizante inherente a la transexualidad, mientras que otros colocan el acento en los factores externos a la persona como determinantes de comorbilidad en algunas personas transexuales.

En tal sentido, el carácter patologizante asociado a la transexualidad se expresó en los siguientes extractos:

Dios mío, no es una condena, pero sí por supuesto que no, es un trastorno, es una patología porque trata de conversar tú con una persona que sea transexual, ¿de qué te habla? de ella misma, es un narcisismo patológico, de sexualidad, de promiscuidad”

“[la transexualidad] es un trastorno grave de identidad y que está muy ligado a la psicosis. (Psicóloga A)

En concordancia con este enfoque, es posible considerar la transexualidad como “un síndrome, punto de remate de una estructura psicótica donde la afirmación es casi siempre el único signo clínico, en el sentido psiquiátrico” (Chemama, 2010, c.p. Lamiña, 2014, p. 674). De forma paralela, se considera que las cirugías a las que usualmente se somete la persona trans, no resuelven el conflicto interno que vive el sujeto, considerándose que aquél, permanece intacto a pesar de los esfuerzos que hace el individuo por resolverlo a través de la castración el ámbito de lo real: “...una modificación en lo real no resuelve una cuestión planteada fundamentalmente en lo simbólico, y solo tiene un efecto imaginario.” (Chemama, 2010, c.p. Lamiña, 2014, p. 674).

Otro de los especialistas que opta por la patologización de la transexualidad, resalta la independencia entre el carácter patologizante y la apertura para tratar al paciente transexual:

Para serte totalmente franco, yo lo veo más hacia lo patológico. Ojo, no lo rechazaría, porque sería como rechazar a un depresivo, o rechazar a un bipolar, o a un esquizofrénico. Igual yo mantendría una posición de apertura, de contención y de ayuda a ese individuo. Pero, me cuesta verlo como algo normal. (Psiquiatra B)

En esta misma línea, se han realizado varios estudios con el fin de ahondar en el tema de la salud mental de las personas transexuales, obteniéndose diferentes resultados: por un lado Nadales, Fernández y Guerra (2016) evaluaron la presencia de rasgos psicopatológicos en personas con disforia de género, resultando en la ausencia

de alteraciones psicopatológicas significativas y obteniéndose las puntuaciones más elevadas en los rasgos esquizoide, paranoide y delirante.

Por su parte, se reporta que casi un tercio de las personas transexuales han presentado intentos suicidas, requiriendo un quinto de ellos, hospitalización psiquiátrica (Kattari et al., 2016), lo cual hace referencia a lo indicado por el Dr. Romero (comunicación personal, 28 de febrero de 2019):

Casi todos mis transgénero tienen intento suicida. Yo tengo muchachos que están todos cortados, tasajeados por todos lados, por todos lados, llenos de marcas de hojillas (...) tengo un muchacho que estuvo 3 meses hospitalizado porque se envenenó y lo encontraron en su casa envenenado, tuvieron suerte y lo llevaron a una clínica.

En este sentido, se ha encontrado una alta correlación entre niveles altos de depresión y exposición a la transfobia, falta de aceptación social, bajos niveles de apoyo recibido y altos niveles de necesidad de apoyo social, sin embargo se resalta la idea de que las personas transexuales no tienen que presentar de manera inevitable altos niveles de psicopatología, ya que por ejemplo, niños transgénero que han realizado la transición y que han recibido apoyo respecto a su identidad de género, presentan niveles de depresión acordes a su grupo etáreo y niveles de ansiedad mínimamente elevados. Esto pone de relieve la relación existente entre la discriminación hacia transgéneros y la presencia de rasgos psicopatológicos en éstos, convirtiéndose la reducción de la exclusión en una solución potencial para el mejoramiento de la salud mental en las personas transgénero (Kattari et al., 2016).

Siguiendo esta idea, lo patológico de la transexualidad se basaría en las consecuencias asociadas a la vulnerabilidad de este grupo y no a lo transexual en sí mismo:

Es que yo no lo pudiera patologizar... si yo patologizo eso, tendría que patologizar muchas otras cosas que, sencillamente, se han hecho patológicas porque la exigencia social así lo determina (...) La patologización puede venir dada por las consecuencias que eso puede traer. Entiendo que el ser diferente

te puede llevar a sentirte diferente y puede que tengas mayor vulnerabilidad a que puedes presentar diferentes patologías aledañas a esto. (Psiquiatra A)

Al respecto, otra de las participantes agrega:

Además [de] que, cuando la gente tiene mucho miedo, se dan en paralelo un montón de conductas que pretenden ser evitativas o que pretenden calmar la ansiedad del sujeto. Entre esas conductas está, por ejemplo, el tema de las adicciones, el tema de comer en exceso... o la depresión puede ser, también, una respuesta. O sea, puede ser un tipo de problema que se presenta en las personas transgénero: la depresión, la ansiedad, las pesadillas... y, entonces, en todas esas cosas, los psicólogos tienen cosas que decir. (Psicóloga D)

Desde el punto de vista de la sexología, las personas transexuales también enfrentan dificultades en sus relaciones de pareja, motivadas por su relación conflictiva con el cuerpo. Así lo describe la sexóloga entrevistada:

A nivel de sexología, te puedo decir que todos, todos, tienen un problema sexual... ¿un problema sexual como qué?, alteraciones como: fobia al pene, fobia a la vagina, a las que son mujeres (perdón, hembras) no les gusta ser penetradas y a las que permiten ser penetradas no quieren que se les... que esta persona les vea sus genitales (prefieren que sea con la luz apagada). Se vendan los senos y no desean que se los toquen. Esto, para la otra pareja, es sumamente frustrante porque, a veces, no necesariamente tiene que ser una pareja, también, transgénero, puede ser una pareja con orientación sexual homosexual, bisexual o pansexual... y, también, heterosexual. (Informante C)

En este sentido la idea de que no hay una relación obligatoria entre transexualidad y patología, sino que es la misma sociedad el principal elemento patologizante, se observa en la siguiente intervención:

No obligatoriamente tiene que ver con patología. Me refiero, específicamente, a que no es el individuo el que tiene la enfermedad, si no [que] de alguna

manera hay una sociedad que realmente le hace muy difícil las situaciones a quienes viven con estas condiciones (...) le hace muy difícil a las personas que viven en el mundo gay, lésbico y en las diferentes condiciones que hay. (Psicólogo C)

Para otra especialista, existen indicadores de patología que son independientes de la identidad de género trans, pudiendo éstos, estar presentes en cualquier persona:

Lo que se me ocurre es cuando vienen las perversiones, que pueden estar en cualquier individuo, transexual o no transexual. Cuando empiezas a ver, hay cosas que son aberrantes en las conductas de algunos individuos. Sí, ahí la cosa se hace patológica. No hay el sufrimiento por o, de pronto, no estoy buscando... sino que hay una cosa más como aberrante, pues. Esa cosa que uno puede decir: 'oye, este individuo, psicológicamente, no es sano' (...) son cosas comórbidas, digámoslo así, que pueden estar presentes en cualquier individuo... eso va a depender de ese individuo, no de los individuos". (Psiquiatra A)

El extracto anterior pone de relieve la capacidad de la especialista para no generalizar o atribuir características semejantes a todos los miembros de un grupo a partir de la conducta de uno de ellos.

Otra de las entrevistadas va más allá, expresando en su verbatim, el carácter no patologizante que asocia a las identidades trans: "No hay nada que te ayude a dejar de ser homosexual y no hay nada que te ayude a dejar de ser transexual porque no es una enfermedad; es algo que nació contigo, es parte de tu naturaleza" (Psicóloga D).

Mientras que para otra especialista, lo patológico reside en la ausencia de un registro consciente, en la persona transexual, de la sensación de malestar que le podría generar la incongruencia que hay entre su cuerpo y su mente:

No, a mí no me parece que sea algo patológico (...) Creo que es un tema de diversidad, que por una u otra causa... creo que, en principio, lo innato tiene mucho que ver, pero también hay muchos procesos individuales que suceden durante la vida de hacerse persona. [A] eso no se le puede llamar una

patología. Creo que, más bien, puede ser patologizante si no sabes qué es lo que te pasa. O sea, si vives todo el tiempo sintiéndote mal, pero sin saber por qué... viviendo con un malestar, pero sin tener la conciencia de un porqué. Parte de esa conciencia, por ejemplo, pudiera ser que, por un lado, mi fisionomía me define de un sexo, pero yo me defino de otra manera. Entonces, podría hacer insight de eso. Descubrir eso ya es parte de la no patologización. La patología sería si, de verdad, vives constantemente en un malestar. (Psicóloga B)

Lo que se pudo apreciar a lo largo de los discursos de la mayoría de los especialistas entrevistados, coincidió con una postura des-patologizante de la transexualidad, lo cual también se refleja en estudios que señalan que las actitudes de los profesionales de la salud han presentado un cambio favorable en los últimos treinta años, debido a una menor cantidad de opiniones negativas respecto a la salud mental de personas transexuales, así como hacia la cirugía de reasignación de sexo. Sin embargo, aún un pequeño porcentaje de los especialistas participantes en esa investigación (de 8 a 10 por ciento) siguen asociando la transexualidad con depravación moral (Kanamori & Cornelius-White, 2016).

Ahora bien, resulta de gran interés cómo a pesar de que los psicoterapeutas pueden mostrar una actitud que tiende hacia la despatologización de las identidades trans; en algunos casos, son los mismos pacientes transexuales quienes buscan refugio en alguna etiqueta diagnóstica, que les permita organizar su vivencia a la vez que patologiza su condición. Así lo comentaron dos informantes clave del presente estudio:

Tengo pacientes que me han dicho -ellos mismos- que esto debería ser categorizado como una patología. Ellos lo dicen porque, lógicamente, como se sienten que no son iguales que los demás, que los demás los rechazan, que toda su vida ha sido muy problemática para tratar de llegar a lo que ellos desean ser, entonces, lo ven como una patología y, además, engloban las otras cosas que tienen agregadas; si son depresivos, son dependientes, toman medicamentos para la ansiedad, etc. Entonces, esto lo engloban en este tipo de orientación sexual. (Informante C)

En el caso del otro muchacho, es una niña que va a varón y él no quiere contactarse con nadie porque decidió que tenía ansiedad social. 'Yo tengo ansiedad social'. No hubo manera de sacarlo de ese concepto: - '¿Y cómo sabes tú eso?' – 'Porque yo lo revisé y eso es lo que tengo'. – 'Tú no tienes eso, tú tienes otra cosa'. - Eso es lo que tengo. De ahí, no lo puedo sacar. 'Bueno, está bien, si es así, vamos a seguir trabajando'. (Informante B)

Adicionalmente, según fuentes consultadas, el transexual puede convertirse en el principal promotor de la patologización de su propia identidad por razones estratégicas. Esto se debe a que, la mejor estrategia, hasta el momento, para acceder a las terapias hormonales y procesos quirúrgicos, es mediante el diagnóstico de Disforia de género. Las personas con identidades trans, pueden querer este diagnóstico, no porque piensen que su identidad represente por sí misma un trastorno mental sino por las razones anteriormente mencionadas (Missé y Coll-Planas, 2010).

Incluso, una investigación realizada en Colombia encontró que para las personas trans entrevistadas, el proceso de diagnóstico no resulta doloroso o triste, sino que más bien, se constituye como una fuente de felicidad, ya que representa para aquellas la llave de acceso a procesos de transformación corporal deseados y la confirmación de sus intuiciones (Lasso, 2014).

A manera de cierre, vale la pena mostrar una de las reflexiones realizadas por uno de los especialistas, quien, a manera de augurio, pronostica la despatologización de la transexualidad, a partir de lo ocurrido con la homosexualidad:

No he escuchado sobre la despatologización de la transexualidad, pero me resulta totalmente lógico y natural escuchar eso. Es como la despatologización de la homosexualidad, que se logró. Durante muchos años estaba catalogada como una perversión, y se despatologizó y ya no es, cuando uno estudia psiquiatría, en los capítulos de perversión ya no sale la homosexualidad, ya no tiene un código de psicopatología. Probablemente eso vaya a pasar con la transexualidad. Pero creo que quizá todavía está como en etapas iniciales, incipientes, me da la impresión. Y me da la impresión porque no solo depende de un tema médico, también legal, religioso, moral. Es un asunto multidimensional, como el aborto. Son cosas que para des-

patologizarlas o des-estigmatizarlas no solamente dependen del médico o del psicólogo, depende de otros sectores o protagonistas de lo que es la sociedad. (Psiquiatra B)

6.4.1. Los tests psicológicos.

Por otra parte, los instrumentos de evaluación psicológica como es el caso de los tests, pueden servir como muestra de que la transexualidad se encuentra vinculada a la psicosis: (...) en esa evaluación salió psicótico o sea el deseo de cambiar de sexo correspondía a una idea delirante (...) todos los tests que él hizo apuntaban hacia la psicosis” (Psicóloga A)

En este sentido, resulta interesante acotar, cómo el tema de las preconcepciones binarias de género, se extiende más allá del ámbito social para incluirse en el terreno de lo científico, específicamente en las **pruebas o tests psicológicos**, los cuales incluyen la evaluación y/o medición de rasgos asociados culturalmente a lo que se considera femenino y lo que se considera masculino. Tal es el caso del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota MMPI-2, el cual cuenta con escalas para medir diferentes rasgos de la personalidad, entre ellos el nivel de masculinidad y feminidad en el individuo, mediante su tendencia a aceptar o rechazar roles de género tradicionales.

Por su parte, en pruebas gráficas tales como, el test de la Figura Humana, Figura humana bajo la lluvia y test de Wartegg, se busca evaluar la personalidad del individuo, a partir de la proyección u omisión de rasgos asociados a la feminidad y la masculinidad, entre otros.

Específicamente, en la prueba del Wartegg se observa la denotación del campo 2, relacionado a la afectividad, como **campo de la madre**, mientras que el campo 8 relacionado a lo laboral, se identifica como **campo del padre**. A manera de ejemplo, la relación feminidad-maternidad-afectividad, se evidenció en la siguiente verbalización por parte de una psicóloga, al revisar las pruebas de un paciente que había asistido a consulta por motivos de identidad de género: “Se supone que las respuestas esperadas son.. tienen que ver con curvas, con cosas así un poquito más femeninas y fíjate tú, ehh porque es la afectividad, lo femenino es lo afectivo” (Psicóloga A).

Lo anterior coloca la atención en el alcance del modelo dualista de género, por tomarse en cuenta al generar parámetros que permiten evaluar la salud mental de un individuo; a partir de los cuales se podrían generar criterios para patologizar la transgeneridad.

6.4.2. Determinantes en la visión del terapeuta.

Algunos especialistas señalaron el papel que cumplen determinados factores personales del terapeuta en la apertura que éste mantiene hacia el tema de la diversidad sexual, incidiendo estas cualidades personales, de manera directa, en la tendencia patologizante o despatologizante hacia la transexualidad. En este sentido, uno de los psicólogos entrevistados afirma:

La apertura a la experiencia, el nivel de flexibilidad del pensamiento, el nivel de neuroticismo son elementos o rasgos de personalidad que van a determinar cómo percibe los diferentes elementos o condiciones con respecto a la vida y cómo acepta ese elemento [del] que te hablaba originalmente o anteriormente con respecto al derecho a un libre desarrollo de la personalidad. Estos factores de personalidad, como estén desarrollados dentro de la personalidad del terapeuta, van a facilitar o inhibir las concepciones acerca de cómo debe ser ese libre desarrollo de la personalidad y la vivencia o la condición acerca de la patologización o no de las maneras en que cada individuo viva su vida. (Psicólogo C)

Por su parte, una de las informantes clave, pone de relieve cómo las creencias propias pueden influir en la aceptación o rechazo de temas inherentes al ejercicio profesional del especialista:

Las personas, por ejemplo, que estudian sexología, a pesar de que muchos digan: 'no, yo soy abierto a la sexualidad, abierto a las cosas diferentes'... pero, cuando estás estudiando y cuando haces la maestría, te das cuenta que eso es mentira. Eso es mentira, ¿por qué?, porque, cuando tú indagas en la sexualidad del propio estudiante de sexología, te das cuenta que

ha sido limitado, ha sido castrado, educado de forma estricta...que, también, ha pasado por las mismas cuestiones emocionales y sexuales en pareja, como todos los demás. Entonces, tú vas a encontrar a especialistas en sexología que no consideran correcto, por ejemplo, el ver pornografía porque son católicos. Puedes encontrar a un sexólogo que tampoco ve correcta la penetración anal porque esta persona ya ha tenido sus propios conceptos errados hacia esa parte de la sexualidad o, sencillamente, ha tenido malas experiencias. Entonces, prácticamente, todo se va a ver limitado por lo que tú hayas vivido. (Informante C)

6.5.Elementos psicoterapéuticos

Dentro de esta dimensión se contemplaron aquéllos temas relacionados a la psicoterapia con pacientes trans, los elementos psicoterapéuticos esenciales que los especialistas asocian con la atención a esta población, el reconocimiento de las propias limitaciones, los factores personales del especialista que pueden resultar perjudiciales dentro del contexto terapéutico así como las peculiaridades que los profesionales suponen, implica la atención a personas trans.

6.5.1. Hacia la competencia cultural.

Para el tiempo que asistía a terapia conmigo, Nora era una estudiante universitaria de 20 años quien se presentaba como moderadamente deprimida. Recuerdo claramente la primera vez que habló de su pareja. Como si el nombre de su pareja fuese importante, le pregunté: “¿Cómo es que se llama tu novio”, a lo cual me respondió, “no es mi novio”. “¡Ah!, perdona” dije, pensando que le había impartido más seriedad a aquella relación de lo que merecía. Ella continuó “es mi novia”. “Sí, veo” balbuceé más para mí que para ella, pero lo que pensé fue “¡qué tonto que soy! ¿Y ahora cómo resuelvo esto?”. (Díaz-Lázaro, 2011)

El fragmento anterior pone de relieve la sensación de incomodidad que podría experimentar un especialista de la salud mental al encontrarse con una situación que difiere de sus propias expectativas o creencias respecto a la sexualidad, en este caso, relacionada a la orientación sexual que él espera, tenga su paciente.

El reconocer posibles indicadores de expectativas o creencias heteronormativas en nuestro propio discurso, permite, a partir de la conciencia de este elemento, reflexionar sobre la perspectiva que mantenemos respecto a las sexualidades de otros y cómo ésta podría interferir en la relación terapéutica con el paciente. Así lo revela el siguiente extracto:

Lo que tenemos es que tener conciencia de los prejuicios para no joderle la vida a la gente (...) O sea, si yo soy prejuiciosa, pero, además, creo que soy muy mente abierta, y trato a alguien (que es objeto de mi prejuicio) y la daño, ¡mierda!, entonces, que por lo menos... ser prejuicioso, pero darte cuenta de que eres prejuicioso para no dañar al otro. (Psicóloga D)

En este sentido, una de las psicólogas entrevistadas, aportó una reflexión sobre lo que ella considera, son sus propios prejuicios:

Últimamente, mi cuestionamiento acerca de mí misma es que... (...) me pregunto si parte de mis prejuicios no tienen que ver con que hay una forma correcta de pertenecer al colectivo y otra forma incorrecta. Por ejemplo, cuando yo me planteo que un homosexual -en este caso, que es como lo más frecuente- puede ser homosexual, pero eso no significa que él tenga que ser amanerado, por ejemplo. O sea, ¿son mis prejuicios los que están allí cuando estipulo cuál es la forma correcta de ser homosexual? (...) es como repetir los esquemas que hay dentro de la heterosexualidad (...) que otra persona, que sea transexual, viva -si es chica biológicamente- el ser chico, de la misma forma en que viene a hacerlo un chico biológico (un chico que nació biológicamente [como] chico). No sé si estoy complicando la cosa. O sea, pero creo que eso es parte de mi prejuicio. (Psicóloga D)

Al respecto, Díaz-Lázaro (2011) sostiene que la habilidad del terapeuta para reconocer sus propios prejuicios y manejarlos de forma tal que se reduzca su impacto en el contexto terapéutico es el primer paso hacia la competencia sociocultural.

La competencia cultural (o sociocultural) es un concepto que se utiliza especialmente en contextos anglosajones, el cual se puede definir como “la

adquisición de unos conocimientos específicos, unas habilidades y unas actitudes con los que poder ofrecer un tratamiento adecuado, individualizado y culturalmente sensible” (Qureshi y Collazos, 2006, c.p. De la Hermosa, 2018, p. 80).

En este sentido, uno de los especialistas destacó la posibilidad que tiene el terapeuta de mantener los prejuicios propios alejados del contexto terapéutico:

Yo creo que independientemente de tu postura social, moral, religiosa; la postura ante el paciente debe ser abierta. Yo puedo ser psiquiatra y puedo ser católico furibundo ortodoxo. No por eso tengo que decirles a los pacientes homosexuales que tienen que curarse de eso, que eso es un castigo demoníaco... Una cosa es mi identidad, mi personalidad, y otra cosa es mi ejercicio. Claro, al final, uno no está escindido, uno está integrado. Pero uno debe cuidarse mucho de no contaminar al paciente con sus prejuicios. (Psiquiatra B)

Mientras que otra participante destacó la importancia de que el terapeuta no tenga prejuicios hacia las identidades trans, a pesar de que éste mantenga una postura patologizante hacia la transexualidad: “Uno como terapeuta no puede tener un prejuicio en contra de eso, uno tiene que verlo como lo que es: un conflicto grave, un trastorno grave de identidad y que está muy ligado a la psicosis” (Psicóloga A).

Sin embargo, se ha investigado el papel que tiene el discurso social como mediador de la comprensión psicoterapéutica, llegándose a la conclusión de cómo los prejuicios de los terapeutas median la relación con el paciente (Arenas y Goncalves-de Freitas, 2016 y Díaz-Lázaro, 2011) y que no reconocer esto puede ir en detrimento de dicha relación, e incluso, de la eficacia clínica del terapeuta (Díaz-Lázaro, 2011).

A partir de esta premisa se infiere la universalidad de los prejuicios en los seres humanos, ya que éstos aparecen como resultado de procesos cognitivos normales y automáticos, como se mencionó en apartados anteriores. Así lo reitera el discurso de una psicóloga entrevistada, quien expresa:

A mí me da mucha risa cuando la gente dice: 'yo no soy una persona prejuiciada'. O sea, a lo mejor, tú no eres una persona prejuiciada con relación al colectivo o al tópico que se está tratando, pero indudablemente eres una

persona prejuiciada con relación a cualquier otro tópico porque los seres humanos nos basamos en creencias y muchas de esas creencias son eso, prejuicios. (Psicóloga D)

En caso que el especialista no sepa cómo modular sus propias creencias y prejuicios, podría incurrir en un error terapéutico, según lo consideran los expertos entrevistados; causando esto, malestar en el paciente e incluso volviendo la terapia ineficaz. De esta manera, se podría induciendo la reproducción de la situación de exclusión que el paciente usualmente vive afuera del consultorio, pero esta vez, dentro de éste.

Esto coincide con el testimonio de la sexóloga entrevistada, especialista en atención a pacientes trans, quien refiere:

¿Qué no es beneficioso?, que tú le hagas preguntas acerca de: '¿tú estás seguro?'; '¿y seguro que sientes esto?'; '¿y por qué no te quitas la barba?'; 'pero, si no eres mujer, entonces, deberías quitarte los zarcillos' (...) Mis pacientes me han dicho: 'yo siento que con el psiquiatra tengo que mentirle para poder salir de la consulta rápido porque, si no, entonces, esta persona lo que va a hacer es juzgarme y preguntarme miles de porqué que yo no necesito tener que convencerlo a él de que yo soy transgénero, yo sé lo que estoy sintiendo'. (Informante C)

En este sentido, se apreció que el no emitir juicios derogativos hacia un paciente en base a las creencias del terapeuta, es una competencia transversal en el discurso de los participantes, ya sea que trabaje o no con la población transexual. Así lo revelan los siguientes extractos:

[Un elemento que no sería beneficio para el paciente sería] en primer lugar, cuestionar excesivamente fuera de los límites razonables si eso que él siente es real, es verdadero. O sea, por ejemplo, 'ajá, ¿pero tú de verdad piensas que eres una mujer en el cuerpo de un hombre?' o viceversa, pues (...) aunque entiendo que hay periodos como, por ejemplo, durante la adolescencia, que el adolescente todavía está estructurando su identidad y que tendría sentido como

que revisar con él. Pero no cuestionar eso, no partir del supuesto de que la persona está errada. Eso creo. (Psicóloga D)

Es muy importante -si consideramos el modelo de los cinco factores de la personalidad- que el terapeuta desarrolle el rasgo o el factor de la apertura a la experiencia, de la tolerancia... [que], también, sería muy importante para trabajar con este tipo de poblaciones, pero yo creo que para cualquier población. En última instancia, toda persona te va a plantear un reto cuando llegue a consulta en cuanto a que vive la vida de una manera diferente -muy probablemente- a como tú la vives, a como tú la estructuras. Entonces, si vives en una rigidez del pensamiento, te va a ser muy complicado entender las otras maneras de pensar y de desarrollarse dentro del mundo psicológico. (Psicólogo C)

En este punto, surgió en los discursos de tres de los entrevistados, la idea de asistir a terapia como recurso modulador y canalizador de las propias construcciones, creencias y sentimientos que se generan en el especialista a partir del contacto con pacientes trans, en otras palabras, como recurso para experimentar la contratransferencia acertadamente:

Parte de la premisa de la que nos apoyamos los que hacemos psicoterapia, o de los que aspiramos hacer psicoterapia, es que uno debe mantenerse lo más neutro posible, de no contaminar al paciente con las cosas que son de uno. Por eso uno va a terapia (...) Porque uno entiende que hay conflictos que son de uno, que no son del paciente (...) Y eso [contaminar al paciente] no solamente es antiético, eso es negligencia. (Psiquiatra B)

Una persona que no se haya analizado, puede cometer el error de proyectar sobre un paciente todos sus conflictos, sus angustias, sus miedos, sus temores, se le remueve todo. (Psicóloga A)

Creo que constantemente hay que hacer una revisión de los efectos que te va generando [el] atender a este tipo de población (...) para que luego, cuando vaya a la relación, pueda ser de beneficio para él [el paciente]. (Psicóloga B)

6.5.2. Terapias correctivas.

El siguiente de los elementos presentes en el discurso de dos de los participantes hace referencia a las llamadas “terapias correctivas” usadas aún en el ámbito de la salud para procurar el cambio del género sentido en las personas trans u orientación sexual en las personas homosexuales.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y expertos de derechos humanos de la ONU han cuestionado los supuestos tratamientos psicoterapéuticos dirigidos a modificar la orientación sexual o la identidad de género de una persona, afirmando que dichos tratamientos representan una grave amenaza a la salud y los derechos humanos de las personas afectadas (CIDH, 2015). En este sentido, la OPS afirma lo siguiente:

Además de carecer de indicación médica, no existe evidencia científica de que los supuestos esfuerzos de cambio de orientación sexual sean eficaces. Mientras que algunas personas logran limitar la expresión de su orientación sexual en su comportamiento, su orientación misma generalmente aparece como aspecto integral individual que no puede ser cambiado. Al mismo tiempo, abundan los testimonios sobre los daños a la salud mental y física que produce la represión de la orientación sexual. (P. 135, Organización Panamericana de la Salud, 2012, c.p. CIDH, 2015).

La irreversibilidad de las identidades de género y las orientaciones sexuales, así como el rechazo hacia las “terapias correctivas” se refleja en los siguientes extractos:

En segundo lugar, tampoco prometerle a la persona que eso se le va a quitar, que hay algún tratamiento como con el caso de los homosexuales (que dicen que hay un tratamiento que como que te ayuda a dejar de ser homosexual). O

sea, no hay nada que te ayude a dejar de ser homosexual y no hay nada que te ayude a dejar de ser transexual porque no es una enfermedad; es algo que nació contigo, es parte de tu naturaleza. (Psicóloga D)

No lo vamos a... como dicen por ahí algunos pseudo especialistas que curan la homosexualidad, no vamos a curar a un transgénero, porque primero no sé si sea el término correcto. Y segundo porque las personas con esa condición están conscientes de esa condición desde que son chiquitos. Entonces, ¿qué vas a hacer? No los vas a cambiar. (Psiquiatra B)

6.5.3. Competencias clínicas.

Aparte de las competencias culturales necesarias, los entrevistados identificaron el desarrollo de competencias clínicas como un elemento central al brindar atención psicológica, por tratarse la transexualidad de un área específica de la sexualidad: “competencia como tal sería prepararte en eso; tú no puedes ir a brindar apoyo a alguien solamente porque te cae bien el tema, porque tienes apertura, porque eres chévere” (Psiquiatra A).

También se menciona, la capacidad del terapeuta para realizar evaluaciones acertadas que permitan un correcto establecimiento de diagnósticos diferenciales:

¿Qué evaluación uno establece?, tratar de identificar si, realmente, desde el punto de vista psicológico, hay una disforia de género. Tienes que diferenciarla de una idea obsesiva, de lo que puede ser una idea delirante o, sencillamente, de una persona que tiene un trastorno psicótico -a veces, de tipo esquizofrénico- y que puede estar teniendo un momento de crisis. (Psiquiatra A)

En este sentido, los entrevistados plantearon la importancia de recibir **formación, entrenamiento y supervisión de especialistas** del área, como un requisito necesario al trabajar con algún tipo de población específica:

Yo creo, lo hablo incluso por mi caso, [que] el no tener una suficiente formación, quizá, para atender a este tipo de casos. Creo que eso pudiera ser una limitante importante. A pesar de que soy profesional de la salud también, creo que tiene que ser, en principio, especialista para poder llevar estos casos y poder entender lo que allí está pasando, pues, lo que le pasa a esta persona. (Psicóloga B)

Yo creo que hay una serie de competencias -por un lado- técnicas, que incluyen, en principio, la experiencia, haber recibido algún tipo de asesoría o supervisión en el tratamiento de estos casos. Es más o menos lo mismo que yo creería que se requiere para trabajar con personas con otro tipo de sintomatología. (Psicóloga D)

Entonces creo que sí sería importante que uno reciba un entrenamiento, como lo tendrías que recibir para trabajar con farmacodependientes [de lo contrario] te ves en la necesidad de improvisar porque no tienes un entrenamiento específico para eso, y es difícil, es difícil... (Psiquiatra B)

El reconocimiento de la necesidad de un entrenamiento especializado en diversidad sexual en los especialistas de la salud mental, fue un elemento central en la investigación de Arenas (2013), al ser identificado por todos los participantes como un requisito esencial para atender a pacientes trans.

Esto se relaciona con lo expuesto por la WPATH (2012), al afirmar que los profesionales de la salud mental que no posean experiencia en el campo, deben trabajar bajo la supervisión de una especialista con competencia en la evaluación y tratamiento de la disforia de género, independientemente de su nivel previo de formación y experiencia en otra área.

En este punto, varios de los entrevistados identificaron sus propias **limitaciones** respecto a lo que supondría atender este tipo de casos, debido a la falta de información y preparación que poseen al respecto:

Yo no me siento capacitado para atender formalmente, para tener una consulta con pacientes transgéneros. Creo que podría meter la pata. Para eso se requiere

un estudio más profundo de lo que es esa condición, de cómo se maneja, cuáles son sus códigos. Yo no sé si hay que decirles “él” o “ella”. No sé si es normal que, si es hombre, pero si se viste de mujer, es normal que le gusten los hombres, o es normal que le gusten las mujeres. No tengo ni idea. (Psiquiatra B)

(...) Me preguntó si podría atenderla, acompañarla en este proceso de transformación y le dije que no porque no me sentía preparada, porque no tenía ningún tipo de experiencia al respecto. O sea, que yo la podía apoyar, que podía tomarme un café con ella si se sentía mal, que podía acompañarla a su consulta psicológica. Pero que, de verdad, yo sentía que iba a hacer un mal trabajo porque -de verdad que- soy inexperta, soy neófita. Entonces, es la vida de una persona (la vida de una persona es sagrada) y tú no puedes estar como inventando, pues. Hay cosas que son más sencillas en el sentido de que tienes más literatura. Pero aquí, nada, yo no me sentía, de verdad, preparada. (Psicóloga D)

En este sentido, Lasso (2014) busca explicar la falta de competencias de los profesionales de la salud mental sobre el tema trans, teniendo en cuenta como una de las causas, la ausencia de formación en currículos universitarios, incluso en el área de posgrados.

Ante la falta de experiencia profesional en el área, los especialistas optan por derivar al paciente a otros especialistas que estén especializados en temas de diversidad sexual: “No me considero una experta en ese tema y, si no puedo manejar una situación, existen especialistas en el área, donde uno tiene que derivar. Uno tiene que saber hasta dónde son las competencias que pueda tener”. (Psiquiatra A)

La capacidad del profesional para reconocer sus limitaciones en la evaluación, tratamiento y/o comprensión del caso, es considerada por la autora como una competencia clínica en sí misma. Considerando que el objetivo último de la terapia reside, de modo general, en incidir de manera positiva en el paciente, acompañándole y facilitando el descubrimiento y la construcción paulatina de nuevas vías de solución a su problemática; la posibilidad de remitir al paciente con otros especialistas resulta trascendental para el logro de los objetivos terapéuticos.

En este orden de ideas, tres de los especialistas señalaron como una posible opción remitir o derivar al paciente a otros especialistas, ante la percepción de falta de competencia para la atención del caso y/o la posibilidad de que factores personales, provenientes del terapeuta, incidan en el contexto terapéutico:

Hay casos, por ejemplo, que yo no trato porque todavía no tengo clara cuál es mi posición al respecto. Por ejemplo, con relación al tema del aborto, preferiría remitir ese tipo de casos. ¿Por qué?, porque, por un lado, está mi creencia de que, cuando una mujer sale embarazada, está ocurriendo un milagro allí y creo en la mediación de Dios en ese milagro. Pero también está otra parte de mí que entiende que, sí, eso que está ocurriendo dentro de su vientre es producto de una violación, por ejemplo, por poner casos extremos, entonces, coye, ella no tendría por qué sufrir durante 9 meses como la tortura de llevar en su seno algo que ella no decidió que estuviera allí, aunque eso sea un milagro. (Psicóloga D)

Me hiciste recordar a una vez. Sí, estuve atendiendo un chico. No es transexual, pero sí tenía muchas dudas sobre su identidad sexual. Yo lo estuve ayudando hasta cierto punto, pero llegó un momento en que yo sí necesite la ayuda de otro profesional, de una persona que yo sé que es especialista en eso (el caso de L.B.) (...) él trabaja estos temas (...) Entonces, puede tener una comprensión mayor de estos casos (...) lo estuvimos atendiendo en una oportunidad en conjunto. Creo firmemente que tiene que ser una persona profesional que esté especializado en ese tema porque creo que hay mucho que estudiar, mucho que comprender al respecto. No cualquiera puede atenderlo, pues, ser efectivo en la ayuda. (Psicóloga B)

6.5.4. El psicólogo como puerta de acceso.

Anteriormente se mencionó el hecho de que algunos pacientes trans, pueden optar por la patologización de su propia identidad, a través de la búsqueda de un diagnóstico, como una manera de procurarse el acceso a las terapias hormonales y/o cirugías.

Al ser este diagnóstico otorgado o negado por un profesional de la salud mental, éste adquiere un rol trascendental en la vida del transexual, al actuar, en sí mismo, como un filtro durante el proceso de transición que ha decidido iniciar el paciente.

Así lo refiere Lasso (2014) cuando señala la importancia que tiene la mirada del otro, en este caso, del profesional de salud mental, en la construcción de la identidad del paciente trans, ya que aquél se encuentra “investido” con el saber-poder para determinar si una persona es o no transexual. Así lo describe una de las psicólogas participantes en esa investigación:

Otras personas que les dicen, no, es que yo al verlo a usted yo no le veo que usted sea una mujer, yo no lo veo, entonces si yo no lo veo pues usted no es, entonces pues yo no le doy eso [el certificado de disforia de género]. (Psicóloga A, 2014, c.p. Lasso, 2014, p. 15)

En el presente estudio, esta información se reflejó en el discurso de dos participantes y una informante clave, quienes indicaron la evaluación psicológica como principal motivo de consulta en algunos pacientes trans, quienes requieren del informe psicológico para aspirar a procedimientos quirúrgicos:

Yo le di su informe psicológico para que iniciara el proceso quirúrgico. (Informante B)

A raíz de ese informe [que yo hice], la doctora decidió no operarlo, entonces le dio un efecto placebo, entonces él venía -como él es psicótico- y me decía que ya sentía que le estaban creciendo los pechos [tono de incredulidad] que no sé qué, pero era efecto placebo pues. (Psicóloga A)

Otro motivo relativamente común que recuerdo, era que iban porque necesitaban un informe psicológico, psiquiátrico, para poder aspirar a la cirugía de reconstrucción o de cambio de sexo. (Psiquiatra B)

VII. Conclusiones

A raíz de lo expresado en el discurso de los profesionales de la salud mental entrevistados, se apreció una postura de apertura ante la diversidad sexual a nivel consciente, específicamente hacia el tema de la transexualidad, por parte de la mayoría de estos.

En tal sentido, la transexualidad es vista como una posibilidad válida dentro del gran abanico de la diversidad sexual, que puede estar asociada a una patología mental por las consecuencias que implica el asumirse transexual, más que a una patología inherente a la transexualidad en sí misma. En este sentido, los participantes destacaron la vulnerabilidad que presentan las personas transexuales al ser objeto de estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias por parte de algunos actores de la sociedad, incluidos en los ámbitos familiar, laboral y de atención a la salud.

En general se apreció una visión despatologizante de las identidades trans en sí mismas, por parte de la mayoría de los profesionales, entendiéndose la experiencia de la transexualidad como un elemento que está presente desde edades muy tempranas en el individuo. No obstante, en dos de los discursos se apreció la consideración de una patología inherente a la transexualidad, en tanto fue descrita como una alteración del pensamiento asociada a la psicosis y una incongruencia a nivel psicológico.

Se observó la presencia de estereotipos y prejuicios en algunos de los discursos, tanto de manera explícita como de manera implícita; los cuales giraron en torno a expectativas heteronormativas (relacionadas a la orientación sexual) por parte del especialista así como expectativas en relación a la expresión del género a partir de una base dicotómica: hombre o mujer.

Los criterios que el terapeuta mantiene respecto a lo que es masculino y lo que es femenino tendrán una influencia decisiva en el establecimiento del diagnóstico de disforia de género, el cual es considerado por el paciente trans, de manera estratégica, como una puerta de acceso a las terapias de hormonación y/o a las adecuaciones físicas.

A partir del discurso de los profesionales, es posible concluir que la sociedad ocupa un lugar preponderante en la generación y permanencia de patrones rígidos dicotómicos de género, así como en patrones cisnormativos que actúan como fuentes

de malestar para el transexual, favoreciendo la experiencia de las identidades trans como algo doloroso, que involucra sufrimiento.

Se observa una relación importante entre las características que los entrevistados atribuyen a la sociedad y aquéllas que éstos proyectan en su discurso respecto al tema, evidenciándose así la constante interacción e influencia de uno sobre el otro. De forma paralela, se apreció que especialistas pertenecientes a una misma disciplina e incluso a una misma corriente teórica, presentan visiones diferentes e incluso opuestas sobre la transexualidad, tanto en el campo de la psicología como en la psiquiatría. A partir de lo cual se infiere la influencia de factores individuales, como por ejemplo, la apertura a la experiencia, en la postura personal que mantiene el especialista hacia el tema.

Al abordar las experiencias de acercamiento de los terapeutas al tema de la transexualidad, se identificó poca preparación a nivel académico en relación al área. Los participantes destacaron la necesidad de un entrenamiento especializado y supervisión por parte de expertos en el área, como requisitos esenciales para la atención psicológica a la población trans, ya que consideran la transexualidad como un tema complejo, tanto por la comprensión de la identidad trans en sí misma como por las experiencias de sufrimiento que conlleva la transexualidad, planteando esto retos específicos al profesional en el abordaje psicoterapéutico de la misma.

Se reconoce el desarrollo de la competencia cultural como un elemento indispensable en el especialista, al trabajar con pacientes que pertenecen a colectivos minoritarios, entendiéndose que el reconocimiento de los propios prejuicios es la vía más efectiva para reducir el impacto de éstos en el contexto terapéutico. En este sentido, Díaz-Lázaro (2011, c.p. Arenas y Goncalves-de Freitas, 2016) señala que los terapeutas aun cuando asumen estar libres de prejuicios, comúnmente están subestimando el impacto de su propia socialización, abriendo esto la posibilidad para que emerjan de forma inintencionada durante el contexto terapéutico.

La ausencia de un propósito de formación en temas de diversidad sexual, desde escuelas hasta niveles universitarios pudiese facilitar la instauración de prejuicios hacia la transexualidad, por lo que resulta imprescindible tomar acciones desde el ámbito educativo que permitan la visibilización de las identidades trans así como la concientización de esta realidad.

Resulta de interés el papel de la psicología y la psiquiatría, como áreas de la ciencia que establecen los criterios bajo los cuales se diferencia lo patológico de lo que no lo es; en tanto estos conceptos provenientes del terreno de lo científico, son absorbidos y asumidos por la sociedad, como bases para justificar posibles prejuicios y/o conductas discriminatorias hacia un determinado grupo.

VIII. Limitaciones y recomendaciones

En relación a las dificultades que presentó la investigación, es posible señalar aquélla del acceso a la muestra, ya que varios de los posibles candidatos rechazaron participar en la investigación, debido a la falta de formación e información que tenían sobre el tema de la transexualidad; mientras que otros no respondieron a la invitación.

Otro de los puntos a tomar en cuenta es que al ser la transexualidad un tema que implica cierta complejidad en su comprensión, se requiere de un tiempo prudencial para su estudio, el cual puede resultar comprometido si los tiempos destinados a la investigación son cortos.

En la búsqueda bibliográfica llevada a cabo para la elaboración del presente estudio, resaltó la ausencia de investigaciones relacionadas a la psicología del prejuicio, aplicada a los mismos especialistas. Por lo que se recomienda, para futuros trabajos investigativos, ahondar en el estudio de los prejuicios en profesionales de la salud mental, tanto a nivel implícito como explícito. Tomando en cuenta además, posibles variables individuales que pudiesen modular la expresión de los mismos dentro del contexto terapéutico.

De igual forma se recomienda, el desarrollo de trabajos que apunten a la visibilización de realidades y grupos marginados de la sociedad, como una manera de luchar contra la discriminación y estigmatización, desde el ámbito científico.

Específicamente, en el tema de la transexualidad se recomienda la elaboración de propuestas educativas para la escuela, ya que la misma se constituye como uno de los espacios más importantes en el proceso de socialización del individuo a edades tempranas. El diseño y la aplicación de programas y/o talleres, que involucren a los diferentes protagonistas del sistema educativo como maestros, padres y alumnos, representará un avance importante en la aceptación de la diversidad sexual como una forma de mirar la vida, al ser una oportunidad para brindar conocimiento a los participantes, y contribuir así al cuestionamiento de falsos mitos y creencias erróneas respecto a la transexualidad.

IX. Referencias

- Álvarez, P., Antuña, A., Husni, P., Klainer, E., Mozzi, V. y Nitzcaner, D. (2016). Transexualismo y travestismo desde la perspectiva del psicoanálisis. *Virtualia*. Volumen 32. Buenos Aires. Recuperado de www.academia.edu/12270849/Transexualidad_Psicoanálisis_y_Género.
- Arenas, I. (2013). *Psicoterapeutas y Psicoterapia: una mirada hacia la transexualidad*. (Tesis de postgrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Arenas, I. y Gómez, C. (2009). *Transexualidad y apoyo psicológico: la voz de sus protagonistas*. (Tesis de pregrado). Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela. Disponible en la base de datos Andrómeda.
- Arenas, Y. y Goncalves-de Freitas M., (2016). El contexto social y la comprensión psicoterapéutica en la transexualidad. *Trilogía Ciencia Tecnología y Sociedad*, 8(13),11-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/319119249_El_contexto_social_y_la_comprension_psicoterapeutica_en_la_transexualidad
- Asenjo, N., Rodríguez, J.M., Lucio, M.J. y Becerra, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *Semergen*, 37(2), 87-92. Recuperado de www.elsevier.es/semergen
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5a Ed.
- Asociación Mundial para la Salud Transgénero [WPATH] (2012). *Normas de Atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. 7ª versión. Recuperado de <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Aznar, J. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. *Observatorio de Bioética*. Recuperado de <https://www.observatoriobioetica.org/2016/06/diagnostico-tratamiento-la-transexualidad/14587>
- Aznar, J. y Tudela, J. (2017). Aspectos biomédicos de la transexualidad. En J. Aznar (Ed.), *Transexualidad: Valoración pluridisciplinar del fenómeno y su regulación legal* (59-92). Recuperado de <https://www.observatoriobioetica.org/2018/01/transexualidad-valoracion-pluridisciplinar-del-fenomeno/21712>
- Bataller, V. (2009). Historia natural de la transexualidad. En A. González, E. Soriano, R. Zapata y M.J. Muñoz (Eds.), *Las TICs y las enseñanzas E y B-Learning en el Máster oficial de Sexología* (pp. 54-65). Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZRZSAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA54&dq=perell%C3%B3+historia+de+la+transexualidad&ots=Ha95FA5Ipk&sig=n29dCqSkBkXerQrgxPCf0a_u5g#v=onepage&q=perell%C3%B3%20historia%20de%20la%20transexualidad&f=false

- Bergero, T., Cano, G., Giraldo, F., Esteva, I., Ortega, M., Gómez, M., y Gorneman, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 10-20. Recuperado de scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100002
- Bergero, T., Asiain, S., Gorneman, I., Giraldo, F., Lara, J., Esteva, I y Gómez, M., (2008). Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 211-226. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352008000100013
- Boada, M., Atance, M., Joda, L., Montanuy, H., Oller, G., Rocafort, E., Vendrell, J. y Coroleu, B. (2014). Transexualidad y reproducción: situación actual desde el punto de vista clínico y legal. *Revista Internacional de Andrología*, 12(1), 24-31. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-transexualidad-reproduccion-situacion-actual-desde-S1698031X13000836>
- Brodmeier, K. (2019). La OMS eliminó el término transexual de su guía DCI 11. *El Heraldo*. Recuperado de <https://www.elheraldo.co/entretenimiento/la-oms-elimino-el-termino-transexual-de-su-guia-dci-11-635766>
- Chárriez, M. (2013). La transexualidad: ¿construcción de una identidad?. *Revista Griot*, 6(1), 18-28. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4769378.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América*, Organización de Estados Americanos. Recuperado de www.cidh.org
- De la Hermosa, M. (2018). Estrés de minoría y personas trans*. Herramientas para el acompañamiento afirmativo. En M.T Climent y M. Carmona (Eds), *Transpsiquiatría Abordajes queer en salud mental* (77-99). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/325260056_Pedagogias_de_la_diversidad_en_salud_Dialogos_entre_activismos_trans_e_intersex_y_disciplinas_psi_En_M_Teresa_Climent_y_Marta_Carmona_ed_Transpsiquiatria_Abordajes_quer_en_salud_mental_Madrid_AEN
- Del Arte Drag y Transformista (s.f.). Glosario [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.abcdelartedragytrans.com/definiciones>
- Díaz-Lázaro, C. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos: el primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 274-281. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>
- Esteban, C., Ortiz, C., Rivera N., Purcell P. y Ruiz, G. (2016). La educación del género en peligro de extinción: Preparación de psicoterapeutas clínicos en

- Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 80-93. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5891720>
- Francia-Martínez, M., Esteban, C. y Lespiera, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 98-113. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=233255999007
- Franco, Q. (2017). Aunque Venezuela está rezagada, América Latina avanza en el disfrute de derechos para personas trans [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/08/3407/america-latina-avanza-en-el-disfrute-de-derechos-para-personas-trans>
- Franco, Q. (2013). *Análisis pragmático del acto de habla del insulto en el segmento "Los Fabulosos" del programa "¡A que te ríes!"*. (Tesis de Maestría). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. Recuperado de unionafirmativa.org.ve/unaf/wp-content/uploads/TGQuiteriaFranco.pdf
- Fundación Reflejos de Venezuela. (2 de agosto de 2012). Fundación Reflejos de Venezuela en Conóceme La Tele [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VQFWHLuX7Vo&list=PLgFOIB6iez3MTVTcFLECQNeEAGzI5HbaU&index=17>
- Fundación Todo Mejora (2017). *Manual de apoyo a profesores, tutores y apoderadxs para enseñar sobre diversidad, orientación sexual e identidad y expresión de género a niñxs y adolescentes entre 9 y 12 años*. Santiago de Chile: Recuperado de https://todomejora.org/wp-content/uploads/2017/03/ensenando_diversidad_TM.pdf
- Galemiri, A. (2015). Transexualidad y Queer: El psicoanálisis en cuestión. *Liminares*.1(7), 130-153. Recuperado de https://ongceres.cl/wp-content/uploads/2017/06/galemiri_trans.pdf
- Garaizábal, C. (1998). La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante. En *Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género*, 39-62. Recuperado de <http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/la-transgresion-del-genero-c-garaizabal.pdf>
- García, M. y De Dios, R. (2000) Transexualidad: una revisión del estado actual del tema. En *Anuario de Sexología* (6), 127-142. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4540574>
- González, S., Guzmán, D., Unigarro, C. y Zea C. (2016). Historia, logros y retos sobre transexualidad de los profesionales de la salud mental en Colombia. *Psyconex*, 8(12), 1-11. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/.../20784206>
- Grandón, P., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C., y Turra, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la

- enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162 <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae>
- Hernáiz, E. (2015). *Manual Educativo para la Diversidad*. Recuperado de <https://www.fundacionreflejosdevenezuela.com/publicaciones/manual-educativo-para-la-diversidad/>.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación*. México. Ed. Mc Graw Hill.
- Huggins, M. (2005). *Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida*. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis).
- Israel, T., Gorcheva, R., Walther, W., Sulzner, J., y Cohen, J. (2008). Therapists' helpful and unhelpful situations with LGBT clients: An exploratory study (Situaciones favorables y desfavorables en la terapia con clientes GLBT: Un estudio exploratorio. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 361–368. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2008-07318-015>
- Juarez, A. (2015). Discriminación y Estigmatización en la Transexualidad. *Revista Publicando*, 2(5), 154-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5833385.pdf>
- Jugo, C. (2016). *Significados asociados a las personas transexuales por parte de estudiantes de Psicología de la Universidad Central de Venezuela*. (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. Recuperado de <http://saber.ucv.ve/handle/10872/18976>
- Kanamori, Y. & Cornelius-White, J. (2016): Big changes, but are they big enough? Healthcare professionals' attitudes toward transgender persons. *International Journal of Transgenderism*, 1-11. doi: 10.1080/15532739.2016.1232628.
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635-650. doi:10.1080/00981389.2016.1193099
- Lagarde, M. (1998). *Identidad Genérica y Feminismo*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Recuperado de https://www.ehu.eus/documents/2007376/2899053/Identidad_generica_feminismo.pdf
- Lamiña, K. (2014). *El Narcisismo en la construcción de la Transexualidad desde una perspectiva psicoanalítica*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12438>
- Lasso, R. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539424009>

- Leiva, J., Alaminos M.P. y del Pino, E. (2017). Actitudes hacia la transexualidad en la universidad. Un estudio con estudiantes del grado de pedagogía. En A. Fernández y R. Ravina (Eds.), *Sexualidades diversas, interferencias entre el arte la educación y la sociedad* (225-273). Universidad Metropolitana de Caracas y Universidad de Granada. Recuperado de <http://andromeda.unimet.edu.ve/>
- Lucrecia, P. (2017). *El abordaje psicoanalítico del transexualismo en la práctica docente de la facultad de psicología de la UNMDP. Un análisis en base a la implementación de la ley de identidad de género*. (Informe Final del Trabajo de Investigación). Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/740?locale-attribute=es>
- Maiz, D. (2014). *Imagen corporal y concepto de sí mismo en personas transexuales*. (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. D.F., México: Trillas.
- Martínez, M. (2008). *Epistemología y metodología cualitativa en las ciencias sociales*. D.F., México: Trillas.
- Martínez, B. y Martínez, J. (2018). Sexualidades no normativas y su problematización. Una aproximación sexológica. En M.T Climent y M. Carmona (Eds), *Transpsiquiatría Abordajes queer en salud mental* (53-76). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/325260056_Pedagogias_de_la_diversidad_en_salud_Dialogos_entre_activismos_trans_e_intersex_y_disciplinas_psi En M_Teresa_Climent_y_Marta_Carmona_ed_Transpsiquiatria_Abordajes_quer_en_salud_mental_Madrid_AEN
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Maza, C. (2014). *Estudio cualitativo sobre la percepción de discriminación y opresión internalizada como posibles generadoras de autoexclusión en una muestra de sujetos transexuales*. (Tesis de postgrado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela. Recuperado de biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAT0664.pdf
- McCullough, R., Dispenza, F., Parker, L. K., Viehl, C. J., Chang, C. Y., & Murphy, T. M. (2017). The Counseling Experiences of Transgender and Gender Nonconforming Clients. *Journal of Counseling & Development*, 95(4), 423–434. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/319869064_The_Counseling_Experiences_of_Transgender_and_Gender_Nonconforming_Clients

- Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de Salud Mental*, 3(38), 44-55. Recuperado de: <http://antigua.ome-aen.org/norte/38/44-55%20corr.pdf>
- Nadales M., Fernández, M. y Guerra, P. (2016). Rasgos psicopatológicos en personas con disforia de género. *Revista Internacional de Andrología*, Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2016.06.004>
- Organización Panamericana de la Salud (1996). *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* [CIE-10]. Décima revisión. Washington DC.
- Pereira, D. (2015). *Malestar psicológico en personas transexuales desde la perspectiva de la psicología clínica dinámica*. (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Pinto, C. y Rocha, D. (2012). *Vivencia subjetiva de transexuales en el entorno socio-familiar y relaciones de pareja*. (Tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Rodríguez, J. M., Asenjo, N., Lucio, M. J., Pérez, G., Frenzi, M., Fernández, M.J., Izquierdo, C. y Becerra, A. (2009). Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid. *Revista Internacional de Andrología*. 7(2):112-20. Recuperado de www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-pdf-13139301
- Runte, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/46589489_Estigma_y_esquizofrenia_que_piensan_las_personas_afectadas_y_sus_cuidadores
- Telemundo Entretenimiento. (4 de junio de 2018). La transformación de gemelas Lucia y Natalia a los hermanos Mateo y Lucas | Don Francisco Te Invita [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=AOmhFO5l1KU&list=PLgfOIB6iez3MTVTcFLECQNeEAGzI5HbaU&index=17&t=0s>
- Universidad Diego Portales (s.f.). Lección 2: Conceptos Básicos y Definiciones [Transcripción]. Curso online *Igualdad de Género y Diversidad Sexual*. Recuperado de www.moocchile.com

X. Anexos

Guía de entrevista

Fecha: Hora:

Lugar:

Entrevistadora: Alejandra Quiroz

Entrevistado:

- Edad
- Género
- Profesión
- Especialidad
- Religión

Buenos días, el propósito de esta entrevista es conversar sobre la transexualidad. Su opinión será incluida en un estudio que toma en cuenta la visión de los especialistas de la salud mental en relación a la misma. Recuerde que toda la información suministrada será confidencial y será grabada con fines investigativos.

1. ¿Ha escuchado sobre la transexualidad? ¿qué piensa al respecto?
2. ¿Conoce a alguna persona transexual? ¿cuál es el vínculo y cómo ha sido la interacción con esa persona?
3. ¿Ha conocido o tratado algún paciente que asista a consulta por malestar relacionado a su identidad de género? ¿Cómo fue/es la experiencia?
4. ¿Qué considera necesario trabajar en terapia con un paciente que asista por malestar relacionado a su identidad de género? ¿Qué considera ud que no sería beneficioso terapéuticamente para una persona que asiste a consulta por malestar relacionado a su identidad de género?
5. ¿Ha escuchado hablar sobre la despatologización de la transexualidad? ¿Considera que la transexualidad es una cuestión de diversidad o de patología? ¿Por qué? ¿Qué opinión le merece los enfoque que conciben/ no conciben la

transexualidad como un trastorno? ¿Cómo cree que lo ve la sociedad? ¿A qué cree que se debe?

6. ¿Ud considera que existen factores personales (del terapeuta) que pueden influir en la manera cómo el especialista concibe la transexualidad dentro del marco profesional? ¿Cuáles? ¿Ud cree que existen factores sociales considera que pueden influir en la manera cómo el especialista concibe la transexualidad dentro del marco profesional? ¿Cuáles? ¿qué peso cree que tienen esos factores en la percepción que un especialista puede tener sobre una persona transexual?
7. ¿Cuáles competencias considera usted que debería tener un psicoterapeuta para atender a una persona perteneciente a la comunidad LGBT? ¿Considera que el psicoterapeuta debe contar con alguna competencia específica? ¿Cuál o cuáles serían? ¿Qué considera ud que ocurriría si el especialista no cuenta con tal competencia?
8. ¿Se identifica ud con alguna corriente psicológica? ¿qué considera usted que ha contribuido para que se identifique con esa corriente?

¿Hay algo más que le gustaría agregar?

En vista de que ya hemos tocado todos los puntos de la entrevista, quisiera agradecerle por su tiempo y su disposición por haber participado en el presente proyecto.