

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Identities trans bajo la mirada del estigma
Un análisis crítico de las narrativas sobre (y desde)
los márgenes del género

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Inmaculada Rodríguez Moreno

DIRIGIDA POR

José Luis Álvaro Estramiana
Alicia Garrido Luque

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Identidades trans bajo la mirada del estigma.
Un análisis crítico de las narrativas sobre (y desde) los márgenes del género

Programa de Doctorado de Sociología y Antropología

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Inmaculada Rodríguez Moreno

DIRECTORES

José Luis Álvaro Estramiana
Alicia Garrido Luque

PREFACIO

Fue cuando conocí a Kim Pérez, y puedo decir con cierto orgullo que es mi amiga. Con cierto no, con bastante orgullo. Y es una mujer estupenda, me ayudó mucho, y me dijo una frase que se me quedó grabada [...] dije: “Kim, ¿cómo sabes tú cuál es el momento?, o si llega, si no llega”, y ella dice: “es muy sencillo: cuando no puedas más”. También hay que preguntarse por qué aguantar a no poder más, ¿no?

Sandra, la primera persona trans que conocí

Hace ya algunos años, siete para ser exacta, escribía las siguientes líneas a la hora comenzar el prefacio de mi Trabajo Fin de Máster (TFM en adelante): *“En noviembre de 2013 conocí, por primera vez, de forma física y consciente, a una persona trans”*. Hoy, con muchas más experiencias y bagaje a la espalda me dispongo a escribir el prefacio de mi tesis doctoral. Mucho ha pasado desde entonces. Mucho he aprendido. He conocido nuevos espacios de lucha y visibilización, a muchas otras personas trans, algunas de ellas que se han quedado como amigas, o como conocidas, o como alguien que está al otro lado del *WhatsApp* y que sabes que puedes escribir en cualquier momento si necesitas algo.

Al igual que otros capítulos que tienen lugar en la vida, el que da comienzo en noviembre de 2013 resultó casi fortuito, en donde una persona que conoces desde hace un par de años, con la que te unen aficiones que te hicieron conectar, que has coincidido no más un par de veces al año, decide dar el paso de visibilizarse como mujer trans ante ti y tu grupo de amistades. Y no solo eso, sino que asistes *in situ* a cómo también se visibiliza ante otros círculos cercanos en ese fin de semana. Verla reconocerse, observar cómo su entorno reaccionaba con naturalidad y apoyo, me llenó de cierta emoción, y me dejó una impresión

positiva de la vivencia de una persona trans, incluso esperanzadora, pues a mis ojos, su historia era la de alguien con un empleo estable, amistades sólidas y un futuro en construcción prometedor. No tengo palabras para expresar no solo lo reveladora, sino lo transformadora, que fue aquella experiencia que tanto me ha hecho crecer como ser humano. Algunas veces no podemos prever cómo un acto de dignidad como aquel, alguien que se hace visible y vulnerable al mismo tiempo, puede causar un impacto tan profundo, y abrir un mundo de preguntas, de curiosidades, de nuevas formas de mirar.

Sin embargo, tengo que reconocer que no fue ese acontecimiento el que me llevó a estudiar las identidades trans directamente. Fue unos meses más tarde, en una asignatura del Grado de sociología, en 3º de carrera, que un compañero de clase hizo una exposición sobre la situación del colectivo trans en España, concluyendo que estas personas estaban totalmente excluidas de la sociedad y que su única salida laboral era el trabajo sexual. La seguridad con la que lo afirmó, sin matices ni dudas, me generó incomodidad, tengo que reconocerlo, y no solo por lo tajante de la afirmación, sino porque contrastaba de forma radical con mi experiencia reciente, haciendo que me preguntara cómo podían convivir relatos tan diferentes sobre una misma realidad. Por supuesto, yo sabía que la prostitución había sido un nicho laboral importante para personas de este colectivo, pero en ese momento no tenía tan claro que fuera todavía así, es decir, ¿en 2014 seguro que ese era el único escenario posible? A partir de ahí, se encendió una inquietud que me ha acompañado durante años y que responde a varias preguntas: ¿qué sabemos realmente sobre las personas trans? ¿Cómo se construyen las narrativas que circulan sobre sus vidas? ¿Qué papel jugamos, como investigadoras, al amplificar unas u otras voces? También he de reconocer que en el momento en el que comencé mi investigación con miras al TFM no fui plenamente consciente del sesgo que también residía en mi propia mirada. Precisamente con la intención de refutar la información que mi compañero había expuesto en su día, decidí rodearme de ciertos espacios propicios. Mi contacto con personas trans se dio, sobre todo, en contextos universitarios o militantes, donde predominaban perfiles visibles, integrados, he incluso leídos como exitosos. Pero el sesgo que inicialmente me hizo cuestionar el discurso de mi compañero, con el tiempo también me hizo preguntarme si yo misma estaba dejando fuera demasiadas historias, por lo

que aceptar mi propio sesgo también fue un punto de inflexión. El primigenio objeto de estudio de mi TFM, así como el posterior de mi tesis no se han orientado directamente al estudio del trabajo sexual en colectivo trans, pero haber abordado una investigación sobre esa problemática sin tener en cuenta ese punto de partida, hubiera sido un error, porque al final la búsqueda de relatos, la visión de conjunto que se tiene del tema o la lectura que se hace de los resultados, no es la misma. Así que gracias a quienes me hicisteis dudar, mi trabajo no hubiera sido el mismo.

Antes decía que la experiencia que tuve en noviembre de 2013 fue transformadora, y lo expreso con plena consciencia, porque me transformó, de hecho, lleva años transformándome. Esta metamorfosis no solamente se refleja en el desplazamiento de mi mirada, la cual ha pasado desde la inquietud inicial y los efectos de la patologización abordados en el TFM, a ampliar el foco en mi tesis hacia una dimensión social y estructural más profunda del estigma. Concibo este giro vital como un viaje de no retorno, en el que ya no puedes ni debes ser la misma persona cuando miras el mundo con otra lente y te das cuenta de que las certezas que siempre han estado ahí se tambalean, se vuelven más porosas, más flexibles. Sobre todo por la manera en la que te hace replantearte el cuerpo, el propio y el ajeno. Aún recuerdo la fascinación que me produjo empezar a indagar sobre las identidades trans, fue entonces cuando comprendí la magnitud de mi desconocimiento sobre el tema. En ese momento ya asumía de forma natural la diversidad sexo-genérica, sin embargo, más tarde esa actitud dejó de ser solo una convicción, pues se cargó de fundamento, se volvió una manera de habitar el mundo desde una posición más reflexiva. La tesis doctoral ha sido un fin en sí mismo, un camino hacia mi crecimiento personal y académico, pero también ha sido un instrumento, una herramienta de lucha y de autoconocimiento que ha hecho posible esta transformación como ningún otro espacio podría haberlo hecho.

Supongo que puede carecer de originalidad decir que la tesis doctoral es, con frecuencia, una prueba de resistencia, muchas veces un camino solitario e incierto, y siempre emocional e intelectualmente demandante. Pero para mí lo ha sido. Así lo han manifestado mi cuerpo y mi mente, que en más de una ocasión me obligaron a reducir el ritmo frenético y la exigencia

desmedida que tantas veces asumimos sin cuestionar. Esas pausas, tan necesarias como inevitables, han hecho que este camino se alargue más de lo que había previsto, pero también han sido parte del aprendizaje. No obstante, ha habido espacios, rutinas y sobre todo personas que me han sostenido durante todo este tiempo, aquellas que han formado parte de esos procesos catárticos que me han permitido hablar de la tesis y de la vida, y que descargan el alma de dudas y te la llenan de luz. Por todo esto y por muchas cosas más, al final la tesis me acaba pareciendo casi resultado de un esfuerzo colectivo, no solo, y por descontado, de quienes han participado activamente en su elaboración, sino también de quienes escucharon sin decir palabra, quienes me empujaron con su entusiasmo o quienes simplemente estuvieron ahí. Así que los agradecimientos, aquí, no forman parte del protocolo, sino de un ejercicio de justicia en el que, por muchas gracias que dé, me voy a sentir siempre en deuda.

En primer lugar, y como no puede ser de otra manera, quiero dar las gracias a aquellas personas que han sido protagonistas de mi investigación, a esas personas que no dudaron en abrirme las puertas de su corazón para compartir conmigo, de forma desinteresada, lo máspreciado que tienen: aquello que son y que, en algunas ocasiones, tan difícil ha sido de descifrar. Gracias por compartirme vuestros testimonios, por regalarme vuestro tiempo y vuestra entera disposición, lo único que me pedisteis a cambio fue dar a conocer vuestras historias, muy poco comparado con todo lo que me disteis vosotras a mí.

A José Luis y Alicia, mis guías en todo este proceso, mi director y directora de tesis. Quienes confiaron en mí desde el principio. Quienes me han acompañado, me han llevado de la mano y, a su vez, me han dado la libertad suficiente para hacer mía esta causa. Gracias por estar ahí siempre que os he necesitado, pero sobre todo, y especialmente, por sostenerme y empujarme cuando más delicado se puso todo. Gracias por respetar mis tiempos con comprensión y sin cuestionamientos cuando tuve que parar, eso ha sido fundamental para que hoy yo me pueda encontrar en este punto vital y académico. Estudiar sociología es uno de los mejores proyectos que he llevado a cabo, y mi primera clase en el Grado, lo recuerdo bien, fue contigo, José Luis, allá por 2011. Me resulta bastante simbólico cerrar mi ciclo académico de estudiante también a tu lado.

Mis *amigues*, quienes han aguantado estoicamente no pocos lamentos y preocupaciones, que me han escuchado y orientado no solo desde lo práctico sino también desde el cariño, y que han vibrado conmigo cuando algo salía bien. Qué importante es rodearse de gente que te quiere y te valora, lo que en algunos momentos puede ser vital. Y yo he tenido esa suerte. Así que gracias, Cristina, Javi, Karen, María José, Pedro. Sergio, amigo mío, compañero en tantas cosas, demasiadas para resumirlo en unas líneas. Qué difícil es estar ahí siempre como tú lo haces, y siempre con comprensión, incluso con la que me falta a veces conmigo misma. Tu apoyo ha sido decisivo durante esta etapa. Gracias por quererme y por demostrarlo en cada gesto.

Gracias a mis colegas de doctorado y la sociología, que han llenado de oasis un viaje, a veces, demasiado árido, que han hecho del mundo un lugar más habitable en estos años. Gracias por nuestras quedadas, por vuestro afecto, por escucharme, por compartir vuestra experiencia, por resolver mis dudas, por abrirme el mundo también más allá del doctorado, por animarme siempre.

Gracias a las asociaciones y a todas aquellas personas que se volcaron en ayudarme en la contactación de entrevistas para poder avanzar en mi trabajo. A quienes, al leer mis reclamos en redes sociales, decidieron echarme una mano incluso sin conocerme de nada. Puede parecer algo menor, pero sin este primer paso no existe lo demás.

A mi familia, a toda ella, que me lo ha dado TODO sin pedirme nada a cambio. A un padre y una madre quienes, en su tiempo, no tuvieron la posibilidad de estudiar, pero que sí vieron que esa oportunidad era importante para mí. Gracias por apoyarme con ilusión y sin reservas cuando decidí hacer la maleta y venirme a Madrid. Gracias por acompañarme en cada nuevo paso que me ha traído hasta el doctorado. A mi hermano y mi hermana, quienes hace muchos años empezaron a abrir un camino que yo he podido recorrer después con más calma. Porque aún siguen haciéndolo. Gracias por estar siempre ahí.

La realización de esta tesis ha sido posible gracias a la financiación pública recibida durante estos años a través de un Contrato Predoctoral de Personal Investigador en Formación, en el marco del programa de financiación de la Universidad Complutense de Madrid y el Banco Santander. Pero más allá de este apoyo concreto, quiero agradecer el papel de una educación pública que, durante toda mi vida, ha posibilitado condiciones estructurales y vitales esenciales para que una persona como yo, hija de una familia de clase trabajadora, natural de un pueblo manchego, esté hoy aquí escribiendo estas líneas.

ÍNDICE

PREFACIO	iii
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO	17
1. Glosario de términos	28
2. Objetivos generales y específicos	31
CAPÍTULO I. PRINCIPALES APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE ESTIGMA	34
1. Una introducción al significado del estigma social	34
2. Funciones sociales del estigma.....	42
3. Las dimensiones del estigma	47
4. La gestión activa de la identidad frente a la estigmatización y las estrategias de afrontamiento	51
4.1. Teoría de la ambivalencia atributiva	54
4.2. Teoría de la amenaza a la identidad a causa del estigma.....	55
5. Los modelos del estigma en el estudio de la salud mental	57
5.1. Tipos de estigma dentro de la salud mental	59
5.2. Los componentes del estigma: el modelo de Link y Phelan.....	62
5.3. Un modelo social cognitivo del estigma	71
6. El estigma social en la obra de Erving Goffman.....	74
6.1. Acuerdos y desacuerdos frente al enfoque propuesto por Goffman sobre el estigma	82
CAPÍTULO II. PARADIGMAS SEXUALES EN LA CULTURA OCCIDENTAL DESDE LA ÉPOCA GRECORROMANA. NOCIONES MÉDICAS Y FILOSÓFICAS COMO BASE CIENTÍFICA DE LAS DIFERENCIAS Y JERARQUÍAS CORPORALES	85
1. La Antigüedad clásica bajo la filosofía de un único sexo	90
1.1. Teorías de la reproducción dentro de la filosofía unisexo	94
1.2. La sexualidad en la Antigüedad como reflejo de las jerarquías de género.....	97

2. Varios géneros en un único sexo: las rupturas sexo-genéricas dentro del paradigma dominante desde la Antigüedad hasta el Renacimiento.....	102
2.1. El hermafroditismo bajo la mirada de las leyes medievales y renacentistas.....	108
3. Concepciones del cuerpo, el género y la sexualidad en la Edad Media. Lo irrefutable del sexo único a la hora de interpretar los roles sociales.....	110
3.1. La medicina medieval en la comprensión del cuerpo sexuado	115
4. El periodo renacentista y los inicios del pensamiento científico: nuevos conocimientos en anatomía, misma comprensión del cuerpo	116
4.1. La sexualidad a partir del Renacimiento. La herejía y la brujería como control de la sexualidad.....	120
5. Hacia el dimorfismo sexual: la desaparición del modelo de sexo único y otras maneras de pensar el cuerpo	123
5.1. La ciencia como sustento teórico de las diferencias sexuales	128
5.2. El dispositivo de sexualidad como fundamento necesario del sistema binario de sexo	132
6. Debates actuales en torno al paradigma del dimorfismo sexual. Principales contribuciones teóricas sobre el sistema de sexo/género desde los estudios feministas	142
6.1. Las teorías del género.....	147
6.2. El feminismo francés de la diferencia.....	149
6.3. El feminismo radical	152
6.4. El movimiento <i>queer</i> y el feminismo de los 90.....	154
CAPÍTULO III. HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS.....	159
1. La ruptura con el género normativo en perspectiva histórica	161
1.1. Travestismo y fluidez de género en la Antigüedad grecorromana	162
1.2. La transgresión de género desde el cristianismo primitivo hasta la Edad Moderna	171
2. La taxonomización de la transgresión de género como enfermedad mental y su proceso de diferenciación dentro de las perversiones sexuales	183
2.1. La desviación sexual bajo el foco de la psiquiatría	186
2.2. Sigmund Freud, la teoría psicoanalítica y el desarrollo psicosexual.....	190
3. Tecnologías médicas y discursivas en el origen de la transexualidad: una clarificación terminológica.....	196
3.1. Harry Benjamin y la institucionalización de la transexualidad como trastorno mental.....	202

3.2. En la búsqueda del “transexual verdadero”	208
3.3. La irrupción de la CIE y el DSM en la administración de la condición trans....	210
4. La situación del colectivo trans en España: Un recorrido histórico y legal	215
4.1. Hacia el reconocimiento legal y médico de la diversidad sexo-genérica en el Estado español	225
4.2. La lucha por la despatologización y la libre autodeterminación del género	228
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO Y DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO	234
1. Enfoque de la investigación y precisiones terminológicas	234
1.1. El análisis documental.....	236
1.2. El <i>método biográfico</i> y los relatos de vida	239
2. Selección muestral de los datos secundarios	245
3. Selección muestral de los relatos de vida: ámbito y universo de estudio	247
3.1. Características finales de la muestra y distribución de los perfiles seleccionados	254
4. Trabajo de campo de las entrevistas biográficas y recogida de la información: elementos técnicos y metodológicos.....	259
4.1. Formatos seleccionados en el proceso de recopilación de los relatos de vida: investigación social digital vs tradicional.....	262
4.2. Decisiones técnicas y metodológicas en la implementación de las entrevistas biográficas	264
5. Tipos de análisis realizados sobre los materiales recopilados	270
5.1. Análisis crítico del discurso (ACD) en los datos secundarios.....	270
5.2. El análisis sociohermenéutico de los datos primarios	271
CAPÍTULO V. EL PAPEL DE LA CIENCIA EN LA NATURALIZACIÓN DE LA IDENTIDAD TRANS COMO ENFERMEDAD MENTAL	274
1. De la indeterminación de la desviación sexual a la especificidad de la discordancia de género	275
1.1. La taxonomización de las desviaciones sexuales y los antecedentes al transexualismo.....	275
1.2. Aparición del trastorno de transexualismo como enfermedad mental y el cambio de rumbo en la psiquiatría americana: los criterios diagnósticos	279
1.3. La desclasificación de la transexualidad como enfermedad mental	288
2. El discurso psiquiátrico como dispositivo de estigmatización	291

2.1. Elementos discursivos en la construcción de la transexualidad como enfermedad mental.....	291
2.2. Producción y reproducción del binario de sexo/género a través de las clasificaciones psiquiátricas.....	294
2.3. La encarnación del malestar dentro de la condición trans.....	298
2.4. Las clasificaciones médicas como un factor regulador de la identidad	300
CAPÍTULO VI. LA VIVENCIA DEL ESTIGMA.....	303
1. Construcción normativa del sexo y el género y su impacto en la identidad trans.....	304
1.1. La importancia de los referentes en el reconocimiento de la identidad.....	315
2. La interiorización de los discursos institucionales y legales en la construcción del estigma	321
3. La interacción social como escenario cotidiano de la vivencia del estigma.....	329
3.1. Vivencia del estigma en los círculos cercanos: entre la validación de la identidad y la reproducción normativa	331
3.2. El trabajo como espacio de reconocimiento negado	337
3.3. Violencia verbal y exclusión cotidiana.....	343
3.4. Relaciones afectivas y sexualidad: entre el deseo y la exclusión.....	347
4. La anticipación al rechazo como seña de identidad del estigma.....	350
5. Estrategias de resistencia y afrontamiento ante el estigma	353
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	364
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	375
Legislación consultada	424
ANEXO. GUION DE LAS ENTREVISTAS BIOGRÁFICAS	427

RESUMEN

La tesis titulada *Identidades trans bajo la mirada del estigma: Un análisis crítico de las narrativas sobre (y desde) los márgenes del género*, aborda la construcción histórica, médica y social de las identidades trans a partir de un enfoque construccionista e interaccionista, con el propósito de comprender cómo se origina y reproduce el estigma social dentro de este colectivo. La investigación se ha desarrollado en el contexto del Estado español, adoptando una metodología cualitativa que combina el análisis documental y entrevistas biográficas a personas cuyas trayectorias vitales rompen con las lógicas binarias de sexo y género. Asimismo, el estudio sitúa las vivencias trans como un fenómeno atravesado por una red de múltiples discursos y experiencias, aportando una mirada crítica sobre los procesos de estigmatización que han configurado dichas vivencias en la actualidad.

Los objetivos de la investigación parten del interés por comprender cómo se han establecido histórica y discursivamente las categorías de sexo y género en las sociedades occidentales, así como los mecanismos que han situado ciertas identidades fuera del marco normativo. A través del análisis de fuentes históricas, médicas y testimoniales, se pretende desentrañar cómo estas delimitaciones han contribuido a la construcción de procesos de estigmatización hacia los cuerpos e identidades trans. En esta línea, el estudio también se propone examinar el papel de las clasificaciones psiquiátricas —en particular la CIE y el DSM— como dispositivos de poder que han reforzado un modelo dicotómico de género y han legitimado su patologización. Finalmente, el trabajo busca comprender cómo las personas trans viven y gestionan el estigma social, atendiendo a su impacto en la autopercepción, la toma de decisiones y las posibilidades de agencia dentro de un entorno frecuentemente hostil. Desde este marco, se examina el papel de las clasificaciones psiquiátricas como dispositivos de saber-poder que han contribuido a la patologización y estigmatización de las identidades trans. Para ello, hemos realizado una revisión documental y un posterior análisis crítico del discurso

de estas taxonomías, centrándonos en la evolución de las rupturas del sexo y el género normativo, y la inclusión del transexualismo dentro de sus categorías diagnósticas. Este enfoque se complementa con una lectura sociohermenéutica de relatos de vida de personas pertenecientes al colectivo trans, que permite comprender cómo el estigma se materializa en las interacciones cotidianas y en sus experiencias emocionales y sociales.

Los resultados evidencian que el estigma hacia las identidades trans funciona desde un doble sistema, estructural y relacional, el cual está sostenido tanto por los discursos institucionales como por las prácticas sociales cotidianas. El análisis crítico de las clasificaciones psiquiátricas constata cómo estas taxonomías han contribuido históricamente a la patologización de las identidades trans, legitimando un modelo normativo de sexo/género que naturaliza la dicotomía y margina a quienes se alejan de ella. De igual manera, a través de los relatos de vida recogidos, se identifican formas específicas de exclusión que atraviesan múltiples esferas, como el entorno familiar, el ámbito laboral, el acceso a la salud o las relaciones afectivas. Estas experiencias, intensificadas en la medida en que la visibilidad de la identidad de género no normativa es más evidente, revelan también estrategias activas de afrontamiento, resistencia y reapropiación identitaria que permiten resignificar el estigma.

Estas narrativas ponen de manifiesto cómo el género también se construye y negocia en contextos concretos, desbordando los límites impuestos por el saber institucional y el consenso social. De esta manera, esta investigación contribuye e invita a desplegar una mirada crítica hacia los marcos discursivos que sustentan la transfobia, mostrando que desmontar el estigma implica no solo revisar las categorías diagnósticas, sino también cuestionar los supuestos de verdad desde los que se produce el conocimiento sobre el género, siendo necesario repensar estas categorías desde una perspectiva que respete y reconozca la diversidad de experiencias y cuerpos.

Palabras clave: Identidades trans, estigma social, clasificaciones psiquiátricas, identidad de género, relatos de vida.

ABSTRACT

The thesis entitled *Trans identities under the gaze of stigma: A critical analysis of narratives about (and from) the margins of gender* addresses the historical, medical, and social construction of transgender identities from a constructionist and interactionist perspective, with the aim of understanding how social stigma is produced and reproduced within this collective. The research was conducted within the Spanish national context, adopting a qualitative methodology that combines documentary analysis with biographical interviews with individuals whose life trajectories break with the binary logic of sex and gender. Furthermore, the study frames transgender experiences as a phenomenon shaped by a network of overlapping discourses and lived experiences, providing a critical perspective on the stigmatizing processes that continue to shape these experiences today.

The objectives of the research stem from an interest in understanding how the categories of sex and gender have been historically and discursively established in Western societies, as well as the mechanisms that have placed certain identities outside the normative framework. Through the analysis of historical, medical, and testimonial sources, the study aims to uncover how these delimitations have contributed to the construction of stigmatization processes toward transgender bodies and identities. Along these lines, the study also examines the role of psychiatric classifications –particularly the ICD and the DSM— as devices of power that have reinforced a dichotomous model of gender and legitimized the pathologization of transgender identities. Finally, the work seeks to understand how transgender people experience and manage social stigma, paying attention to its impact on self-perception, decision-making, and opportunities for agency within an often hostile environment. Within this framework, the study examines the role of psychiatric classifications as devices of knowledge and power that have contributed to the pathologization and stigmatization of transgender

identities. To this end, on this end, we conducted a documentary review and a subsequent critical discourse analysis of these taxonomies were carried out, focusing on how deviations from normative sex and gender categories have been historically framed, and on the inclusion of transsexualism as a diagnostic category. This approach is complemented by a sociohermeneutic analysis of life stories of people belonging to the trans community, providing insight into how stigma manifests in everyday interactions and in emotional and social experiences.

The findings reveal that stigma against transgender identities operates through a dual system, both structural and relational, sustained by institutional discourses and everyday social practices alike. The critical analysis of psychiatric classifications confirms that these taxonomies have historically contributed to the pathologization of transgender identities by legitimizing a normative sex/gender model that naturalizes the dichotomy and marginalizes those who deviate from it. Likewise, the life stories collected reveal specific forms of exclusion across multiple domains, including the family environment, the workplace, healthcare systems, and interpersonal relationships. These experiences, intensified as the visibility of non-normative gender identity becomes more evident, also uncover active strategies of coping, resistance, and identity reappropriation that serve to resignify the stigma.

These narratives reveal how gender is also constructed and negotiated in specific contexts, transcending the boundaries imposed by institutional knowledge and social consensus. In this way, the research contributes to fostering a critical approach to the discursive frameworks that sustain transphobia, showing that dismantling stigma requires not only a revision of diagnostic categories but also a questioning of the truth regimes through which knowledge about gender is produced. It becomes necessary, then, to rethink such categories from a perspective that respects and recognizes the diversity of bodies and lived experiences.

Keywords: Trans identities, social stigma, psychiatric classifications, gender identity, life stories

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

La angustia transexual inherente al hecho de haber nacido con un cuerpo erróneo podría desplazarse interpretativamente al hecho de haber nacido en una sociedad/cultura errónea. Es la resistencia y rechazo de las sociedades/culturas erróneas de la flexibilidad de género lo que propicia la desigualdad de derechos, la negación de los espacios sociales, la intolerancia y el etiquetado de enfermos a las personas que individualmente y en sociedad rompen esquemas, roles de conducta y expectativas sociales teóricamente contruidos y fundamentados en bases biológicas

José Antonio Nieto (1998)

La certeza de que existen dos, y solo dos tipos de cuerpos sexuados esencialmente diferentes, casi opuestos, biológica y psicológicamente hablando, es una de las ideas más firmemente asentadas en las sociedades occidentales actuales. Hablamos de un paradigma basado en un enfoque binario del sexo y el género que ha sido dominante durante los tres últimos siglos, y cuya perspectiva asume que las categorías enfrentadas de hombre y mujer obedecen a diferencias no solo son morfológicas, sino que también vienen determinadas por características psíquicas, roles de género y comportamientos (Butler, 2002a, 2006, 2007; Fausto-Sterling, 2006; Foucault, 2003a, 2003b, 2007a, 2007b; Haraway, 1991a, 1991b; Laqueur, 1994). Esta afirmación, la cual hunde sus raíces en el denso volumen de discursos generados entorno al cuerpo y la sexualidad que tuvo lugar a partir del siglo XVIII (Foucault, 2007a, 2007b; Laqueur, 1994), se ha reforzado a lo largo del tiempo a través de la mirada de las instituciones científicas, religiosas y educativas, así como mediante los medios de comunicación, consolidando la idea de que hombres y mujeres son esencialmente distintos y complementarios (Foucault, 1979, 2007a, 2007b; Friedan, 2016; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010). Sin embargo, desde hace unas décadas, diversas disciplinas como la biología,

la antropología, la sociología, o las investigaciones realizadas en el marco de los estudios de género, no solo han cuestionado esta visión binaria, sino que han demostrado que resulta ser excesivamente simplista para poder reflejar la complejidad de la expresión sexual humana, pues la existencia histórica de personas intersexuales, así como la vivencia de las identidades trans, desafía la idea de que el sexo y el género son categorías rígidas y mutuamente excluyentes (Butler, 2002a, 2006, 2007; Fausto-Sterling, 1998, 2006; Hausman, 1998; Nieto, 1998, 2008). A pesar de estas evidencias, la visión dicotómica sigue siendo hegemónica y tiene un impacto significativo en la forma en que se percibe y se trata a las personas cuyas identidades escapan a este marco normativo, lo que ha derivado en que tanto las identidades trans como los cuerpos bisexuados resulten en los más perjudicados dentro de este sistema de sexo/género tan rígido (Butler, 2002a, 2006, 2007; Fausto-Sterling, 2006; Hausman, 1998; Nieto, 1998, 2008; Platero, 2014).

Aunque el fenómeno de las identidades trans, el cual se ha conocido popularmente bajo el nombre de “transexualidad”, no empezara a ser descrito como tal hasta mediados del siglo XX, periodo en el que la transexualidad estuvo asociada inevitablemente con el cambio quirúrgico de sexo, sí se puede afirmar que personas que se han vestido con ropas o que han adoptado comportamientos que no se correspondían con el género que socialmente se les había determinado, y que planteaba una discordancia con sus cuerpos, las encontramos en todas las épocas y lugares. Está documentado en diversos textos históricos, médicos o antropológicos que esa ruptura con el sexo asignado al nacimiento aparece en todas las sociedades, es descrita de diferentes maneras, y asumida de forma peculiar en cada uno de los diferentes contextos (Bullough, 1980, 1998; Cambrollé, 2017; Garaizabal, 1998; Gutiérrez Usillos, 2017; Hausman, 1998; Nieto, 1998, 2008), advirtiendo que, el que este fenómeno aparezca en culturas dispares, es una muestra de que *“la transexualidad es una condición humana, expresión de la inmensa diversidad”* (Cambrollé, 2017: 219). Dentro del marco de significados actuales sobre el cuerpo y las rupturas con el género normativo, encontramos que la transexualidad es un término que irrumpió en la medicina norteamericana sobre los años 50 del siglo XX, cuya finalidad gravitó entorno a la demarcación de las trayectorias vitales de aquellas personas nacidas en cuerpos con los que no conseguían identificarse. Esto supuso

la aparición de una nueva categoría que, a partir de ese momento, consiguió desmarcarse de prácticas con las que se había confundido y solapado con anterioridad, como lo habían sido la homosexualidad o el travestismo (Bullough, 1980, 1998; Hausman, 1998).

La condición trans, en su forma más ortodoxa y primigenia, fue definida desde la óptica médica como *“el cambio de sexo, también llamado reasignación de sexo. Las personas transexuales manifiestan un sufrimiento y una inadecuación ante los genitales de nacimiento, que no pueden apreciar. Después de la operación de reasignación se sienten liberadas y equilibradas”* (Cleminson y Gordo, 1999: 32). Esta forma de entender la transexualidad, junto con el posterior desarrollo de sus procedimientos médicos, facilitó el diagnóstico y tratamiento de quienes rompían con las normas de género tradicionales y que, además, solicitaban el cambio quirúrgico de sexo. De esta manera, que el contexto originario de la transexualidad haya sido el médico, ha dado lugar a que, tanto para las personas pertenecientes a este colectivo como todo lo referente a este fenómeno, haya estado enmarcado desde el inicio en un discurso científico-médico de la enfermedad, donde la condición de las personas trans ha tenido que ser tratada clínicamente por profesionales de la medicina y prescrita mediante rigurosos criterios de diagnóstico (Billings y Urban, 1998; Garaizabal, 1998; Hausman, 1998). El proceso al que se ha sometido a las personas trans nos muestra cómo la sociedad, y lo que ésta ha entendido por género y por sexo desde hace varios siglos, ha dado forma al cuerpo y a las maneras de comportarse, viéndonos atrapados en una teoría reduccionista de lo que supone ser hombre y lo que supone ser mujer. En muchas ocasiones se ha considerado que, desde la posición médica, lo que se ha querido conseguir con los procesos obligatorios de hormonación y reasignación sexual, más que reconocer la diversidad de identidades, es devolver el orden lógico al sistema de sexo y género hegemónico a través de las cirugías de reasignación, haciendo que las identidades femeninas acaben albergadas en cuerpos femeninos, y las identidades masculinas, igualmente, en cuerpos masculinos (Missé, 2013; Missé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014).

Frente a esa primera forma de entender la transexualidad, visiones más flexibles, actuales y menos medicalizadas procedentes del activismo, no ponen tanto el acento en la operación como meta sino en un alejamiento del sexo asignado, como es la definición que propone

Susan Stryker, en donde define a las personas trans como aquellas “que se alejan del género que les fue asignado al nacer, personas que cruzan las fronteras construidas por su cultura para definir y contener ese género. Algunas se alejan del género asignado al nacer porque sienten con fuerza que realmente pertenecen a otro género en el que les sería mejor vivir; otras buscan abrirse camino hacia un nuevo lugar” (Stryker, 2008: 1). Así, se entiende que bajo el paraguas trans¹ tienen cabida multitud de experiencias cuya identidad de género, expresión o manera de presentarse en la sociedad no encajan con las expectativas tradicionales asociadas al sexo que se les asignó al nacer, alejándose estos enfoques de la definición canónica que siempre ha venido manejando la psiquiatría (Platero, 2014; Stryker, 2008).

Como se ha podido comprobar, las particularidades que empleamos hoy en día sobre la diferencia sexual son una norma relativamente reciente que hemos asumido como natural y que sigue modelando el cuerpo, el género (Butler, 2002a, 2006, 2007; Fausto-Sterling, 2006; Foucault, 2003a, 2003b, 2007a, 2007b; Haraway, 1991a, 1991b; Laqueur, 1994) y, por extensión, a las identidades trans. No obstante, el hecho de que, desde su origen, la conceptualización de la transexualidad se haya movido dentro de los límites de lo patológico, ha contribuido a normalizar su psiquiatrización, lo que ha implicado, a su vez, que en la actualidad no parezca tan descabellado el haberlo asumido e interiorizado como un trastorno mental (Garaizabal, 1998; Missé, 2013). Los discursos relacionados con la normalización del género binario, que aparecieron hace ya unos tres siglos, son argumentaciones que se afianzaron, en su momento, bajo el amparo de la ciencia médica (Foucault, 1970, 2007a, 2007b), y que, en nuestro contexto actual, se han materializado dentro de taxonomías psiquiátricas de contrastada aceptación las cuales han seguido reproduciendo el paradigma fundacional del dimorfismo sexual (Butler, 2002a, 2006, 2007; Crowe, 2000). Es en este contexto en donde entran en escena clasificaciones de tanta envergadura como lo son el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM en adelante), editado por la *American Psychiatric Association* (APA en adelante), y la *Clasificación Estadística Internacional*

¹ Trans es un término que desafía la terminología psiquiátrica, albergando un amplio abanico de concepciones de la identidad de género (transexuales, crossdresser, Drag Queens, transgéneros, no binarias, etc.) y que no tienen por qué recurrir a la modificación corporal (Missé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014).

de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE en adelante), confeccionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), las cuales han catalizado las derivas que históricamente ha venido tomando la desviación con el género normativo, incluyendo, finalmente, a la condición trans como una enfermedad mental, y cumpliendo un papel fundamental a la hora de naturalizar las lógicas binarias de sexo y género (Butler, 2002a, 2006, 2007). De esta manera, el transexualismo entró oficialmente como trastorno mental en la CIE-9 en 1975 (WHO, 1998), y en el DSM III en 1980 (APA, 1980), iniciando un recorrido que ha marcado las trayectorias vitales de las personas trans, y que llega hasta la actualidad, pues, como se profundizará más adelante, la desclasificación de dicho término como enfermedad mental se ha materializado en la última revisión de la clasificación de la OMS (WHO, 2021), pero, renombrado y reubicado, todavía sigue formando parte de los trastornos psicológicos del DSM (APA, 2014).

No obstante, la concepción dicotómica del sexo y el género desarrollada primero por los postulados científicos dieciochescos (Foucault, 2007a, 2007b; Laqueur, 1994) y, más tarde, por el discurso de los manuales médicos actuales, no solo estructura la sociedad estableciendo normas rígidas sobre qué cuerpos e identidades resultan deseables, sino que, a través del discurso científico, produce cuerpos que son considerados legítimos o ilegítimos. Como consecuencia de esto, las personas cuya identidad de género no se ajusta a las lógicas binarias, lo que se ha entendido como hombres masculinos y mujeres femeninas, han sido objeto histórico de estigmatización (Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010; Mas Grau, 2017; Missé, 2013). A esto se suma la estigmatización específica que sufren aquellas condiciones catalogadas como enfermedades mentales, a las cuales no solo se les limita el acceso a recursos y derechos, sino que también refuerza dinámicas de exclusión y discriminación (Link y Phelan, 2001; Link *et al.*, 2004; Michaels *et al.*, 2012; Rüsç *et al.*, 2005). De esta manera, la inclusión de la transexualidad como trastorno mental ha conllevado que las identidades trans hayan experimentado un proceso de patologización que ha tenido una relación directa con el estigma (Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010; Mas Grau, 2017; Nieto, 2008). Este estigma se manifiesta de múltiples formas, desde la legitimación de prácticas de marginación y exclusión social hasta la discriminación institucionalizada y la

violencia (Goffman, 1970; Link y Phelan, 2001; Link *et al.*, 2004; Michaels *et al.*, 2012; Rüsche *et al.*, 2005), y a pesar de los avances en el reconocimiento de las identidades trans, los discursos normativos que refuerzan la supuesta naturalidad del binarismo de género siguen perpetuando la estigmatización, prejuicios y barreras que afectan profundamente sus vidas (Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010; Missé, 2013; Nieto, 2008).

Cuando hablamos del estigma social, ya sea en el caso específico de las vivencias trans u otra identidad estigmatizada, cualquier aproximación teórica al fenómeno debe remontarse a los trabajos de Erving Goffman quien, como el arquitecto fundacional, sentó las bases para la conceptualización y análisis sistemático del estigma, estableciendo los puntos de partida para su comprensión (Miric *et al.*, 2017). Goffman define el estigma como “*un atributo profundamente desacreditador*” (Goffman, 1970: 13) dentro de un contexto de relaciones, es decir, que emerge en el proceso de comunicación durante la interacción social. Cuando el autor habla de un atributo desacreditador, se está refiriendo a cualquier característica de una persona que, dentro de un contexto social determinado, genera una percepción negativa o una desvalorización por parte de los demás. Sin embargo, no se trata solo de un rasgo individual, sino de cómo ese rasgo es interpretado en un marco social que define qué es lo normal y lo desviado, lo que lleva a que un rasgo no sea inherentemente negativo, pero sí afecta la identidad social de una persona y condiciona su interacción con el resto de las personas no estigmatizadas al ser tratada de manera diferente (Crocker *et al.*, 1998; Goffman, 1970; Jones *et al.*, 1984; Neuberg *et al.*, 2000; Stangor y Crandall, 2000; Stafford y Scott, 1986).

En el marco de su estudio sobre el estigma, Goffman ya aludía al concepto de los marcos de referencia como aquellos esquemas que organizan la experiencia social mediando en la interacción cara a cara, y remarcaba su influencia en la aparición y mantenimiento del estigma (Goffman, 1970), no obstante, su teoría de los marcos, desarrollada una década más tarde en *Frame Analysis* (Goffman, 2006), es la que nos ha ofrecido una perspectiva fundamental para comprender cómo se organiza la experiencia humana dentro un enfoque interaccionista y cómo ciertos atributos se convierten en estigmatizantes (Miric *et al.*, 2017). La clave de estos marcos, como herramienta metacomunicacional que organiza la forma en que interpretamos

la realidad, radica en que influyen en cómo una sociedad percibe y define a ciertos grupos de personas, determinando qué atributos se consideran normales o *desacreditables*, condicionando la manera en que se interactúa con dichos grupos, reforzando prejuicios y dinámicas de discriminación (Goffman, 2006). Así, los marcos de Goffman pueden ayudarnos a explicar cómo las identidades trans han estado socialmente enmarcadas a través de la mirada de discursos que estructuran la percepción social del cuerpo sexuado y los roles de género, unas narrativas construidas a través instituciones médicas, jurídicas o populares que establecen lo que significa ser trans, delimitan las identidades legítimas e influyen en los procesos de estigmatización de quienes se alejan de la norma. Dentro de este proceso, la condición trans se ve atravesada por el estigma al desafiar el marco experiencial regulador que presupone una correspondencia fija entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género. Esta discrepancia entre la expectativa social y la realidad vivida por las personas trans genera mecanismos de exclusión y estigmatización durante las interacciones sociales, que son reforzados por estas mismas instituciones. De igual manera, estos marcos son dinámicos y pueden evolucionar, haciendo que la percepción de las identidades trans cambie con ellos.

Pero más allá de ser un mecanismo normalizador que penaliza la diferencia, la estigmatización ha sido interpretada por diversos autores como un proceso que cumple propósitos sociales específicos, especialmente en beneficio de los grupos no estigmatizados. Esa idea es fundamental ya que permite entender el estigma no solo como el resultado del prejuicio o los estereotipos, sino como un dispositivo activo que sustenta las desigualdades (Crandall, 2000; Crocker *et al.*, 1998; Dovidio *et al.*, 2000; Goffman, 1970; Major y Eccleston, 2005; Neuberg *et al.*, 2000; Stangor y Crandall, 2000). En este sentido, Goffman (1970) ya proponía que el estigma opera como una herramienta de exclusión y control. Estudios específicos sobre las funciones del estigma sugieren, entre otras, que la estigmatización surge como una forma de proteger la supervivencia del grupo sancionando conductas que puedan amenazar su cohesión (Neuberg *et al.*, 2000; Stangor y Crandall, 2000), para explicar y mantener jerarquías sociales, reforzando la idea de que las desigualdades son naturales o merecidas (Crandall, 2000; Lerner, 1980; Sidanius y Pratto, 1993), o para usarse como una estrategia de control reforzando los valores del grupo dominante (Dovidio *et al.*, 2000; Major y Eccleston, 2005).

Si observamos cómo interaccionan las funciones del estigma con el caso concreto de las identidades trans y las normas de género, podríamos darnos cuenta de que la estigmatización es un proceso que no resulta incidental o accidental, sino que es un dispositivo que refuerza el *statu quo* en cuanto a las regulaciones de género. La utilización del estigma como herramienta de poder se ha materializado manteniendo las normas hegemónicas sobre el cuerpo y el género, castigando a quienes las transgreden. Unas normas que refuerzan la identidad del grupo dominante al diferenciarlo de los otros a quienes se les reconoce como desviados. Igualmente, la naturalización biológica del sistema de sexo/género hegemónico refuerza, a su vez, la idea de que la marginalización de ciertos colectivos es natural e inevitable (Butler, 2002a, 2006, 2007; Foucault, 2007b; Haraway, 1991a, 1991b; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010).

Partiendo de todos estos elementos, la fundamentación teórica en la que se enmarca la tesis se articula en torno a tres grandes ejes interrelacionados: el concepto de estigma como categoría analítica desde las ciencias sociales; la construcción histórica del género como régimen normativo en occidente; y el surgimiento y tensiones sociales y discursivas de las identidades trans en este mismo contexto. Estos tres bloques permiten situar el objeto de estudio en una red compleja de significados y relaciones de poder, fundamentales para comprender las formas contemporáneas de estigmatización, así como las estrategias de resistencia que emergen frente a ella. Desde esta base teórica, surge la siguiente pregunta de investigación: *¿Cómo se ha construido discursiva e históricamente el estigma hacia las identidades trans, y de qué manera se refleja, transforma o resignifica en las experiencias cotidianas de estas personas?*

Para responder a esta pregunta con la suficiente profundidad, se ha realizado una investigación de corte cualitativo de ámbito nacional, desarrollada en el contexto del Estado español. Esta delimitación territorial permite contextualizar el estudio dentro de un marco social concreto, en el que las tensiones entre las políticas de autodeterminación, la práctica médica y las vivencias trans adquieren características particulares. De igual manera, el estudio se ha basado en dos tipos de materiales de análisis. Por un lado, se ha llevado a cabo un estudio documental de las clasificaciones psiquiátricas de la CIE y el DSM, con el fin de comprobar cómo son

consideradas, en estos documentos científicos, las identidades que rompen con el género normativo, y, por extensión, cómo se describe y reproduce dicho género normativo dentro de sus categorías médicas. Si bien la mayoría de los estudios sobre la patologización de las identidades trans versan sobre análisis del DSM, especialmente desde su inclusión explícita en sus categorías con el DSM-III (APA, 1980), se ha querido aportar con este estudio una perspectiva más amplia, tanto histórica como de contenido. Partimos de la premisa de que la patologización de las identidades que desafían el género normativo no comienza con la aparición del diagnóstico de transexualismo, sino que tiene antecedentes que han sido poco explorados. De esta manera, se considera fundamental ampliar el análisis en la ruptura del sexo y el género normativo a la CIE y las primeras versiones del DSM debido a la importancia de analizar cuáles son los precedentes del transexualismo en ambas clasificaciones, teniendo en cuenta que un estudio integral de la patologización trans requiere examinar la interacción entre ambos manuales y su papel en la construcción del estigma. Por otro lado, se han realizado entrevistas biográficas a personas cuya experiencia de género transgrede el binarismo de sexo y género, con el propósito de recoger y analizar sus relatos de vida, conectando con lo que tradicionalmente se ha definido como transexualidad. Derivados de estos materiales, la tesis combina dos enfoques principales de análisis de los discursos recopilados. Para la interpretación de las clasificaciones psiquiátricas del DSM y la CIE se ha seleccionado el análisis crítico del discurso (ACD en adelante), mientras que se ha optado por el análisis sociohermenéutico para abordar las entrevistas biográficas realizadas a personas trans.

A partir de estas técnicas, el análisis de resultados ha permitido identificar ciertos patrones en la manera en que las clasificaciones psiquiátricas conceptualizan las identidades que desafían el género normativo, así como recoger narrativas que evidencian la diversidad de experiencias en torno a la transexualidad y el binarismo de género. El análisis específico de las clasificaciones psiquiátricas de la CIE y el DSM ha revelado cómo estas taxonomías han desempeñado un papel central en la naturalización de la identidad trans como una condición patológica. A lo largo de su evolución, ambas clasificaciones han operado como mecanismos de regulación del género, reforzando la dicotomía binaria y estableciendo criterios

diagnósticos que han moldeado la manera en que las personas trans se perciben a sí mismas y son percibidas socialmente. Este proceso ha contribuido a la estigmatización de las identidades trans al inscribirlas dentro de un marco médico que las define en términos disfuncionales. A pesar de las recientes revisiones y de la eliminación de la condición trans como trastorno mental en la CIE-11, persisten en los discursos médicos vestigios de patologización que continúan influyendo en las experiencias trans y en las barreras institucionales que enfrentan, perpetuando así el estigma y la exclusión. Por su parte, el análisis conjunto de los relatos biográficos pone de manifiesto la presencia de un estigma social e internalizado que atraviesa la experiencia de las personas entrevistadas. Desde una perspectiva social, el rechazo emerge como un eje central del sufrimiento, estrechamente vinculado con la normalización de rasgos que invalidan ciertas identidades y expresiones de género. Un rechazo que se traduce en formas de discriminación que van desde la negación de la identidad en los círculos sociales cercanos hasta la desaprobación de conductas y el acceso limitado a derechos fundamentales. Pero el estigma no solo opera desde el exterior, sino que también se interioriza, generando sentimientos de duda, culpa y autoexigencia en las personas afectadas, en donde la constante necesidad de justificación y adaptación a un entorno hostil refuerza la sensación de vulnerabilidad y dificulta el reconocimiento pleno de la propia identidad. Así, el análisis evidencia cómo la discriminación social y la autopercepción se entrelazan en un proceso complejo que moldea las vivencias individuales y colectivas del estigma.

Autores como Miquel Missé (2013) lanzan una mirada crítica hacia la dirección que han tomado históricamente los estudios sobre las vivencias trans, los cuales se han centrado más en querer explicar por qué existen personas de este colectivo que en analizar las causas del rechazo y la violencia que sufren. Según el autor, el discurso médico, que durante años ha sido la única perspectiva dominante, ha promovido una visión patologizadora que no solo ha reforzado la transfobia y estigma en la sociedad, sino que también ha generado transfobia y estigma interiorizado. En este sentido, el paradigma médico ha situado el problema en el individuo y no en la sociedad, reforzando la idea de que la solución a la violencia recibida pasa necesariamente por la modificación corporal para alcanzar el reconocimiento social, en

lugar de cuestionar la rigidez de las normas de género. Siguiendo la crítica planteada por Missé, este estudio no solo busca visibilizar las experiencias del colectivo trans, sino también contribuir a la construcción de nuevas narrativas que permitan comprender la transfobia desde una perspectiva diferente. En lugar de centrarse en la identidad trans como problema, este trabajo se enfoca en el estigma como un mecanismo social que refuerza la exclusión y la discriminación, con la pretensión de llenar el vacío existente en el estudio específico del estigma en el colectivo trans, ofreciendo un análisis que trascienda la patologización y explore las dinámicas estructurales e individuales que lo sostienen. Pero, además, esta tesis no solo contribuye a comprender la dimensión estructural e interaccional del estigma, sino que también ofrece una mirada crítica hacia los discursos que han producido y sostenido históricamente la discriminación de las identidades trans, abriendo el camino para pensar alternativas que no se basen en la vigilancia o la sospecha, sino en el reconocimiento y el respeto por la diversidad.

A la hora de llevar a cabo nuestro estudio, hemos partido de que los fundamentos epistemológicos de lo que entendemos como identidades trans surgen dentro de un contexto sociohistórico y espaciotemporal concreto que las hacen posibles, y no como un suceso universal ni con un devenir común a todas las sociedades (Nieto, 1998). Debido a estas consideraciones, una perspectiva idónea desde la cual afrontar el estudio es la del construccionismo social, una propuesta en psicología social que replantea el esencialismo sobre el que se asientan ciertos supuestos teóricos y naturales apoyados en el conocimiento científico, cuando, realmente, todo el conocimiento es construido, fruto de relaciones sociales. Bajo esta visión, las personas interpretan y dan significado al mundo que les rodea, y de ahí la importancia de comprender que las relaciones sociales se dan en un contexto histórico y social determinado. Dentro del construccionismo social, el lenguaje es considerado una forma de acción, una vía que permite las relaciones sociales, y cuya función no es reflejar la realidad tal y como es, sino contribuir activamente a su construcción, ya que posee un carácter performativo (Gergen, 1996, 2011).

Una vez definidos los ejes centrales de la investigación, nos disponemos a establecer el posicionamiento desde el cual se desarrolla la tesis. En primer lugar, se adoptará el término

trans, y no transexual, para referirnos a las personas cuya identidad y/o expresión de género no se ajusta a los patrones normativos del sistema sexo/género en la sociedad actual. Este término, en la línea de lo propuesto por diversos enfoques (Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Platero, 2014), permite abarcar la diversidad de experiencias en torno a la identidad de género y reconocer la heterogeneidad de formas de concebir el cuerpo más allá de los modelos dicotómicos tradicionales y de la mirada médica patológica. No obstante, en aquellos momentos en los que se analicen discursos históricos o documentos normativos, se utilizará el término de transexualidad, o el que proceda en cada caso cuando sea necesario, para reflejar fielmente la forma en que esta condición era concebida en su contexto original. Finalmente, aclaramos que esta investigación parte desde el respeto a las trayectorias de vida de las personas trans reflejadas en este trabajo, entendiendo que estas responden tanto a decisiones personales como a oportunidades y contextos específicos que han condicionado sus experiencias y posibilidades de agencia.

1. Glosario de términos

En aras de garantizar una comprensión precisa de los conceptos que serán abordados a lo largo de la tesis, se presentan, a continuación, algunas definiciones clave, con el objetivo de unificar criterios y evitar ambigüedades en su uso:

- ✓ **Agénero:** término que describe a aquellas personas que no se identifican con ninguna categoría de género tradicional, ya sea porque rechazan la noción de género en sí misma o porque sienten que no encajan en las categorías tradicionales de hombre o mujer (National Geographic, 2017).
- ✓ **Androginia:** característica de una persona cuyos rasgos físicos o apariencia externa combinan elementos tradicionalmente asociados a lo masculino y lo femenino, sin ajustarse de manera definida a las normas binarias de género (National Geographic, 2017).
- ✓ **Cirugía de Reasignación Sexual:** término de origen médico que hace referencia a los procedimientos quirúrgicos mediante los cuales una persona modifica sus características

- sexuales primarias (órganos genitales) y/o secundarias (como el vello corporal, el tono de voz) con el objetivo de adecuar su cuerpo a su identidad de género (Platero, 2014).
- ✓ **Cisgénero:** abreviado como cis, una persona cuya identidad de género se alinea con el sexo que le fue asignado al nacer y con las normas de género socialmente establecidas para dicho sexo (National Geographic, 2017; Platero, 2014).
 - ✓ **Cisnormatividad:** sistema de creencias que asume que todas las personas son cisgénero y que esta condición es la norma social, invisibilizando o marginando las identidades trans. También implica la percepción de que ser cisgénero es lo natural, deseable o más válido en términos sociales, médicos y culturales (Platero, 2014).
 - ✓ **Género fluido:** identidad de género caracterizada por una variabilidad en el tiempo, donde la persona puede experimentar cambios en su identidad o expresión de género, moviéndose entre lo masculino, lo femenino o ubicándose en distintos puntos dentro de esa escala (National Geographic, 2017; Platero, 2014).
 - ✓ **Cross-dresser:** término que reemplaza de manera neutral y no peyorativa a la persona que antes se definió como “travesti”. Se utiliza para describir la práctica de vestir ropa socialmente asociada a otro género sin vincularla necesariamente a un impulso erótico. El *cross-dressing* puede tener múltiples significados y motivaciones, desde una forma de cuestionar el género asignado hasta un recurso teatral, una expresión de moda, una declaración política o una práctica vinculada a celebraciones culturales y religiosas, como el carnaval (Stryker, 2008)
 - ✓ **Heteronormatividad:** sistema de creencias que asume la heterosexualidad como la orientación sexual predeterminada y natural. Bajo este marco, se considera que todas las personas son heterosexuales a menos que expresen lo contrario, lo que contribuye a la invisibilización y marginación de otras orientaciones sexuales (Platero, 2014).
 - ✓ **Intersexualidad:** término que describe a una persona nacida con características sexuales, ya sean genéticas, hormonales o anatómicas, que no encajan completamente en las definiciones normativas de cuerpos masculinos o femeninos. Desde la medicina, se ha definido como un conjunto de variaciones del desarrollo sexual que pueden implicar una ambigüedad genital. Históricamente se ha conocido como hermafroditismo, pero este ya es un término obsoleto (National Geographic, 2017; Platero, 2014).

- ✓ **LGTBIQ+:** acrónimo empleado para aludir a los colectivos de lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, intersexuales, queers, y en general, individuos o comunidades que son cuestionadas dentro de las normas de sexo y género tradicionales (National Geographic, 2017; Platero, 2014).
- ✓ **No binarismo:** engloba a las personas cuya identidad de género no se ajusta exclusivamente a las categorías tradicionales de *hombre* o *mujer*. Algunas pueden identificarse con un género fuera de esta clasificación, moverse entre géneros o no sentirse representadas por ninguna categoría de género en absoluto. Dentro de esta identidad se incluyen términos como agénero, bigénero, género fluido y otras expresiones que desafían la visión binaria del género (National Geographic, 2017).
- ✓ **Orientación sexual:** atracción afectiva, emocional y/o sexual hacia otras personas, ya sean del mismo género, de otro género o sin que el género sea un factor determinante. Incluye diversas identidades, como la heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad y pansexualidad, entre otras (Platero, 2014).
- ✓ **Queer:** término paraguas que engloba a personas cuyas identidades de género y/u orientaciones sexuales no se ajustan a las normas heterosexuales o cisgénero. Originalmente utilizado de manera peyorativa, ha sido resignificado por movimientos activistas y académicos como una herramienta de reivindicación y resistencia. Más allá de una identidad específica, *queer* también representa una perspectiva crítica que cuestiona las categorías de género y sexualidad impuestas socialmente (Butler, 2002a, 2007; National Geographic, 2017; Platero, 2014).
- ✓ **Transexualidad vs Transgénero:** transexualidad es un término de origen médico que históricamente se ha utilizado para referirse a personas trans que han pasado por intervenciones hormonales y/o quirúrgicas con el objetivo de adecuar su cuerpo a su identidad de género (National Geographic, 2017). Inicialmente, el concepto de transexualidad surgió dentro del ámbito psiquiátrico para diagnosticar un comportamiento de género considerado atípico. Su significado varía según el contexto cultural; en España, por ejemplo, ha tenido una fuerte vinculación con la modificación corporal permanente, mientras que en otros países, como en el ámbito anglosajón o latinoamericano, su uso es más flexible (Platero, 2014). Transgénero, abreviado como trans, es un término más amplio

y de origen anglosajón que describe a cualquier persona cuya identidad de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer, sin que esto implique necesariamente modificaciones corporales. Se creó para evitar la distinción entre quienes han pasado por cirugías o tratamientos hormonales y quienes no (Hausman, 1998; Nieto, 1998). En la actualidad, *transgénero* o simplemente *trans* se utiliza como un término paraguas que abarca diversas experiencias, incluyendo a personas transexuales, trans no medicalizadas y otras identidades que desafían las normas de género binarias (National Geographic, 2017; Platero, 2014).

- ✓ **Transnormatividad:** creencia que establece que ciertas formas de ser trans son más legítimas o aceptables que otras, generalmente aquellas que se ajustan a los valores normativos de la sociedad. Se basa en la adhesión acrítica a modelos mayoritarios de transexualidad, como la conformidad con el binarismo de género, la necesidad de intervenciones médicas para validar la identidad trans o la integración dentro de la heterosexualidad normativa. Este concepto señala cómo ciertos discursos refuerzan las expectativas tradicionales sobre la identidad, excluyendo o invalidando otras vivencias que no encajan en estos parámetros (Platero, 2014).

2. Objetivos generales y específicos

Se han planteado tres objetivos generales desarrollados a partir de una serie de objetivos específicos que se detallan a continuación:

1. Analizar la construcción histórica de las categorías de sexo y género en Occidente, explorando cómo su delimitación ha condicionado la aparición de las figuras e identidades que se han situado fuera de la norma, entendiendo cuáles han sido sus diferentes percepciones en función del periodo histórico y el contexto, así como su tratamiento social y vinculación con procesos de marginación y estigmatización.

- 1.1. Examinar la evolución de las categorías de sexo y género a partir la época grecorromana, desde el modelo del sexo único hasta la consolidación del dimorfismo sexual, y su impacto en la normativización de los cuerpos.
 - 1.2. Analizar la forma en que las categorías de sexo y género se han entrelazado con la sexualidad, observando cómo la regulación del deseo y las prácticas sexuales ha influido en la comprensión de las identidades que transgredían las normas hegemónicas sobre el cuerpo.
 - 1.3. Entender la aparición y transformación de las identidades trans a lo largo de la historia y la manera en que estas han desafiado las normas de género establecidas en función de lo que representaba el cuerpo en cada momento.
 - 1.4. Identificar el papel de las instituciones sociales, científicas y religiosas en la construcción de la normatividad de género y sexo, observando cómo sus discursos han reforzado o cuestionado la exclusión de las identidades trans.
2. Examinar el papel que han cumplido las clasificaciones médicas, especialmente la CIE y el DSM, en la legitimación de un modelo normativo de cuerpo, género y sexualidad, y su posterior influencia en la patologización y estigmatización de las identidades trans.
 - 2.1. Estudiar cómo el transexualismo fue incorporado como categoría diagnóstica en los manuales psiquiátricos de la CIE y el DSM, analizando sus antecedentes históricos y los discursos que la legitimaron como una patología.
 - 2.2. Examinar cómo el discurso médico ha influido en la construcción científica de un modelo de cuerpo normativo, imponiendo criterios específicos para el reconocimiento de la identidad trans y condicionando el acceso a tratamientos médicos y derechos legales.
 - 2.3. Analizar cómo las clasificaciones médicas han legitimado un paradigma basado en estándares biomédicos, estableciendo requisitos específicos para la modificación corporal y la validación de las identidades trans.
 - 2.4. Explorar las modificaciones recientes en la categorización médica de las identidades trans, evaluando hasta qué punto representan un avance hacia la

despatologización y la desaparición del estigma o si mantienen nuevas formas de regulación y control.

3. Analizar cómo las personas trans experimentan y afrontan el estigma social, identificando su impacto en su autopercepción, en la toma de decisiones de sus procesos vitales y las oportunidades de desarrollo personal y social.
 - 3.1. Explorar la vivencia del estigma en distintos ámbitos de la vida de las personas trans, identificando los procesos de rechazo y deslegitimación que enfrentan en la sociedad.
 - 3.2. Examinar la relación entre el estigma social y el estigma interiorizado, identificando cómo los discursos normativos influyen en la autoestima y en la aceptación personal.
 - 3.3. Estudiar de qué manera el estigma influye en la toma de decisiones sobre la transición, incluyendo la necesidad de cumplir con ciertas normativas médicas y legales para obtener reconocimiento social.
 - 3.4. Evaluar las estrategias de resistencia para desafiar el estigma y construir sus propias trayectorias de vida, observando cómo los cambios socioculturales han permitido nuevas formas de agencia y reconocimiento.

CAPÍTULO I. PRINCIPALES APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE ESTIGMA

El estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida.

El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas. Estas se generan en situaciones sociales durante contactos mixtos, en virtud de normas no verificadas que probablemente juegan en el encuentro

Erving Goffman (1970)

1. Una introducción al significado del estigma social

El estigma social, como expresión que ha servido para desautorizar a determinados individuos como miembros de pleno derecho dentro de sus contextos sociales, ha existido en todas las culturas desde sus inicios (Neuberg *et al.*, 2000). Abordar el significado actual del estigma requerirá, por tanto, una labor no solo de recopilación de las diversas formas que hoy se encuentran a la hora de definir el término y de las heterogéneas orientaciones desde donde lo abordan las diferentes autorías, sino también de indagar en el origen de esta palabra y conocer cómo evoluciona hasta llegar a nuestros días.

Una primera aproximación al concepto de estigma la podemos realizar desde posiciones no relacionadas con las Ciencias Sociales, como son las instituciones que se dedican al estudio de la lingüística, para comprobar qué significación se le otorga al término y de qué manera

nos los han hecho entender. Así, el *Diccionario de la lengua española* define estigma como “marca o señal en el cuerpo. Desdoro, afrenta, mala fama. Huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la pasión de Cristo. Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud” (RAE, 2022). En una misma dirección, el *Diccionario del uso del español* lo califica como “marca o señal en el cuerpo; particularmente, cuando procede de un castigo corporal o de la aplicación del hierro candente como pena infamante o como signo de esclavitud. [...] Acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien. Mancha” (Moliner, 2007: 1277). Como podemos identificar, ambas definiciones presentan al estigma como una característica concreta del individuo en la que se incluyen no solamente condiciones físicas, como marcas corporales, sino descredito social.

Por su parte, y desde un ámbito médico, la Organización Panamericana de Salud, considera que “estigma es una marca que excluye a una persona de las demás y que disminuye su valor en el grupo social al que pertenece. También se refiere a la actitud y los comportamientos negativos hacia las personas con problemas por consumo de sustancias y de salud mental. El estigma en sí mismo puede ser más duradero y poner en peligro la vida más que la condición de salud mental” (OPS, 2022). Esta última definición se orienta principalmente a describir el impacto del estigma en aquellas personas que padecen enfermedad mental y adicciones, si bien sus consecuencias se podrían extrapolar al ámbito de la salud en general, e incluye algunos elementos que no encontramos en los diccionarios, como son las consecuencias sociales e individuales que este fenómeno puede provocar en quienes lo sufren más allá del propio estigma. Pero resulta interesante observar la doble orientación que se le da al estigma en esta definición, donde, por un lado, vuelve a considerarse como una marca personal, una condición específica, mientras que también se le reconoce mediante una acción que se lleva a cabo desde una persona que realiza la estigmatización hacia otra que es estigmatizada, como puede ser el hecho de discriminar.

Desde una perspectiva etimológica, la filóloga clásica Carla Setién García (2020) subraya que el vocablo griego *στίγμα*, el cual se adoptó en nuestro abecedario latino como *stigma*,

manteniendo su grafía primitiva, sufre a lo largo de su historia una serie de variaciones semánticas ligadas tanto al contexto en el que dicho término se ha insertado en cada momento histórico, como a las posteriores traducciones que se han hecho de él, que pueden no haber sido adecuadas en todos los casos. Así, aunque las definiciones actuales colocan el estigma, entre otros significados, como las marcas que se realizaban a criminales o esclavos con un hierro incandescente, simbolizando una humillación (Moliner, 2007; RAE, 2022), un análisis más profundo sobre fuentes antiguas considera que una interpretación más fidedigna del estigma podría ser la de tatuaje, relacionándose este con letras e incluso imágenes que se imprimían con tinta de forma permanente en la piel de los esclavos que intentaban escapar o que incurrían en algún delito (Setién García, 2020). Estas marcas constituían en la persona que lo portaba “la última seña de humillación y servidumbre” (Gustafson, 2017: 89). La práctica del tatuaje, como método de impresión corporal con distinción negativa en los esclavos, ya se daba en la civilización persa de quienes pudieron haberla copiado los griegos, una costumbre y significación que pasaría a formar parte del vocabulario heleno bajo la primigenia expresión de *στίγμα*, y que, a su vez, le sería transmitida a la cultura romana, quien la asumiría bajo el término de *stigma*. Con posterioridad, dentro de la tradición latina, la emergente literatura cristiana de comienzos del primer milenio otorgó un nuevo significado a la palabra estigma, a la cual ahora se le adhirió un sentido positivo y religioso, que convivió con su significado original, pero que no empezaría a cobrar peso hasta el siglo IV (Setién García, 2020). Ya entrada la Edad Media, las nuevas marcas corporales propuestas por el cristianismo, los *stigmata*, serían consideradas muestras de gracia divina, y, conforme a las creencias cristianas, se han podido calificar como tales las heridas del sufrimiento de Jesucristo durante su crucifixión, las heridas que sufrió San Pablo durante su predicación, o cualquier otro tipo de heridas que ha de padecer cada persona, pudiendo estar asociadas a las anteriores, manifestándose como muestra de cercanía a Dios (Muessig, 2013; Setién García, 2020).

De esta manera, acorde con Setién García (2020), si tuviéramos que señalar el origen del significado que hoy reconocemos bajo la grafía de estigma, este podría situarse en las marcas corporales impresas en la piel de quienes habían cometido un delito, es decir, tatuajes

realizados con la voluntad de hacer un señalamiento público sobre la amenaza que suponía quien lo portaba, acarreándole descrédito social.

Pero si hemos de centrarnos en cómo se define y se entiende el estigma dentro de las Ciencias Sociales, y específicamente desde la Psicología Social, tenemos de remitirnos en primera instancia, y de forma obligada, a la definición cardinal que Goffman propuso en 1963 dentro de su obra *Estigma: La identidad deteriorada* (Goffman, 1970), en donde el estigma es considerado como un atributo particular dentro de un contexto de relaciones, una característica concreta del individuo, ya sea de naturaleza física o rasgo de la personalidad, que desacredita a quien lo porta como un miembro válido y de pleno derecho en su sociedad. De forma muy parecida a la que lo hace Setién García (2020), si bien con mucha más brevedad, Goffman (1970) también apunta los orígenes del estigma, señalando que dicha palabra ya se encontraba presente en las civilizaciones clásicas. Así, el autor escribe que en la Antigua Grecia el estigma hacía referencia a marcas corporales como cortes o quemaduras, que revelaban la deshonra y el rechazo que debían sufrir quienes mostraban tales marcas en la piel; mientras que con la aparición del cristianismo, a ese significado negativo, se sumó otro de índole más religiosa, como heridas que metafORIZaban las marcas de Cristo en la cruz. Goffman también indica que aunque hoy en día el término de estigma tiene un significado parecido a su acepción primitiva, de marca corporal, este sirve principalmente para señalar una característica personal que es motivo de deshonra, sin necesidad de aludir a su manifestación o marca física. Partiendo de esta premisa, en su ensayo sobre el estudio del estigma desarrolla una teoría sobre este fenómeno social, su efecto en la vida cotidiana de las personas, así como determinadas estrategias de afrontamiento desarrolladas para minimizar su impacto, presentando al estigma como un atributo negativo, y que afecta tanto a la manera en que una persona percibida por los demás como a la propia percepción que tiene la persona estigmatizada de su identidad.

El estudio pionero de Goffman, así como las consecuencias sociales del estigma que desarrolla dicho autor en su obra, han sido inspiradoras de un importante cuerpo de investigaciones, dando lugar a la aparición de una interesante variabilidad terminológica que ha pretendido

definir el estigma dotándolo de nuevos matices (Stafford y Scott, 1986), además de abarcar una multiplicidad de circunstancias que dan lugar a situaciones de estigmatización (Link y Phelan, 2001). Así, desde que Goffman propusiera su definición de estigma en 1963, entendiéndola como una característica que lleva asociadas consecuencias no deseadas para quien lo porta, posteriormente muchas han sido las perspectivas que han seguido su estela, reconociendo también al estigma como un atributo cuya significación negativa surge en un contexto relacional. Dentro de esta corriente, acogiendo a la aportación realizada por Goffman (1970), donde este considera al estigma como una relación entre un atributo y un estereotipo, Jones *et al.* (1984) definen el estigma como una marca por la cual a un sujeto le son adjudicadas características indeseables que conllevan descrédito social, entendiendo por marca la misma función que Goffman asignó al atributo, y a las características indeseables la función del estereotipo. La estigmatización es entendida por este grupo de investigadores como un proceso relacional en donde las pautas que rigen en un determinado contexto social también delimitan lo que es anómalo o aceptable; el término “marca” sería el utilizado para referirse a una característica diferenciadora y que puede dar lugar al proceso de estigmatización. Esta estigmatización vendría a materializarse en un procedimiento complejo que varía en función de las personas, que depende de cada cultura y del momento histórico de cada sociedad, y donde la marca o estigma no es intrínseca a la persona que lo porta, sino que es una perspectiva situada. De hecho, aunque estos autores diferencian entre personas normales y estigmatizadas, también señalan que estas no son categorías estancas, sino que, en función del contexto y acorde con las normas sociales establecidas, se puede participar en mayor o menor grado de ambas categorías.

Otra de las contribuciones de interés en psicología social sobre la definición del estigma es la que ofrecen las autoras Crocker *et al.* (1998), quienes también hacen hincapié en la importancia del contexto a la hora de describir el proceso de estigmatización, y no solamente el atributo o la persona que lo porta. Al estigma lo sitúan como un atributo que posee un sujeto y le acarrea una identidad social devaluada, así *“las personas estigmatizadas poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que transmite una identidad social que es devaluada en un contexto social particular”* (ibidem: 505), siendo la creencia socialmente

compartida sobre dicho atributo la que determina el surgimiento de la estigmatización. En la misma línea que lo hace Goffman (1970), se entiende que el estigma no reside enteramente en la persona, sino que es construido y definido contextual y socialmente, remarcando una característica concreta que se aleja de lo aceptable (Crocker *et al.*, 1998; Major y O'Brien, 2005). Autores como Stangor y Crandall adoptan un enfoque funcionalista considerando que *“una característica se convierte en estigmatizante cuando es percibida, bien a nivel social o individual, como una amenaza para la supervivencia del individuo o la cultura”* (Stangor y Crandall, 2000: 74), e igualmente, subrayan la importancia de que debe existir una conformidad compartida socialmente sobre la característica o marca devaluadora para que esta pueda convertirse en objeto de estigma. Dentro de esta forma de entender el estigma, el señalamiento de la marca es un proceso social situado, pero también una manera de reafirmar la situación hegemónica de ciertos grupos sobre otros mediante la estigmatización de determinadas características que, al entender del pensamiento dominante, son desfavorables; un planteamiento que también es compartido desde otras perspectivas, como las de Dovidio *et al.* (2000), Crocker *et al.* (1998), Neuberg *et al.* (2000) o Martin *et al.* (2007). Stafford y Scott (1986) añadieron un nuevo matiz al concepto de estigma al definirlo en términos de desviación social, en donde consideran al estigma como *“una característica de las personas que es contraria a la norma de una sociedad concreta”* (ibidem: 80). Estos autores también remarcan la importancia del consenso social de lo que esa determinada sociedad debe considerar como normal para fijar los términos de la desviación, por ello Stafford y Scott definen la norma como *“una creencia compartida de que una persona debería comportarse de cierta manera en un momento determinado”* (ibidem: 81). Señalan que la desviación, o violación de la norma social, puede ser una situación bien permanente o temporal, pero, en cualquier caso, llevaría aparejada comportamientos discriminatorios hacia el sujeto que es considerado desviado.

Además de las múltiples aproximaciones que acabamos de exponer, las cuales consideran el estigma como un atributo o característica determinada que porta un sujeto, podemos encontrar también otras contribuciones que difieren de este primer enfoque fundamentado en las aportaciones de Goffman, un segundo acercamiento al estigma que coincide en que dicho

fenómeno estaría mejor definido como un proceso dinámico en el que entran en juego diferentes factores y en donde a las personas estigmatizadoras se les otorga un papel manifiesto a la hora de reconocer el estigma. Así, a la hora de abordar el estigma en la enfermedad mental y comprender su funcionamiento desde la psicología social vamos a encontrar diferentes aproximaciones que han logrado desarrollar algunos modelos teóricos de interés y han definido al estigma en los términos que vamos a ver a continuación.

Por ejemplo, Ottati *et al.* (2005), a la hora de describir el estigma en salud mental, consideran que esta condición constituiría una aplicación específica de los estereotipos, el prejuicio y la discriminación, tres elementos que han sido tradicionales a la hora de estudiar los fenómenos psicológicos generales. Fiske (1998) expone que los estereotipos comprenderían aquellas estructuras de conocimiento ampliamente aprendidas por la mayoría de integrantes de una sociedad y representan el consenso general sobre las características de un grupo específico, es decir, las creencias acerca de ese grupo, lo que constituye la parte cognitiva del estigma. No obstante, tener conocimiento de un estereotipo no siempre implica estar de acuerdo con él. Por el contrario, el prejuicio estaría referido a las reacciones emocionales o evaluaciones negativas, en este caso, en contra de las personas con enfermedad mental. Estos dos elementos pueden desembocar, finalmente, en una serie de comportamientos y acciones negativas dirigidas a quienes tienen una enfermedad mental, como puede ser, por ejemplo, el negarse a contratarlos para un trabajo. Igualmente, Ottati *et al.* (2005) sugieren que estos tres elementos suelen tener una relación causal, estando interconectados entre sí y siendo influenciados mutuamente.

En una línea similar, en su propuesta sobre el estudio del estigma, Link y Phelan (2001) no realizan una definición concreta de estigma, sin embargo, proponen un modelo que integra una serie de componentes a partir de los cuales surge dicho fenómeno. Estos autores afirman que *“el estigma existe cuando convergen los siguientes componentes interrelacionados. En el primer componente, las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes vinculan a las personas etiquetadas con características no deseadas, es decir, con estereotipos negativos. En el tercero, las personas*

etiquetadas se colocan en categorías distintas para lograr algún grado de separación entre "nosotros" y "ellos". En el cuarto, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación que conducen a resultados desiguales. Finalmente, la estigmatización depende por completo del acceso al poder social, económico y político que permite la identificación de la diferencia, la construcción de estereotipos, la separación de las personas etiquetadas en categorías distintas y la ejecución completa de la desaprobación, el rechazo, la exclusión y la discriminación" (ibidem: 367). De esta manera, el estigma se define como un proceso social mediante el cual se atribuyen etiquetas negativas a ciertos individuos o grupos en función de características específicas que los diferencian de otros individuos o grupos en una sociedad, y que les supone una pérdida de estatus social y experimentación de la discriminación, y todo ello puesto en práctica bajo una dinámica del poder al que tiene acceso los grupos estigmatizadores. La propuesta de Link y Phelan se respalda en el desafío de superar el enfoque individualista del estigma que, a su juicio, propone la obra de Goffman (1970), quien centra el estigma en una característica que ostenta la persona de forma individual, en vez de entenderlo como una etiqueta o designación que la sociedad sitúa sobre un sujeto (Link y Phelan, 2001).

Cabría destacar, también, dentro de esta corriente que considera al estigma como un proceso, las investigaciones sobre el estigma en salud mental desde la psicología social llevadas a cabo por Michaels *et al.* (2012) y Rüschi *et al.* (2005), a partir de su modelo social-cognitivo del estigma. Estos autores entienden por estigma a *"un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de grupos marginados son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o, de otra manera, indeseables"* (Michaels *et al.* 2012:185), procedimiento en el cual participan mecanismos tanto cognitivos, como emocionales y conductuales, es decir, a la hora de estigmatizar se ponen en marcha los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, por parte tanto de las persona que estigmatizan, como de quienes son estigmatizadas (Michaels *et al.*, 2012; Rüschi *et al.*, 2005).

Como se ha podido observar a lo largo de esta exposición, el término de estigma ha evolucionado desde su origen etimológico hasta convertirse en la actualidad en un concepto

complejo que se tiene su germen en las dinámicas sociales y que, a su vez, modela las experiencias individuales. No obstante, si el trabajo de Goffman se erige en el punto de partida desde el cual se ha abordado la comprensión del estigma en las últimas décadas en cualquiera que hayan sido sus aproximaciones, pues, como defienden quienes lo han investigado, siempre se debe volver al origen cuando se aborda este asunto (Link y Phelan, 2001; Link *et al.*, 2004; Pescosolido y Martin, 2015), también hemos de enfatizar, de nuevo, que en el estudio actual sobre el estigma se pueden encontrar dos líneas bien definidas, que han dado lugar a herramientas conceptuales y modelos teóricos diferentes en base a si el estigma se concibe como un proceso o como un atributo personal.

En los apartados que veremos a continuación no nos centraremos tanto en la forma de conceptualizar el estigma, aunque tampoco lo dejaremos de lado, sino que cobrarán más importancia las diversas teorías y enfoques elaborados con el objetivo de ampliar y mejorar la identificación del fenómeno y de las manifestaciones mediante las cuales tiene lugar en nuestra sociedad. Además, dichas teorías no solo nos permitirán comprender el estigma en su amplitud y profundidad, sino que también arrojarán luz sobre los mecanismos que lo perpetúan y la manera en la que inciden en la construcción activa de la identidad de quienes experimentan la estigmatización.

2. Funciones sociales del estigma

“Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo” (Goffman, 1970:13). De esta manera, y sin llegar a tener Goffman como objetivo específico el elaborar una teoría sobre las funciones del estigma, el autor presenta, al hilo de su exposición, determinados efectos sociales que se generan a raíz de la puesta en marcha de la estigmatización, y que, en la práctica, desembocan en una serie de consecuencias (intencionadas o no intencionadas) que ha presentado el estigma social, principalmente, para los grupos no estigmatizados. Recurriendo de nuevo a Goffman, diremos que *“construimos una teoría del estigma, una*

ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias” (ibidem: 15), explicando el estigma como una forma de control social, reservando determinados círculos sociales exclusivos para participantes selectivos, y dejando fuera a otros que son considerados de escasa reputación en base a sus características.

Otros investigadores, sin embargo, sí han teorizado expresamente sobre por qué surge la estigmatización, tratando de comprender las funciones que cumple este proceso. Stangor y Crandall (2000) se formulan algunas cuestiones, como, por ejemplo, de dónde procede el estigma, qué características resultan estigmatizantes, y por qué lo son dichas características y no otras. Ya hemos visto que para estos autores la estigmatización existe porque cumple una función básica para el individuo y la sociedad, y exponen que, al igual que cualquier ser vivo tiende a repeler una situación u organismo que considera amenazante para su supervivencia, la sociedad funcionaría de la misma forma ante un factor que se cree que amenaza su correcto funcionamiento. De igual manera, aseguran que las actitudes y percepciones relacionadas con el estigma social se difunden y se arraigan en la cultura a partir de su transmisión desde posiciones de poder. En esta misma dirección Crandall (2000) alerta de que el estigma logra mantenerse gracias a que los grupos dominantes se valen de diversas ideologías para justificarlo, aportando argumentos de corte biologicista, social o legal, entre otros, para estigmatizar a determinados grupos, por ejemplo, al alegar que las desigualdades sociales tendrían su justificación en que benefician a aquellas personas más competentes. Estas atribuciones se podrían explicar a partir de algunas teorías, como la *Teoría de la creencia en un mundo justo* de Lerner (1980), la cual describe que las personas tienen una necesidad natural a creer que el mundo es justo y que estas obtienen lo que se merecen en función de sus acciones, por lo que si viven situaciones adversas es porque han hecho algo equivocado en su vida. Esta creencia puede influir en la forma en que los individuos perciben, interpretan y responden a situaciones de justicia e injusticia en la sociedad, como, por ejemplo, a la culpabilización de la víctima en situaciones de injusticia en lugar de cuestionarse si realmente la sociedad es justa.

Neuberg *et al.* (2000) planean, desde una perspectiva evolucionista, que el estigma es un fenómeno que aparece en todas las sociedades, surge de un temor arraigado en los seres humanos, y tiene como destinatarios aquellos individuos que ponen en peligro la supervivencia del grupo y su buen funcionamiento. Los autores entienden que dentro de los grupos que han desarrollado estrategias de supervivencia que favorecen a sus miembros, se refuerza el comportamiento prosocial hasta el punto de convertirlo en una norma grupal, por lo que las conductas que violan esas pautas y amenazan la ventaja adaptativa de supervivencia, son estigmatizadas. Así, la confianza entre los miembros del grupo se ha transformado en fundamental para las relaciones grupales, y la traición de esta confianza mediante comportamientos reprobables, quienes intentan aprovecharse de la comunidad, o quienes no pueden contribuir al mantenimiento del bienestar del grupo por tener limitaciones en determinadas capacidades, se ha castigado de diversas maneras a lo largo del tiempo y en diferentes culturas.

Por su parte, autoras como Major y Eccleston (2005) advierten que el proceso de designar un estigma a un individuo, o grupo de individuos, sería capaz de desempeñar funciones psicológicas significativas para quien acomete la estigmatización, y, en la misma línea, Dovidio *et al.* (2000) destacan el valor utilitario y beneficioso de la estigmatización para los intereses dominantes, utilizándose como una estrategia para mantener el control, reducir la ansiedad percibida o proteger los valores y el bienestar del grupo mayoritario.

Crocker *et al.* (1998) intentan responder a la pregunta de por qué hay grupos que estigmatizan a otros grupos o individuos, proponiendo cuatro funciones del fenómeno de la estigmatización:

1. **Aumento de la confianza individual:** Esta idea tiene su fundamento en la Teoría de la comparación descendente, propuesta por el psicólogo social Thomas A. Wills (1981), la cual explica cómo las personas tienden a compararse con aquellos que consideran menos afortunados o en una situación menos favorable que la suya, es decir, una comparación hacia abajo, pues esta comparación social permite mejorar la autoestima

y el bienestar emocional. En este caso concreto del estigma, las personas que recurren a la estigmatización mejorarían su confianza, reforzando su propia autoimagen a expensas de aquellas personas a quienes estigmatizan, pertenecientes a un exogrupo más desfavorecido, un fenómeno provocado por la existencia de prejuicios y discriminación hacia grupos cuyos componentes son considerados inferiores (Crocker *et al.* 1998).

2. **Refuerzo de la identidad social:** En otras ocasiones, y relacionada con la función anterior, la estigmatización cumple la función de reforzar la identidad grupal y la confianza colectiva. La comparación del grupo social de pertenencia, o endogrupo, con el de no pertenencia, o exogrupo, tienen efectos positivos en la autoestima grupal cuando se comparan las propias fortalezas y atributos positivos con las debilidades o desventajas percibidas en el otro grupo. La identidad social se puede definir como *“la parte del autoconcepto del individuo que deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo social (o grupos sociales) junto con el significado emocional y valorativo asociados a dicha pertenencia”* (Tajfel, 1981: 255). Así, a *Teoría de la identidad social* (Tajfel, 1981; Tajfel y Turner, 1979), desarrollada en la década de 1970, busca comprender cómo las personas perciben y se relacionan con su propia identidad dentro de los grupos sociales. Esta teoría se basa en la idea de que existe una tendencia a asociarse con ciertos grupos y a considerar que esos grupos son una parte importante de la identidad, así cuando una persona se identifica fuertemente con un grupo, se siente emocionalmente conectada con los miembros de ese grupo y valora positivamente la pertenencia a él. Una de las características de esta teoría es la comparación social, en donde las personas también realizan comparaciones entre su grupo propio y los demás. Estas comparaciones pueden ser tanto positivas como negativas y afectar la autoestima y la autoevaluación de uno mismo. Cuando el grupo propio es percibido como superior a otros, esto puede llevar a la mejora de la autoestima y la identificación con el grupo. En el caso de la estigmatización del exogrupo, la teoría de la identidad social sugiere que las personas tienden a favorecer a su endogrupo y a mostrar prejuicios o discriminación hacia los miembros del

exogrupo, especialmente cuando la identificación con el endogrupo es fuerte. De esta manera, la percepción de superioridad respecto a otros grupos justificaría la estigmatización y la discriminación, y mejoraría la autoestima grupal (Crocker *et al.*, 1998).

3. **Justificación de la desigualdad social:** Una tercera función que cumple la estigmatización de determinados colectivos e individuos es la que sirve como fundamento de un sistema social jerarquizado basado en las desigualdades sociales y la justificación de privilegios de unos grupos sobre otros, sustentándose en la idea de que quienes sufren dicha estigmatización u otros procesos derivados de esta, como la discriminación, es porque debe ser así y se lo merecen (*ibidem*). Este pensamiento tendría como soporte teorías como la *Teoría de la dominancia social* (Sidanius y Pratto, 1993) o la *Teoría de la creencia en un mundo justo* (Lerner, 1980). La teoría de la dominancia social de Sidanius y Pratto (1993) es un marco teórico en psicología social que se centra en explicar la forma en que las personas mantienen y justifican las relaciones jerárquicas y desiguales en la sociedad, especialmente en términos de poder, estatus y recursos. La teoría sostiene que las personas tienden a buscar y aceptar ideologías, normas y creencias que justifiquen y respalden la jerarquía social existente, incluyendo estereotipos, prejuicios y normas culturales que perpetúan la desigualdad, que ayudan a legitimar la posición de poder de ciertos grupos sobre otros. Estas jerarquías afectan a las interacciones entre los individuos, desarrollando ideologías y mitos que promueven la superioridad de un grupo sobre otro.

4. **Disminución del miedo y la ansiedad ante las amenazas:** La cuarta función que proponen estas autoras sobre la estigmatización está relacionada con los argumentos propuestos por la *Teoría del manejo del terror*, desarrollada por los psicólogos sociales Greenberg *et al.* (1986), centrada en cómo la conciencia de la propia mortalidad afecta el comportamiento humano, a la toma de decisiones, y la forma en que las personas lidian con la ansiedad existencial. Para gestionar este temor, estas personas desarrollan sistemas de creencias y valores culturales que les proporcionan

un sentido de continuidad y significado en la vida. La teoría también sugiere que cuando otros sujetos infringen las normas y valores culturales, pueden enfrentar la posibilidad de ser excluidas o rechazadas por su comunidad o grupo social, así, la estigmatización estaría justificada con aquellas personas que se apartan de las normas culturales instituidas, pues no se adaptan a un consenso social sobre los valores dominantes (Crocker *et al.*, 1998).

3. Las dimensiones del estigma

En un ejercicio de comprensión del funcionamiento del estigma y de la forma en que este surge, Jones *et al.* (1984) organizaron su investigación en torno a seis dimensiones teóricas significativas, identificadas a partir de la revisión de diversos trabajos en donde estudiaron una gran variedad de tipos de estigmas, abordados desde diferentes perspectivas, encontrando que, pese a su variabilidad, el estigma se puede estudiar desde un modelo unificado de dimensiones que permiten explicarlo, a la vez de entender su funcionamiento. No obstante, hay que interpretarlo como un modelo de dimensiones interdependientes entre sí, por lo que ninguna de ellas se puede entender sin las demás, y en donde la estigmatización que procede de cada una de las dimensiones se puede dar en diferentes grados. Este modelo de dimensiones del estigma tiene como uno de los principales aportes el que, además de describir a la persona estigmatizada y sus características, también especifican las interacciones que se dan entre diversos participantes en las acciones, esto es, las relaciones que tienen lugar entre las personas estigmatizadas y las que no lo están.

Las dimensiones que proponen del estigma son las siguientes:

1. **Visibilidad del estigma:** hace referencia a la notoriedad de la marca o característica objeto de estigma, y a la medida en que puede ser escondida o disimulada, o, de lo contrario si, por su condición, es visible en todo momento. Estos autores aseguran que, aunque un estigma pueda ocultarse, las interacciones entre personas

estigmatizadas y no estigmatizadas se verán condicionadas desde el inicio, sobre todo si dichas interacciones pueden llegar a ser duraderas, debido tanto al temor de que su condición se haga manifiesta en algún momento, como a un estigma anticipado en donde la persona estigmatizada conoce el valor social degradado de la característica que porta y sus consecuencias. De hecho, el que un sujeto prefiera ocultar su estigma en vez de hacerlo visible es un indicativo de las consecuencias negativas que tiene este a la hora de que se produzcan intercambios sociales con población no estigmatizada. Otros autores también advierten, en este mismo sentido, que el ajuste social es mayor en aquellas personas que son capaces de esconder su estigma (Comer y Piliavin, 1972; Richardson, 1969). Jones *et al.* (1984) realizan una revisión de algunos trabajos sobre el estigma y, entre ellos, el artículo de Dava Sobel (1981) que advertía la resistencia a hacer pública su condición en salud mental de pacientes que recibían terapia psicológica, prefiriendo pagar ellos mismos las sesiones a tener que comunicárselo al seguro y así desvelarlo a las personas con las que trabajaban. No obstante, Jones *et al.* (1984) también remarcan que el que la marca sea visible puede generar efectos positivos, pues quienes sufren la estigmatización pueden tener la convicción de que los demás están al tanto de su estigma, experimentando menos impacto negativo que aquellos que no están seguros si los demás conocen o no su situación.

2. **Evolución o curso del estigma:** esta dimensión está referida a la persistencia que el estigma pueda presentar a lo largo del tiempo en la vida de una persona, de esta manera, una marca socialmente rechazada puede ser menos estigmatizante cuando existe la posibilidad de que desaparezca con el tiempo (como una enfermedad que pueda curarse), provocando menos desprecio tanto en la persona que la porta como en el resto. Los autores también remarcan la importancia de la diferencia que hay entre la auténtica posibilidad de que ocurra un cambio y el estigma desaparezca, respecto de la creencia popular de que ese cambio pueda llegar a suceder. Una actitud será más desfavorable en la medida en que haya una creencia de que ese estigma va a persistir, siendo, de esta manera, las creencias uno de los factores más determinantes

a la hora de definir las relaciones sociales que tienen lugar cuando el estigma está presente (Schwartz, 1957). En el caso más extremo, se podría decir que la estigmatización podría no desaparecer nunca si la característica provoca una deformidad progresiva en el sujeto que la porta o si tiene un curso muy largo, pues siempre se va a asociar a la persona con la característica indeseable pese a que esta haya desaparecido, observando que aunque haya personas que se curan de su enfermedad, siguen siendo rechazadas (Gussow y Tracy, 1968).

3. **Potencial disruptivo del estigma:** esta disruptividad, también llamada interacción tensa (Siller *et al.*, 1967), se refiere a la incidencia que tiene un determinado estigma a la hora de imposibilitar, dificultar o distorsionar las interacciones sociales entre personas portadoras de un estigma y las que no lo son. Así, características como la sordera, la tartamudez o defectos visuales, que son elementos que forman parte directa en el proceso de comunicación, o cualquier característica física diferenciadora que está presente en todo el periodo interactivo, serían cualidades más disruptivas que, por ejemplo, otras que pasan más inadvertidas como es el estar en situación de desempleo. Estas últimas tendrían un impacto menos negativo en que las relaciones interpersonales se lleven a cabo con normalidad. Si bien Jones *et al.* (1984) presentan hallazgos de diversos autores respecto a factores de tensión que influyen en las interacciones (Siller *et al.*, 1967), también advierten que es una dimensión que está menos investigada y cuya conceptualización queda menos clara que las demás.
4. **Apariencia física o estética de la apersona estigmatizada:** considerada como una de las dimensiones más importantes del estigma, aquí entran en juego factores estéticos que convierten en visualmente agradable o desagradable una marca corporal. Una cualidad o una persona será más o menos aceptada o estigmatizada en función de cuánto cumpla con los cánones de belleza que se insertan en una determinada sociedad, y esto va a tener una influencia directa en las interacciones. Estos autores destacan que un estigma visiblemente antiestético desata en los demás sujetos una respuesta afectiva negativa inmediata como el asco o el desagrado, inhibiendo los

procesos cognitivos que tendrían lugar en la interacción en el caso de que la apariencia del estigma no resultara tan incómoda. Esto no quiere decir que, en el caso de que el estigma no sea visible, o la persona portadora sea físicamente atractiva, no va a haber respuesta afectiva negativa, sino que el grado en el que se dará dicha respuesta afectiva variará, adoptando un papel predominante, casi único, ante una marca antiestética, o habiendo una combinación con procesos cognitivos menos impulsivos ante una marca no tan desagradable estéticamente. Jones *et al.* (1984) también exponen los resultados de algunos trabajos que relacionan el atractivo físico con la enfermedad mental (Farina *et al.*, 1977; Napoleon *et al.*, 1980), comparando a pacientes hospitalizados por problemas mentales con grupos de control sin problemas mentales, y se observaron las consecuencias de la apariencia física encontrando que quienes estaban hospitalizados eran menos atractivos físicamente. En estos estudios se pone de manifiesto que la apariencia física podría predisponer a los sujetos tener experiencias sociales más negativas, dando como resultado problemas psicológicos o mentales.

5. **Origen del estigma:** esta dimensión se asocia a la controlabilidad o responsabilidad que tiene la persona en la manifestación de su propio estigma, así, un estigma controlable es el que surge a raíz del comportamiento determinado de un sujeto, y, por lo tanto, del que es responsable. A la hora de examinar esta dimensión hemos de saber diferenciar entre el origen real frente a las creencias y percepciones acerca de la aparición del estigma, encontrando que cuando la población general tiene la creencia de que una persona es responsable de su estigma o de su mantenimiento (por ejemplo, una enfermedad de la que se ha podido contagiar por sus malas prácticas), las reacciones afectivas hacia el estigma son más negativas, enjuiciando de forma más inflexible a las personas estigmatizadas e, incluso, mostrándoles menos ayuda, que cuando se percibe una responsabilidad menor (Brickman *et al.*, 1982; Jones *et al.*, 1984; Levine y McBumey, 1977). La *Teoría de la creencia en un mundo justo* (Lerner, 1980), en donde se describe que las personas tienen la necesidad de mantener la ilusión de que el mundo es justo y que las personas merecen lo que les

sucede, daría una explicación a la justificación que utilizan determinados sujetos para estigmatizar a otros sin que eso se considere un comportamiento inmoral y eximiéndoles de la responsabilidad de apoyarles, pues la creencia en un mundo justo conlleva pensar que cada persona obtiene lo que se merece, con lo que estas tendrían responsabilidad directa en el origen de su estigma.

6. **Peligrosidad del estigma:** por último hemos de referirnos al peligro que alguien puede percibir por estar en contacto con una persona portadora de un estigma, un peligro que se traduce en miedo y que es realmente lo que subyace tras el estigma. Señalan los autores que, por ejemplo, el miedo que provoca la enfermedad mental está muy extendido, amplificando y agravando la consecuencia real que esta puede suponer. De esta manera, los sujetos que tienen algún tipo de estigma optan por el ocultamiento de ese rasgo para evitar el rechazo social. El peligro que la persona no estigmatizada puede percibir se manifiesta de varias formas, bien porque el estigma pueda serle contagiado, porque ponga en peligro la integridad física del resto de sujetos, o porque la interacción con la persona estigmatizada puede poner en riesgo la imagen social o el estatus de otra persona (Jones *et al.*, 1984). De esta manera, cuanto más peligroso se considere un estigma, mayor será la respuesta de rechazo que provoque, y así lo exponen autores como Steadman (1980) cuando explican que la principal razón del rechazo es el miedo que provoca el estigma.

4. La gestión activa de la identidad frente a la estigmatización y las estrategias de afrontamiento

Aunque la estigmatización se comprende mayoritariamente como un proceso social con una direccionalidad hacia quien posee un estigma, y que le conforma una identidad social devaluada, también se considera que la construcción de la identidad es un proceso activo por parte de la persona estigmatizada en el que es capaz de manejar el impacto que tiene sobre ella la estigmatización, es decir, el sujeto que resulta estigmatizado no es un mero sujeto

pasivo ante este proceso (Crocker y Major, 1989; Crocker *et al.*, 1998; Major *et al.*, 2002; Major y O'Brien, 2005; Miller y Kaiser, 2001; Miller y Major, 2000). Así, enfoques desarrollados por investigadoras como Miller y Major (2000), si bien parten de la idea de que portar un estigma social constituye un evento de vida potencialmente estresante al que la persona estigmatizada hace frente, también entienden que los diversos paradigmas desarrollados para entender la gestión del estrés, en términos generales, pueden aplicarse de forma específica para comprender cómo estas se enfrentan y se adaptan a la estigmatización. Las autoras también añaden, entre otras ideas, que aunque los estigmas difieren entre ellos de forma significativa, lo que probablemente afecta las estrategias de afrontamiento, también existen similitudes en cuanto a cómo los enfrentan los diferentes sujetos. Esta idea se basa en la *teoría del afrontamiento del estrés* desarrollada por Lazarus y Folkman (1984) que destaca la importancia de la evaluación cognitiva en la forma en que las personas responden al estrés. Acorde con estos autores, el estrés surgiría a raíz de las interacciones entre un individuo y su entorno, apareciendo cuando esta persona valora que no dispone de los recursos suficientes para afrontar una situación dada, poniendo en peligro su bienestar personal. Según este modelo, el proceso de afrontamiento implica evaluar constantemente si los recursos personales y sociales de los que dispone son suficientes para hacer frente a las demandas contextuales.

Algunos estudios en la misma línea también proponen diferentes estrategias de afrontamiento que pueden adaptarse a las necesidades individuales de las personas que se enfrentan a la estigmatización. Por ejemplo, dentro de la *teoría de la comparación social*, Wood (1996) entiende la comparación social como un proceso mediante el cual las personas evalúan sus propias habilidades, actitudes o situaciones comparándolas con las de otras personas, y así definirse a sí mismas. Estas comparaciones sociales pueden ocurrir tanto de manera consciente como inconsciente y pueden influir en la autoevaluación y en la percepción de uno mismo. La autora expone que las personas estigmatizadas, como medida de protección para su autoestima, recurren a compararse con otros individuos en situaciones similares, evitando comparaciones que podrían acarrear consecuencias negativas. Otra perspectiva en las estrategias de afrontamiento, en la cual se va a profundizar posteriormente desde el *modelo*

de la ambivalencia atributiva de Crocker y Major (1989), es la que se da frente a la vivencia del fracaso, en donde una de las estrategias que posee el sujeto para preservar su autoestima y el bienestar emocional es atribuir el fracaso a causas externas, sin llegar a sentirse responsable del mismo. Sin embargo, estas autoras también advierten que los individuos estigmatizados no siempre ven reducida su autoestima en comparación con otros grupos de personas que no están estigmatizadas, argumentando que, de acuerdo con la teoría del interaccionismo simbólico (Mead, 1973 [1934]), para que un juicio tenga impacto en el autoconcepto de una persona ha de proceder de un otro significativo, entendiendo como otro significativo a aquellos individuos cuyas opiniones y expectativas son particularmente significativas en la construcción de la autoimagen y la identidad social de una persona particular. Estudios más recientes entienden como afrontamiento la ocultación del estigma (Smart y Wegner, 2000), maniobra que implica mantener escondida deliberadamente cierta información personal o características que podrían ser motivo de juicio o discriminación. Si bien Goffman (1970) ya habla de la ocultación como una manera de gestión de la identidad, también advierte del coste emocional y psicológico que puede tener, generando estrés, ansiedad, sentimientos de aislamiento y dificultades para establecer conexiones auténticas. Igualmente, dentro de las teorías del estrés, Compas *et al.* (2001) proponen clasificar las respuestas de afrontamiento al estrés en voluntarias e involuntarias, y dentro de cada una de ellas se podrían encontrar estrategias de huida o estrategias de lucha. Dentro de este modelo, el afrontamiento se define como los esfuerzos conscientes y voluntarios que ajustan las respuestas del sujeto ante las situaciones estresantes, pero no las respuestas involuntarias, ya sean cognitivas, emocionales, fisiológicas o conductuales, que no contribuyen a regular la experiencia estresante, y que pueden ser percibidas como fuera del control de la persona.

Miller y Kaiser (2001), por su parte, señalan que dos de las razones por la que las personas estigmatizadas se ven expuestas a situaciones estresantes son las derivadas de la ambivalencia atributiva y de la amenaza a la identidad colectiva, desplegando de manera activa, en cada caso, estrategias que contrarrestan los efectos negativos en la identidad del sujeto.

4.1. Teoría de la ambivalencia atributiva

El término de ambivalencia o ambigüedad atributiva, propuesto originalmente por las psicólogas sociales Crocker y Major (1989), surge como un marco explicativo desde el cual comprender la aparición del estrés, la baja autoestima o el deterioro del autoconcepto y del bienestar psicológico como causa del estigma; en este sentido, para quienes portan una característica estigmatizante, la exposición experimentada hacia el prejuicio y la discriminación les harían ser conscientes del valor negativo que tiene su identidad individual y social respecto de los valores sociales dominantes. Autores como Operario y Fiske (2001) también advierten que los procesos cognitivos individuales están muy influenciados por factores sociales, y que aquellas personas que son estigmatizadas de forma continuada, o que tienen ciertos atributos que son socialmente desvalorizados, tienden a ser especialmente sensibles a señales y comportamientos que podrían indicar discriminación o trato injusto, lo que a su vez puede afectar sus respuestas y comportamientos en situaciones sociales. Cuando hablamos del *modelo de ambivalencia atributiva* (Crocker y Major, 1989) nos referimos al nivel de incertidumbre que se produce en un sujeto estigmatizado acerca de si el fracaso ante una experiencia dada es atribuido a una falta de habilidad propia, entendiendo que el resultado de su situación discriminada es un reflejo de lo que merece individualmente (atribución interna), frente a si estas situaciones son una expresión de los prejuicios sociales hacia los miembros del grupo al que se pertenece (atribución externa). En la medida en que este sujeto realice atribuciones externas hacia el valor negativo que presenta su identidad social, su bienestar psicológico se verá protegido, de lo contrario, cuanto la atribución es interna, su autoestima se verá mermada.

El modelo inicial de ambivalencia atributiva experimenta posteriormente una reformulación por parte de Major *et al.* (2002), ofreciendo una perspectiva más detallada sobre cómo las personas procesan la información y atribuyen atributos a los grupos estigmatizados, en lo que pasó a denominarse *modelo avanzado de ambivalencia atributiva*. Dentro de esta propuesta, las autoras inciden en que para que una atribución externa influya favorablemente en la autoestima y el autoconcepto de la persona estigmatizada no es suficiente con que dicha

persona perciba que la actitud negativa es injusta e inaceptable, sino que también es necesario que esa percepción se apoye en determinados indicios, como el creer que el individuo estigmatizador tiene control voluntario sobre su propia actitud, y la existencia de estructuras y normas sociales que condenen moralmente los comportamientos discriminatorios. El *modelo avanzado de ambivalencia atributiva*, y teniendo en cuenta que las consecuencias negativas de la estigmatización son importantes estresores, también plantea que los sujetos estigmatizados despliegan estrategias de afrontamiento encaminadas a mitigar el impacto de la discriminación. Así, en la propuesta de Major *et al.* (ibidem) el sujeto estigmatizado pasaría por una etapa inicial o primaria de valoración de cómo puede influirle, si es que le influye, la actitud negativa de la otra persona, una segunda etapa de valoración secundaria en donde evalúa qué posibilidades tiene para hacer frente a la discriminación, y, por último, por una etapa de afrontamiento en donde pone en marcha los recursos disponibles para contrarrestar la situación estigmatizante.

4.2. Teoría de la amenaza a la identidad a causa del estigma

Otro de los factores que señalaban Miller y Kaiser (2001) como una de las principales fuentes del estrés es la amenaza a la identidad. Major y O'Brien desarrollaron un modelo vinculando la amenaza a la identidad con del estigma, una teoría que parte de que la identidad de una persona puede sentirse amenazada cuando encuentra indicios de que otros sujetos podrían verla, juzgarla o tratarla de forma negativa por pertenecer a un grupo estigmatizado. Es decir, cuando hablamos de una identidad amenazada a causa del estigma nos referimos a la situación que experimenta una persona cuyo valor o aceptación social se podría sentir comprometida debido a su pertenencia a un colectivo socialmente devaluado. Esta amenaza puede manifestarse en aquellas situaciones sociales en las que se activen estereotipos negativos, ya sea por el temor a ser víctima de los mismos prejuicios y la discriminación que enfrenta su grupo de pertenencia, o por la preocupación de actuar de una manera que confirme esos estereotipos. Como resultado, la amenaza a la identidad puede afectar la percepción que la persona tiene de sí misma, su autoestima y su bienestar emocional, pues formar parte de un grupo estigmatizado lleva a que interioricen las creencias sociales

dominantes sobre su rol y estatus social, reforzando el impacto del estigma en su identidad (Major y O'Brien, 2005). La percepción de discriminación puede fortalecer la identidad grupal en algunos casos, mientras que en otros puede debilitarla, dependiendo del grado de identificación previa con el grupo (Branscombe *et al.*, 1999; Major *et al.*, 2003).

El marco teórico de la *amenaza a la identidad a causa del estigma*, propuesto por Major y O'Brien (2005), también añade los modelos transaccionales de estrés y estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Smith, 1991). Las autoras parten del supuesto de que tener una identidad social devaluada debido al estigma incrementa la probabilidad de enfrentarse a situaciones estresantes, o lo que es lo mismo, de situaciones que supongan una amenaza a la identidad. A su vez, sugieren que a la hora de que una persona valore la importancia que una situación tiene para su bienestar, va a estar influenciada por tres factores diferentes: 1) las representaciones colectivas, referidas a las creencias y valores dominantes compartidos por un grupo cultural o social, las cuales también son integradas y compartidas por aquellos grupos estigmatizados, y que pueden afectar cómo una persona interpreta una situación; 2) las señales situacionales inmediatas, que son los elementos específicos que aparecen en el momento en que se puede percibir en una situación amenazante, como la exigencia de la demostración de una habilidad o la presencia de un número mayor de personas no estigmatizadas que intervienen en la situación; y 3) las características personales, como la sensibilidad hacia el estigma, la identificación con el grupo estigmatizado, la identificación con el grupo dominante, u objetivos y motivaciones, que también influyen en cómo evalúa una situación.

De esta manera, la amenaza a la identidad *“se produce cuando una persona percibe que las demandas derivadas de una situación estresante vinculada al estigma pueden dañar su identidad social, y que no tiene los recursos suficientes para hacer frente a esas demandas”* (Major y O'Brien, 2005: 398-399). Las respuestas a estas amenazas pueden ser de dos tipos: automáticas e involuntarias, o respuestas conscientes y deliberadas. Las automáticas e involuntarias, comprenden el aumento de la ansiedad o el estrés ante la posibilidad de ser juzgado negativamente, la hipervigilancia hacia señales de discriminación en el entorno, e

incluso respuestas fisiológicas como aceleración del ritmo cardíaco o tensión muscular. Entre las respuestas conscientes y deliberadas encontraríamos la redefinición cognitiva, minimizando la importancia del estigma o interpretándolo de manera menos negativa para la identidad propia; comparación social selectiva con miembros del grupo estigmatizado que han logrado éxito, para mantener la motivación y la autoestima; afiliación con el grupo estigmatizado, buscando apoyo en la comunidad para reforzar la identidad social y compartir experiencias; el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o en el problema, que variarán en función del control que tenga la persona sobre la situación, por ejemplo, si cree que puede cambiar la situación, intentará resolverla activamente, y si no, buscará formas de manejar emocionalmente el impacto; o la compensación mediante el desempeño, intentando contrarrestar los estereotipos negativos esforzándose otros en ámbitos (Major y O'Brien, 2005; Smith, 1991). No obstante, las situaciones estresantes que supongan una amenaza a la identidad mediante el estigma pueden tener resultados nefastos en la autoestima, y predisponen al sujeto a tener una frágil salud mental y física, así como verse mermado, por ejemplo, en su rendimiento académico (Major y O'Brien, 2005).

5. Los modelos del estigma en el estudio de la salud mental

Si bien es cierto que la perspectiva desde la cual se aborda esta investigación es una perspectiva despatologizadora, considerando que la condición trans no es una enfermedad mental, frente a como lo ha contemplado la medicina desde hace unas décadas hasta ahora, se van a exponer en este apartado algunos modelos del estigma desarrollados en el marco de la salud pública, principalmente en salud mental, encontrando notables contribuciones en el estudio del estigma que han tenido un impacto sustancial en la comprensión general del mismo y a la hora de proponer estrategias para reducirlo. Estos enfoques no solo han abordado el estigma desde una perspectiva específica relacionada con la enfermedad mental, sino que también han elaborado modelos teóricos que han logrado trascender los límites de este campo al ofrecer un análisis integral de los procesos sociales y cognitivos que subyacen

a la estigmatización en cualquier contexto, destacando la importancia de los determinantes sociales y culturales en la generación y perpetuación del estigma, y brindando una visión holística sobre su funcionamiento en la sociedad. Por otra parte, una segunda razón que nos conduce a exponer los modelos del estigma en salud mental, además de porque sean sustantivos por sí mismos, es porque, aunque nuestro enfoque sea despatologizador, el hecho de que la condición trans haya sido definida como un trastorno mental por las instituciones psiquiátricas, tiene consecuencias prácticas tanto a nivel social como para las propias personas trans, pues, de acuerdo con William Thomas y Dorothy Thomas (1928), cuando una situación es definida como real, esta será real en sus consecuencias, y los efectos de haber considerado como enfermas mentales a las personas trans han sido y siguen siendo indiscutiblemente negativos.

En los últimos años las investigaciones producidas sobre el estigma en la enfermedad mental se han multiplicado con el propósito de entender de forma más clara cómo se produce este fenómeno y a qué tipos de estigmas da lugar, además de ofrecer intervenciones encaminadas a reducir sus consecuencias. Estas investigaciones han definido el estigma como un proceso en el que no solo intervienen, sino que también es reconocido, a través de la manifestación de determinados elementos como los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, dando lugar a los principales modelos explicativos del estigma en este ámbito (Angermeyer y Schulze, 2001; Corrigan, 2000; Corrigan *et al.*, 2003; Corrigan y Penn, 1999; Corrigan y Watson, 2002a, 2002b; Link y Phelan, 2001; Link *et al.*, 2004; Livingston y Boyd, 2010; Michaels *et al.*, 2012; Picco *et al.*, 2016; Rüschi *et al.*, 2005).

Acorde con James Vander (1990), a la hora de estudiar el estigma dentro de la salud mental, encontramos que el *modelo tridimensional de las actitudes* desarrollado por Rosenberg y Hovland (1960) ha resultado una contribución especialmente significativa a partir de la cual se han articulado diferentes acercamientos que intentan comprender cómo funciona el proceso de estigmatización. La propuesta de Rosenberg y Hovland se plantea como una teoría que explica la naturaleza de las actitudes, y considera que, ante un estímulo, una persona dará una respuesta actitudinal en función de tres componentes:

1. **Componente cognitivo:** este aspecto se refiere a las creencias, pensamientos o ideas que una persona tiene sobre el objeto, persona o situación hacia la que está orientada su actitud. Estas creencias pueden ser evaluativas (positivas o negativas) y se basan en la información y conocimientos que se tienen sobre el tema en cuestión.
2. **Componente afectivo:** se relaciona con las emociones y sentimientos asociados con la actitud hacia un objeto. Esta dimensión incluye las respuestas emocionales que una persona experimenta al pensar en el objeto de su actitud, por ejemplo, el sentir amor, felicidad, miedo o disgusto hacia un objeto o tema específico.
3. **Componente conductual:** este componente se refiere a la manifestación externa de la actitud y puede incluir acciones, intenciones o comportamientos observables relacionados con el objeto de la actitud, ya sean de apoyo u hostilidad.

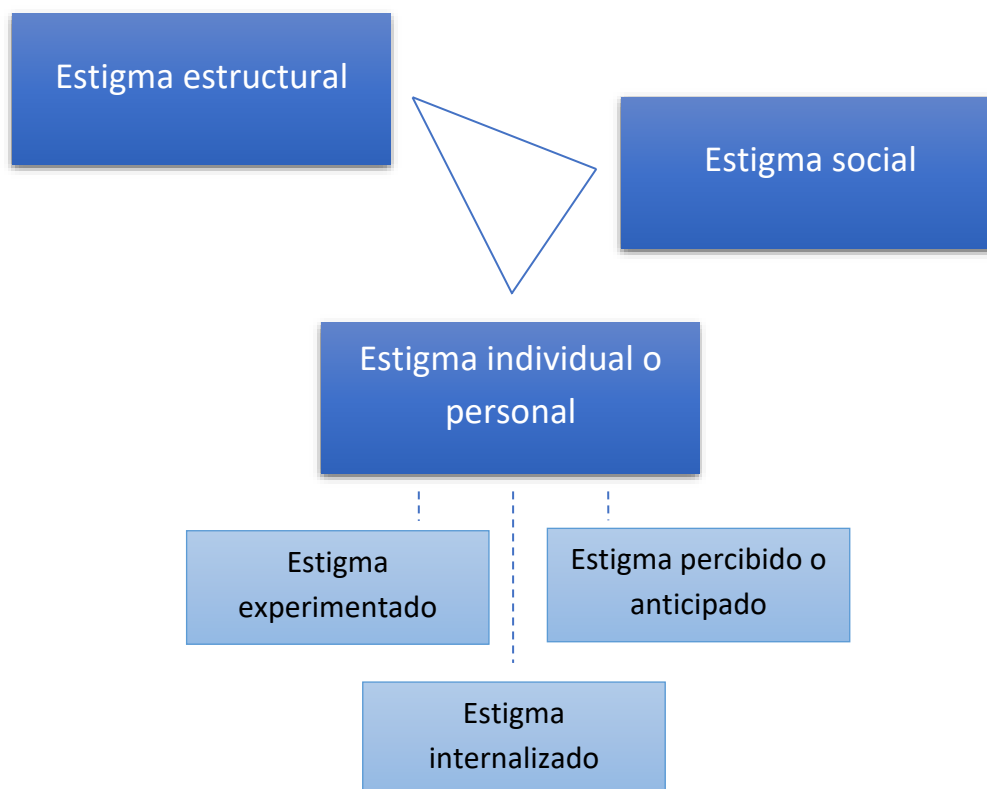
Conforme a este *modelo tridimensional de las actitudes* encontramos propuestas ya vistas sobre el estudio del estigma en la enfermedad mental, como la de Ottati *et al.* (2005), considerando que el estigma es una aplicación específica de los estereotipos, los prejuicios y la discriminación, sin embargo, los planteamientos que, por su importancia, se van a desarrollar a continuación con más profundidad son los que proponen Link y Phelan (2001), por un lado, y Rüschi *et al.* (2005) y Michaels *et al.* (2012), por otro, encontrando que, de una manera o de otra también, han tenido como soporte el modelo propuesto por Rosenberg y Hovland (1960) por la importancia que les han dado a una parte o a la totalidad de sus componentes en sus propuestas.

5.1. Tipos de estigma dentro de la salud mental

Como ya se había adelantado, dentro de los modelos desarrollados sobre el estigma en el ámbito de la salud mental, muchos han sido los autores que han analizado la variedad de estigmas que tienen lugar durante este proceso, los cuales han usado y descrito diferentes términos desarrollando diversas tipologías (Angermeyer y Schulze, 2001; Corrigan *et al.*, 2003; Corrigan y Penn, 1999; Corrigan y Watson, 2002a, 2002b; Gerlinger *et al.*, 2013; Link y Phelan, 2001; Livingston y Boyd, 2010; Picco *et al.*, 2016). Livingston y Boyd (2010) o Corrigan y Watson (2002a, 2002b), por ejemplo, clasifican los tipos de estigma diferenciando

entre un estigma estructural, un estigma social y un estigma internalizado. De manera muy parecida, Picco *et al.* (2016) hablan del estigma como un término complejo que se manifiesta a nivel estructural, social e individual. Por su parte, Gerlinger *et al.* (2013) distinguen entre el estigma social y el personal, y, dentro de este último, situarían el estigma percibido o anticipado, el estigma experimentado y el estigma internalizado. Una combinación de estas clasificaciones nos ofrecería, en la **Figura 1**, un mapa conceptual completo de la manera en la que se ha estudiado en los últimos años el estigma dentro de la enfermedad mental, distinguiendo entre los siguientes tipos: un estigma estructural, un estigma social y un estigma personal o individual, y dentro del estigma individual se encontraría el estigma experimentado, el percibido o anticipado y el internalizado.

Figura 1. Tipos de estigma definidos en la enfermedad mental



Elaboración propia a partir de las clasificaciones sobre tipos de estigma de Livingston y Boyd (2010), Corrigan y Watson (2002a, 2002b), Picco et al. (2016) y Gerlinger et al. (2013)

Cuando hablamos del estigma estructural estos autores se refieren a una manifestación de las formas institucionales y sistémicas de la estigmatización, es decir, es un estigma arraigado en las estructuras institucionales, políticas o económicas de la sociedad, que perpetúa la desigualdad y la discriminación contra ciertos grupos, influyendo en la forma en que se desarrollan políticas, se brindan servicios, se accede a recursos y se distribuyen oportunidades en la sociedad (Angermeyer y Schulze, 2001; Corrigan *et al.*, 2003; Corrigan *et al.*, 2005; Corrigan y Penn, 1999; Livingston y Boyd, 2010; Picco *et al.*, 2016). El estigma social o público estaría referido a actitudes y comportamientos estigmatizadores que prevalecen en la sociedad general hacia ciertos grupos, identidades, o características percibidas como desviadas e indeseables según las normas culturales establecidas, y concretamente hacia las enfermedades mentales. Este tipo de estigma puede manifestarse a través de prejuicios, actitudes discriminatorias, exclusión social u otros comportamientos en diferentes ámbitos, como el familiar, el laboral, el médico o el educativo, y del que también participan aquellas personas que tienen contacto formal y estrecho con quienes tienen una enfermedad mental, es decir, estas personas que ejercen la estigmatización no tienen por qué estar desinformadas o serle una condición ajena (Corrigan, 2000; Corrigan y Watson, 2002a, 200b; Pettigrew y Meertens, 1995).

Por su parte, el estigma individual o personal es el que se desarrolla a partir de la perspectiva de la persona estigmatizada, nivel en el cual tiene incidencia el estigma experimentado, el percibido o anticipado, y el estigma internalizado (Gerlinger *et al.*, 2013), conceptos, todos ellos, que describen diferentes aspectos de cómo una persona percibe, experimenta y asimila la estigmatización en su vida y cómo puede afectarle en diferentes momentos y a diferentes grados. De esta manera, el estigma experimentado se refiere a las experiencias reales y concretas de discriminación, prejuicio o exclusión que una persona ha enfrentado directamente debido a una característica específica, identidad o condición. Este estigma se materializaría, por ejemplo, en una persona que ha sido rechazada en un trabajo debido a padecer una enfermedad mental o ha sido objeto de burlas y comentarios ofensivos (*ibidem*). El estigma percibido o anticipado, como su propio nombre indica, se entiende como la percepción que tiene un sujeto de cómo la sociedad le ve y le juzga debido a su enfermedad

mental, así como las expectativas que desarrolla sobre la posibilidad y la certeza anticipada de tener que enfrentarse a la estigmatización futura por causa de su estigma, a pesar de que estas no se hayan experimentado con anterioridad. La anticipación del estigma, en la medida en que se da por hecho que el rechazo va a tener lugar, tiene consecuencias muy negativas en la autoestima y en la confianza que una persona tiene en sí misma para afrontar y ejecutar acciones para lograr un resultado deseado, independientemente de que tenga realmente las habilidades necesarias para lograrlo. Un ejemplo de este tipo de estigma sería el anticipar que no le contratarán en una oferta de empleo a la que se va a presentar (Hansson *et al.*, 2013; Link, 1987; Link *et al.*, 2001; Thornicroft *et al.*, 2009; Van Brakel, 2006; Yanos *et al.*, 2008). Por último, habría que hacer referencia al estigma internalizado, al que también nos podemos referir como autoestigma, y es considerado como una consecuencia de la aplicación del estigma experimentado y el estigma percibido (Brohan *et al.*, 2010; Gerlinger *et al.*, 2013; Livingston y Boyd, 2010). El estigma internalizado se puede entender como la internalización o la interiorización de las creencias estigmatizadoras por parte de la persona afectada. Implica la aceptación de los estereotipos y prejuicios negativos asociados con la enfermedad mental, lo que lleva a que la persona afectada se vea a sí misma a través de esa perspectiva estigmatizadora y experimente sentimientos de vergüenza, baja autoestima o autoconcepto negativo debido a su condición (Corrigan y Watson, 2002b; Michaels *et al.*, 2012; Rüsç *et al.*, 2005). Este estigma no solamente se relaciona de forma negativa con algunas estrategias de protección del bienestar psicológico, como el tener una buena autoestima, la autoeficacia o la esperanza, sino que, en el campo concreto de la enfermedad mental, también tiene una incidencia nociva en las creencias de recuperación de la enfermedad (Badallo Carbajosa, 2018; Campo-Arias *et al.*, 2014; Corrigan y Watson, 2002b; Picco *et al.*, 2016; Thornicroft *et al.*, 2009; Yanos *et al.*, 2008; Yanos *et al.*, 2010).

5.2. Los componentes del estigma: el modelo de Link y Phelan

Uno de los modelos actuales clave a la hora de estudiar el estigma ha sido la *teoría de los componentes del estigma*, propuesta por Bruce Link y Jo Phelan (2001), ambos sociólogos y expertos en salud pública. En su artículo *Conceptualizing Stigma*, los autores

desarrollan un marco conceptual integral para comprender el estigma y analizar su impacto en la sociedad, cuyo objetivo principal fue el de proporcionar una base teórica sólida que permitiera abordar de manera efectiva el estigma y sus consecuencias negativas. Si bien esta obra no ofrece una definición de estigma al uso, tal y como se ha visto en otro tipo de propuestas teóricas, Link y Phelan lo desarrollan y lo consideran en las siguientes circunstancias: *“aplicamos el término de estigma cuando los elementos de etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estatus y discriminación ocurren simultáneamente en una situación de poder que permite el desarrollo de los componentes del estigma.”* (Link y Phelan, 2001:367). Así, los autores apelan a la coocurrencia de cuatro componentes fundamentales que han de sucederse de forma simultánea, en más o menos grado, para que el estigma tenga lugar: 1) distinción y etiquetado de diferencias entre personas; 2) asociación de estas diferencias humanas con atributos negativos; 3) la separación entre el “nosotros” y el “ellos”, marcando una distancia social entre el grupo de pertenencia los de no pertenencia; y 4) pérdida de estatus y discriminación de la persona estigmatizada. De igual manera, de forma intrínseca a estos componentes, abordan la dinámica de poder que subyace en el estigma, destacando que el proceso de estigmatización no se desarrolla de forma neutral, sino que refleja las relaciones de poder y las jerarquías sociales existentes en una sociedad determinada. Las etiquetas estigmatizantes y los estereotipos negativos son formas en las que se perpetúan las desigualdades y se refuerzan las normas sociales dominantes.

Pasamos a tratar, a continuación, cada uno de los componentes del estigma de manera más profunda:

Componente 1: distinción y etiquetado de las diferencias

El primer componente fundamental en la definición de estigma que proponen Link y Phelan se establece en base a la selección social de ciertas diferencias humanas y su etiquetamiento como tales. Dentro de este etiquetado cognitivo se aborda cómo la sociedad selecciona ciertas diferencias personales como relevantes, mientras que otras son ignoradas o pasadas por alto, o que algunas son relevantes solo en ciertos contextos y tienen poca

importancia en general. Sin embargo, algunas como las preferencias sexuales, la identidad de género, o el color de la piel, son altamente notorias en la sociedad actual, es decir, asistimos a una selección de las características que se consideran socialmente importantes. Resulta fundamental realizar esta observación, pues una vez que se identifican y etiquetan las diferencias (el color de la piel, diferenciando entre personas blancas o negras, por ejemplo), se aceptan como parte de la realidad social y como un hecho irrefutable, representando esta delimitación de categorías una simplificación excesiva, pues en la sociedad no existen demarcaciones tan claras entre unos grupos y otros.

Los autores también destacan que las características consideradas relevantes varían significativamente a lo largo del tiempo y dependiendo de cada cultura, lo que demuestra la naturaleza cambiante de lo que se considera socialmente importante. Este componente enfatiza que las diferencias son seleccionadas por su relevancia social, en donde los autores deciden utilizar el término "etiqueta" en lugar de otros como "atributo" o "marca" para resaltar que la importancia de su identificación y elección son el resultado de procesos sociales. Aquí es donde surge la cuestión de plantearse cómo nacen y se mantienen estas categorías culturalmente definidas y por qué algunas diferencias sobresalen mientras que otras son ignoradas por la sociedad, e, incluso, al decir de los autores *“¿cuáles son las fuerzas sociales, económicas y culturales que mantienen el enfoque en una diferencia humana particular?”* (Link y Phelan, 2001: 368).

Componente 2: asociación de las diferencias humanas con atributos negativos

Directamente relacionado con el anterior, el segundo componente del estigma se refiere a la vinculación existente entre las diferencias etiquetadas y los estereotipos, una conexión que ya fue central en la conceptualización del estigma propuesto por Goffman (1970) y que se ha mantenido desde entonces a la hora de definir el estigma. Este componente articula el funcionamiento del estigma en la vinculación de una etiqueta dada con un conjunto de características negativas que conforman el estereotipo. Un claro ejemplo de ello se correspondería con los resultados obtenidos en un experimento realizado por Link *et al.*

(1987), en donde se manipuló la información de las fotografías de supuestos pacientes, mostrando cómo las creencias sobre la peligrosidad de las personas con enfermedad mental influyen en las respuestas de rechazo hacia alguien etiquetado en la fotografía como expaciente mental, en contraste con las reacciones hacia alguien etiquetado como expaciente de dolor de espalda, en donde el rechazo no estaba vinculado con la peligrosidad. Los autores también destacan que el estudio sobre la relación entre las etiquetas y los estereotipos ha sido utilizado desde la psicología social desde un enfoque cognitivo-social (Fiske 1998; Crocker *et al.*, 1998). En este sentido, han tratado de esclarecer los procesos cognitivos que subyacen detrás de la conexión que hay entre las etiquetas y los estereotipos, sugiriendo que la vinculación entre ambas categorías opera de forma automática y tiene una clara aplicación cuando se realizan juicios rápidos sobre las personas, actuando de forma inconsciente. Igualmente, señalan que el uso de categorías preserva recursos cognitivos, permitiendo tomar decisiones rápidas y liberar capacidad para otras tareas, sin embargo, esto tiene una influencia directa en la formación de prejuicios y estigmas en la sociedad (Link y Phelan, 2001).

Componente 3: la separación entre el “nosotros” y el “ellos”

Un tercer componente que encontramos en el proceso de estigmatización es el que se da cuando las etiquetas sociales implican una diferenciación entre el "nosotros" y el "ellos", revelando cómo las etiquetas pueden crear una distancia social, generando percepciones negativas y justificando tratos inhumanos hacia aquellos sujetos etiquetados (Devine *et al.*, 1999; Morone, 1997). Los autores ilustran con algunos ejemplos históricos de Estados Unidos, donde se definía, por parte de los colonos americanos, a determinados grupos como externos, como podían ser los esclavos o los nativos americanos. Asimismo, Morone (1997), refiriéndose a la categorización de “ellos” que se hacía de los inmigrantes que llegaban a Estados Unidos a mediados del siglo XVIII, señala que, aunque el tiempo haya avanzado, se sigue estableciendo un distanciamiento entre los grupos que se consideran diferentes al "nosotros", amparándose en la peligrosidad que suponen. Esta división se basa en la creencia de que los sujetos etiquetados negativamente son fundamentalmente distintos, lo que facilita la estereotipación y deshumanización.

Este componente del proceso de estigmatización, así como la asociación de las etiquetas con rasgos no deseados, se convierten en la razón para considerar que las personas marcadas negativamente son esencialmente distintas de aquellas que no comparten dicha etiqueta: constituyen categorías diferentes de individuos. De forma simultánea, cuando se percibe a las personas marcadas como notoriamente diferentes, se facilita la aplicación de estereotipos, ya que no hay reparo en atribuirles todo tipo de cualidades negativas. En el caso más extremo, se llegaría a considerar a la persona estigmatizada como alguien tan diferente de "nosotros" que se cuestiona su humanidad, condición que posibilita cualquier tipo de trato atroz hacia "ellos" (Link y Phelan, 2001). Como indicarían Link *et al.* (2004) en su posterior revisión en la conceptualización del estigma, el componente de la separación llegaría a su máxima realización en el momento en que la persona estigmatizada se somete al criterio social y admite como válidas las características negativas del estereotipo asociadas a su condición, reconociéndose a ella misma como diferente e inferior a otros grupos.

Componente 4: pérdida de estatus y discriminación

Este cuarto componente parte de la idea de que las personas estigmatizadas sufren pérdida de estatus y discriminación. Si bien, para los autores, muchas definiciones de estigma no tienen en cuenta estas dos condiciones, los elementos de este cuarto componente son cruciales para comprender su verdadero significado. De esta manera, la estigmatización ocurre cuando las personas son etiquetadas, definidas con atributos indeseables, y separadas del resto, lo que los lleva a experimentar una disminución en su posición social y discriminación, produciéndoles, a su vez, determinadas situaciones de desventaja por tener menos oportunidades en su vida, por ejemplo, en cuanto ingresos, educación, bienestar psicológico, vivienda, atención médica y salud en general.

Referente a la disminución en la posición social, Link y Phelan (2001) lo consideran como una consecuencia que se produce de forma rápida e inevitable a causa del etiquetado y estereotipado negativo. Algunas investigaciones sobre la pérdida de estatus (Cohen 1982, Driskell y Mullen, 1990) revelan cómo condiciones como la raza y el género influyen en la

formación de jerarquías en grupos pequeños, aunque estos atributos no tengan relación alguna con las cualidades que se exigen para la realización de determinadas tareas, siendo hallazgos cruciales para comprender cómo los estatus socialmente devaluados pueden generar desigualdades concretas en interacciones sociales, como, por ejemplo, el que unas opiniones se tengan menos en cuenta que otras. Además, aunque se observan desigualdades dentro de los grupos, estas no suelen deberse a actos evidentes de discriminación, sino que emergen de expectativas de desempeño asociadas a estatus sociales preexistentes como la raza o el género, que afectan de forma sutil a las dinámicas interaccionales.

Sobre la discriminación, Link y Phelan (2001) distinguen entre discriminación individual y estructural. En cuanto a la primera, afirman que la bibliografía sobre el estigma suele simplificar en exceso la relación entre etiquetado, estereotipos y discriminación, enfocándose principalmente en si la forma en que una persona etiqueta y estereotipa a otra conduce a actos evidentes de discriminación. Reducir la explicación de actos discriminatorios puede confundir en lugar de clarificar por qué los grupos estigmatizados enfrentan múltiples desventajas en la sociedad, por eso se hace necesario ampliar las explicaciones de los procesos que conducen a desigualdades sociales relacionadas con el estigma. Se entiende, de esta manera, que los procesos psicosociales que operan a través de la persona estigmatizada son relevantes una vez que el estereotipo cultural está establecido, ya que puede afectarles maneras que no implican formas evidentes de discriminación. La discriminación estructural, por su parte, se refiere a prácticas institucionales que operan en detrimento de grupos minoritarios, incluso sin prejuicio individual. Para entender esto, ponen algunos ejemplos, como es el caso de enfermedades mentales como la esquizofrenia, en donde el estigma puede llevar a una asignación reducida de recursos para su investigación y tratamiento, y a la segregación de instalaciones de atención en áreas marginadas. Estas decisiones estructurales a causa del estigma pueden desembocar en desigualdades para quienes padecen la enfermedad, independientemente de los prejuicios individuales.

La dependencia del estigma del poder

Tal y como aseguran Link y Phelan (2001), para que el estigma exista, los cuatro componentes que acabamos de explicar han de darse de forma simultánea y sucesiva, si bien habría que agregar una circunstancia más para que la estigmatización tenga lugar, y es la existencia de un poder social, político y económico que lo posibilite. Destacan los autores que, a menudo, se pasa por alto el papel del poder en la aparición del estigma debido tanto a que las diferencias de poder entre grupos suelen ser consideradas algo natural, como a que la causa del estigma se focaliza en la existencia de ciertos atributos de la persona estigmatizada (enfermedades mentales, obesidad o discapacidades, entre otras); sin embargo, el poder es crucial para crear estigma social, porque es asimétrico, no todas las personas tienen acceso ni participan del poder en la misma medida. Los autores ejemplifican esta idea con el estigma que pueden sufrir sujetos con enfermedad mental frente al personal que les trata en el hospital. Así, pacientes de un programa de tratamiento para enfermedades mentales graves podrían tener cierta aversión hacia el cuerpo médico, etiquetándolo y aplicando estereotipos negativos, pero a pesar de que los pacientes puedan desplegar todos los componentes del estigma, el personal no termina siendo un grupo estigmatizado, ya que los pacientes carecen del poder social, cultural, económico y político para que sus conductas y opiniones tengan consecuencias estigmatizantes.

Igualmente, los autores plantean situaciones similares en otras circunstancias donde grupos relativamente desfavorecidos crean etiquetas y estereotipos sobre grupos más poderosos, y al mismo tiempo proponen algunas reflexiones importantes que debemos plantearnos para entender cómo encajan el poder y el estigma, cuestiones en las que hemos de ser conscientes de que quienes tienen la posibilidad de estigmatizar lo hacen porque también controlan diferentes ámbitos sociales e institucionales, y tienen los medios para conseguir que la sociedad reconozca y acepte las diferencias enunciadas y los estereotipos negativos asociadas a ellas. En definitiva, la definición de estigma debe hacer referencia a las diferencias de poder, ya que este juega un papel fundamental en la estigmatización.

Componente 5: las reacciones emocionales

Si bien la primera propuesta de Link y Phelan (2001) incluía, junto con la condición del poder, cuatro componentes fundamentales para que existiera el estigma, años más tarde, Link *et al.* (2004) sugieren agregar un componente más a la definición que dieron del estigma en 2001, incluyendo las reacciones emocionales provocadas por el estigma, al comprender que estas no estaban bien representadas en el primer modelo. Este enfoque ampliado destaca que el estigma no solo opera por medio de la asignación de etiquetas y estereotipos a ciertos grupos o individuos, sino también a partir de las emociones y las respuestas que estas generan, abarcando, así, los comportamientos tanto en quienes ejercen la estigmatización como en quienes la sufren. Desde el punto de vista de los individuos que estigmatizan, las emociones asociadas a la identificación y etiquetamiento de diferencias humanas y la conexión de esas diferencias con atributos no deseados, pueden incluir sentimientos como el enfado, la irritación, la ansiedad, la lástima o el miedo. Señalan los autores que las reacciones emocionales generadas desde esta posición (la de quienes estigmatizan) son importantes por varias razones. En primer lugar, dichas emociones pueden ser detectadas por la persona estigmatizada, permitiéndole hacer a esta una interpretación del comportamiento que se despliega hacia ella, por ejemplo, alguien que, ante una persona con un estigma, siente pena o compasión y se comporta de una manera condescendiente y extremadamente cordial, puede desembocar en una reacción emocional y comportamiento que perciba el individuo estigmatizado haciéndole sentir diferente. En segundo lugar, los autores también señalan que las respuestas emocionales arriba citadas pueden influir en un posterior comportamiento hacia la persona o grupo estigmatizado, siguiendo procesos identificados por la *teoría de atribución* de Weiner.

La *teoría de la atribución* de Weiner (1986) se desarrolló en el campo de la psicología social para explicar cómo las personas interpretan las causas del éxito y el fracaso, especialmente en contextos educativos. La idea central del modelo es que el tipo de causas a las que las personas atribuyen estos resultados influye de manera significativa tanto en su motivación futura como en sus respuestas emocionales. Según esta teoría, la experimentación del éxito

o del fracaso es atribuida a causas específicas en función de tres factores: la localización de la causa (interna o externa al sujeto), la estabilidad de la causa (estable o inestable), y la controlabilidad de la causa (controlable o incontrolable). Estos factores se conocen como dimensiones atribucionales. Más concretamente, la *teoría de la atribución de Weiner* sugiere que nuestras percepciones sobre por qué las personas actúan de cierta manera, o por qué son como son, pueden influir en nuestras emociones hacia ellas, afectando a las relaciones interpersonales, la empatía que mostramos y cómo nos relacionamos con ellas en función de nuestras propias interpretaciones de sus acciones y comportamientos. Basada en esta formulación, Link *et al.* (2004) alegan que las explicaciones que puede dar un individuo sobre por qué le ocurre un evento negativo a otra persona, por ejemplo, el portar un estigma, y especialmente lo relacionado con el control que pueda tener dicha persona sobre su estigma, influye significativamente en las reacciones emocionales negativas y conductas discriminatorias hacia ella. Tal y como se comprobó con las dimensiones del estigma de Jones *et al.* (1984), no despierta las mismas emociones una persona a la que consideramos culpable de su atributo negativo frente a otro sujeto que no ha tenido nada que ver. Desde el punto de vista de la persona que es objeto de estigmatización, esta puede experimentar reacciones emocionales como la vergüenza, el miedo, la alienación o la ira ante los comportamientos estigmatizantes. Thomas Scheff (1998) sostiene que la emoción de la vergüenza es fundamental en el fenómeno del estigma y que los procesos que la producen pueden tener impactos significativos y dolorosos para quienes son estigmatizados.

Debido a todas estas consideraciones, esta nueva perspectiva encuentra crucial incluir las respuestas y reacciones emocionales dentro del marco conceptual del estigma para lograr una comprensión integral del mismo (Link *et al.*, 2004). No obstante, algunas revisiones de este modelo (Andersen *et al.*, 2022) piden cautela a la hora de incluir las reacciones emocionales como un factor necesario a la hora de reconocer el estigma. Por un lado, entienden que el que la mayoría de los sujetos estigmatizados muestren reacciones emocionales negativas no debería ser una condición para que todos lo muestren. Por otro lado, advierten que exigir la presencia de una reacción emocional negativa podría implicar una carga excesiva para quienes han sufrido estigma, al obligarles a demostrar su malestar para ser considerados como tales.

Además, estos autores también señalan que incluir las reacciones emocionales como un componente del estigma induciría a confundir entre el propio fenómeno y sus consecuencias.

5.3. Un modelo social cognitivo del estigma

Una última aportación que consideramos fundamental para entender el desarrollo que ha tenido el estudio del estigma en las últimas décadas, está referida a las significativas contribuciones que ha habido en el campo del estigma en la enfermedad mental de la mano del investigador y psicólogo Patrick Corrigan y colaboradores, cuyas investigaciones han intentado esclarecer la comprensión de este fenómeno, además de proporcionar conocimientos teórico-prácticos, e instrumentos de medida para abordar el estigma.

Partiendo del paradigma social-cognitivo para poder comprender el surgimiento del estigma, en el cual resulta esencial el tipo de procesamiento de la información que se hace de los estímulos sociales, Corrigan (2000) propone que la aparición del estigma en la enfermedad mental puede ser contemplada a partir de una forma de atribución social basada en la *teoría de la atribución* de Weiner (1986), que, al igual que se acaba de ver en el planteamiento propuesto por Link *et al.* (2004), se sostenía en la hipótesis de que los individuos tienen una fuerte necesidad hacia la comprensión causal a los eventos cotidianos. El autor expone, de esta manera, que las personas tienden a atribuir el comportamiento de aquellos sujetos con trastornos mentales a factores internos y controlables, como la personalidad o la elección propia, en lugar de reconocer influencias externas u orgánicas. Corrigan llama también la atención sobre las nocivas consecuencias que tiene realizar este tipo de atribución, pues va a condicionar las respuestas emocionales y la conducta de quienes estigmatizan, apareciendo la ira, la pena o el miedo hacia los sujetos con algún trastorno mental, junto con comportamientos discriminatorios (Corrigan, 2000). Bajo esta perspectiva *“los estigmas se entienden como representaciones sociales internalizadas sobre las personas con enfermedades mentales. Estas estructuras de conocimiento son especialmente eficaces como medios para categorizar información sobre grupos sociales. [...] Se consideran sociales porque representan nociones acordadas colectivamente sobre grupos de personas; son*

eficaces porque permiten que las personas generen de forma rápida impresiones y expectativas sobre quienes pertenecen a un grupo estereotipado” (ibidem: 51). No obstante, esta propuesta de Corrigan es una primera aproximación de lo que posteriormente se desarrollaría como el *modelo social-cognitivo del estigma*, en donde los autores consideran que el estigma social se entiende como un proceso sociocultural complejo, en donde determinadas personas son etiquetadas como indeseables, y en el que participan tres tipos de mecanismos: cognitivos, emocionales y conductuales (Corrigan, 2000; Michaels *et al.*, 2012; Rüsche *et al.*, 2005). Esta manera de describir el estigma se sitúa en la misma línea en la que lo hicieron Link y Phelan (2001), al considerar que este fenómeno debe ser concebido como un proceso social. Igualmente, entienden que definiciones como la de Goffman (1970), y las surgidas a raíz de ella, fallan al obsequiar al estigma una orientación excesivamente individualizada, centrada en un atributo, característica o marca que posee una persona.

Bajo el *modelo social-cognitivo del estigma* también van a tener un lugar preponderante el etiquetado y la diferenciación, siendo dentro de este ejercicio de etiquetado en donde que van a emerger y asentarse las diferencias socialmente relevantes entre diferentes grupos sociales. Los autores identifican tres tipos de componentes a la hora de desarrollar su modelo, a saber, los componentes cognitivos, emocionales y conductuales, es decir, el proceso de estigmatización se daría a través de la puesta en funcionamiento de estereotipos, de prejuicios y de la discriminación. El modelo del estigma que proponen se centra en la investigación del estigma público y el autoestigma, por lo que distinguen, a su vez, un *modelo social-cognitivo del estigma público* y un *modelo social-cognitivo del autoestigma*, si bien ambos están completamente relacionados e incorporan los mismos elementos. El estigma público, en la línea que fue definido anteriormente, está referido a las reacciones negativas de la sociedad general hacia un grupo estigmatizado, mientras que el autoestigma alude a las reacciones negativas que el grupo objeto de estigma tiene hacia sí mismo con motivo de la aceptación de las creencias sociales negativas que existen hacia el propio grupo (Michaels *et al.*, 2012; Rüsche *et al.*, 2005).

Dentro del *modelo social-cognitivo del estigma público*, el estereotipo, o componente cognitivo, es definido como una serie de estructuras de conocimiento reconocidas y entendidas por una mayoría social, y que sirven para categorizar de forma rápida y eficaz a diferentes grupos sociales. Aplicado al estigma público, esto se traduciría en creencias negativas hacia estos grupos, como, por ejemplo, que son incompetentes para realizar determinadas tareas, que son peligrosos, o vagos. Sin embargo, ser conscientes de la existencia de estereotipos negativos no implica necesariamente estar de acuerdo con ellos. Por ejemplo, podemos conocer las creencias que asocian a las personas con trastornos mentales con la peligrosidad, sin compartir dicha visión. Por su parte, el prejuicio, o componente emocional, está referido a la emoción negativa que provoca un estímulo, en este caso, el conocimiento del estereotipo, y al estar de acuerdo con esa creencia. La reacción emocional negativa que tiene lugar puede ser, entre otras de enfado o de miedo, pudiendo conducir al tercer elemento presente en el estigma, la discriminación o componente conductual. Esta discriminación se traduce en comportamientos hostiles hacia las personas categorizadas de manera negativa, como negarles ayuda e impedirles oportunidades de conseguir trabajo. Si bien estos tres elementos son necesarios para que el estigma esté presente, no son suficientes, pues han de darse en un contexto en el haya una diferencia de poder entre los grupos estigmatizados y estigmatizantes, y en donde estos últimos tienen la capacidad de poner en marcha y consolidar los estereotipos, los prejuicios y la discriminación a expensas de grupos socialmente desfavorecidos (Michaels *et al.*, 2012; Rüsche *et al.*, 2005).

Si nos referimos al *modelo social-cognitivo del autoestigma*, este también incluye estereotipos, prejuicios y discriminación. En este caso, los estereotipos se corresponderían con las creencias negativas que tiene la persona estigmatizada sobre sí misma y sobre su grupo de pertenencia; por su parte, el prejuicio estaría referido a la aceptación y la aprobación de esas creencias como válidas, despertando emociones negativas hacia sí mismo y su grupo, como la vergüenza o la falta de confianza. Por último, el componente conductual se traduciría en comportamientos discriminatorios y perjudiciales hacia ellas mismas, como el negarse a la búsqueda ayuda para tratar su enfermedad o rechazar oportunidades de trabajo (ibidem).

6. El estigma social en la obra de Erving Goffman

Vamos a abordar, sin embargo, como principal contribución desde la sociología al concepto de estigma, las aportaciones realizadas por Erving Goffman en este campo. Dentro de las Ciencias Sociales, desde mediados del siglo XX, el estudio del fenómeno del estigma ya había adquirido una relevancia notable en disciplinas como la Sociología o la Psicología (Goffman, 1970), sin embargo, fue el trabajo de Goffman, desde la Psicología Social, no solo uno de los primeros en proporcionar un estudio sistemático del estigma, sino también que fue capaz de aportar una definición precisa del mismo, y una delimitación conceptual pionera respecto de otros conceptos también relacionados con el rechazo social (Miric *et al.*, 2017). Erving Goffman fue un sociólogo canadiense influido, entre otras, por las ideas de la Escuela de Chicago y el interaccionismo simbólico de George Herbert Mead, y conocido por su trabajo en el campo de la teoría sociológica y el análisis de la interacción social. Su obra abarcó una amplia gama de temas, si bien su mayor impacto en el desarrollo de las ciencias sociales, en la segunda mitad del siglo XX, lo constituye el estudio de los procesos microsociales, es decir, la interacción humana cara a cara en diferentes contextos, constituyendo un buen ejemplo de esta deriva micro-interaccionista la investigación que llevó a cabo sobre el estigma social (Álvaro y Garrido, 2007; Miric *et al.*, 2017).

En su obra *Estigma: La identidad deteriorada*, Goffman define el estigma como “*un atributo profundamente desacreditador*”, a lo que añade a continuación: “*pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos*” (Goffman, 1970: 13). Así, la obra de Goffman y, por extensión, su conceptualización de estigma, dejan patentes las características que definen dicho término, como es el hecho de que el estigma es algo que se posee, una característica o cualidad que tiene una persona, y, por otra parte, el que dicha cualidad la desacredita como un miembro de pleno derecho en su sociedad. Asimismo, para comprender correctamente el concepto de estigma social de Goffman es fundamental entender que él lo aborda desde una perspectiva interaccionista, en donde la identidad social se construye conforme a las expectativas sociales dominantes y en base a la definición que otros sujetos hacen sobre las características de un individuo. Así, el estigma, en cuanto significación

negativa que se realiza de una cualidad dada, no es una característica inherente a la persona, sino que se plantea como una construcción social que se desarrolla en el contexto de las interacciones sociales, es decir, el estigma no reside en la persona en sí, sino en la forma en que los demás perciben y responden ante un atributo concreto. Es por esto por lo que Goffman habla de un lenguaje de relaciones y no de atributos. Esto nos llevaría a entender que un atributo no es estigmatizante *per se*, sino que es su entorno social el que va a devaluar una característica que tenga una persona, o facultarla como deseable. Una vez expuesto un estigma en sociedad, el individuo pasa a ser percibido como alguien cuestionado, y degradado en su valor social. Según Goffman, el estigma es un atributo negativo y socialmente invalidante que se convierte en la característica principal de una persona, eclipsando todos los demás rasgos, de ahí también su importancia y su impacto. Este estigma puede ser visible, como una deformidad física o una marca facial, o invisible, como una enfermedad mental o una orientación sexual no convencional.

Goffman distingue entre tres tipos de estigma:

1. ***Las abominaciones del cuerpo:*** en donde hablaríamos de un estigma de tipo físico, referido a las características físicas percibidas como diferentes o desviadas de la norma social establecida, consideradas como anormales o indeseables. Estas características pueden ser evidentes a simple vista o estar ocultas. Este tipo de estigma incluiría deformidades, marcas, o discapacidades físicas, entre otras.
2. ***Los defectos del carácter del individuo:*** se refiere a cualquier característica psicológica o de personalidad que es considerada socialmente inaceptable o desviada. Esto puede incluir las adicciones, la enfermedad mental, la violencia, o sexualidades no normativas.
3. ***Estigmas tribales de la raza, la nación y la religión:*** se refiere a la pertenencia a un grupo estigmatizado o marginado, como una minoría étnica, una comunidad religiosa o un grupo social específico, susceptibles de ser transmitidos por herencia y “contaminar” por igual a todos los miembros de una familia.

Para Goffman, el estigma surge cuando hay una discordancia entre la *identidad social virtual* y la *identidad social real* de un individuo. Pero ¿cómo podemos entender ambos términos y de qué manera se relacionan entre sí para que aparezca el estigma? Dentro de esta labor entrarían en juego los procesos de categorización a la hora de conformar la identidad o estatus social de una persona, apareciendo la estigmatización al incluir a un sujeto, en un primer momento y de manera errónea, en una categoría social en la que no le correspondería estar cuando entran en juego sus características reales. Esto sucede porque la sociedad es capaz de establecer aquellas cualidades que han de ser consideradas naturales para los individuos asociados a una categoría determinada. Dicho de otra manera, la interacción habitual en contextos concretos nos permite relacionarnos con otras personas de forma ágil, estableciendo de ellas una opinión estándar sin tener que realizar un ejercicio de excesiva reflexión, es decir, una primera impresión que nos permite prever en qué grupo, o categoría social se encuentran, y cuales son, a priori, los atributos que deberían tener para poder pertenecer a la categoría social en la que la hemos incluido. Basándonos en estas suposiciones creamos una serie de expectativas o cualidades que, a nuestro juicio, un individuo debe cumplir de manera rigurosa para pertenecer a la categoría social que le hemos asignado. Todas estas suposiciones a priori van a conformar la *identidad social virtual* del sujeto, puesto que las expectativas que hemos volcado sobre él son características hipotéticas —en esencia, como las denomina Goffman—, pero no sabemos si en la realidad las posee. Una vez que el sujeto muestre los rasgos y cualidades que verdaderamente le corresponden es cuando podremos conocer su *identidad social real*; en el caso de que haya una discrepancia entre las características que debería poseer y las que realmente posee, esta persona se someterá al descrédito y será menospreciada, pues no cumple las expectativas sociales.

Así, para Goffman un estigma es “*una clase especial de relación entre atributo y estereotipo*” (1970:14), pues se va a dar cuando las expectativas que teníamos sobre un sujeto no concuerdan con un estereotipo dado para una situación establecida, es decir, una característica puede ser estigmatizante o no dependiendo de qué características consideramos que deben definir una determinada categoría social. Dependiendo de la categoría en la cual situemos a un individuo, un mismo atributo puede ser estigmatizante o no, así el autor pone como ejemplo

que en determinados países la falta de formación universitaria puede ser motivo de vergüenza, mientras que en otros contextos diferentes, en donde hay pocas personas con este tipo de estudios, estas se sentirían más cómodas escondiéndolo para no parecer que tienen algo que puede resultar anómalo.

Aparecen también, en esta obra de Goffman, otros conceptos importantes acerca de la identidad estigmatizada, en donde vamos a encontrar a la persona *desacreditada* y la *desacreditable*, y las diferencias existentes entre ambas situaciones. Sin llegar a hacer una separación total entre estos términos, ya que un sujeto puede llegar a experimentar ambos escenarios según la ocasión y el contexto, en la primera condición de *desacreditado*, un individuo no sería capaz de ocultar su estigma y este queda visible al resto de la sociedad, como podría ser, por ejemplo, una clara deformidad física. En la segunda situación, la de alguien *desacreditable*, la persona sí tendría la habilidad de ocultarlo, por lo menos de forma parcial o temporalmente, aunque se podría llegar a ocultar de forma permanente en algunos casos. En este sentido, el sujeto *desacreditado* estaría expuesto de forma ineludible a la estigmatización social, mientras que el *desacreditable*, consciente de que en esencia estaría estigmatizado, en la práctica pasaría por ser una persona socialmente aceptada. El autor destaca para esta segunda situación el manejo de la identidad social como una estrategia que las personas potencialmente estigmatizadas utilizan para gestionar y controlar la imagen que los demás tienen de ellas. Esto implica el uso de tácticas para minimizar o disimular el estigma y presentarse de una manera más aceptable para la sociedad. Estas estrategias pueden incluir el uso de técnicas de ocultamiento, la selección cuidadosa de entornos sociales en los que desenvolverse, o la adopción de roles que minimicen el impacto del estigma.

Esta distinción entre el sujeto *desacreditado* y el *desacreditable*, entre la *identidad social virtual* y la *identidad social real*, así como el análisis de las estrategias de manejo de la identidad (Goffman, 1970), se insertan dentro de un interés más amplio que impregnó desde el inicio la obra de Goffman, manifiestamente influida por el interaccionismo simbólico de Mead, en donde cobra una especial preocupación la interacción cara a cara (Álvaro y Garrido, 2007). Así, los conceptos que trata el autor en *Estigma* no pueden desligarse del enfoque dramático

que ya desarrolló en su primera y más notable obra, *La representación de la persona en la vida cotidiana* (Goffman, 1981), en donde expone que la interacción social se asemeja a una representación teatral ante el gran escenario que es la sociedad, donde cada individuo desempeña un papel concreto ante una audiencia determinada, gestionando cuidadosamente la información que ofrece sobre sí mismo en cada situación. En *Estigma*, Goffman (1970) retoma y profundiza este enfoque desde su teoría del estigma, al mostrar cómo las personas estigmatizadas, especialmente aquellas *desacreditables*, se ven obligadas a realizar un constante trabajo de puesta en escena para controlar la impresión que generan y evitar que su estigma quede expuesto. La gestión del estigma se convierte, así, en una tarea cotidiana de presentación del yo en las situaciones cara a cara, en la que el sujeto navega entre la autenticidad, la protección y el riesgo, una labor que revela la dimensión interaccionista y socialmente construida de la identidad.

Desde esta posición Goffman (*ibidem*) exploró cómo las personas manejan y gestionan la información sobre su identidad estigmatizada en la interacción social diaria, abordando no solo las consecuencias de la exposición del estigma, sino también las implicaciones de su ocultamiento. Si bien la exposición del estigma puede conllevar un impacto emocional negativo en el resto de las personas, junto con la discriminación o el aislamiento social, así como efectos perjudiciales para la autoimagen, el autor advierte que la ocultación del estigma puede tener consecuencias no precisamente positivas en todos los casos. El ocultamiento de una característica estigmatizante ofrece, a quien lo porta, una protección, al menos temporal, contra los juicios negativos prematuros, el preserva su privacidad, y permite que la persona pueda centrarse en otros aspectos de su identidad o habilidades que no estén relacionados con el estigma, pudiendo ser reconocidos y apreciados por sus otras cualidades y logros. De hecho, en este sentido, tanto la persona *desacreditable* como la *desacreditada* se ve obligada a realizar un sobreesfuerzo por destacar en determinados ámbitos que le son accesibles para compensar su falta ajuste social en otros en los que son señaladas. No obstante, cuando una persona *desacreditable* se decide por el ocultamiento, este puede llevar aparejadas algunas consecuencias negativas que se podrían experimentar. Por una parte, el acto de ocultar un estigma puede generar una gran carga emocional y psicológica para la persona que lo lleva a

cabo, pues la constante preocupación sobre ser descubierto, el miedo al rechazo, o la ansiedad asociada a mantener la apariencia pueden generar estrés y afectar negativamente el bienestar emocional. De igual manera, el ocultamiento del estigma puede provocar tensión en las relaciones sociales debido al considerable esfuerzo que le requiere al sujeto gestionar la información que quiere ocultar, junto con el temor de que su estigma se vea revelado. Cabe señalar también el aislamiento social y las limitaciones de relaciones personales, pues el miedo a que el estigma se desvele puede llevar a estas personas a aislarse socialmente para evitar la exposición de su identidad estigmatizada o a la renuncia de oportunidades sociales. Por último, habría que tener en cuenta que quienes ocultan su estigma pueden experimentar un conflicto interno entre el deseo de protegerse de la estigmatización y el sentimiento de que están siendo deshonestas, sintiendo que están engañando al resto de personas al ocultar esa parte de su identidad, un conflicto que puede generar sentimientos de culpa.

Aunque Goffman no aborda específicamente el autoestigma, o estigma internalizado, su obra proporcionó una base teórica excelente para comprender cómo las personas interiorizan y se enfrentan a sus propios estigmas, y cómo estos pueden influir en la construcción de la identidad y la percepción de sí mismas. De esta manera, Goffman expone que el estigma no solo afecta a la manera en que un sujeto es percibido por los demás, sino que también moldea la percepción que tiene de sí misma la persona estigmatizada y la forma en que se relaciona consigo misma y con otros sujetos que también son estigmatizados. De hecho, como ya se ha dicho, buena parte de la obra de Goffman está dedicada al manejo de la propia identidad de quienes poseen un estigma, al encubrimiento de este atributo, y al control de la información que dan sobre sí mismas, pero también se señala que la inseguridad que provoca un estigma, la conciencia de inferioridad o el miedo a que les puedan faltar el respeto durante una interacción, es algo que no se puede esconder. El autor señala que aquellas personas portadoras de algún estigma tienden a la internalización de una identidad propia negativa, desarrollando sentimientos de vergüenza hacia su condición, asumiendo y aceptando como inválidos en sociedad dichos atributos, lo que puede tener un impacto negativo significativo en su autoestima, la ansiedad y en sus interacciones sociales. Goffman también explica que, aunque pudiera resultar paradójico, las personas estigmatizadas tienden a aceptar y asumir la

norma socialmente impuesta, es decir, admiten las mismas normas sociales que les estigmatizan y descalifican para, así, poder participar en la sociedad de una forma igualitaria al resto de sus miembros.

Dentro de su contribución al estudio del estigma, Goffman ya mencionaba los marcos de referencia como un concepto que interviene en la aparición y mantenimiento del estigma, al describirlos como un conjunto de estructuras cognitivas y culturales que permiten a los individuos interpretar lo que ocurre en una situación determinada, y que influyen en las interacciones cara a cara. Estos marcos de referencia dotan de significado a las acciones propias y ajenas, y determinan qué aspectos de la realidad son considerados normales o desviados dentro de un contexto social (Goffman, 1970). Sin embargo, fue en 1974, con su obra *Frame Analysis*, donde desarrolla plenamente su teoría de los marcos organizadores de la experiencia, en donde concibe estos marcos como una herramienta que permite interpretar la realidad social y dar sentido a las interacciones humanas, un proceso que el autor denomina como *framing* o encuadre. Los marcos delimitan el contexto en el que se desarrolla una situación, estableciendo qué elementos de la realidad son significativos y cómo deben ser interpretados por los participantes en un intercambio comunicativo. En este sentido, los marcos dan sentido a las interacciones sociales en distintas circunstancias, estableciendo expectativas y regulando el comportamiento social, pues revelan el contexto relacional en el que tiene lugar la comunicación, facilitando la comprensión de las normas implícitas que deben guiar a las acciones. De este modo, los marcos no solo configuran la manera en que los sujetos perciben la realidad social, sino que también influyen en la construcción y reproducción de significados compartidos (Goffman, 2006). No obstante, hay que señalar que el concepto de marco no procede de Goffman, sino que tiene su origen en los estudios de Gregory Bateson (1972), quien lo utilizó por primera vez en 1954 para describir los procesos mediante los cuales los individuos interpretan y responden a su entorno, delimitando qué información debe ser atendida y cómo debe interpretarse dentro de un contexto determinado. Bateson afirmaba que los marcos son metacomunicativos, ya que no solo contienen información, sino que también dan instrucciones sobre cómo interpretar esa información. Sin embargo, Goffman amplía esta idea y la aplica al ámbito de la psicología social, argumentando

que estos marcos no son meras construcciones individuales, sino estructuras sociales que organizan la experiencia colectiva. Esto quiere decir que los marcos existen más allá de la intención personal de cada individuo operando en la forma en que interpretamos la realidad, sin que cada persona sea plenamente consciente de ello. De igual manera, estos no existen de manera aislada, sino que se conectan con otros marcos dentro de un sistema más amplio, y que pueden modificarse en función de la interacción social (Goffman, 2006).

Desde esta perspectiva, la relación entre los marcos de referencia y el estigma resulta especialmente relevante. Así, Miric (2016) y Miric *et al.*, (2017) han señalado que los marcos proporcionan un enfoque teórico excepcional para analizar los procesos de estigmatización, ya que permiten comprender cómo ciertas características o identidades se construyen como problemáticas dentro de determinados marcos normativos. El estigma social no es un atributo inherente a un individuo, sino el resultado de un proceso de encuadre que define qué se considera desviado y qué es aceptado dentro de una sociedad.

La obra de Goffman se presenta, de esta manera, como un punto de partida que ha sido capaz de conformar un marco teórico sólido para la comprensión del funcionamiento y el impacto del estigma social desde las ciencias sociales, dotando a este fenómeno de entidad conceptual propia y delimitando su significado con respecto de otros conceptos más relacionados con las propias manifestaciones del estigma (Miric, 2016; Miric *et al.*, 2017), como pueden ser, por ejemplo, el prejuicio o los procesos de discriminación social, los cuales se confunden y solapan en otras propuestas teóricas (Link y Phelan, 2001; Link *et al.*, 2004; Michaels *et al.*, 2012; Rüsç *et al.*, 2005). Desde esta perspectiva psico-sociológica e interaccionista, aunque el estigma se presenta como un atributo que posee un individuo, se sostiene que el estigma no es simplemente una característica individual, sino que es una construcción social que surge de la interacción entre las personas y la sociedad en la que viven. Goffman pone el acento en la forma que socialmente hemos aprendido a ubicar a los individuos dentro de unas categorías u otras dependiendo de los atributos que tengan. De inicio, cualquier persona podría ser *desacreditable* a expensas de que muestre su *identidad social real* y sus verdaderos atributos. Además, parece claro que el estigma puede tener un impacto profundo en la vida cotidiana,

la identidad y la interacción social de las personas estigmatizadas, quienes suelen desarrollar estrategias para gestionar su imagen y enfrentar los desafíos que conlleva vivir con estigma (Goffman, 1970).

6.1. Acuerdos y desacuerdos frente al enfoque propuesto por Goffman sobre el estigma

La obra de Goffman, como cabe esperar, no está exenta de críticas, habiendo vislumbrado ya alguna de ellas a lo largo de la exposición que venimos haciendo. Tal y como recogen Miric *et al.* (2017), las reacciones frente a su trabajo fueron diversas, y mientras algunas posiciones reconocieron el valor pionero de su análisis, otras pusieron en cuestión aspectos fundamentales de su enfoque. Autores contemporáneos cuestionaron la escasa diferenciación entre ejemplos y argumentos teóricos, lo que confería a su obra un tono anecdótico más que analítico. También se le reprochó la falta de sistematicidad, es decir, la ausencia de un marco metodológico definido y una estructura teórica ordenada, así como la tendencia a seleccionar ejemplos llamativos o conocidos, dejando de lado situaciones menos visibles o cotidianas. Años más tarde, Alvin Gouldner (1973) subrayó la ambigüedad ideológica de sus escritos y su escaso interés por las estructuras de poder o las consecuencias sociales de la desigualdad. Estas críticas se complementan con aportes más recientes desde colectivos históricamente estigmatizados, como los de Susan Sontag (2003) o Didier Eribon (2001), quienes insisten en la necesidad de abordar el estigma no solo como fenómeno interpersonal, sino también como una cuestión política que exige respuestas jurídicas, educativas y sociales. En la misma línea, Yang *et al.* (2007), pero, especialmente, por parte de Link y Phelan (2001) las discrepancias se han centrado en aludir a la naturaleza individualista de la visión que ofrece Goffman en su investigación sobre el estigma, desarrollada, además, mediante un enfoque micro-interacionista que ha obviado las estructuras sociales en la comprensión del fenómeno, y que lo ha considerado como un hecho anclado al individuo estigmatizado y no como consecuencia de un proceso externo, tal y como reclaman los autores que debería ser. De igual manera, en la evolución de la bibliografía sobre la estigmatización social, una de las críticas más destacadas que se le ha hecho a la perspectiva

de Goffman es lo que Imogen Tyler (2018) destaca como el estudio de las relaciones sociales sin tener en cuenta las relaciones de poder, la dominación o el privilegio, mecanismos, sin duda, por los que está mediada la estigmatización, sin los cuales esta no podría desarrollarse, y que, sin embargo, Goffman omite.

En base a estas apreciaciones, nos gustaría aportar que, desde el análisis de la obra de Goffman, si bien el autor aborda al estigma como un atributo o característica del individuo, no consideramos que lo aisle de su entorno relacional. Así, el estigma lo entiende como una construcción social que se desarrolla dentro de un contexto de relaciones más amplio en el cual tiene su fundamento, por lo que no representaría una visión individualista. Por el contrario, el estigma se conforma en base a las normas sociales y culturales dominantes, que definen lo que es considerado como corriente, natural o normal en los miembros de una sociedad, y establecen las expectativas de comportamiento aceptables (Álvaro y Garrido, 2007). Por otra parte, aunque la obra de Goffman tiene en cuenta, y hace referencia, a los intereses sociales dominantes a la hora de poner en marcha los procedimientos de categorización social y de conformar la identidad de los sujetos, su carácter microsocia implica que las interacciones entre personas estigmatizadas y no estigmatizadas se centren en situaciones cara a cara, sin detenerse, es cierto, a desarrollar cuestiones más estructurales, también primordiales en la comprensión del estigma social. Es por ello por lo que reconocemos que las contribuciones realizadas, principalmente, por Link y Phelan (2001) y Link *et al.* (2004) sobre la importancia de las relaciones de poder resultan determinantes para comprender cómo sucede la estigmatización, y que, a nuestro juicio, estas aportaciones no hacen otra cosa sino complementar de manera formidable los aportes de Goffman, pero no sustituirlos o invalidarlos, ya que actuarían a diferentes niveles efectivos a la hora de explicar los procesos de estigmatización.

Por otra parte, en cuanto a la conceptualización del estigma, nuevamente, aclaramos que no dejamos de reconocer las importantes aportaciones que han hecho los diferentes autores al otorgar al estigma un carácter procesual (Link y Phelan, 2001; Link *et al.*, 2004; Michaels *et al.*, 2012; Corrigan, 2000; Rüsç *et al.*, 2005) detectando los elementos que envuelven al

estigma social y exponiendo el modo en el que estos operan. Sin embargo, la posición que vamos a adoptar a lo largo del estudio es la de entender el estigma de forma más precisa, como un atributo y no como un proceso. Por esta razón, a la hora de definir este fenómeno, nos acogemos a la descripción que da Goffman (1970) sobre el estigma, quien consigue, con su pionera definición, una clarividencia conceptual que escasamente se alcanza desde otras oposiciones teóricas. En la misma línea que lo hace Miric *et al.* (2017), consideramos que Goffman delimita de forma excelente el complejo significado del estigma, diferenciándolo de otros procesos que también tienen que ver con el rechazo social hacia los individuos. Así, uno de los principales problemas encontrados en las aproximaciones que consideran el estigma como un proceso es que se ha asistido a *“un desbordamiento progresivo de las bases conceptuales propuestas por Goffman, incluyéndose en su definición una serie de fenómenos sociales vinculados empíricamente a sus manifestaciones, como son, por ejemplo, los de discriminación y exclusión social”* (ibidem: 174), manifestaciones sociales que, si bien cumplen un importante papel a la hora de entender cómo se construye el estigma, también son independientes del él y deben ser entendidas sin ambigüedad. Este es precisamente el principal inconveniente que se encuentra a la hora de definir el estigma como un proceso, que al tratar de conceptualizarlo se solapa con el significado del propio proceso de estigmatización, siendo conceptos relacionados pero diferentes. El proceso de estigmatización implica la interacción de factores culturales, sociales e individuales que contribuyen a la asignación y perpetuación del estigma en la sociedad, en donde se incluye la identificación de diferencias percibidas, la aplicación de etiquetas negativas, la asignación de estereotipos y la discriminación basada en estas características estigmatizadas. Mientras, el estigma sería el resultado de este proceso, una condición personal surgida en la interacción social, con significación negativa, y que lleva aparejado el descrédito social.

CAPÍTULO II. PARADIGMAS SEXUALES EN LA CULTURA OCCIDENTAL DESDE LA ÉPOCA GRECORROMANA. NOCIONES MÉDICAS Y FILOSÓFICAS COMO BASE CIENTÍFICA DE LAS DIFERENCIAS Y JERARQUÍAS CORPORALES

Al igual que la raza, el sexo es una formación «imaginaria» de las que producen realidad, incluyendo los cuerpos, que son percibidos como anteriores a toda construcción

Donna Haraway (1991b)

La forma en la que en nuestro contexto cultural actual se describen las rupturas que tienen lugar tanto dentro de la sexualidad como en el género normativo, con la consecuente configuración y naturalización de la condición trans como una anomalía de la identidad de género, debe interpretarse en base a la manera en la que los roles de género y sus lógicas binarias se han construido y siguen estando vigentes en occidente desde hace ya varios siglos (Fausto-Sterling, 1998; Nieto, 1998; Platero, 2014), y que de forma tan opuesta se han entendido con respecto de otras culturas (Fausto-Sterling, 2006; Garaizabal, 1998; Nieto, 1998). Entender cómo y por qué los significados de género y sexo se asimilan ahora de la forma en la que lo hacen, solo va a ser posible teniendo en cuenta el camino que se ha recorrido en cuanto a las interpretaciones históricas que en el mundo occidental se han hecho sobre el cuerpo y sus atributos. Dichas interpretaciones nos sitúan dentro del paradigma de los dos sexos, que es el que opera hoy en día administrando cómo encajan entre sí las nociones de sexo y género y, por lo tanto, cómo también se posibilita que emerjan desajustes entre ellas. Así, entendemos por paradigma de los dos sexos, o paradigma del dimorfismo

sexual, la idea de que los cuerpos masculinos y femeninos son esencialmente diferentes entre sí, tanto anatómica como psíquicamente, un principio que implica que existe una dicotomía biológica clara entre hombres y mujeres determinando, en gran medida, los roles de sociales que ocupan, y cuyo desarrollo ha sido central en la comprensión occidental de la sexualidad y el género desde la era moderna (Laqueur, 1994).

Realizando una delimitación conceptual del sexo y el género, durante las últimas décadas se ha considerado al género como un término que *“señala la construcción social que asocia ciertos comportamientos, anatomías, actitudes, estilos, formas de vida a hombres y mujeres [...] delimitando lo que entendemos como masculino o femenino”* (Platero, 2014:28). También podemos entenderlo *“como el conjunto de símbolos, representaciones, normas y valores sociales elaborados a partir de la diferencia sexual anatomo-fisiológica, dando sentido, en general, a las relaciones entre las personas. En el concepto de género se pueden identificar tres componentes distintos: un componente simbólico, resultado de un uso metafórico de dualismos sexuales en cosas e ideas que no necesariamente tienen que ver con el sexo. Un componente estructural que está en la base de la organización social y la división del trabajo en la sociedad y en la ciencia. El componente estructural se manifiesta en los conceptos normativos de la sociedad, transmitidos por medio de la religión, las leyes, la educación o la propia ciencia; y un componente individual, pues afecta la identidad de las personas”* (Blazquez Graf, 2011: 10). Mientras, el sexo se refiere a *“aquella herencia genética que conforma a las personas con ciertas anatomías, habilidades y aspectos, de nuevo dividiéndonos en dos opciones, hombres y mujeres (donde se diferencia el «genotipo», que será la información genética que tenemos, frente al «fenotipo», o cómo se manifiestan ciertos rasgos y no otros)”* (Platero, 2014:28).

Encontramos que las dicotomías derivadas de las divisiones de género y de sexo no se articulan entre sí de forma aleatoria o variable, sino que han sido emparejadas otorgando un género concreto (masculino o femenino) a cada uno de los sexos-cuerpos (hombre o mujer) al entender que la masculinidad es en esencia a los hombres, mientras que la feminidad lo es a las mujeres, sin dar espacio u opción a ningún tipo de ruptura sexual-corporal-genérica

dentro de este sistema (Butler, 1996, 2001, 2006, 2007; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994; Nieto, 1998, 2008; Platero, 2014). Históricamente, estas lógicas binarias que se han aplicado sobre el sexo y el género han servido no solo para diferenciar sino, más importante, también para jerarquizar a las categorías resultantes de esta división, esto es, a hombres y mujeres (incluidas aquellas personas que no encajaban en estas categorías), atribuyendo sobre la diferencia sexual y/o anatómica determinadas capacidades físicas y características psicológicas o emocionales exclusivas de cada género. Esto se ha traducido en que hombres y mujeres ocupen roles muy diferenciados dentro de la estructura social, con desigual participación dentro de la esfera pública, el ámbito privado y familiar, y asociadas a cotas muy dispares de poder y reconocimiento (Laqueur, 1994; Platero, 2014). De esta manera, encontramos que la forma en la que tradicionalmente se ha entendido lo que es ser hombre o mujer no ha sido definida exclusivamente por un único componente anatómico o biológico determinado, sino también a través de otros dispositivos culturales que han dado forma al género mediante la atribución de competencias intrínsecas para cada sexo (Butler, 2002, 2007; Foucault, 2007b; Laqueur, 1994; Platero, 2014). No obstante, esta perspectiva tan arraigada en donde la definición específica de sexo se entiende desde lo natural, fundamentada en bases enteramente biológicas e independientes de cualquier otro tipo de interpretación, mientras que es el género el que tiene un origen social, ha sido sometida a debate por considerar que también el sexo tiene un origen cultural (Butler, 2002, 2006, 2007; Haraway, 1991a, 1991b; Lauretis, 1991; Laqueur, 1994; Platero, 2014). Autoras como Judith Butler o Donna Haraway han hecho aportaciones importantes a este respecto señalando que no solo el género, sino que también el sexo es una construcción social, pues no se puede hablar de sexo natural predecesor a la cultura cuando precisamente los discursos sobre lo que es o no es el sexo y sobre la organización de cuerpo, son también construcciones socioculturales (Butler, 2002, 2006, 2007; Haraway, 1991a, 1991b).

Si bien el paradigma sexual consolidado, dentro del cual se significan actualmente el género y el sexo, llamado paradigma de los dos sexos o del dimorfismo sexual, asegura de forma científica la existencia de dos, y solo dos sexos, hombre y mujer, con una morfología diferenciada e inmutable, también se hace necesario manifestar que esta concepción

contemporánea, lejos de ser una constante histórica, como podría parecer, es un enfoque que comenzó a gestarse en Europa hace, aproximadamente, 300 años, a partir del siglo XVII con la llegada del pensamiento científico y las nuevas formas de control burocrático de los Estados modernos, y que no se instauró completamente y de forma hegemónica hasta finales del siglo XIX (Foucault 2007a, 2007b; Laqueur, 1994). Anterior a este paradigma de los dos sexos coexistieron diferentes maneras de pensar la diferencia sexual, destacando el modelo de un único sexo bajo dos formas anatómicas principales y diferenciadas, una norma heredada de la Antigüedad clásica que tuvo plena vigencia hasta finalizado el Renacimiento. A este respecto, el historiador y sexólogo estadounidense Thomas Laqueur ha realizado notables contribuciones al estudio de la historia social del cuerpo sexuado, destacando su trabajo más conocido en relación con la evolución social y cultural del sexo y el género, *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, en donde examina cómo las ideas sobre el cuerpo se han transformado a lo largo de la historia experimentando cambios significativos, y desafiando la teoría actual de que la concepción del sexo siempre haya sido dualista. Por el contrario, el autor sostiene que las categorías y las percepciones culturales del sexo y el género son históricamente contingentes y cambiantes, y traza dos perspectivas diferenciadas en la representación científica sobre el sexo, si bien, históricamente, ambas fases han llegado a solaparse en el tiempo: un paradigma de un único sexo, y un paradigma del dimorfismo sexual (Laqueur, 1994).

De esta manera, el presente capítulo nos permite examinar, en el marco de cada paradigma, los rasgos que históricamente han definido lo que se entiende por sexo y género, por hombre o mujer, a través de una política del cuerpo que ha llevado aparejada una determinada significación biológica, social y sexual para cada una de las categorías sexuales (Foucault, 1979, 2007b; Laqueur, 1994). También se puede descubrir que, pese al transcurrir de los años, e incluso en la transición entre paradigmas, encontramos una esencia transversal, que se ha mantenido casi intacta, en el uso del saber y del poder a la hora de configurar las características definitorias de los cuerpos, con lo que, después de siglos de divulgación, llega hasta este momento histórico prácticamente naturalizada (Foucault, 2003a, 2003b, 2007b; Laqueur, 1994). Así, para alcanzar a comprender las justificaciones desplegadas sobre las

asimetrías biológicas —y por ello, sociales— en función de las características anatómicas, ha sido fundamental la revisión de los relatos surgidos en torno al sistema de clasificación sexual, y de qué manera se les ha permitido existir a los diferentes cuerpos. Para ello ha sido ineludible hacer un recorrido por los diferentes debates médico-filosóficos en el terreno de la salud, sobre las funciones del cuerpo y su cuidado, y, principalmente, en torno al placer erótico y la reproducción sexual, debates ya presentes desde la Grecia clásica, y sin los cuales no se podrían entender las claras asimetrías de significado que existen entre las diferentes materialidades corporales (Laqueur, 1994).

No obstante, la visión panorámica de cómo se considera en la actualidad que se construyen el sexo y el cuerpo normativos, así como las bases sociales y/o biológicas sobre las que se sustentan las identidades masculinas y femeninas, van a venir de la mano de las aportaciones surgidas, a partir de mediados del siglo XX, en el seno de los debates feministas, cuyas teóricas van a poner en cuestión la validez del paradigma del dimorfismo sexual, visibilizando el hecho de que las identidades sexuales y de género son reguladas y construidas en el marco de relaciones de poder que poco tienen que ver con la biología (Rubin, 1996; Scott, 1996). Como indica Fausto-Sterling (2006), los movimientos de liberación sexual y feministas han logrado redefinir la tradicional forma de entender el sexo para transformar tanto la política del cuerpo como el enfoque científico androcéntrico desde donde se generaba el conocimiento, un enfoque que siempre había resultado limitante al reproducir las mismas desigualdades. Si bien, de las múltiples teorizaciones en torno a este modelo, algunas posturas, se decantan por desesencializar el sistema de clasificación binario, asegurando que las categorías cerradas de hombre y mujer son insuficientes para dar muestra de la diversidad de las identidades corporales (Butler, 1996, 2001, 2002a, 2002b, 2006, 2007; Haraway, 1991a, 1991b), mientras que otras abogan por la ratificación de las dicotomías señalando diferencias fundamentales entre hombres y mujeres (Cixous, 1995; Irigaray, 1992, 2007; Kristeva, 1984), todas las corrientes feministas apuestan por dismantelar las jerarquías de género y los roles sociales que históricamente se habían dado por hecho (Fausto-Sterling, 2006).

1. La Antigüedad clásica bajo la filosofía de un único sexo

Laqueur argumenta que en la Edad Antigua, en las culturas griega y romana, durante todo el Medievo y el Renacimiento, la concepción predominante que existió sobre el cuerpo y el sexo era diferente de la noción dualista moderna actual, no percibiendo una dicotomía anatómica clara tal y como se empezaría a percibir con posterioridad (Laqueur, 1994). En su lugar, se creía en la existencia de un modelo único de cuerpo que era capaz de albergar, al menos, dos géneros, un paradigma de sexo único en donde las diferencias entre lo que hoy se entiende por sexo, o entre los cuerpos de hombres y mujeres, eran consideradas más como una cuestión de cantidad (más o menos calor) y de ubicación de los órganos sexuales, que como una dicotomía física radical. Así, el sexo único se refiere a la creencia de que tanto hombres como mujeres compartían una naturaleza esencialmente similar, en donde las diferencias anatómicas eran el reflejo de un orden social y no biológico, como sí se entendería después (DeVun, 2018; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994).

Para comprender la filosofía subyacente al modelo de sexo único, y a la forma en la que este paradigma concibe las diferencias orgánicas, hemos de remitirnos necesariamente a la cosmovisión que existió en el mundo antiguo, es decir, a cómo era interpretada la realidad circundante en la cultura grecorromana, especialmente influenciada por las ideas de filósofos como Platón, Aristóteles, o la tradición hipocrática, y que desarrollaba las creencias sobre el funcionamiento de un universo en el cual el ser humano era parte esencial (Beuchot, 2020; Laqueur, 1994; Salamanca Ballesteros, 2007; Serra, 2012; Suárez, 2019). Para los pensadores griegos el universo era un cosmos, un todo finito, ordenado y estructurado que era capaz de explicarse de acuerdo con principios racionales (Serra, 2012), mientras que aquello que no alcanzaba a ser revelado mediante la razón era manifestado a través de las creaciones mitológicas, las cuales, a su vez, moldeaban la realidad cognoscible (Bullough, 1980; Pérez Miranda, 2014). Hay que tener en cuenta que esta cosmovisión y, por ello, el saber científico y filosófico griego, se fundamentaba sobre un pensamiento fuertemente elitista y androcéntrico ideado por y para hombres libres, en donde los principios de la razón fueron desarrollados al servicio de la justificación del varón como ser superior, y en donde el mito se utilizó como

una “herramienta ideológica fundamental para la creación y mantenimiento de los roles de género” (Pérez Miranda 2014: 117) y de las jerarquías sociales (Cixous, 1995; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a; Martos Montiel, 1996; Pérez Miranda, 2014).

Para los griegos el ser humano compartía las características y cualidades del cosmos, entendiendo que el cuerpo humano estaba compuesto por los mismos elementos básicos que formaban el universo (tierra, aire, fuego y agua), y que su estructura y funcionamiento [la del cuerpo] estaban regidos por sus mismos principios (Empédocles, 1964), así la morfología humana era vista como un microcosmos dentro de un macrocosmos (Laqueur, 1994; Salamanca Ballesteros, 2007, Serra, 2014). Esta cosmovisión sugería que las acciones humanas tenían un propósito superior dentro de ese todo ordenado, y que el individuo debía participar de manera activa en sociedad para mantener la armonía y el equilibrio cósmico. Dicho objetivo vital se lograba mediante su desempeño en cualquier esfera de la vida, pero principalmente en el ámbito público a través del ejercicio de la política, una actividad eminentemente masculina en donde se consideraba que el varón era capaz de desarrollar plenamente unas facultades mentales para ponerlas al servicio de la *polis*, contribuyendo a la buena gestión de la sociedad (Rueda Gámez, 2020; Serra, 2014; Suárez, 2019).

Dentro de esta filosofía, la comprensión del ser humano como un reflejo del cosmos tenía profundas implicaciones en la forma en que se entendían las diferencias orgánicas entre los sexos, en donde el hombre y la mujer compartían una esencia común, un único sexo. Así, las desigualdades sociales entre los géneros no se consideraban consecuencias intrínsecas de las diferencias anatómicas, sino más bien al revés, las diferencias anatómicas eran calificadas como manifestaciones de un orden superior, que implicaba la existencia de una jerarquía natural que tenía su reflejo en la diferente estructura morfológica, y en la que cada género desempeñaba roles complementarios pero distintos en pro del buen funcionamiento del conjunto social. Esta visión integradora del ser humano como parte del universo proporcionaba un marco explicativo suficiente para comprender las diferencias sexuales dentro de un contexto más amplio de significado y de propósito en la existencia humana (Aristóteles, 2008; Foucault, 1970; Laqueur, 1994; Serra, 2014). La idea del ser humano como

un microcosmos sería reformulada más tarde por el cristianismo, al ser considerado, en esta ocasión, como un ser a imagen y semejanza de Dios (Bechout, 2020).

Encontramos que en esta primera etapa en la representación del cuerpo sexuado se pensaba que existía una sola anatomía susceptible de conocimiento, la masculina, una sola forma orgánica que podía llegar a manifestarse a través de diferentes grados de perfección corporal (hombres, mujeres, afeminados, viragos...), y que revelaría la posición social que estaba destinado a ocupar cada género. Así, dando respuesta a cuestiones metafísicas, la anatomía del varón era el reflejo de la perfección, mientras que, dentro de este sistema, el cuerpo femenino no existía como categoría ontológica, entendiéndose este en relación con el cuerpo del hombre (Laqueur, 1994). La diferencia sexual ordenaba a hombres y mujeres como dos interpretaciones de un solo cuerpo dentro de un eje vertical y jerárquico: el cuerpo de la mujer no sería más que una versión más fría, anómala, menor, y, por tanto, subordinada, al género masculino (Aristóteles, 2008; Hipócrates, 1986b; Laqueur, 1994).

Puesto que los filósofos y médicos de la Grecia clásica consideraban que hombres y mujeres compartían una misma fisiología, y de hecho no había nombre específico para los órganos sexuales de la mujer (no empezaría a haberlos hasta la Revolución Científica), formularon una teoría del cuerpo para justificar la jerarquía social (Laqueur, 1994). Se postulaba una mayor perfección física del hombre debido su mayor calor corporal, confiriéndole más vitalidad, mayor fortaleza y capacidad de raciocinio (Aristóteles, 2008; Hipócrates, 1986b; Laqueur, 1994). Si bien desde el siglo V a.C., con el desarrollo de la medicina hipocrática ya se estudiaban e interpretaban en Grecia las disparidades de calor corporal como causa de las diferencias anatómicas, de facultades intelectuales y temperamentales entre hombres y mujeres, fue la idea basada en las aportaciones concretas de Galeno, a partir del siglo II, la que desarrollaría la hipótesis de que hombres y mujeres compartían un órgano sexual idéntico, solo que con diferente ubicación. Según el médico griego, en los hombres los genitales se presentaban fuera del cuerpo y en el caso de las mujeres estaban invertidos y se encontraban internos, y las diferencias en esta ubicación respecto de los hombres se explicaban por la escasez de calor en el cuerpo femenino, que lo retenían en el interior. De igual forma, la

secreción de diferentes fluidos corporales, como el semen, la sangre menstrual, o la leche materna, no obedecían en modo alguno a una diferencia orgánica o sexual, sino que eran entendidas como efectos de las diferentes maneras de autorregulación del calor corporal (Galeno, 2010; Laqueur, 1994; Sennett, 2002).²

Encontramos que bajo el paradigma del sexo único subyacía una teoría filosófica de fluidos y de temperatura corporal que contemplaba que los hombres, al disponer de una naturaleza más caliente, tenían una anatomía más perfecta, en comparación con las mujeres, más frías, justificando la jerarquización de forma natural (Laqueur, 1994, Sennett, 2002). Esto enlazaba con supuestos más amplios sobre el papel de hombres y mujeres dentro de la sociedad, sus capacidades, las funciones que podían desempeñar y, por extensión, con los derechos que deberían adquirir. La masculinidad se asociaba con cualidades como la racionalidad, la autoridad y la independencia, mientras que la feminidad lo hacía con la sumisión, la emotividad, la domesticidad y la dependencia. Así, se consideraba que el varón, con su calor corporal más intenso, era más adecuado para realizar actividades físicas y mentales exigentes, así como para ocupar roles de liderazgo, autoridad y participación en la vida política, actividades vetadas para las mujeres, manifiestamente subordinadas y relegadas al ámbito doméstico y a la reproducción (Laqueur, 1994, Pérez Miranda, 2014; Rueda Gámez, 2020). Como se puede comprobar, en la época clásica las distinciones sexuales o morfológicas en la configuración de lo que se entendía por ser hombre o mujer estaban subordinadas a las diferencias de género y a las jerarquías sociales, asociadas a las categorías de masculinidad y feminidad; las expectativas y normas relacionadas con el género influían en la forma en que se percibían y se trataban las diferencias sexuales, más que al revés: *“ser un hombre o una mujer significaba tener un rango social, un lugar en la sociedad”* (Laqueur, 1994: 27).

² Cabría tener en cuenta, para enmarcar esta filosofía del cuerpo, que la teoría de los cuatro humores, originaria del pensamiento hipocrático, y que fue base fundamental de la medicina galénica, sostenía que la salud, el temperamento humano, o las diferencias entre mujeres, hombres o niños, entre otras, dependían del equilibrio de cuatro fluidos corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, cada uno con cualidades particulares: la sangre era cálida y húmeda, la bilis amarilla cálida y seca, la bilis negra fría y seca, y la flema fría y húmeda. Estos humores determinaban tanto la salud física como el carácter de una persona, de modo que un desequilibrio podía causar enfermedades y también modificar el temperamento, generando personalidades como el sanguíneo alegre y activo, el flemático calmado y paciente, el colérico enérgico y agresivo, y el melancólico pensativo y triste. Los médicos hipocráticos y galénicos buscaban restaurar el equilibrio de los humores a través de intervenciones como dietas, ejercicios y sangrías, buscando así armonizar el cuerpo con su entorno natural y mantener la salud física y emocional (Galeno, 2010; Hipócrates, 1986a, 1986b; Kuskawa, 2004).

1.1. Teorías de la reproducción dentro de la filosofía unisexo

Las tradiciones hipocrática y galénica interpretaron que tanto hombres como mujeres, como diferentes versiones de una misma anatomía, producían el germen o esperma³, dos sustancias necesarias para la gestación, otorgando a ambas partes (hombre y mujer) una contribución necesaria en la concepción del embrión, pues por sí sola ninguna de las dos sustancias tenía la capacidad de engendrar vida. No obstante, el esperma masculino era un fluido más elaborado pues era sometido a una mayor cocción gracias a la temperatura más elevada en los hombres, mientras que el esperma femenino era más imperfecto debido a una temperatura corporal más baja en las mujeres y al menor tamaño de sus testículos⁴ (Galeno, 2010; Hipócrates, 1986b). La teoría sobre la reproducción propuesta inicialmente desde la medicina hipocrática presuponía que tanto hombres como mujeres eran capaces de elaborar germen masculino y femenino, y que dependiendo de cuál de dos gérmenes o almas aportaran cada uno de los progenitores en cada caso dado, se determinaría el género, la personalidad, así como la constitución física del nuevo ser. Esto quería decir que cuando, en el acto sexual, los gérmenes segregados por el hombre y la mujer eran masculinos, el proceso daría como resultado el origen de hombres fuertes, varoniles e inteligentes; igualmente, cuando ambas partes segregaban el germen femenino, de ello nacerían mujeres bellas, gráciles y femeninas. Sin embargo, en aquellas ocasiones en que los progenitores generaban cada uno un fluido diferente (el hombre masculino y la mujer femenino, o viceversa), el género de la criatura vendría determinado por el germen que se impusiera. Si se imponía el germen masculino proveniente del hombre, resultarían hombres menos brillantes que cuando ambas almas eran masculinas, aunque igualmente varoniles; pero si se imponía un germen masculino proveniente de la mujer, nacían los afeminados, que eran débiles y de una naturaleza fría, a quienes no les correspondería ostentar el estatus de hombre. De la misma manera, cuando

³ También denominado alma o simiente (Hipócrates, 1986b).

⁴ Cuando Galeno describe los genitales de hombres y mujeres, dentro del paradigma del sexo único los de la mujer quedan subsumidos dentro de los órganos masculinos, y así explica: *“Imagina primero las (partes) del hombre vueltas hacia dentro y situadas en la parte anterior del recto y la vejiga. Si esto sucediera, el escroto ocuparía necesariamente la zona del útero y por fuera a uno y otro lado estarían situados los testículos, y el cuello oculto hasta ahora dentro del perineo, una vez fuera, resultaría ser el miembro viril y la piel que está en su extremo, que ahora llamamos “prepucio”, se convertirá en la vagina”* (Galeno, 2010: 626-627).

se imponía un alma femenina procedente de una mujer, resultaría una mujer más ruda pero con cierta moderación, sin embargo, si se imponía lo femenino proveniente del hombre, nacería mujeres masculinas, llamadas viragos. Es decir, esta corriente de pensamiento exponía que cuando ambos tipos de espermias coincidían, es cuando nacían los mejores hombres y las mejores mujeres, pues cumplían plenamente su expectativa social, pero cuando el fluido seminal que aportaban los progenitores tenía diferente naturaleza, podía dar lugar a hombres y mujeres que, de alguna manera, transgredían el rol de género que les correspondía (Hipócrates, 1986b).

Pero la teoría del doble espermia, sustentada desde el siglo V a.C. por filósofos como Demócrito, Epicuro, Parménides, Empédocles y Anaxágoras, y que sería continuada por Galeno, tendría grandes detractores (Hipócrates, 1986b). El propio Aristóteles, ya en el siglo IV a.C., se mostró discrepante con algunos de sus razonamientos y propuso diferencias fisiológicas y funcionales entre los cuerpos de hombres y mujeres a nivel reproductivo (Aristóteles, 2008). Bajo la perspectiva aristotélica, era solamente el varón el que aportaba el espermia o simiente en la concepción, en tanto que la función de la mujer era pasiva, simplemente de receptora, contribuyendo como recipiente para que el embrión se desarrollara, y cuya existencia tenía sentido porque era necesaria para la reproducción (Aristóteles, 2008; Hipócrates, 1986b). Estas nociones estaban amparadas bajo la teoría del hilemorfismo, elaborada por Aristóteles, y que el filósofo utilizó para explicar la naturaleza de los objetos y organismos vivos en el mundo. El hilemorfismo sostiene que cada objeto en el universo, incluidos los seres vivos, consisten en una combinación inseparable de materia y de forma, filosofía que se regía por los supuestos fundamentales del principio activo y el principio pasivo. En esta teoría aristotélica, el principio activo es la causa que tiene el poder o la capacidad de producir un cambio en otra cosa, y que vendría a identificarse con la forma, mientras que el principio pasivo, es decir, la materia, es aquello que es afectado por la acción del principio activo; la forma aportaría la organización, estructura o disposición específica que define las características y propiedades de un objeto, y la materia contribuiría con la sustancia subyacente o el sustrato físico. Dentro de este razonamiento teleológico, la concepción de los seres humanos también se entendía a través de la interacción entre el principio activo y el

principio pasivo, en donde el hombre aportaba el principio activo, el alma, pues es el único que fabricaba esperma, y la mujer aportaba la materia, el principio pasivo, que, dentro de la filosofía aristotélica, podía ser cualquier tipo de residuo orgánico exánime interno en el cuerpo de la mujer que, al entrar en contacto con la forma, se convertía en un embrión. En la medida en que la simiente solo procedía del varón, y la mujer ejercía de receptáculo, Aristóteles planteaba que cada uno de los lados de la matriz femenina estaba destinado a la gestación de uno de los sexos concretos, así, cuando el esperma se alojaba en la parte derecha de la matriz, el proceso de gestación engendraría un niño, y cuando se había alojado en la parte izquierda, se gestaría una niña (Aristóteles, 2008, 2014).

Tanto Aristóteles como los filósofos hipocráticos reconocieron la importancia del placer sexual en la reproducción aunque sus enfoques y teorías diferían en aspectos cruciales (Laqueur, 1994). Si bien Aristóteles sostenía que tanto hombres como mujeres experimentaban placer sexual, había diferencias en la intensidad y naturaleza de este placer debido a las funciones activas y pasivas que atribuía a cada sexo en la reproducción. Para este filósofo, el placer sexual estaba asociado con la emisión del semen, el principio formativo, razón por la cual los hombres sentían placer y eran generadores de ello, mientras que en las mujeres el placer se relacionaba con la recepción de dicho semen. Se podría decir que el placer en la mujer era una consecuencia del placer que generaba el varón al verter el esperma en su cuerpo, por lo que esta podría concebir sin sentir placer al no generar ella placer por sí misma, pero lo normal es que ambos lo experimentaran (Aristóteles, 2008). Por otro lado, los filósofos hipocráticos y sus continuadores tenían una visión más simétrica del placer sexual, pues tanto desde la anatomía femenina como desde la masculina se producía el germen, y el placer sexual se relacionaba con la liberación de estos fluidos necesarios para la concepción, por lo que hombres y mujeres podían tener deseo sexual (Galeno, 2010; Laqueur, 1994). No obstante, aunque el enfoque aristotélico partiera desde una perspectiva teleológica y el de los pensadores hipocráticos reflejara una comprensión más fisiológica, ambas perspectivas coincidían en que el placer sexual era una parte integral del proceso reproductivo que incentivaba la copulación, y tenía un objetivo funcional esencial que aseguraba la procreación de la especie (Aristóteles, 2008, 2014; Galeno, 2010; Laqueur, 1994).

Como se ha podido comprobar hasta el momento, las teorías reproductivas originadas en la Antigüedad clásica, tanto las de procedencia hipocrática como las aristotélicas, fueron utilizadas no solo para explicar la biología humana, sino que también formaron parte de una visión filosófica más vasta, tanto causal como interpretativa, sobre la conformación de los roles de género en la cultura griega y del reconocimiento social de cada uno de ellos, reforzando y justificando las desigualdades biológicas y sociales entre hombres y mujeres. El supuesto de que los hombres, dependiendo del enfoque filosófico, eran los únicos que aportaban la simiente en la concepción, o quienes aportaban el fluido más valioso, no era sino el reflejo del poder político y del valor social que se le otorgó a cada género en un contexto de dominación masculina, como fue el de la Grecia clásica (Laqueur, 1994). De igual manera, la visión hipocrática de los dos espermatozoides mantuvo que tanto hombres como mujeres de mayor virtud eran aquellos cuyas corporeidades se ajustaban a un patrón morfológico concreto: el varón masculino y viril y la mujer femenina y delicada, manifestando las expectativas sociales sobre lo que se valoraba en cada uno de los géneros, y considerando menos válidas aquellas fisiologías intermedias en las que se encontraban los hombres afeminados y mujeres virago (Hipócrates, 1986b). Así, estas teorías no solo explicaron las diferencias entre las anatomías masculina y femenina, sino que también justificaron las asimetrías sociales entre los géneros y la censura hacia los cuerpos y comportamientos no normativos.

1.2. La sexualidad en la Antigüedad como reflejo de las jerarquías de género

Para comprender plenamente el desarrollo de las diferencias de género en la Antigüedad clásica es crucial destacar que dentro del contexto de esta filosofía androcéntrica de un único sexo, la asignación desigual de poder y estatus entre hombres y mujeres permeaba no solo la estructura social y política o las teorías médicas sobre la reproducción, sino también las relaciones sexuales (Cixous, 1995; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a; Pérez Miranda, 2014; Rueda Gámez, 2020), las que eran consideradas, para el varón libre, una parte fundamental en el cuidado de su salud al igual que lo podían ser los hábitos alimenticios o la práctica de ejercicio físico (Foucault, 2003a).

Foucault argumenta que las antiguas sociedades grecorromanas tenían sistemas de clasificación y control de la sexualidad diferentes a las ordenaciones modernas; las relaciones eróticas y los placeres no se organizaban en torno a identidades cerradas como lo que conocemos bajo los términos actuales de homosexualidad o heterosexualidad, sino que se articulaban en torno a prácticas y roles sociales (Bullough, 1980; Foucault, 2003a). Encontramos que el uso de la sexualidad estaba muy asociado con el poder y se fundamentaba en la distinción del sujeto activo y el pasivo en términos de penetración, por ello, se diferenciaba el desempeño de un rol activo relacionado con la masculinidad, quien ejercía de sujeto de la actividad sexual, y, por otro lado, un rol pasivo hacia quien se ejerce la actividad sexual, el objeto del placer, en donde se incluía la feminidad por ser relativa a las mujeres, pero que era extensivo a la juventud y a los estatus sociales inferiores. Por ejemplo, en Grecia la relación entre un hombre adulto y un varón adolescente no estaba necesariamente vinculada con la orientación sexual, sino más bien con el ejercicio de autoridad, una forma de mentoría y de cultivación de las capacidades intelectuales (Dover, 2008; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a; Pérez Miranda, 2014). Los hombres adultos, en particular aquellos de origen ciudadano, con propiedades y derechos políticos, tenían funciones que se esperaba que desempeñaran en la sociedad, y que estaban intrínsecamente relacionadas con su posición activa y dominante en comparación con los roles pasivos asignados a las mujeres y los jóvenes. Así, se esperaba del hombre adulto que adquiriera un papel activo, incluso dentro de las relaciones sexuales, ya fuesen con mujeres o con otros hombres jóvenes (también libres y aristócratas), pues lo que realmente cuestionaba su virilidad era la pasividad sexual, asociada con la impotencia política y la incapacidad de ejercer el poder (Boswell, 1998; Dover 2008; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a). Por su parte, a aquellas identidades que estaban excluidas de las estructuras de poder, como eran las mujeres, los varones jóvenes o los esclavos, no se les demandaba adoptar un rol activo en las relaciones sexuales, de lo contrario, era algo que no les estaba permitido, estando el papel sexual de las mujeres circunscrito al ámbito reproductivo (Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a; Laqueur, 1994; Pérez Miranda, 2014).

En la antigua Grecia, las relaciones sexuales como parte integral de la vida, si bien estuvieron asociadas a significaciones positivas, también fueron objeto reflexión filosófica, estuvieron profundamente estructuradas, respondieron a códigos morales arraigados en la sociedad, y su práctica estuvo sujeta a fórmulas de austeridad y medida, sin que el varón llegara a ser esclavo de sus pasiones. Pero, como ya se adelantó, toda esta reflexión filosófica estaba hecha por y para hombres libres, y lo que realmente se regulaba era el comportamiento que debía mostrar el ciudadano adulto en relación con los diferentes placeres (Dover 2008; Foucault, 2003a). El deseo sexual, como práctica natural, era incentivado otorgando al varón libre autonomía para elegir tener relaciones sexuales tanto con otros hombres como con mujeres jóvenes⁵, sin embargo, lo que sí estaba sujeto a regulación era el principio de la moderación (Dover, 2008; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a). Se consideraba deshonroso aquel individuo que no ejercía control sobre sus impulsos, ya fueran eróticos o de otra naturaleza, pues el autocontrol era altamente valorado, ya que se entendía como la capacidad de gobernarse a sí mismo, y se sostenía que aquellos incapaces de ejercer tal control sobre sí mismos tampoco podrían hacerlo sobre el gobierno de su casa y la sociedad en su conjunto, incumpliendo así sus funciones políticas. Dentro de esta moralidad, la atracción hacia las mujeres estaba justificada porque era necesaria para asegurar la perpetuación de la especie humana, pero no dejaba de ser una relación imperfecta ya que la mujer era inferior al varón física e intelectualmente, por lo que este, como ser superior, y en aras de avanzar hacia la virtud o *areté*, la cultivación de su alma y una adquisición de mayor sabiduría, buscaría la relación con otros hombres libres al ser una relación más noble, más perfecta (Dover 2008; Foucault, 2003a), que *“establece entre ellos simetría e igualdad”* (Foucault, 2003a: 147).

Cuando hablamos de la permisividad de las relaciones homoeróticas en la Antigüedad griega debemos tener en cuenta que, dentro de unas pautas morales que estipulaban, entre otras, la moderación en su práctica, las relaciones que estaban aceptadas y que fueron motivo de

⁵ Esto quiere decir que para el varón adulto existía plena libertad sexual fuera del matrimonio con su mujer. Podía mantener relaciones sexuales con otros muchachos jóvenes, prostitutas o concubinas (Foucault, 2003a; Fernández Aller, 2016). Como señala Demóstenes (en Fernández Aller, 2016: 243): *“tenemos cortesanas para nuestro placer, concubinas para el servicio diario de nuestros cuerpos, y esposas para criar hijos legítimos y mantener una leal vigilancia sobre los bienes de nuestras casas”*.

interés y reflexión eran las referidas al homoerotismo masculino, mientras que las relaciones entre mujeres no tenían cabida en la sociedad (Dover, 2008; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a; Pérez Miranda, 2014). Pero tampoco nos referimos al sexo de cualquier varón, sino que concretamente hablamos de relaciones entre un hombre adulto libre (*erastés*) que actuaba no solo de amante sino también como mentor de un muchacho joven (*erómenos*) también libre; un tipo de relación que se conoció bajo el nombre de pederastia, que estuvo muy institucionalizada y culturalmente elaborada. El primero, el *erastés*, era un hombre que ejercía un rol activo, tanto en el sexo como en la sociedad, y el segundo, el *erómenos*, cumplía un rol pasivo, pero no era afeminado sino viril, y, como varón libre que era, en un futuro sería un ciudadano de pleno derecho, y ejercería el gobierno de sí mismo y su de familia, pasando a desempeñar un papel activo (Dover, 2008; Fernández Aller, 2016; Foucault, 2003a).

Muy diferente fue la administración que se hizo del placer homoerótico femenino al tratarlo, prácticamente, como un tema tabú en una sociedad en la que la sexualidad de las mujeres les pertenecía a los hombres y no a ellas (Cixous, 1995; Dover, 2008; Fernández Aller, 2016; Pérez Miranda, 2014). Hay que tener en cuenta que, con anterioridad al periodo clásico, en algunas épocas y lugares de Grecia, como fueron Lesbos o Esparta durante un periodo entre los siglos VII-VI a.C., se llegaron a aceptar las relaciones eróticas entre mujeres, ya fuera como una forma de mentoría o como relaciones más estables. Después de ese momento, con el advenimiento de toda la corriente de pensamiento médico-filosófica clásica que se generó, el homoerotismo femenino fue extensivamente considerado a la par con todo lo que tenía que ver con la mujer y con su cuerpo, es decir, dominado o ignorado, y si se reparó en ello fue porque, de alguna manera, podía hacer sombra al lugar que ocupaba la sexualidad masculina, considerando a las mujeres que mantenían relaciones sexuales entre sí peligrosas e incontrolables. La principal razón por la que las relaciones entre mujeres fueron censuradas es porque este tipo de prácticas no cumplían con el rol pasivo y de feminidad asociado a su género, sino que, de lo contrario, la mujer usurpaba el papel activo del hombre y ponía en cuestionamiento la supremacía masculina y el sistema de sexo-género establecido (Cantarella, 1992; Fernández Aller, 2016; Martos Montiel, 1996; Rueda Gámez, 2020).

Las pautas sexuales descritas hasta aquí, correspondientes a la moralidad y filosofía de la Grecia antigua, fueron regulando el uso del placer en la sociedad occidental circundante en los siglos sucesivos, y aunque la posterior cultura romana llegaría a adoptar, con el tiempo, una visión parecida en cuanto a las formas permitidas de la sexualidad, también se desarrollaron diferencias que tenían que ver con la razón subyacente de dichas prácticas, influenciadas, ulteriormente, por un incipiente cristianismo que promovía la vigilancia y el control de sí mismo en la práctica erótica (Boswell, 1998; Foucault, 2003b). Por ejemplo, mientras que en la sociedad griega, el placer sexual era visto en un contexto más amplio de la ética y la moral, y se consideraba como parte integral de una vida virtuosa, en la sociedad romana, de mentalidad más práctica, el placer sexual estuvo más vinculado a la reproducción, la satisfacción personal y al hedonismo, aunque igualmente se regulaba a través de normas sociales y morales (Boswell, 1998; Cantarella, 1992; Foucault, 2003b; Langlands, 2006).

La sociedad romana también fue altamente patriarcal, y la virtud, o virilidad en el hombre libre, estuvo basada en ejercer correctamente de *pater familias*, el padre de la familia, y en el ideal de gobernarse a sí mismo y actuar de autoridad absoluta dentro de su familia, mujer, descendientes y esclavos, teniendo potestad, incluso, sobre sus vidas (Cantarella, 1992). Esta autoridad también se extendía en los placeres sexuales, en donde la sexualidad era promovida por la religión romana y la reproducción se consideraba una parte fundamental para el buen funcionamiento del Estado (Strong, 2016), encontrando, nuevamente, en la moderación una virtud, pues lo que era reprobable era entregarse al exceso. El ciudadano romano tenía plena libertad sexual, la prostitución estaba legalizada y el homoerotismo masculino permitido, que no idealizado como sí pasó en la vecina Grecia, siendo normal que el hombre libre pudiera tener deseo sexual con mujeres o con otros muchachos adolescentes siempre y cuando estos pertenecieran a un estatus inferior al suyo, es decir, las relaciones eróticas no se permitían entre hombres libres o con otras mujeres libres que no fueran las suyas, pero sí con esclavos y esclavas, y prostitutas. Por esta razón, en cuanto al homoerotismo masculino, el modelo griego de pederastia estaba prohibido dentro de la sociedad romana, la cual protegía al joven ciudadano de la penetración por parte de otro hombre, pues el cuerpo del hombre libre se

consideraba sagrado y no podía ser un objeto sexual pasivo (Boswell, 1998; Cantarella, 1992; Foucault, 2003a, 2003b; Strong, 2016).

Por su parte, la sexualidad en las mujeres siguió subyugada a su papel dentro de la familia, al servicio del *pater familias* y a la reproducción, esperándose de ellas que fueran castas y moderadas. De hecho, en la sociedad romana existían distintos cultos y rituales religiosos relacionados con la fertilidad, destinados a canalizar la sexualidad femenina y el rol de las mujeres según un ideal específico: el de madre y esposa fiel. Estos cultos cumplían una función social reguladora que moldeaban a una mujer con un deseo sexual escaso, en donde se reforzaba el ideal de mujer casada que debía anteponer sus deberes maternos y maritales por encima de cualquier otra faceta personal (Cantarella, 1992; Langlands, 2006; Nussbaum, 2002). Las relaciones entre mujeres tampoco dejaron de ser consideradas actos antinaturales y no tenían cabida dentro de la sociedad latina, en donde cualquier penetración de una mujer a otra, por los medios que fueran, usurpaba el papel del varón (Cantarella, 1992; Foucault, 2003b; Langlands, 2006; Nussbaum, 2002).

2. Varios géneros en un único sexo: las rupturas sexo-genéricas dentro del paradigma dominante desde la Antigüedad hasta el Renacimiento

Dentro de las fronteras del paradigma del sexo único, como forma dominante de asumir el cuerpo, Leah DeVun, al igual que Laqueur o Fausto-Sterling, asegura que bajo este modelo médico-filosófico hipocrático comenzado a desarrollarse en el siglo V a. C., e institucionalizado por Galeno, se entendía que una misma esencia corporal podía albergar diferentes interpretaciones de sus formas, dando lugar a varios géneros, que iban desde hombres masculinos hasta mujeres femeninas, y que comprendían diversas posiciones intermedias entre uno y otro extremo (DeVun, 2018; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994). Hemos de entender que las categorías de hombre o mujer proporcionaban una posición social, un estatus, y estaban asociadas con determinadas características políticas. Por ejemplo,

durante la Antigüedad se entendían por tales a hombres y mujeres libres, con lo que la condición de esclavitud se quedaba excluida de esa clasificación, pues su género no importaba al ser intrascendente en términos políticos, lo que nos lleva, de nuevo, a evidenciar que el género no solo se asociaba a una forma anatómica sino a formas de poder (Foucault, 2003a; Laqueur, 1994). De igual manera, dentro del espectro abarcado entre los hombres masculinos y las mujeres femeninas se encontraba toda una suerte de géneros que incluían a los afeminados, a las mujeres virago e, incluso, a aquellas personas que poseían órganos sexuales ambiguos (DeVun, 2018; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994).

Una de las muestras más evidentes de que durante la Antigüedad y la Edad Media no existió una dicotomía radical anatómica a la hora de entender el sexo, es que durante este periodo no se hizo, ni mucho menos, caso omiso de lo que hoy se conoce como intersexualidad, asumida entonces bajo los términos de hermafroditismo o androginia, es decir, la presencia simultánea de características sexuales masculinas y femeninas en un mismo cuerpo (Delcourt, 1970; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994). Previo a que la modernidad irrumpiera en la sociedad occidental junto con la racionalidad sexológica, y las personas intersexuales dejaran de ser un género independiente, teniendo que adscribirse dentro de unos de los dos sexos disponibles, se puede afirmar que la existencia de individuos andróginos o con caracteres sexuales ambiguos fue una posibilidad, no solo dentro del imaginario de las figuras mítico-religiosas sino también para los propios seres humanos durante la época Antigua y el Medievo (Delcourt, 1970; Fausto-Sterling, 2006; Foucault, 2000, 2007a; Paré, 1993 [1575]; Pueyo, 2016; Rolker, 2014; Vázquez García y Moreno Mengibar, 1995).

Podemos hablar de diferentes acercamientos hacia el entendimiento del cuerpo sexuado que se desarrollaron durante la Antigüedad clásica y que influyeron en la comprensión y posterior interpretación de la existencia de la androginia. Aristóteles ya hablaba, para estos casos de hermafroditismo, de una aportación insuficiente de materia (principio pasivo) por parte de la mujer, en el momento de la concepción, para formar gemelos, pero sobrante para formar un solo ser, que se condensaba en una criatura con genitales duplicados. Mientras, Galeno, proveniente de la tradición hipocrática, establecía un continuo entre lo íntegramente masculino

hasta lo plenamente femenino, en donde intervenía tanto fuerza de las semillas que aportaban el hombre y la mujer, como la ubicación del embrión en el útero (Delcourt, 1970; DeVun, 2018; Fausto-Sterling, 2006). Pero ante la falta de explicaciones médicas o biologicistas que pudieran ilustrar de forma complaciente por qué sucedía un acontecimiento sobrenatural de este tipo, fue la explicación mediante lo esotérico y la religión lo que proporcionó marcos de referencia comprensibles ante la existencia de seres con características sexuales ambiguas, como, por ejemplo, el mito de Hermafrodito, y otros relatos como la historia de Tiresias (Delcourt, 1970; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994; Ovidio, 2005; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995). Dentro de estas interpretaciones, el mito de Hermafrodito⁶ es una historia de la mitología griega que relata el origen del término “hermafrodita” para referirse a seres que poseían simultáneamente características tanto masculinas como femeninas (Delcourt, 1970; DeVun, 2018; Fausto-Sterling, 2006). Con posterioridad, ya en la época romana, el historiador siciliano Diodoro, escribió sobre Hermafrodito lo siguiente: *“unos dicen que es un dios que se manifiesta a los hombres en determinados momentos y que nació con una anatomía mixta, de hombre y de mujer. [...] Otros, sin embargo, sostienen que este tipo de criaturas son por su misma naturaleza monstruosas, y que, al venir al mundo rara vez, constituyen un presagio, unas veces de males y otras de bienes”* (Diodoro de Sicilia, 2004: 34-35). Pero el de Hermafrodito no es la única historia que habla de personas que tuvieron experiencia con más de un sexo. Puesto que tanto en las civilizaciones clásicas como durante la Edad Media y el Renacimiento se creía en la transposición de género, es decir, que una persona mutara de sexo de forma espontánea, también se generaron narrativas acordes con estas creencias y que pudieran servir de fundamento (Delcourt, 1970; Laqueur, 1994; Pueyo, 2016), como la transformación de sexo sufrida por el vidente Tiresias, primero de hombre a mujer, siendo restaurado posteriormente a su condición originaria⁷.

⁶ Ovidio, en su conocida obra *Las metamorfosis*, relata que Hermafrodito era hijo del dios Hermes y de la diosa Afrodita (de ahí su nombre), contando con una extraordinaria belleza. La historia narra que durante su viaje recorriendo Grecia, Hermafrodito paró a refrescarse en un lago, y la náyade del lago, Salmacis, se enamoró de él y quiso conquistarlo. Ante el rechazo del muchacho, Salmacis, enfadada, lo abraza fuertemente y lo arrastra hasta el fondo del lago pidiéndoles a los dioses que nunca pudiera separarse ni ella de él ni él de ella. Como resultado de su petición, los dioses fusionaron ambos cuerpos en uno solo creando así un ser de doble sexo (Ovidio, 2005).

⁷ Nuevamente, Ovidio (2005) nos ofrece la historia de Tiresias, quien, dentro de la mitología griega, es un personaje central y uno de los videntes más famosos, dotado de una gran longevidad. Ovidio cuenta que un día, mientras Tiresias

El mito de Hermafrodito se ha interpretado como una explicación de la existencia de personas con anatomía sexuales ambiguas, además de darles nombre bajo el término de hermafroditas. Las narrativas creadas sobre Hermafrodito y Tiresias dan cuenta de la consideración que se tenía de las identidades andróginas en un plano ideal, mágico, como seres de gran belleza, o con grandes capacidades como la adivinación (Delcourt, 1970; DeVun, 2018), pero en el plano de lo terrenal, el nacimiento de un ser quimérico que no obedecía a unas reglas comprensibles de la naturaleza, sino que lograba transgredirlas, quebrantaba el equilibrio del universo según la cosmovisión antigua, y desafiaba el orden social sobre roles de género. Bajo esta visión, que el hermafroditismo fuera posible en los seres humanos, no quiere decir que también fuera deseable (Foucault, 2000; Pueyo, 2016; Salamanca Ballesteros, 2007). En Grecia y en la Roma clásica hasta la república, si la existencia de deidades andróginas eran un acontecimiento extraordinario y un símbolo de grandeza al unir en una sola esencia características masculinas y femeninas, cuando esto ocurría en seres humanos solía ser motivo de recelo, perturbación y malos augurios, pues era indicativo de la ira de los dioses, y podía desembocar en el nacimiento de un ser prodigioso, tanto con poderes divinos como diabólicos, una naturaleza que era necesario desentrañar mediante la adivinación. Aunque el destino de las criaturas hermafroditas variaba según el contexto, así como de las circunstancias específicas de cada individuo, lo más normal era optar por el sacrificio del ser recién nacido, librar a la comunidad de una posible amenaza y acabar con la incertidumbre que originaba su nacimiento (Delcourt, 1970; DeVun, 2018; Salamanca Ballesteros, 2007).

A partir de la constitución del Imperio en Roma, a partir del siglo I a.C., el hermafroditismo empezó a considerarse como una malformación del cuerpo, causando más curiosidad que rechazo, desapareciendo progresivamente los rituales expiatorios. Veronique Dasen muestra cómo el escritor romano Plinio, que vivió en el siglo II a.C., apuntaba que si bien los seres andróginos o hermafroditas habían sido considerados, en épocas anteriores, prodigios motivo de sacrificio, en su época eran vistos más como objetos de placer, lo que podría traducirse

caminaba por el monte, encontró a dos serpientes copulando, y que al interrumpir el apareamiento de las serpientes, fue convertido en mujer. Tras pasar siete años como mujer, otro día, nuevamente volvió a encontrarse con las mismas serpientes en el mismo lugar. Al interrumpir de nuevo su apareamiento, fue devuelto a su forma masculina.

en que fueron explotados sexualmente y formaron parte del tráfico de esclavos (Dasen, 2002; Plinio el Viejo, 2003; Rolker, 2013). Hay que entender que el hermafroditismo no era visto, en la Antigüedad, como seres que eran mitad hombres y mitad mujeres, sino que se consideraban un género específico (Åshede, 2015; Delcourt, 1970; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994), y que durante el Imperio Romano estas figuras abarcaron, según el imaginario social, características del atractivo de mujeres y muchachos jóvenes, en lo que era el ideal de belleza como elementos de placer para el varón adulto libre (Åshede, 2015). Nuevamente volvemos a la idea de cómo se enlazaba el género con el placer, en donde el ser andrógino o hermafrodita se veía como un sujeto pasivo, y objeto del deseo del placer masculino.

El temor y la fascinación que ocasionó en la Antigüedad el hermafroditismo fue extensivo a todo el Medievo, derivando progresivamente los esfuerzos, durante este periodo y el Renacimiento, en buscar una explicación biológica de esta naturaleza monstruosa (Moreno Jiménez, 1990; Paré, 1993 [1575]; Pueyo, 2016; Salamanca Ballesteros, 2007). En la Edad Media y el Renacimiento los conceptos sobre el hermafroditismo y la determinación del sexo siguieron influenciados por teorías dispares de origen clásico que sostenían la hipótesis de los dos espermas y de la existencia de un espectro sexual continuo entre la masculinidad y la femineidad, derivado de las teorías de Galeno, complementado con la visión aristotélica que creía que el lado derecho del útero, más cálido, producía varones, mientras que el izquierdo, más frío, producía mujeres. No obstante, aunque los textos científicos propusieron teorías sobre el hermafroditismo, estos no solo se enfrentaban entre sí, sino que sus acercamientos chocaban con la visión de otros estamentos de autoridad, como lo eran el poder político o la Iglesia, cuyas suposiciones sobre el cuerpo sexuado a menudo quedaban por encima de una autoridad médica que aún ostentaba un crédito social moderado (Fausto-Sterling, 2006).

Así, a inicios de la Edad Media el hermafroditismo se seguía viendo como un acontecimiento extraordinario, interpretado a través la lógica de la superstición heredada de los relatos de la Antigüedad, en donde se aceptaba, sin saber dar mucha más explicación que lo sobrenatural, la confluencia de características sexuales masculinas y femeninas (Delcourt, 1970; Fausto-Sterling, 2006; Pueyo, 2016). Desde el ámbito religioso, también fue interpretado desde

inicios de este periodo como un signo de la voluntad divina, ya fuera como un castigo o una prueba enviada por Dios, no obstante desde el cristianismo se consideraba que, para bien o para mal, cualquier ser humano era una creación de Dios, rechazándose durante el Medievo los ritos paganos de la Antigüedad que daban muerte a la criatura andrógina (Paré, 1993 [1575]). Jacquart y Thomasset (1989) señalan que el tratado pseudo-galénico *De Spermate*, que se cree puede datar de los últimos siglos de la Edad Media, presentó teorías sobre la determinación del sexo del embrión, reflejando las creencias medievales basadas en las enseñanzas de Galeno y otros autores de la Antigüedad. Estos textos sostenían que el sexo del feto podía estar influenciado por factores como la ubicación del espermatozoide en la matriz y la interacción de las fuerzas masculinas y femeninas durante la concepción. Además, *De Spermate* describía la existencia de cuerpos sexuados intermedios, como afeminados, viragos o hermafroditas, considerados como el resultado de la debilidad de alguno de los espermatozoides, reflejando la visión clásica de la reproducción y la determinación sexual.

En el Renacimiento, persistieron creencias similares sobre la concepción de hermafroditas, y aunque hubo avances en el entendimiento anatómico que cuestionaban algunas de las ideas medievales, las teorías sobre la determinación del sexo del embrión siguieron influenciadas por la tradición galénica y aristotélica, si bien con algunas reinterpretaciones (Laqueur, 1994; Pueyo, 2016). Juan Huarte de San Juan, un médico y filósofo renacentista español, propuso en su obra *Examen de Ingenios para las ciencias*, publicada en 1575, que los hermafroditas y los afeminados se formaban por un exceso de calor durante la gestación, mientras que las mujeres masculinas, llamadas viragos, eran producto de la deficiencia de calor durante ese mismo proceso (Huarte de San Juan, 2012 [1575]). Incluso a las puertas de la Revolución Científica las creencias médicas y religiosas se siguieron entrelazando en la comprensión de fenómenos que escapaban de la lógica racional en la reproducción (Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994; Paré, 1993 [1575]; Pueyo, 2016). A pesar de los avances en el conocimiento médico y la metodología científica, muchos fenómenos, especialmente aquellos considerados anómalos o monstruosos, seguían siendo interpretados a través de un prisma que combinaba explicaciones naturalistas con componentes morales y sobrenaturales (Pueyo, 2016; Salamanca Ballesteros, 2007; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995). Los nacimientos de

personas hermafroditas, o el imaginario en donde era posible la concepción de híbridos considerados monstruosos (Paré, 1993 [1575]; Pueyo, 2016), se explicaban no solo en términos de defectos físicos o biológicos, sino también como resultados de comportamientos inmorales, o incluso como castigos divinos, sin descartar la influencia de los astros. Se creía que el coito excesivo y la búsqueda incesante de placer carnal deterioraban la calidad del esperma, incrementando así las probabilidades de engendrar criaturas débiles e imperfectas. Además, se pensaba que adoptar posturas inusuales durante el coito podía hacer que el semen se alojara incorrectamente en la matriz (Fuentelapeña, 1978 [1676]). Así, la influencia de la moral religiosa en la ciencia no solo reflejaba la visión del mundo de la época, sino que también servía para reforzar normas y valores sociales preexistentes (Mas Grau, 2014).

2.1. El hermafroditismo bajo la mirada de las leyes medievales y renacentistas

Desde el derecho canónico y civil medieval, se procedió a la naturalización del ser andrógino, el cual, como realidad anatómica que era, también debía estar sujeto a los diferentes códigos de conducta (Foucault, 2007a; Pueyo, 2016), y a consecuencias muy dispares en función de cada Estado, en caso de transgredir la ley (Fausto-Sterling, 2006). Si bien Foucault (2000) sugiere que las personas designadas con hermafroditismo pudieron ser perseguidas y quemadas en la hoguera desde la consolidación del cristianismo hasta el siglo XVI, Christof Rolker (2014) argumenta que en las leyes medievales no consta fundamento alguno para presuponer tal persecución. Lo que sí pudo ocurrir es que dichas legislaciones persiguieran aquellas personas proclamadas como falsos hermafroditas y/o quienes utilizaron ese estatus corporal para tener comportamientos sexuales y de género ambiguos, pudiendo ser acusadas de sodomitas y de tener conductas aberrantes si actuaban de manera contraria al género por el que habían optado, algo que el mismo Foucault (2000, 2007a) también señala. Fausto-Sterling asegura que *“la disposición a buscar un sitio para los hermafroditas en la teoría científica, sin embargo, no se tradujo en aceptación social. Históricamente, los hermafroditas han sido vistos a menudo como perturbadores, subversivos, o incluso fraudulentos”* (Fausto-Sterling, 2006: 51-52), aunque también señala que la hostilidad hacia

esta condición se mantuvo bastante contenida. En el caso de las personas andróginas que resolvían por la identificación masculina, era doblemente importante la determinación legal de este género “*porque hubiera constituido una seria violación de las leyes suntuarias del sexo el hecho de pretender ser un hombre y vestirse por encima de su posición*” (Laqueur, 1994: 237), (Laqueur, 1994; Rolker, 2014; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995).

Podemos encontrar que para las legislaciones civiles y eclesiásticas de la Edad Media la androginia representó, más que un asunto médico, una problemática jurídica en determinados momentos cruciales de la vida de la persona hermafrodita, pues si bien había solo un sexo anatómico, había más de un sexo social con deberes y privilegios diametralmente opuestos (Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994). La adscripción a uno de los géneros disponibles, ser hombre o mujer, era obligatoria en el momento del bautismo, responsabilidad que recaía en los padres de la criatura, pero que era posible de modificar cuando se convertía en una persona adulta, en el momento en el que debía adquirir determinadas obligaciones legales⁸ si había indicios de bisexualidad (Foucault, 2007a; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995, 1997), y ya de forma irreversible, pues de lo que se trataba es que el sujeto no estuviera cambiando continuamente su género a conveniencia, sino que se comportara acorde con uno concreto (Fausto-Sterling, 2006; Foucault, 2007a; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995, 1997). Por ejemplo, era necesario decidir si se era hombre o mujer en el momento del matrimonio, pues este no solo implicaba una unión afectiva entre dos personas, sino que también tenía implicaciones legales y sociales significativas concretas (Laqueur, 1994; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995, 1997). Dentro del contexto medieval, en donde el pecado *contra natura* estaba vigente, el matrimonio solo era posible como una unión entre un hombre y una mujer, y no se contemplaba la posibilidad de matrimonios entre personas del mismo género o ambiguas (Foucault, 2007a; Laqueur, 1994; Rolker, 2013, 2014). Pero esta adscripción no solo se ceñía a las obligaciones conyugales que rodeaban al matrimonio, sino que también podía tener implicaciones legales en cuanto a la distribución de la propiedad, la herencia u otros derechos y responsabilidades, así era exigido a una persona andrógina que

⁸ Laqueur (1994) asegura que la decisión de cambiar o elegir un sexo al cual prefería pertenecer la persona hermafrodita no fue, tal cual, una elección tan individual como lo argumenta Foucault.

tuviera definido su género en caso de, por ejemplo, ser testigo en un tribunal, pues las mujeres no podían serlo por ley (Raming, 2004; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995, 1997). A la hora de elegir el género en el que la persona hermafrodita se comprometía a vivir de por vida, Rolker señala que las fuentes del derecho canónico proporcionaban perspectivas variadas a la hora de elegir el género dominante (Rolker, 2013, 2014), considerando como criterios las indicaciones visuales (por ejemplo, tener o no tener barba, o el órgano sexual que tuviera más desarrollado), el comportamiento de género que una persona desarrollaba (el realizar con asiduidad actividades propias de un hombre o de mujer), o la preferencia sexual (el rol pasivo o activo que podía desempeñar) (Raming, 2004; Rolker, 2014). En aquellos casos en los que no había un género predominante de forma clara, existía la opción legal de que los hermafroditas pudieran elegir su género libremente mediante juramento (Rolker, 2014).

3. Concepciones del cuerpo, el género y la sexualidad en la Edad Media. Lo irrefutable del sexo único a la hora de interpretar los roles sociales

Vamos a encontrar que durante el amplio periodo que duró la Edad Media, las concepciones sobre el cuerpo sexuado heredadas de la Antigüedad no fueron, ni mucho menos, reformuladas, manteniéndose la teoría de que hombres y mujeres compartían la misma anatomía y que, esencialmente, la mujer era inferior al hombre. No obstante, bajo la mirada vigilante de la doctrina cristiana, se reinterpretaron algunos fundamentos de la representación social del género, sobre todo del femenino, habiendo, además, una transformación en la forma que se entendía la sexualidad y en aquello que les era permitido a hombres y mujeres (Bullough, 1980; Jacquart y Thomasset, 1989; Laqueur, 1994). Si habíamos comprobado que durante la Edad Antigua la sexualidad de las mujeres fue objeto de escaso interés, siempre apartada de las reflexiones filosóficas y trasladada a un segundo plano en detrimento de la atención sobre la sexualidad masculina, no ocurriría tal cosa con la llegada de Medievo. De forma contraria, en la cultura europea posterior a las civilizaciones

clásicas, tanto las jóvenes solteras como las mujeres casadas pasaron a convertirse en una preocupación central, aunque por motivos manifiestamente diferentes a los que lo fue la sexualidad masculina en periodos anteriores. Junto al renovado interés en el placer femenino y el control de un impulso sexual excesivo en la mujer, el advenimiento de una nueva moralidad cristiana trajo consigo una progresiva consolidación de los austeros valores medievales en Europa, y un cambio significativo en la forma en que se entendía y se debía practicar la sexualidad también dentro de la masculinidad (Boswell, 1998; Foucault, 2003b; Jacquart y Thomasset, 1989).

La castidad y la abstinencia sexual, tanto en hombres como en mujeres, se habían convertido en virtudes fundamentales para los *Padres de la Iglesia*⁹, promoviéndose una visión más restrictiva y represiva de los placeres y el erotismo. Las prácticas de cuidado se reorientaron hacia el control y la regulación de los deseos sexuales, en línea con los preceptos cristianos de castidad y pureza, en donde dentro de la consideración de que el acto sexual era necesario para la reproducción, también se calificaba de dañino para el organismo por la violencia a la que era sometido el cuerpo, y por el desperdicio del semen masculino, un fluido esencial para la generación de la vida (Foucault, 2003b; Jacquart y Thomasset, 1989; Moreno Jiménez, 1990). La Edad Media, de esta manera, destierra, o pretende hacerlo, la significación positiva atribuida al placer en la Antigüedad, así como el ideal homoerótico masculino y la permisividad de prácticas como la prostitución, y asocia el acto sexual con el mal y el pecado, restringiéndolo no solo al matrimonio monógamo, si no que, dentro de las obligaciones conyugales, la actividad sexual debería tener un fin meramente procreativo (Brundage, 1987; Foucault, 2003b; Jacquart y Thomasset, 1989; Moreno Jiménez, 1990). Se irá constituyendo, en este contexto, el pecado *contra natura* referido a aquellos actos sexuales considerados contrarios a la ley natural, esto es, las prácticas que no conciernen al hombre y a la mujer para el fin reproductivo ni en la posición precisa que los humanos han recibido de la naturaleza: frente a frente y con el hombre encima de la mujer. Sería conocida la sodomía

⁹ Se denomina *Padres de la Iglesia* a un grupo de teólogos y escritores de los primeros siglos del cristianismo, conocido como el periodo patrístico, cuya doctrina y escritos se consideran fundamentales para la formación y desarrollo de la teología y la doctrina cristiana posteriores.

como el principal acto *contra natura*, entendida como cualquier forma de actividad sexual no procreativa, ya fuera entre personas del mismo sexo, sexo oral o anal entre hombres y mujeres, e, incluso el sexo con animales, por ser un pecado grave y un delito contra Dios y la naturaleza, asociado a la impureza y la depravación (Boswell, 1998; Brundage, 1987; Bullough, 1980; Foucault, 2003b).

No obstante, hay que tener en cuenta que las sociedades medievales europeas no constituían un corpus uniforme, y que las nuevas tesis teológicas acerca de la moral sexual fueron asumidas y consumadas de diferentes maneras, en ocasiones de forma muy laxa o rechazadas, en función de las normas consuetudinarias y prácticas ya existentes, y, como cualquier práctica social, lejos de permanecer estáticas, sufrieron cambios a lo largo del extenso periodo que ocupó la Edad Media. Lo que sí se podría asegurar es que la nueva moral religiosa intentó implantar, por todos los medios, el pensamiento de que el placer corporal era un acto impuro, y que había que velar por la salvación el alma, pues esta tenía mayor importancia que el cuerpo. Aun así, no faltaron regímenes de salud que, esquivando los preceptos religiosos y bajo la estela de la Antigüedad, o siguiendo la influencia de médicos árabes, sí ofrecieron reflexiones pedagógicas sobre el deseo sexual y la reproducción, si bien normalmente tras un vocabulario velado y lleno de metáforas (Boswell, 1998; Brundage, 1987; Bullough, 1980; Jacquart y Thomasset, 1989).

James Brundage señala dos periodos diferenciados en la relación que tomó la Iglesia en cuanto al control de las prácticas sexuales, periodos que tienen su punto de inflexión a finales del siglo XI y principios del XII (Brundage, 1987). Durante los primeros siglos del Medievo los *Padres de la Iglesia* se centraron en exaltar la abstinencia sexual y la virginidad como ideales cristianos más elevados, en donde el fin último del acto sexual era la procreación. No obstante, esa doctrina encontró una férrea resistencia en las tradiciones paganas de los pueblos germánicos, cuyas prácticas sexuales —en donde se incluían la poligamia, el matrimonio a temprana edad o el concubinato—, tan opuestas a la disciplina patristica, no empezarían a remitir si no con el paso de los siglos, fortaleciendo la religión, paulatinamente, una influencia acorde con sus ideales. A partir del siglo XI, la Iglesia empezó a buscar un

mayor control sobre las prácticas sexuales, una vigilancia ejercida a través de reformas eclesiásticas que establecieron normas estrictas sobre los placeres de la carne, ampliando la jurisdicción religiosa sobre cualquier actividad sexual. Para ello se crearon tribunales eclesiásticos con el fin regular tanto la moralidad pública como privada, se introdujeron compilaciones canónicas que abarcaban temas como la conducta sexual y el matrimonio, y se establecieron principios fundamentales, como la imposición del matrimonio monógamo, la indisolubilidad del vínculo matrimonial, la libertad de decisión en el matrimonio, la exogamia matrimonial y la condena de toda relación sexual fuera del matrimonio (Brundage, 1987; Boswell, 1998; Bullough, 1980). Actos como la fornicación, el concubinato o el incesto, considerados *contra natura*, fueron prohibidos, y en el caso de las relaciones homosexuales entre hombres o mujeres, el sexo anal y otras prácticas sodomíticas que no tuvieran como fin la reproducción dentro del matrimonio, podían ser castigadas severamente, incluso con la hoguera (Brundage, 1987; Bullough, 1980).

Durante la Edad Media, un periodo que siguió manteniendo una fuerte cultura patriarcal y misógina, las relaciones de género entre hombres y mujeres fueron delimitadas por parte de la religión y de un sistema feudal que consiguieron mantener un orden social jerárquico heredado de la Antigüedad. La moral cristiana promovía una visión del mundo que justificaba la subordinación de las mujeres a los hombres mediante argumentos teológicos, mientras que las leyes y normas sociales regulaban estrictamente la conducta femenina (Della Bianca, 2013; Deschner, 1993; Fuchs, 1996). La doctrina eclesiástica proyectó la función de las mujeres en dos roles arquetípicos, representados por las figuras bíblicas de María y de Eva, que las representaba en términos dualistas contraponiendo la virtuosidad del alma con la impureza del cuerpo. María, la Virgen, simbolizaba la castidad, la obediencia y la abnegación, la fiel esposa que se ocupa de la familia, siendo el ideal femenino al que las mujeres debían aspirar; en contraste, Eva representaba la tentación, el pecado y la desobediencia, encarnando la fuente de la caída del hombre. Estos dos modelos influyeron profundamente en la percepción y el tratamiento de las mujeres, quienes eran veneradas como madres y cuidadoras si se aproximaban al ideal mariano, pero también eran objeto de sospecha continua y de control si se consideraba que encarnaban las características de Eva (Deschner, 1993).

La moralidad, la doctrina y la organización de la Iglesia cristiana estaban fundamentadas en la idea de que el celibato era superior no solo al placer sexual sino al mismo matrimonio, en donde el amor físico conyugal también era visto con recelo, pues, en esta relación, la mujer se percibía como un riesgo potencial que podía desviar al esposo, o a cualquier otro hombre, de sus deberes religiosos y su devoción por Dios. La mujer, por tanto, era vista no solo en términos de su rol reproductivo y doméstico, sino también, y sobre todo, como una posible fuente de tentación y desviación moral (Brundage, 1987; Deschner, 1993; Jacquart y Thomasset, 1989). Desde una perspectiva teológica y cultural medieval, la naturaleza humana se consideraba más completa y perfecta en el varón, reflejándose en una visión de las mujeres como más propensas a tener defectos morales (Deschner, 1993; Laqueur, 1994), por ello, los monjes y teólogos medievales, al escribir sobre la ética religiosa, se enfocaban en detallar los defectos asociados con las mujeres, en donde se les atribuía una larga lista de características negativas, tales como la debilidad, la tentación al pecado, su sexualidad excesiva o la falta de racionalidad. Esta literatura escolástica contribuyó a justificar y perpetuar la subordinación de las mujeres en la sociedad medieval (Deschner, 1993).

En cuanto a su situación jurídica, hay que remarcar que la sociedad medieval también administraba y definía estrictamente los roles de género desde el derecho civil, no solo desde el canónico, en donde se prescribían las responsabilidades y las libertades en cada uno de los géneros (Della Bianca, 2013; Deschner, 1993; Laqueur, 1994). Como ya se había adelantado en el apartado anterior en los casos de hermafroditismo, era obligatorio para una persona con caracteres sexuales ambiguos que se adscribiera a uno de los géneros reconocidos, pues los privilegios y las obligaciones que adquiriría, una vez que llegaba a la edad adulta o se casaba, eran muy diferentes dependiendo de si era identificado como un hombre o como una mujer (Laqueur, 1994; Raming, 2004; Rolker, 2014; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995, 1997). Dentro de esta sociedad feudal, la incapacidad jurídica de las mujeres era un hecho, y fue respaldada como verdad indiscutible por las ideas de juristas católicos como Santo Tomás de Aquino, según el cual, por naturaleza, debían mantenerse en una posición secundaria y buscar el sostén masculino, ya que se les consideraba irracionales e incapaces (Deschner, 1993). Las prescripciones de una moral cristiana que permeaba todos

los ámbitos del derecho restringían la labor de los roles femeninos al ámbito privado al no considerarlas idóneas de desarrollar otra función que no fuera la reproductiva, confinándolas e impidiendo su capacidad de actuar en el ámbito público. Legalmente las mujeres no podían poseer propiedades de manera independiente, ejercer la tutela legal de sus hijos, participar en actividades legales significativas, ser testigos en un juicio o acceder a la mayoría de las profesiones (Deschner, 1993; Guerreau Jalabert, 1990). De igual manera, no se les consideraba un sujeto de derecho, no eran dueñas de su propia identidad en términos jurídicos, pues cualquier agresión que sufriera una mujer era vista como una ofensa contra su familia, no contra ellas mismas, por lo que la compensación, si la había, tampoco recaía en ellas (Guerreau Jalabert, 1990).

3.1. La medicina medieval en la comprensión del cuerpo sexuado

Durante todo el periodo medieval, más que por su capacidad de proponer nuevos conocimientos, el saber médico estuvo centrado en desentrañar las aportaciones realizadas por los autores clásicos en cuanto a la comprensión del cuerpo, si bien adaptándolo a una mirada medieval profundamente invadida por perspectivas filosóficas y teológicas que limitaban su desarrollo independiente y empírico. Las estructuras de poder y las normas de género de la sociedad de la época también se reflejaban en la perspectiva androcéntrica de la medicina del Medievo, leyendo el cuerpo en clave masculina y dando como resultado un enfoque desequilibrado e incompleto del cuerpo de la mujer (Jacquart y Thomasset, 1989; Laqueur, 1994). En consonancia con la creencia de que existía un único sexo y que hombres y mujeres compartían los mismos genitales, los tratados médicos llegaron a centrarse en el cuerpo masculino tanto en términos de descripción anatómica como en la discusión de las prácticas sexuales y sus implicaciones para la salud (Laqueur, 1994; Jacquart y Thomasset, 1989; Moreno Jiménez, 1990). Según Moreno Jiménez (1990), los debates del mundo antiguo sobre las dos principales teorías de la creación de espermatozoides también dominaron las teorías de la medicina medieval, reflejando la percepción de los géneros y la supremacía de uno sobre el otro. Las reformulaciones de los supuestos hipocrático-galénicos, que postulaban la existencia de una doble simiente, con un espermatozoides femenino que, si bien más imperfecto,

también era esencial para la fecundación, frente a la teoría aristotélica, que consideraba al esperma un fluido exclusivamente masculino, no solo abordaban cuestiones científicas, sino que también perpetuaban las ideas sobre la inferioridad y el papel secundario de la mujer en la reproducción y en la experiencia sexual. La disputa entre galenistas y neoaristotélicos se prolongó durante toda la Edad Media y el Renacimiento, afectando a nociones de distinta índole; por ejemplo, si las tesis aristotélicas negaban a la mujer cualquier capacidad generativa, también le restaron el derecho a sentir placer durante el acto sexual (Laqueur, 1994; Vázquez Jiménez, 2015). Igualmente, la fisiología y la experiencia sexual femenina recibían menos atención, como lo fueron las relaciones entre mujeres o la masturbación femenina, no generando una preocupación tan desproporcionada por preservar su esperma, como sí lo fue el masculino debido a su mayor valor generativo percibido (Jacquart y Thomasset, 1985 y Moreno Jiménez, 1990). No obstante, aunque las tesis aristotélicas no dejarían de influenciar el pensamiento filosófico, incluso, más allá del triunfo de la Revolución Científica, los argumentos sobre la existencia del doble esperma se impusieron ya desde la Edad Media en la mirada de la medicina de la mano de médicos como Avicena o Averroes (Laqueur, 1994; Vázquez Jiménez, 2015).

4. El periodo renacentista y los inicios del pensamiento científico: nuevos conocimientos en anatomía, misma comprensión del cuerpo

Superada la Edad Media, el Renacimiento supuso una transformación y un avance significativo en el conocimiento en su conjunto durante los siglos XV y XVI. Aunque todavía a caballo entre el saber medieval y el pensamiento positivo, las nuevas tesis renacentistas sentaron las bases para una Revolución Científica que transformaría profundamente el conocimiento y el estudio de la fisiología humana. El campo de la anatomía se caracterizó por un renovado interés en la observación sistemática y el estudio del cuerpo humano, mientras que dentro de la medicina primó la relectura de textos clásicos de Hipócrates, Aristóteles o Galeno que comenzaron a ser interpretados de manera crítica (Laqueur, 1994; Moreno

Jiménez, 1990; Taton, 1972). Dentro de este periodo histórico de cambio resultaron centrales las figuras de científicos contemporáneos como Paracelso, Ambroise Paré, Andrés Vesalio, Nicolás Copérnico o Leonardo da Vinci (Laqueur, 1994; Sobel, 2012; Taton, 1972).

Paracelso, médico, alquimista y astrólogo suizo, fue pionero en el uso de sustancias químicas y minerales para tratar enfermedades, lo que le llevó a ser considerado el padre de la toxicología. Personaje cardinal en la medicina renacentista, fue crítico de la medicina escolástica y galénica, rechazando la teoría humoral y el tratamiento de enfermedades mediante sangrías y purgas, introduciendo un enfoque empírico en la investigación médica (Jung, 2023; Salamanca Ballesteros, 2007). Destacó también el trabajo de Paré, médico francés conocido por revolucionar el campo de la medicina con sus innovaciones en la cirugía, el tratamiento de heridas y amputaciones, y el diseño de material quirúrgico y prótesis ortopédicas (Vaquero, Del Río y San Norberto, 2018; Taton, 1972). Vesalio, con su obra *De humani corporis fabrica*, de 1543, un texto fundamental que estableció las bases para la anatomía moderna, promovió la práctica de la disección humana como una herramienta esencial para el estudio del cuerpo, o Leonardo da Vinci, con sus detallados estudios de la anatomía, transformaron el conocimiento médico al proporcionar descripciones precisas basadas en observaciones empíricas del cuerpo humano, así como en la disección de cadáveres, desafiando la autoridad establecida por Galeno hacía más de 1000 años (García Guerrero, 2012; Laqueur, 1994; Taton, 1972). Uno de los descubrimientos que, sin duda, caracterizó a este periodo fue la formulación la teoría heliocéntrica de Nicolás Copérnico, publicada en su libro *De Revolutionibus Orbium Coelestium* en 1543, el cual se ha considerado como el hito fundacional de la Revolución Científica y, en particular, de la revolución en la ciencia astronómica, desplazando la centralidad de Dios de las tesis cosmológicas al proponer que las leyes naturales eran las que podrían regir el universo. No obstante, la recién proclamada teoría heliocéntrica tuvo que enfrentar una resistencia significativa, especialmente por parte de la Iglesia, que consideraba el geocentrismo una interpretación de las sagradas escrituras, acorde con otros argumentos filosóficos de la Antigüedad (Sobel, 2012; Taton, 1972).

Sin embargo, a pesar del afán empirista y los nuevos hallazgos en la morfología humana, el periodo renacentista no logró socavar la hegemonía que ostentaba la interpretación galénica del cuerpo sexuado como reflejo de un orden superior, y que evidenciaba las limitaciones de la naciente ciencia a la hora de cuestionar las ideas preexistentes sobre la naturaleza humana (Laqueur, 1994). El Renacimiento, al igual que lo había hecho la Edad Media, siguió rigiéndose por un saber médico fuertemente asentado en los principios hipocrático-galénicos de la Antigüedad clásica, heredando de ella una teoría de los humores y una economía de los fluidos fundamentada en el calor corporal, y anclado en la creencia de una anatomía masculina más perfecta y en su papel como agente activo primordial de la fecundación (Laqueur, 1994; Moreno Jiménez, 1990; Taton, 1972). Incluso el descubrimiento del clítoris en 1559, un hallazgo reclamado tanto por Renaldo Colón como por Gabriel Falopio, que pudo haber desafiado las concepciones tradicionales sobre la anatomía reproductiva femenina, se volvió a interpretar en términos masculinos considerándolo como un homólogo del cuerpo del varón, un pene femenino. El clítoris fue asimilado dentro del marco referencial de la fisiología reproductiva masculina, ignorando su función de placer exclusivamente femenino, manifestando la asentada visión androcéntrica en la comprensión de la anatomía humana (Laqueur, 1994). Como afirma Laqueur, el naturalizado modelo de sexo único no era fácil de resquebrajar, pues estaba arraigado en una concepción amplia y compleja del entendimiento del cuerpo humano que trascendía los aspectos puramente biológicos: *“la historia de la anatomía renacentista indica que las representaciones anatómicas masculinas y femeninas dependen de la política cultural de la representación y de la ilusión, no de pruebas sobre órganos, canales o vasos sanguíneos. Ninguna imagen verbal o visual de los «hechos de la diferencia sexual» existe con independencia de tesis anteriores sobre el significado de tales distinciones”* (ibidem: 127)

Hay que tener en cuenta que el Renacimiento fue una etapa que aconteció como resultado de la divulgación de las ideas humanistas, entendidas estas como un movimiento cultural e intelectual burgués que promovió el estudio y la emulación de la literatura, el arte y la filosofía clásicas. Bajo el Humanismo, Dios deja de ser la medida de todas las cosas para que lo sea el hombre, en masculino no genérico, poniendo en valor su capacidad de razonamiento y

creatividad (Fuchs, 1996). Pero, pese a que este movimiento promovía una visión más secular del conocimiento y la cultura, y supuso una ruptura con ciertos dogmas de la Edad Media, existía todavía un considerable fundamento tanto religioso como de los tratados hipocrático-galénicos en la medicina, una ciencia impregnada de razonamientos astrológicos y otras formas de pensamiento mágico-religioso como forma principal de interpretar el mundo (Fuchs, 1996; Laqueur, 1994; Moreno Jiménez, 1990; Paré, 1993 [1575]; Pueyo, 2016; Taton, 1972). A pesar del avance en la precisión y la ilustración naturalista, la representación anatómica del cuerpo seguía fuertemente influenciada por factores culturales y no simplemente por observaciones objetivas del cuerpo humano. Tampoco era necesario buscar un nuevo modelo sexual que evidenciara ninguna diferencia anatómica, pues el entendimiento que se había desarrollado sobre el cuerpo humano dentro de la concepción del sexo único ofrecía una explicación más que satisfactoria para seguir justificando las asimetrías (Laqueur, 1994).

De esta manera, las aspiraciones del Renacimiento, en su afán por el cultivo de las diferentes ciencias para desentrañar los misterios del mundo, quedaron incompletas: *“la astronomía se convirtió en astrología, la anatomía en sangría, la química en alquimia”* (Fuchs, 1996: 518). Si bien Vesalio corrigió numerosos errores significativos en la anatomía descrita por Galeno, quien se había vasado únicamente en disecciones de animales, también mantuvo algunas de sus ideas incorrectas, como que había dos tipos de sangre, una que corría por las venas y otra por las arterias (García Guerrero, 2012; Laqueur, 1994; Taton, 1972). Figuras como Paracelso incluían en la medicina elementos de la alquimia y la astrología, manteniendo todavía la idea del ser humano como microcosmos, y de que los movimientos celestes dictaban el destino de las personas (Jung, 2023; Taton, 1972). El propio Paré, calificado como uno de los fundadores de la cirugía moderna (Vaquero, Del Río y San Norberto, 2018; Taton, 1972), siguió complementando sus estudios sobre malformaciones en humanos con un pensamiento más esotérico, aceptando que existían fuerzas ocultas que escapaban a la razón y que daban lugar a fenómenos sobrenaturales, seres híbridos de dos sexos, o fruto de la combinación de formas humanas y animales (Paré, 1993 [1575]). No sería, si no, hasta la consolidación de la Revolución Científica, un siglo después, cuando tendría lugar una ruptura

radical entre la razón y la fe, entre la ciencia y las creencias mágicas (Laqueur, 1994; Taton, 1972).

4.1. La sexualidad a partir del Renacimiento. La herejía y la brujería como control de la sexualidad

En el terreno de la sexualidad, durante el Renacimiento, el auge del Humanismo trajo consigo un revitalizado interés por las actitudes positivas del mundo griego hacia el erotismo, considerando que el amor entre hombres era más puro que el amor hacia las mujeres, fundamentado en la virtud de las relaciones que exigían un intelecto superior frente al deseo carnal, si bien esta relajación en la moral sexual resultó muy fugaz (Laqueur, 1994; Fuchs, 1996). Tanto las autoridades civiles como religiosas se esforzaron en erradicar las prácticas sexuales recién recuperadas de la Antigüedad con niveles de represión organizada no conocidas hasta entonces, enfocándose en contener la sodomía, vinculando la depravación sexual con la herejía y la brujería (Bullough, 1980; Fuchs, 1996; Moreno Jiménez, 1990), y en controlar la desmedida sexualidad femenina mediante la imposición de cinturones de castidad, entre otras prácticas. Cobraron protagonismo en Italia los famosos *tamburi*, buzones en los que la ciudadanía podía depositar denuncias anónimas, permitiendo informar a las autoridades sobre las conductas inmorales, principalmente relacionadas con la sodomía (Bullough, 1980). Este sistema se utilizó principalmente para controlar y reprimir las relaciones homosexuales, que eran vistas como un delito grave, castigadas severamente en la época, incluso con la hoguera, permitiendo una vigilancia más estricta y contribuyendo a un ambiente de temor y represión en relación con las prácticas sexuales no normativas (Bullough, 1980; Fuchs, 1996; Moreno Jiménez, 1990). La maquinaria de la Inquisición, como aparato represor a servicio de la moral religiosa, cobró un especial protagonismo en el siglo XV, intensificando la persecución de delitos contra la conducta sexual que habían sido asimilados dentro de la herejía, mientras la Iglesia reafirmaba la moral tradicional aumentando la censura de la obscenidad incluso en la literatura y el arte (Bullough, 1980; Fuchs, 1996).

Todo lo referido al erotismo femenino siguió presentándose durante el Renacimiento como una cuestión central, un elemento relacionado con el cuerpo y la conducta que necesitaba de una constante reflexión y vigilancia por parte de las autoridades civiles y religiosas. Las mujeres continuaron siendo percibidas como seres inherentemente lujuriosos y moralmente débiles, con una sexualidad descontrolada que las convertía en fuente constante de tentación y perversión para los hombres (Blazquez Graf, 2011; Fuchs, 1996; Laqueur, 1994). Esta percepción seguía profundamente arraigada en la figura bíblica de Eva y en el dogma cristiano del pecado original, que atribuía a las mujeres la culpa de la caída del hombre, lo que justificó el odio visceral, la represión y el control de su libertad sexual. No obstante, la imagen de la mujer como portadora de deseos sexuales insaciables, que alcanzaría su punto más álgido, y, por lo tanto, su persecución más cruenta, durante el Renacimiento hasta el fin de la Revolución Científica, no puede desvincularse de la explotación de la figura de la bruja a partir del siglo XV (Blazquez Graf, 2011; Fuchs, 1996). La brujería se relacionó con una sexualidad desmedida al servicio del Mal, y que pasaría a configurar la visión tradicional que existe sobre las brujas (Bullough, 1980; Blazquez Graf, 2011; Fuchs, 1996). Se hace necesario aclarar, a este respecto, que en el contexto de las prácticas y las creencias mágicas de la Europa medieval y renacentista, se pudo diferenciar lo que se conoció como una magia baja y una magia alta. La magia baja fue practicada principalmente por las clases populares en el seno de las comunidades rurales, basada en el conocimiento empírico y en las tradiciones paganas, cuyos fines eran eminentemente prácticos y estaba orientada a resolver problemas cotidianos. La magia alta, por su parte, era practicada por la élite intelectual y religiosa, como clérigos, médicos y alquimistas, y estaba asociada con el conocimiento erudito y la tradición clásica (Blazquez Graf, 2011). En la medida en que la magia baja fue ejercida principalmente por mujeres y fundamentada en tradiciones paganas, fue ampliamente perseguida por las autoridades civiles y religiosas a partir de Renacimiento, en contraste con la magia alta, reservada a los hombres cultos, cuyo sustento era filosófico, y se alineaba con valores morales de la época (Blazquez Graf, 2011; Caro Baroja, 2015).

Huelga decir que el discurso dominante tradicional, tanto medieval como renacentista, sostuvo que las mujeres ni se interesaban por la erudición y ni eran aptas para su desempeño. No

obstante, como se acaba de indicar, dentro de lo que se considera magia baja, algunas de estas mujeres sí ostentaron conocimientos prácticos en medicina y herbolaria, principalmente aquellas que asistían a los partos, que eran capaces de elaborar tratamientos para la infertilidad, ungüentos afrodisiacos, o remedios para la salud (Blazquez Graf, 2011). Durante gran parte de la Edad Media no fueron objeto de una persecución sistemática por parte de la Iglesia, habiendo una especie de pacto tácito de consentimiento por parte de las autoridades, sin embargo, a partir del siglo XIV esta percepción empezó a cambiar drásticamente, comenzando a consolidarse la idea de la bruja como una mujer de sexualidad insaciable, que había hecho un pacto con el diablo y poseía conocimientos ocultos y peligrosos (Blazquez Graf, 2011; Caro Baroja, 2015). Esta nueva visión transformó a las mujeres sabias, que habían accedido a un saber práctico, en una amenaza contra la moral, el orden religioso y la nueva ciencia renacentista emergente (Blazquez Graf, 2011).

Fuchs y Blázquez presentan una explicación multicausal ante el desarrollo de la figura de la bruja como poseedora de saberes oscuros que podían ser utilizados para causar daño a su entorno, y con una sexualidad maligna. Explican que en el contexto histórico del emergente capitalismo del siglo XV, las luchas internas dentro de la Iglesia y el creciente poder del Estado contribuyeron al debilitamiento del dominio eclesiástico. Para contrarrestar la erosión de su influencia, la Iglesia explotó la creencia en el demonio y la brujería, convirtiendo a la figura de la bruja en un símbolo de todo aquello que la Iglesia necesitaba erradicar para restablecer su supremacía, utilizando el temor al pecado y al castigo divino como herramientas de manipulación y control social. La demonización de la mujer y su asociación con el Diablo no solo permitió a la institución católica reafirmar sus valores, sino también destacar la amenaza de la desviación de la fe verdadera, integrando al pueblo en una cruzada contra las supuestas herejías y desviaciones morales (Blazquez Graf, 2011; Fuchs, 1996). Blázquez señala que cuando se aborda el fenómeno de la caza de brujas, la cuestión del género se erige en una explicación central en la medida en que fue una persecución enfocada principalmente hacia las mujeres, su conocimiento y su sexualidad, dentro de un contexto misógino y de dominación masculina en las relaciones de poder. Esta autora explica que se hace necesario comprender *“el patriarcado como categoría histórica y como factor interventor en el desarrollo*

del fenómeno de la persecución” (Blazquez Graf, 2011: 25), a lo que Fuchs complementa con la existencia de un *“desprecio sistemático de la mujer fundamentado en la doctrina del pecado original”* (Fuchs, 1996: 519). Así, la caza de brujas tendría su sentido de ser, entre otros factores, debido a la determinación por intervenir sobre el cuerpo y la libertad sexual femenina, pero también por controlar a las mujeres independientes que poseían propiedades o algún tipo de saber práctico, sobre todo aquellas que tenían dominio sobre la reproducción, como las parteras y quienes eran capaces de elaborar remedios anticonceptivos (Blazquez Graf, 2011; Fuchs, 1996). Blázquez añade, sobre esta última idea, que la intolerancia hacia los conocimientos tradicionales femeninos fue un reflejo de la amenaza que estos supusieron hacia la naciente ciencia moderna, una idea que resulta crucial al conectar directamente la aparición del concepto de bruja, creado por las élites cultas, con el surgimiento del pensamiento científico. El resultado de la persecución de las mujeres durante esta etapa, que abarcó desde los inicios del Renacimiento hasta el siglo XVII, desembocó en la sucesión de dos importantes acontecimientos de forma sincrónica: uno es la destrucción sistemática y progresiva de una línea de saberes y prácticas de las que las mujeres eran poseedoras; y, el otro, el florecimiento de un nuevo conocimiento empírico eminentemente masculino, que derivaría en la nueva ciencia positiva de la que las mujeres y sus conocimientos ancestrales quedarían excluidas (Blazquez Graf, 2011).

5. Hacia el dimorfismo sexual: la desaparición del modelo de sexo único y otras maneras de pensar el cuerpo

El desplazamiento teórico que se dio desde un modelo de sexo único, regido por un razonamiento metafísico, casi metafórico del orden social, como manera de interpretar las características anatómicas corporales, hacia un paradigma dualista en donde la nueva ciencia trataba la diferencia biológica entre hombres y mujeres como fundamental a la hora de entender la esencia de cada sexo, no ocurrió, acorde con Laqueur (1994), de manera uniforme ni progresiva en Europa. Por el contrario, que cada paradigma haya sido el dominante en determinadas épocas históricas no exime de que también hayan coexistido formas diferentes

de entender las diferencias orgánicas durante un mismo periodo. Es destacable, en este sentido, el periodo comprendido entre finales del siglo XVII y finales del XIX, en donde los argumentos generados a favor de la diferencia sexual entre hombres y mujeres encontraron grandes resistencias entre quienes seguían defendiendo el modelo heredado de la Antigüedad frente a las emergentes ideas sobre el cuerpo, sumiendo el paso de un paradigma a otro en un proceso cíclico que osciló, durante unos 200 años, entre el saber clásico y los nuevos postulados sexuales (Foucault, 2007a; Laqueur, 1994). Si bien el modelo del sexo único fue el hegemónico prácticamente en solitario desde la Grecia clásica hasta el siglo XVII, a partir de ese momento existiría una fuerte pugna durante, aproximadamente, dos siglos, entre el paradigma basado en los principios hipocrático-galénicos, que fue perdiendo fuerza frente a las nuevas teorías médicas que reinterpretaron las diferencias corporales (Foucault, 2007b; Laqueur, 1994; Moreno Jiménez, 1990). Estas nuevas teorías formaron parte de toda una ingeniería cultural, científica, médica y política que dio como resultado la consolidación, en el siglo XIX, de la visión binarista del cuerpo y el sexo que perdura hasta la actualidad en las sociedades occidentales (Foucault, 1979, 2007b; Laqueur, 1994).

En este sentido Laqueur señala que, lejos de que la articulación de los dos sexos modernos se sostuviera en sus inicios en concepciones entera y solamente biológicas, el nuevo paradigma, junto con el desvanecimiento del anterior, se desplegó en un contexto en el que el conocimiento científico y los avances médicos no dictaron exclusivamente su evolución. El autor destaca que las explicaciones al asentamiento de las nociones sobre el dimorfismo sexual hay que buscarlo en motivos tanto epistemológicos como políticos, dos explicaciones relacionadas entre sí, a las que las nuevas ideas de la Revolución Científica les proporcionó un sustento teórico (Laqueur, 1994).

En cuanto a las causas epistemológicas, la quiebra que tuvo lugar entre la razón y la fe a finales del Renacimiento reflejó un movimiento hacia una visión más racionalista y científica del mundo. La Revolución Científica, que tuvo lugar entre los siglos XVI y XVII, supuso un cambio fundamental en la manera de entender y producir el conocimiento, el cual vino acompañado de grandes avances en campos como la medicina, la biología, la astronomía o la

física, que comenzaron a desafiar las bases del conocimiento tradicional (ibidem). Anterior al cambio epistemológico, durante la Edad Media y el Renacimiento, la línea entre lo racional y lo aparente había sido difusa, dando lugar a historias cargadas de hitos extraordinarios que, siglos después, serían descritos como producto de la superstición. Entre estos relatos fantásticos se incluían algunos de mujeres que parían animales, monjes que eran capaces de amamantar, personas que cambiaban de sexo de forma espontánea o criaturas híbridas, mitad humanas y mitad bestias, narrativas todas ellas que, aunque asombrosamente imaginativas, llegaron a considerarse dentro de los límites de lo que era posible (Laqueur, 1994; Paré, 1993 [1575]; Pueyo, 2016). Fue a partir de la Revolución Científica cuando se produjo una diferenciación entre lo racional y lo irracional, es decir, una transformación del pensamiento que implicó un rechazo más firme de las creencias que no podían sostenerse bajo el escrutinio de la razón y la evidencia empírica, separando aquello materialmente posible de lo que no lo era (Foucault, 2000; Laqueur, 1994).

Una segunda razón epistemológica que ofrece Laqueur, para que se diera un viraje en la concepción del cuerpo sexuado, es la de que a finales del siglo XVII, en ciertas esferas sociales, también se asistió a una transformación en la forma en que se entendía la relación entre el cuerpo y el cosmos, entre el ser humano y la razón de su existencia, reflejando una transición crucial entre el pensamiento científico y filosófico del Renacimiento frente al que vino de la mano de la Revolución Científica. En las cosmologías antiguas y medievales la anatomía humana se veía como un reflejo del orden y armonía del universo, una concepción holística e integradora que aseguraba que la comprensión de una parte permitía el entendimiento del todo, considerando que la correspondencia entre el microcosmos y el macrocosmos garantizaba el conocimiento y también establecía sus límites. Sin embargo, a finales del siglo XVI, con el impulso del pensamiento científico, esta concepción empezó a dar paso a una visión más mecanicista y materialista, en la que el cuerpo humano se percibía como una máquina autónoma regida por leyes naturales, y no por un orden superior. Así, hacia finales del siglo XVII, el pensamiento científico sufrió una transformación radical que desafió las formas galénicas de comprender al ser humano, cambio que contribuyó a asentar la idea de que los cuerpos podrían ser clasificados y categorizados en función de sus

características biológicas, lo que alimentó la noción de los dos sexos como categorías fijas y predeterminadas (Foucault, 1970; Laqueur, 1994).

De manera yuxtapuesta a las cuestiones epistemológicas, Laqueur insiste en que el surgimiento y la consolidación del paradigma de los dos sexos estuvo intrínsecamente ligado a contextos políticos y sociales específicos, así como a el desarrollo de la esfera pública. Según el autor, durante los siglos XVIII y XIX se produjo un aumento significativo en las luchas por el poder, un contexto de transformación social y política, en donde la definición de una biología diferenciada se convirtió en un terreno de disputa crucial para las élites que buscaban consolidar y mantener su dominio, y que encontraron en la distinción entre los sexos una herramienta útil para justificar y perpetuar las desigualdades sociales que se venían dando desde la Antigüedad¹⁰. De esta manera, cuando a finales del siglo XVIII empezó a desmoronarse el supuesto de que las diferencias entre hombres y mujeres eran variaciones de grado dentro de un mismo cuerpo, se produjo también un giro significativo en el modo en que se entendían las relaciones entre los géneros, cuestionándose las bases culturales que fundamentaban su asimetría (Laqueur, 1994). Dentro de este contexto de cambio social y político, derivado del surgimiento de las ideas revolucionarias e ilustradas que abogaban por la libertad y la igualdad universales sin distinción de género o raza, la aparición de una esfera pública burguesa como espacio dedicado a la discusión y la acción política, económica y social, planteó la pregunta de quién debería ocupar este nuevo espacio, al cual empezó a pedir acceso la mujer (Laqueur, 1994; Puleo, 1993). Se hacía irremediable contar con una narrativa renovada para legitimar la desigualdad sexual, y que esta emergente esfera pública, al igual que había venido ocurriendo tradicionalmente con cualquier espacio socialmente visible, siguiera ocupada exclusivamente por hombres blancos con privilegios. Para ello la ciencia proporcionó un terreno fértil sobre el cual cimentar el nuevo relato, ahora uno basado en datos objetivos. Resultó fácil recurrir para ello al estudio de la naturaleza y argumentar que las

¹⁰ Laqueur (1994) también señala –y resulta relevante indicarlo en esta investigación– que las luchas de poder no solo ocurrieron en lo referente a la diferencia sexual, sino también entre población de distintas condiciones sociales, independientemente de su sexo. En este sentido, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres se convirtieron en un elemento más de la estrategia para la legitimación de los varones blancos burgueses a la hora de ocupar la esfera pública, para quienes tanto la racialización como el estatus socioeconómico fueron objeto de estudio biológico, con el fin de establecer y justificar estas divisiones.

diferencias biológicas entre hombres y mujeres determinaban sus respectivos roles y capacidades en la sociedad, estableciéndose una clara distinción entre el espacio público y privado, con la esfera pública dominada por los hombres y la privada asociada a las mujeres. Se partió de la premisa de que si las mujeres no tenían la capacidad intelectual para representarse a sí mismas, qué mejor manera de que se hiciera mediante quienes que sí tenían esa competencia, así las mujeres serían representadas por los hombres en el ámbito público (Laqueur, 1994).

La exclusión de la esfera pública se justificó a través de argumentos médicos de la diferencia sexual, mediante bibliografía y más bibliografía que fue apareciendo entrado el siglo XVIII que logró ofrecer un fundamento natural y biológico a desigualdades que realmente eran socialmente construidas (Laqueur, 1994; Foucault, 2007b). Las diferencias sexuales no se circunscribieron al ámbito meramente físico, sino que también justificaban diferencias psicológicas, morales y en las formas de ser, considerando a las mujeres más pasivas, perezosas, estables y con una mayor capacidad para controlar sus impulsos violentos, mientras que los hombres eran más apasionados, entusiastas y enérgicos. Avanzado ya el siglo XIX empezó a argumentarse que todas estas diferencias sexuales no podían observarse a través de organismos visibles, sino que era necesario estudiarlas en los elementos microscópicos que los componían, no obstante la realidad fue que lejos de producir datos e interpretaciones neutrales, todos ellos fueron generados acorde con la creencia que querían probar: *“es evidente que quienes se oponían al aumento del poder civil y privado de las mujeres –la gran mayoría de los hombres que se dejaban oír— aportaron pruebas de la inadecuación física y mental de las mujeres para tales progresos: sus cuerpos las hacían ineptas para los espacios quiméricos que la revolución había abierto sin reparar en las consecuencias”* (Laqueur, 1994: 331). La creación de una narrativa que afirmaba la existencia de dos sexos biológicamente distintos y con roles sociales predefinidos proporcionaba una base aparentemente objetiva para la nueva y mejorada jerarquización, en donde *“el resultado final es que las mujeres quedan al margen de la nueva sociedad civil por razones basadas en la «naturaleza»”* (Laqueur, 1994: 335). La fijación de una biología no ya diferenciada, sino jerarquizada, fue objeto de crítica y resistencia por parte de los movimientos sociales

emergentes, como el sufragismo, que también participó en estas luchas por el poder exigiendo derechos civiles, desafiando las concepciones tradicionales de género y defendiendo la igualdad de derechos (Laqueur, 1994; Mill, 2022; Taylor Mill, 2022).

5.1. La ciencia como sustento teórico de las diferencias sexuales

Tal y como afirman Laqueur y Foucault, tampoco puede negarse que el cambio de paradigma sexual fuera ajeno a los avances científicos, pues a partir del siglo XVI, durante ese Renacimiento tardío que enlazó con la Revolución Científica, la sociedad ya empezaba a ser testigo de grandes avances en medicina y otros campos del saber, que permitieron una comprensión más detallada del cuerpo humano y de la biología de la reproducción, si bien es cierto que la interpretación de estos cambios como fundamento de una anatomía diferenciada para los cuerpos de las mujeres y los hombres no se materializó hasta un par de siglos después (Foucault, 2007b; Laqueur, 1994). Antes del siglo XVIII los órganos sexuales de mujeres y hombres no habían sido distinguidos, ni a nivel fisiológico ni lingüístico, no había un interés en hacerlo en tanto en cuanto la anatomía masculina asimilaba a la femenina, es decir, esta última carecía de nombre propio ya que las diferencias biológicas no eran importantes para justificar las jerarquías corporales. Con la llegada de la Ilustración, fueron diferenciados y renombrados los que antes eran un pene invertido y unos testículos internos, ahora la vagina y los ovarios, como órganos exclusivos de la anatomía femenina, por los cuales la mujer era lo que era en toda su esencia. El problema radicó en que las recién descubiertas diferencias anatómicas entre los hombres y las mujeres no solo se reflejaron en un aumento en el conocimiento científico, sino que también reprodujeron las jerarquías de género existentes, pues cuando se “inventaron” los dos sexos diferenciados, la ciencia ya se encontraba totalmente atravesada por el antiguo sistema de los géneros. Se podría decir que los avances en la ciencia llegaban en el momento oportuno para reforzar la ideología subyacente del modelo de los dos sexos (Laqueur, 1994).

La reproducción humana y la contribución de cada uno de los géneros al proceso generativo, en concreto, el papel primordial del esperma masculino en la creación de la vida, han sido

obsesiones históricas capitales en los debates médicos y filosóficos en la teorización sobre la existencia o la ausencia de la diferencia sexual dentro de modelo unisexo (Aristóteles, 2008; Hipócrates, 1986b; Laqueur, 1994). Pasado el Renacimiento, con la llegada de la Revolución Científica, estas preocupaciones no fueron una excepción, centrando sus esfuerzos, a partir de la segunda mitad del siglo XVII, en el desarrollo y defensa de las teorías preformacionistas, en detrimento de las epigenéticas,¹¹ que dominarían la ciencia de la reproducción durante los dos siguientes siglos (Laqueur, 1994). El preformacionismo, o preformismo, fue una hipótesis precientífica que sostenía que todos los embriones se desarrollaban a partir de una versión en miniatura de sí mismos, un *homúnculo* (del latín "hombrecillo"), un diminuto ser humano que ya existe completamente formado dentro del espermatozoido masculino o dentro del óvulo femenino. La tradición del *homúnculo* ya se encontraba presente en la alquimia medieval y se sustentaba en la capacidad atribuida al espermatozoido masculino como elemento primordial promotor de la vida, y tuvo a su principal exponente en el alquimista renacentista Paracelso, quien aseguró tener la capacidad de crear un *homúnculo* en una probeta a partir de semen humano entre otros elementos orgánicos que no incluían a los fluidos femeninos (Pinto-Correia, 1997). Dentro del preformismo cuyo auge, ligado a la invención del microscopio, tuvo lugar durante los siglos XVII y XVIII, surgieron dos movimientos encontrados: el ovismo y el espermismo, enfoques que se habían liberado del pensamiento mágico de la alquimia, desarrollando argumentos bajo una observación más científica del cuerpo (Laqueur, 1994). La corriente del ovismo fue promovida por el médico y biólogo Marcello Malpighi, contando con grandes apoyos como Regnier de Graaf o William Harvey, quien argumentaba que el óvulo era el que contenía el embrión preformado, y el espermatozoido masculino tenía un rol de activador y de aporte de alimento para el desarrollo del *homúnculo* ya presente dentro del cuerpo de la mujer. Malpighi logró estudiar, a través del microscopio, las primeras etapas del desarrollo del embrión, si bien el óvulo no fue considerado como tal en ese momento, pues aún no se conocía nada sobre el funcionamiento de los ovarios, sino que fue equiparado con el huevo,

¹¹ El preformacionismo tomó fuerza en el siglo XVII frente a la teoría epigenética. Esta última concibe el desarrollo del embrión a partir de una estructura inicial que no está completamente diferenciada en términos sexuales. Pensadores como Aristóteles, Galeno y autores del Corpus Hipocrático se inclinaron por ideas epigenéticas, defendiendo que el desarrollo embrionario ocurría de manera gradual en donde el embrión comenzaba a formarse a partir de una materia inicial indefinida. Esto incluía la posterior diferenciación de los órganos sexuales, que se consideraban como desarrollos progresivos en lugar de estar preformados desde el inicio (Laqueur, 1994; Pinto-Correia, 1997).

considerándosele un huevo humano, y otorgando un rol más activo a la mujer en el proceso de la reproducción (Laqueur, 1994; Pinto-Correia, 1997). Con el espermismo, después de que Antonie van Leeuwenhoek observara en 1677, a través de su microscopio, unos *animálculos* vivos dentro del esperma masculino, se alteró la recién formulada teoría ovista para devolver, de nuevo, el protagonismo sobre la generación de la vida al género masculino. Esta teoría profería que el espermatozoide era donde se encontraba el ser humano completamente formado, el cuál crecería dentro de la mujer. Los espermatozoides eran activos, se movían, nadaban hacia el huevo, mientras que el huevo humano permanecía quieto, pasivo, y su papel era simplemente el de proporcionar el ambiente y nutrientes necesarios para su crecimiento (Laqueur, 1994; Pinto-Correia, 1997; Snyder, 2017).

Las presunciones ovulistas y espermistas, y su enfrentamiento con el epigenismo marcaron, en el siglo XVII, el comienzo de un extenso programa de investigación sobre la reproducción sexual. Pero es necesario subrayar que la elección entre una u otra teoría no se basó eminentemente en observaciones empíricas, ya que aún no se partía de un conocimiento detallado de los procesos reproductivos, sino que estas elecciones gravitaron en torno a decisiones llenas de fundamentos filosóficos e incluso teológicos. Uno de los argumentos principales contra los preformistas espermistas, y por el cual el ovismo acabaría teniendo más apoyo, era la noción de que un Dios eficiente no habría diseñado un sistema donde millones de humanoides preformados murieran en cada eyaculación, lo cual parecía un profundo derroche de vidas (Laqueur, 1994). Esta falta de consenso y la influencia de ideas filosóficas continuaron hasta bien entrado el siglo XIX, y no fue sino hasta los avances en la teoría celular y la mejora de la tecnología para observar los procesos internos que se pudo demostrar científicamente el proceso de fertilización, es decir, la interacción precisa entre el esperma y el huevo, gracias al trabajo de Oskar Hertwig, en 1876 (Laqueur, 1994; Pinto-Correia, 1997). Aun así, el descubrimiento y posterior observación del óvulo y del esperma en el siglo XVII, si bien partió de supuestos erróneos, marcó un punto crucial en la investigación de la reproducción, y aunque las teorías preformacionistas surgidas a raíz de ello no tuvieron como objetivo explícito socavar el modelo del sexo único, la naturaleza de la diferencia sexual

comenzó a dominar el pensamiento sobre la generación de vida, contribuyendo a crear una visión dualista de los sexos (Laqueur, 1994).

De igual manera, siempre que se han discutido las diferencias entre los géneros, encontramos que el placer y la sexualidad han estado en el epicentro de las reflexiones ideológicas dentro del paradigma del sexo único, y en esta ocasión, en concreto el placer sexual femenino, también fue motivo de debate en los orígenes el nuevo paradigma dimórfico. Si, con anterioridad, mientras se admitió la existencia del modelo de cuerpo hipocrático-galénico de una única genitalidad, el orgasmo fue visto, principalmente, como un espacio común para los sexos y el placer una consecuencia intrínseca de la relación sexual que tanto hombres como mujeres tenían derecho a experimentar, dicho enfoque cambió drásticamente durante el siglo XVIII con la irrupción del modelo de los dos sexos. A medida que el cuerpo femenino dejó de ser percibido como una versión más imperfecta del masculino y se distinguió como su opuesto, la importancia del orgasmo femenino disminuyó hasta llegar a considerarse casi exclusivo del sexo masculino, prácticamente un indicador biológico de la diferencia sexual. Así, con el avance del siglo XVIII, los órganos sexuales femeninos, anteriormente interpretados como versiones internas de los órganos masculinos, comenzaron a ser vistos como fundamentalmente diferentes. Hombres y mujeres ya no compartían la misma anatomía ni había razón alguna para que experimentaran las mismas sensaciones (Foucault, 2007b; Laqueur, 1994).

La percepción que se había tenido sobre las mujeres tan solo unos siglos atrás, como seres dominados por sus pasiones, con una sexualidad excesiva, perversa y lujuriosa que no conocía límites, la cual suponía una fuerte tentación para los hombres (Fuchs, 1996; Laqueur, 1994), había mutado con la nueva ciencia para traer consigo un cambio en la comprensión de la sexualidad femenina y entender el cuerpo de la mujer como un terreno deshabitado de cualquier tipo de pasión, minimizando su necesidad de deseo sexual hasta certificar su práctica ausencia. En ambos casos, tanto en el antiguo orden como en el naciente paradigma, la tendencia siempre ha sido la misma, la de controlar el derecho y el deseo sexual de la mujer, una sexualidad que debía ser contenida y regulada como exigencia social (Foucault, 2007b;

Laqueur, 1994). Esta reorientación afectó también a la tradicional interpretación de la economía de los fluidos como forma de regulación del calor corporal, y de procesos fisiológicos como la menstruación y la lactancia, que pasaron de ser vistos como exclusivos en las mujeres. Hacia el final de la Ilustración, el orgasmo femenino se desvinculó del embarazo, considerándose la reproducción posible sin que hubiera consciencia ni presencia del placer en la mujer, relegándolo a una mera sensación superflua y prescindible en su fisiología, mientras que el orgasmo masculino seguía asociado con la eyaculación y el coito, y este jamás se puso en duda ni fue motivo de debate. En realidad, la experimentación del placer —de su propio placer— era algo de lo que las mujeres no debían preocuparse de ahora en adelante (Laqueur, 1994).

5.2. El dispositivo de sexualidad como fundamento necesario del sistema binario de sexo

No solo Laqueur, sino también perspectivas filosóficas como las de Foucault o Butler han abordado la manera en la que la política y los discursos producidos desde posiciones de poder desempeñaron un papel fundamental en la configuración de la identidad sexo-genérica dentro del nuevo paradigma del cuerpo sexuado, no concibiéndolo como un fenómeno natural (Butler, 1995, 2002, 2007; Foucault, 1970, 1979, 2007b; Laqueur, 1994). Si bien Foucault no aborda como tal una génesis del sistema binario de sexo, sí analiza cómo las estructuras de poder son capaces de penetrar en el propio cuerpo, influyendo en la producción y circulación del conocimiento, así como en la conformación de las identidades individuales, sociales, y de sistemas de clasificación. De igual manera, esboza que el afianzamiento de una biología diferenciada y predefinida en los siglos XVIII y XIX no fue simplemente el resultado de avances científicos, sino que estuvo intrínsecamente ligada a las luchas por el control social, convirtiéndose el nuevo sistema de sexo en un poderoso instrumento para mantener y perpetuar las estructuras de género existentes (Foucault, 1970, 1979, 1999, 2007b). Dentro la labor de diferenciación biológica entre los géneros, el dispositivo de sexualidad jugó un papel esencial a la hora de explicar cómo las sociedades occidentales modernas han gestionado, regulado y producido discursos sobre la sexualidad y, por extensión, sobre la

diferencia sexual, convirtiendo al cuerpo en un objeto de saber y en un elemento al servicio de las relaciones de poder (Foucault, 1979, 2007b).

Se entiende por dispositivo a un conjunto de prácticas, discursos, normativas, conocimientos y estrategias que, por medio de diferentes instituciones (médicas, jurídicas, educativas, penitenciarias, militares, ...) conectadas con el poder, tienen la capacidad de crear subjetividades en los individuos, y que, en este caso concreto de la sexualidad, han tenido como objetivo la gestión y el control del cuerpo y el placer sexual (Agamben, 2015; Foucault, 1999, 2007b). Dentro del dispositivo de sexualidad es donde surge la *scientia sexualis* como forma específica de producción de conocimiento y verdad sobre el sexo, la cual se centró en el estudio científico de un placer erótico que debía de derivarse de la naturaleza biológica que complementaban al hombre y la mujer, contribuyendo a proporcionar un saber médico que controlaba la sexualidad, y establecía los límites de lo normativo y lo desviado (Foucault, 1979, 2007b). Se vuelve a comprobar la gran imbricación que han tenido a lo largo de la historia las disertaciones entre el cuerpo y la sexualidad.

Foucault determina el período de la conformación de los Estados modernos, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, como un punto de inflexión en el que se establecería de forma clara la visión dos sexos separados, respondiendo esta nueva concepción a necesidades tanto legales, burocráticas, como médicas (Foucault, 2007a, 2007b). No obstante, con anterioridad a que tuviera lugar esta nueva ordenación dimórfica del cuerpo, encontramos algunos cambios fundamentales en la regulación de los territorios europeos que remplazaron la forma de ejercer el poder sobre la población, permutando desde un control más explícito de sus individuos hacia uno más sofisticado, y que facilitó, e incluso permitió, el cambio de paradigma (Foucault, 1999, 2007b). En este sentido, ya durante el siglo XVI tuvo lugar una progresiva secularización en la administración penal de los comportamientos reprobables, empezando el Estado a tomar cada vez más parte, en detrimento de la Iglesia, de la regulación en materia moral. De esta manera, no solo asistimos a la transformación del pecado *contra natura* en el crimen *contra natura* dentro de las prácticas sexuales que no estaban permitidas, sino al momento en que es el Estado el que empezó a ejercer un control más directo de la sexualidad (Bullough, 1980;

Foucault, 1979, 2007b). Con posterioridad a esta deriva secularizadora, en donde el Estado fue tomando más presencia en la cotidianeidad de los individuos, tuvo lugar otro cambio fundamental, con la aparición de lo que Foucault denomina biopoder. El autor introduce este concepto para describir una evolución significativa, que se empezó a gestar a partir del siglo XVII, y tuvo lugar en el ejercicio del poder que emanaba desde el Estado hacia la población. Con anterioridad a este cambio, dicha autoridad se ejercía gracias a la potestad del soberano de imponer la ley mediante la fuerza de manera arbitraria y violenta, y cuya máxima expresión recaía en el derecho a decidir sobre la vida o la muerte de sus vasallos. Con la Modernidad, esta práctica del poder fue reemplazada por una nueva forma de control más sutil que se enfocaba no especialmente en el castigo, sino en la normalización del control y de la gestión de los diferentes ámbitos de la vida de la ciudadanía a través de dispositivos reguladores. El biopoder se empezó a practicar, entonces, a través de la disciplina de los individuos y la regulación de su conducta, utilizando técnicas que abarcaban tanto lo anatómico como lo biológico, con el objetivo de maximizar la utilidad y el control de los cuerpos y la vida misma (Foucault, 1979, 1999, 2007b).

La administración estratégica del biopoder en la vida de la población tomó dos formas muy precisas: la disciplina del cuerpo-máquina y la regulación del cuerpo-especie, dos procesos que partían de la combinación de teorías tanto anatómicas como biológicas. Foucault se refirió como la *anatomopolítica del cuerpo humano* a todos aquellos procedimientos usados para disciplinar al cuerpo-máquina, centrado en el control y la optimización del individuo para hacerlo más útil, eficiente y productivo, lo que implica una serie de prácticas que educan, mejoran las capacidades, y aseguran que los cuerpos sean dóciles y se integren eficazmente en sistema disciplinario y de producción. Por su parte, la regulación del cuerpo-especie tenía como propósito medir y controlar los aspectos demográficos para poder influir en el correcto desarrollo de la población. Esta forma de intervención, a la que el autor se refirió como *biopolítica de la población*, se refiere a la gestión de la vida de las poblaciones en su conjunto, e involucra la vigilancia y control de aspectos como la natalidad, la morbilidad, la longevidad

y la mortalidad, como procedimientos de la puesta en marcha de políticas higienistas¹² o la eugenésicas¹³ (Foucault, 1999, 2007b).

Mecanismos específicos del poder como productores de saber y verdad respecto del sexo y la sexualidad

Foucault identifica cuatro estrategias clave dentro del dispositivo de sexualidad con las que, a partir del siglo XVIII, las tecnologías del poder y del saber han intervenido para no solo disciplinar y regular los comportamientos sexuales sino también producirlos a través de mecanismos coercitivos, convirtiéndolos en un elemento central en las estrategias de control social y político (Foucault, 2007b). Hablamos del despliegue de una sexualidad dominante en donde la diferenciación del cuerpo sexuado fue clave, ya que la nueva ciencia se basaba en una categorización binaria de la morfología humana, una realidad aparentemente natural de dos únicos sexos, que conseguía infiltrar fácilmente la normatividad heterosexual en el cuerpo social, describiendo qué tipo de cuerpos eran coherentes y posibles (Butler, 1995, 2002, 2007; Foucault, 1970, 2007b; Wittig, 2006). Estas estrategias, que materializaron la gran preocupación que suscitó el sexo, fueron 1) la *histerización del cuerpo de la mujer*; 2) la

¹² El Higienismo, surgido a inicios del siglo XIX, se refiere a la implementación de medidas de higiene en la población, integrándose dentro de una red más amplia de poder y conocimiento que incluye la medicina, la educación y la legislación (Foucault, 2007b). Este movimiento veía la enfermedad como un fenómeno social, enfocándose no solo en promover hábitos de vida saludables o la atención de situaciones propicias para infecciones, como la pobreza, el hacinamiento o la prostitución (Ruiz Rodrigo y Palacio Lis, 1999), sino que buscaba prevenir enfermedades mediante el control y la normativización de la vida y la conducta de los individuos. Especialmente, en lo que respecta a la sexualidad, se promovía una sexualidad acorde con los ideales de decencia de la época, muy ligada con la pureza moral como base de la buena salud. De esta manera, el Higienismo se convirtió en una herramienta clave en la gestión biopolítica de las poblaciones (Foucault, 2007b).

¹³ Foucault describe la Eugenesia como una manifestación del biopoder centrada en la mejora genética de la población mediante el control de la reproducción. En la segunda mitad del siglo XIX, los programas de Eugenesia se integraron con las nuevas tecnologías del sexo, especialmente a través de la teoría de la degeneración, que permitía vincular una herencia genética disfuncional con la perversión sexual, entendiéndose esta tanto como la causa como el efecto de la enfermedad física. La relación entre perversión, herencia y degeneración formó el núcleo de estas nuevas tecnologías sexuales, afectando áreas como la psiquiatría, la jurisprudencia y la medicina legal, y extendiendo su influencia a prácticas sociales de control y vigilancia. Esta teoría justificaba intervenciones médicas, discriminatorias y coercitivas, junto con esterilizaciones forzadas de colectivos que se consideraban inferiores, constituyendo un racismo de Estado que otorgaba a la tecnología del sexo un poder considerable y efectos de largo alcance en la sociedad (Foucault, 2007b; Vázquez García y Moreno Mengibar, 1997).

pedagogización del sexo del niño; 3) la *socialización de las conductas procreadoras*; y 4) la *psiquiatrización del placer perverso* (Foucault, 2007b):

1. La *histerización del cuerpo de la mujer* se describe como un proceso multifacético que implicó la detallada patologización de la biología femenina, sometida a un riguroso escrutinio y control por parte de las instituciones médicas y morales. En primer lugar, el cuerpo de la mujer era visto y entendido como un espacio completamente impregnado de sexualidad, lo que implicaba que su sexo, como opuesto y diferente a lo masculino, fue un aspecto definitorio en su existencia, y que las formas en las que su cuerpo y su comportamiento fueron categorizadas, tanto de forma positiva como negativa, fueron interpretadas a partir de este prisma (ibidem). La histeria se usó para describir toda una suerte de síntomas vagos y diversos que se atribuían a desequilibrios emocionales y físicos en las mujeres, una condición nerviosa patológica indeterminada, considerada un problema de salud al cual tenían una predisposición natural (Laqueur, 1994). El proceso de histerización involucró la intervención detallada y exhaustiva por parte de la medicina; no se trataba solo de observaciones superficiales, sino de una vigilancia y tratamiento constantes del cuerpo y la sexualidad de las mujeres (Foucault, 2007b; Laqueur, 1994). Esto conllevó a que a partir del siglo XIX, entre otras prácticas médicas, empezaran a aplicarse, con cierta relajación, extirpaciones de ovarios sanos como método de restablecimiento de la salud a mujeres con supuestas patologías de conductas histéricas, en donde entraba la falta de feminidad o el deseo sexual excesivo (Laqueur, 1994).

La figura de la madre fue central en este proceso de histerización, reforzando su función reproductora y de gestora del ámbito doméstico, pues la solidez de la familia dependía del cumplimiento adecuado de sus obligaciones conyugales y maternas. En la medida en la que la reproducción fue su principal propósito, la sexualidad de las mujeres debía ser regulada desde las instituciones para asegurar la fecundidad del cuerpo social, pues su cuerpo individual se vinculaba directamente con las necesidades de la sociedad. Pero la justificación de la medicalización de la fisiología femenina iba más allá de la reproducción, esta no solo daba a luz o tenía un compromiso biológico y moral en el cuidado y la educación de su prole, sino que también era responsable de su bienestar,

asumiéndose que cualquier problema en la salud de la madre podría acarrear enfermedad a sus descendientes, justificando aún más el requerimiento de una vigilancia continua de su cuerpo. Es en este contexto donde apareció la mujer nerviosa, una construcción que encapsulaba la idea de que las mujeres son inherentemente susceptibles a desórdenes emocionales y físicos. Así, mientras que la madre es idealizada por su rol reproductivo y educador en el ámbito familiar, la imagen de la mujer nerviosa representa el aspecto patológico que necesita ser vigilado (Foucault, 2007b). De alguna manera, y con diferencias evidentes respecto a siglos pasados, se sigue reproduciendo una doble figura arquetípica de la mujer, heredada del Medievo (Deschner, 1993), que se materializaba, por una parte, en la esposa abnegada cuyo sentido de ser es el cuidado de la familia, frente otra mujer histérica que había que medicalizar y controlar para que cumpliera correctamente su función individual y social (Foucault, 2007b).

2. La *pedagogización del sexo del niño* hace referencia a la particular cruzada que libraron las instituciones sanitarias y morales frente a la masturbación infantil, considerada de una peligrosidad extrema por el daño que era capaz de causar al organismo, y sobre la que se desplegó una intensa campaña de censura y control para erradicar esta práctica, vista como inapropiada y peligrosa tanto para la salud física y moral individual como para la colectiva (Foucault, 2007b). A raíz de esta visión alarmista, se impondría la responsabilidad a las familias, instituciones educativas, médicas, y, posteriormente, psiquiátricas, de gestionar y pedagogizar continuamente la sexualidad infantil (Foucault, 2007b, 1994; Moreno Jiménez, 1990; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997). Esta sexualidad requería de una vigilancia continuada de sus espacios íntimos, de su ropa interior o de sus actividades cotidianas, junto con la puesta en marcha de mecanismos disciplinarios para controlar el impulso masturbatorio, como fue la autovigilancia a través de la confesión (religiosa o psicoterapéutica), la exposición a la actividad física o el castigo corporal como método de control de su cuerpo, e, incluso si fuera necesario, el proceder con técnicas quirúrgicas sobre los órganos sexuales (Moreno Jiménez, 1990; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997).

Una contribución notable para la legitimación de esta campaña fue la obra de Samuel-Auguste Tissot sobre el onanismo, publicada a mediados del siglo XVIII, la cual tuvo un impacto significativo en la condena de la masturbación en hombres y mujeres desde una perspectiva médica. Tissot calificaba esta práctica de *acto de suicidio y enfermedad mortal* que debilitaba tanto el cuerpo como la mente, debido a la evacuación descontrolada de un fluido esencial para el mantenimiento del equilibrio en el organismo. Si bien el líquido seminal masculino era un humor mucho máspreciado, pues se seguía manteniendo su aporte primordial en la concepción del embrión, se consideraba que la masturbación en la mujer podía ser más nociva debido a la mayor debilidad de su sistema nervioso (Tissot, 2003). Posteriormente, esta *locura masturbatoria*, en palabras del psiquiatra francés Esquirol, sería considerada por los alienistas y los médicos degeneracionistas como causa de la enfermedad mental, pero también como efecto de la misma (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997).

Pero la masturbación no solo se vio como una cuestión de comportamiento individual inapropiado e higiene personal que pudiera derivar en hábitos insalubres y falta de autocontrol, sino que fue leída en clave social. Entre las corrientes de pensamiento más preocupadas por controlar la masturbación se encontraba el Higienismo, que veía la salud como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida personal y colectiva, y en donde erradicar la masturbación era una prioridad al considerar que esta práctica causaba innumerables disfunciones orgánicas y era una de las principales razones de la corrupción moral que amenazaba los fundamentos de la sociedad. Entre las enfermedades que se le fueron adhiriendo al ejercicio de la masturbación se encontraban desde la impotencia, los tumores genitales, la ceguera, la epilepsia y el debilitamiento de las facultades intelectuales, hasta la propia muerte, y cuya propagación tenía efectos desastrosos para la población en general, contribuyendo al aumento de la mortalidad infantil, la disminución de la natalidad y el incremento de la morbilidad. No obstante, la masturbación tampoco le fue ajena a los movimientos eugenésicos ideológicos de la Ilustración que proclamaban la superioridad de la raza blanca por encima de las demás, y quienes, preocupados por el onanismo dentro de la infancia y la adolescencia, alegaban que esta conducta degenerada provocaba la degradación racial (*ibidem*).

3. La *socialización de las conductas procreadoras*. Cuando Foucault señala esta tercera estrategia dentro del dispositivo de sexualidad, está hablando de cómo las decisiones individuales y familiares relacionadas con la reproducción no se consideraron simplemente cuestiones privadas, sino que estuvieron profundamente influenciadas y dirigidas por diversos mecanismos sociales, políticos y médicos. La gestión de la población no solo se planteó a través de políticas generales, sino mediante un análisis detallado de variables específicas relacionadas con la demografía y la salud. Factores como la tasa de natalidad, la edad del matrimonio, la incidencia de enfermedades, los nacimientos legítimos e ilegítimos o las prácticas anticonceptivas, consideradas *fraudes a la procreación*, se tornaron en objetos de análisis y regulación, abordándose la sexualidad dentro de la familia como un eje central de la gestión poblacional (Foucault, 2007b).

Para obtener la gestión pretendida, a partir del siglo XVIII se asistiría a la puesta en marcha de una maquinaria discursiva institucional que delimitaría las nuevas necesidades estatales de las relaciones conyugales dentro de hogar. Se produjo, así, una metamorfosis en la forma en la que la familia era entendida, pasando de ser, en siglos anteriores, una estructura de alianza económica y política como medio exclusivo para cumplir fines sociales, a un ámbito esencialmente afectivo y sexual. Es decir, con anterioridad a este cambio, el lazo matrimonial no tenía por qué incluir un vínculo afectivo. De igual manera, bajo el control de la Iglesia la sexualidad entre los cónyuges había sido vigilada y restringida al acto de la reproducción, enfocándose en el control moral y en la penitencia del deseo erótico, pero con el nuevo dispositivo de sexualidad, y su estrategia de socialización, la familia se convirtió en el soporte permanente de una sexualidad que ya no era reprimida, sino que se fomentaba y se valoraba, estando integrada dentro de la pareja. En este contexto, el acto sexual trasciende su función reproductiva para convertirse en una expresión de la identidad del sujeto, aquel que cumple con su función en base a las normas sociales (Foucault, 2007b; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997).

Dentro de este ejercicio de socialización de las conductas reproductoras es donde se delimita a la pareja malthusiana, a la que se refiere Foucault, que puede definirse como una unidad familiar de hombre y mujer que internaliza y actúa según las regulaciones y expectativas socioeconómicas, políticas y médicas sobre la reproducción y la fecundidad, influidas por el discurso malthusiano sobre el control de la población. Esta pareja no toma sus decisiones procreadoras de manera aislada, sino que lo hace en el contexto de las políticas estatales y los discursos sociales que buscan gestionar la población para el bienestar colectivo (Foucault, 2007b). Así, la conducta sexual de la población se convirtió en objeto de intervención, pasando de regirse por exhortaciones exclusivamente morales a regulaciones finamente calculadas, ya fueran natalistas o antinatalistas, toda una tecnología del sexo que transitó de estar bajo la tutela de la doctrina católica a responder ante la normativización médica (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997; Foucault, 2007b).

4. La *psiquiatrización del placer perverso* se puede describir como el proceso histórico y social iniciado en las postrimerías del siglo XVIII, mediante el cual las prácticas sexuales y cuerpos no normativos empezaron a ser objeto de diagnóstico y regulación a través del discurso científico-médico. Dentro de la psiquiatrización de las conductas consideradas anómalas, el instinto sexual fue separado y estudiado como una entidad propia, distinta de otros comportamientos y funciones humanas, permitiendo a los profesionales de la salud mental enfocarse específicamente en la sexualidad como un área de estudio independiente, tanto desde una perspectiva biológica como psíquica. Con la sexualidad conyugal convertida en el estándar frente al cual se medían el resto de los comportamientos sexuales, se comenzaron a examinar y clasificar minuciosamente todas las posibles desviaciones del comportamiento sexual que se apartaban de esa norma. Esto incluyó la identificación y estudio de prácticas que fueron vistas como perversiones sexuales (Foucault, 2007b). La identificación de las prácticas sexuales anómalas conllevó el desarrollo de métodos y tratamientos para corregir estas desviaciones, entre las cuales se incluyeron terapias, medicaciones, e incluso internamientos, diseñados para el control y la regularización del comportamiento sexual de los individuos (Foucault, 1979, 2007b;

Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997). Pero la psiquiatrización del placer perverso se inscribió dentro de un espacio aún más amplio en la manera de concebir el cuerpo sexuado, y no solo el deseo erótico. Desde la recién estrenada racionalidad sexológica, y como parte del dispositivo de sexualidad, el hermafroditismo sufrió un proceso similar paralelo de clasificación médica, en donde comenzó a ser visto como un campo que debía ajustarse a categorías binarias estrictas (Foucault, 2000, 2007a, 2007b; Pueyo, 2016). En este contexto, la racionalidad sexológica emerge como la lógica subyacente que no solo separa la sexualidad de otras funciones humanas, sino que también articula una división normativa entre lo sexualmente aceptable y lo que debe ser corregido. Los cuerpos con ambigüedad sexual fueron abordados bajo el mismo marco de normalización médica en un esfuerzo por desterrar cualquier tipo de variabilidad sexual fuera del binario hombre-mujer, como una posibilidad de la naturaleza (Foucault, 2000, 2007a, 2007b; Salamanca, 2007; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997), en donde *“la expulsión del hermafrodita delimita los contornos del género”* (Pueyo, 2016: 130). Así, aunque la figura del hermafrodita haya existido a lo largo de la historia, a partir del siglo XVIII ya no es vista como una condición posible, llevándose a cabo la eliminación del ser bisexuado, el que ya no se concebía como un estado auténtico, sino como una imperfección que requería intervención clínica (Foucault, 2000; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997). En esta búsqueda del sexo verdadero, los hermafroditas fueron sometidos a un proceso de clasificación médica que buscaba discernir y establecer de manera definitiva un único sexo, ya fuera masculino o femenino, en contraposición a la ambigüedad natural de su cuerpo: *“en adelante, a cada uno un sexo y uno solo. A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o, incluso, simplemente ilusorios”* (Foucault, 2007a: 13). La medicina legal marcó aquí un punto de inflexión, en donde los médicos pasaron de ser simples testigos en los tribunales para determinar si una persona era un verdadero hermafrodita, a adquirir el poder de determinar la identidad sexual verdadera que escondía su ambigüedad (Foucault, 2000; Vázquez García y Cleminson, 2010).

Debido a la implicación que tuvo la psiquiatrización del placer perverso en el posterior entendimiento de las identidades trans, este asunto se tratará de forma más profunda en el capítulo III.

6. Debates actuales en torno al paradigma del dimorfismo sexual. Principales contribuciones teóricas sobre el sistema de sexo/género desde los estudios feministas

Según lo examinado hasta el momento, cuando aludimos al paradigma del dimorfismo sexual hemos de tener en cuenta que no solo nos referimos a una noción que evidencia la existencia de dos, y solo dos sexos anatómicamente posibles y opuestos que operan a nivel descriptivo, sino, también, a un sistema de clasificación del cuerpo y el deseo sexual que tiene consecuencias prácticas más allá de su enunciación. Este sistema se fundamenta en disimilitudes tanto anatómicas como psicológicas inherentes a los géneros masculino y femenino, que son jerarquizadas en función del valor cultural históricamente atribuido, y que ha tenido un alto impacto a nivel social para cada género. Dentro de esta visión, las diferencias se basan en características físicas (morfología corporal) y psicológicas (comportamientos o predisposiciones emocionales) que se consideran naturales y universales; un enfoque que sostiene que las peculiaridades de género se derivan directamente de características biológicas entre los sexos, y que asume, por ejemplo, que los hombres son naturalmente más agresivos y las mujeres más afectivas y con una disposición innata para el cuidado de la familia (Butler, 2007; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994; Platero, 2014). No obstante, desde el feminismo y los estudios feministas se ha desempeñado un papel crucial en la deconstrucción del paradigma del dimorfismo sexual, cuestionando la idea de que las jerarquías de género reflejen estrictamente características biológicas innatas, sino que, de lo contrario, estas son fruto de procesos sociales y culturales, sometiendo a discusión la naturaleza de los roles tradicionales de género (Butler, 1995, 2002, 2006, 2007; Fausto-Sterling, 2006; Laqueur, 1994; Platero, 2014; Rubin, 1996; Scott, 1996; Wittig, 2006). Esta revisión desde el feminismo ha conducido a una comprensión más matizada de las categorías de hombre y mujer, y,

dependiendo de la perspectiva feminista de la que se parte, se reafirma la diferencia biológica (Cixous, 1995; Irigaray, 1992, 2007; Kristeva, 1984) entre los sexos, o se reconoce tanto la influencia de las construcciones sociales (Friedan, 2016; Oakley, 2015; Rubin, 1996; Scott, 1996) como la diversidad de experiencias e identidades más allá de las distinciones binarias tradicionales (Butler, 1990, 2007; Haraway, 1991a, 1991b; Lauretis, 1991).

En cuanto al debate surgido en torno a las conceptualizaciones de sexo y género, afirma Laqueur que la reciente distinción entre lo que se entiende por ambas categorías, a la hora de definir lo que es ser un hombre frente a lo que es ser una mujer, ha sido siempre frágil cuando no problemática. El mismo autor nos ha señalado en su obra que, históricamente, solo había existido el sexo, un sexo biológico que daba lugar a un sexo social, pero sexo al fin y al cabo, y que si la mudanza ideológica desde la creencia de uno hacia dos sexos diferenciados conllevó varios siglos y no pocas discusiones, cabría esperar que la aparición de una nueva terminología provocara debates parecidos (Laqueur, 1994). Sería a partir de la segunda mitad del siglo XX, en el momento en el que por primera vez se define el género de forma diferenciada del sexo para referirse a las características de hombres y mujeres, cuando se marque una ruptura clara entre naturaleza y cultura en cuanto a los análisis del cuerpo sexuado y sus atributos, abriendo un debate filosófico y terminológico recogido por el feminismo, que está muy lejos de cerrarse (Conway *et al.*, 1996; Duarte Cruz y García-Horta, 2016; Fausto-Sterling, 2006; Gatens, 1983; Lamas, 1996a; Laqueur, 1994; Stoller, 1968).

Correspondería preguntarse, a efectos de tener clara la génesis del debate, en qué momento el género se une al sexo como categoría que hace referencia a la identidad de las personas. Si bien la antropóloga estadounidense Margaret Mead, ya en 1935, revelaba que el género no era fijo ni biológicamente determinado, sino una construcción cultural que podía diferir según el contexto social (Conway *et al.*, 1996; Lamas, 1996b; Mead, 2006 [1935]), las autoras Jill Conway, Susan Bourque y Joan Scott (1996) señalan que las ideas de Mead fueron eclipsadas durante las décadas de los 40 y 50 por otras teorías de corte más biologicista, como lo fue el funcionalismo del teórico social Talcott Parsons. Este se apoyaba en una visión tradicional y esencialista, en donde los roles de género tenían un fundamento biológico y cumplían con

funciones económicas y sexuales diferenciadas para hombres y mujeres. El punto de inflexión, no obstante, llegaría en el año 1955, cuando el psicólogo e investigador John Money introdujo por primera vez el género como un concepto nuevo dentro del contexto médico, mediante la expresión "rol de género" (*gender role*) para describir el conjunto de conductas atribuidas a mujeres y hombres (Cucchiari, 1996; Lamas, 1996b; Mayer y McHugh, 2016; Money, 1955; Money, Hampson y Hampson, 1955, 1957), concepto al que más tarde se uniría el de "identidad de género" (Money y Ehrhardt, 1972; Stoller, 1968). John Money y Anke Ehrhardt utilizaron esta segunda terminología para describir la conciencia que tiene la persona sobre sí misma como hombre o como mujer, y señaló su maleabilidad para poder construirse durante las primeras etapas de la vida a través de los estímulos sociales adecuados. Así, Money y Ehrhardt consideraron al rol de género como una experiencia pública del género de una persona, mientras que la identidad de género sería su vivencia interior. De igual manera, hicieron una separación clara entre sexo y género, siendo el sexo las características biológicas y físicas que distinguen a los seres humanos como machos o hembras, y el género la construcción psicológica y social que se relaciona con cómo una persona percibe y expresa su identidad, compuesta por la identidad de género y rol de género (Fausto-Sterling, 2006; Money y Ehrhardt, 1972). Con anterioridad a las aportaciones de Money y Ehrhardt (1972), en 1968, el profesor y psiquiatra estadounidense Robert Stoller ya utilizó el término "identidad de género" en su libro *Sex and Gender*, en un intento de definir el género, para oponerlo al sexo, entendiendo la identidad de género como la identificación de la propia persona con uno de los sexos. Según Stoller, el sexo tenía un fundamento innato, pues hacía referencia a las diferencias anatómicas y biológicas entre hombres y mujeres, mientras que subrayó el carácter socialmente construido del género y de las nociones de masculinidad y feminidad (Stoller, 1968). No obstante, hay que tener en cuenta que si el uso inicial del género está asociado a contextos médicos y psicológicos, cuyo papel fue crucial para empezar a distinguir entre el sexo biológico y las identidades de género, hay que subrayar que su transformación en un concepto político se dio posteriormente gracias a los movimientos feministas (Conway *et al.*, 1996; Fausto-Sterling, 2006; Lamas, 1996a).

La socióloga Ann Oakley toma el término médico para ser pionera en introducir el género dentro del discurso de las Ciencias Sociales en 1972, con la publicación de su libro *Sex, Gender and Society*, entendiendo el sexo como un término que hace referencia a la realidad biológica y que viene definido por la genitalidad de cada persona, mientras que el género está conectado a procesos culturales que guían los comportamientos pautados como masculinos o femeninos (Oakley, 2015). La publicación de Oakley no solo elevó como temática social el debate emergente que había surgido en el contexto médico entre la dicotomía sexo/género, relacionado a otro par dicotómico, el de naturaleza/cultura, en cuanto a la forma de entender las diferencias entre los sexos, sino que contribuyó a la popularización del género como categoría de estudio dentro de las teóricas feministas de Estados Unidos, quienes lo asumieron como una herramienta clave en la lucha por la emancipación femenina y los derechos de la mujer, al poder desafiar el determinismo biológico que, hasta ahora, había justificado las asimetrías sociales entre hombres y mujeres (Oakley, 2015; Mayer y McHugh, 2016).

Gayle Rubin es una antropóloga cultural que destacó por sus aportaciones pioneras dentro de la teoría feminista en los años setenta, y que desarrolló su trabajo en torno los estudios de género, planteando la idea de que las relaciones de género están socialmente construidas y no son un reflejo directo de las diferencias biológicas (Nicholson, 1997a). Desarrolló por primera vez el concepto de “sistema de sexo/género”, en 1975, en donde este es entendido como *“un conjunto de disposiciones por el cual la materia prima biológica del sexo y la procreación humanas son conformadas por la intervención humana y social y satisfechas en una forma convencional, por extrañas que sean algunas de las convenciones”* (Rubin, 1996: 44). En dicho artículo, Rubin habla de cómo las relaciones entre mujeres y hombres son organizadas y reguladas dentro de una sociedad determinada, entendiendo a esta como un sistema que tiene una dimensión tanto estructural como simbólica, y resaltando la idea de que el género y el sexo no son simplemente biológicos, sino que están profundamente influenciados por las normas sociales, culturales y económicas. Aunque Rubin reconoce la existencia de diferencias biológicas entre los sexos, su análisis se centra en cómo la sociedad organiza esas diferencias en función de la cultura y el poder, lo que da lugar a la subordinación

de las mujeres, y argumenta que las teorías marxistas, que analizan el patriarcado desde una perspectiva económica y de clases, no son suficientes para explicar toda la complejidad de la opresión de género (Nicholson, 1997b; Rubin, 1996).

Años más tarde, la historiadora estadounidense Joan Scott publicaba, en 1986, el artículo *El género: una categoría útil en el análisis histórico*, considerado un trabajo seminal en el campo transversal de los estudios de género y la historiografía, ya que con anterioridad el género no se había utilizado como una categoría de análisis en la historia (Lamas, 1996a). La autora, en su crítica al determinismo biológico, desafió la noción de que las diferencias entre hombres y mujeres son naturales y, por tanto, inmutables, argumentando que el género, entendido como una construcción social que define las diferencias entre los sexos, es fundamental para entender cómo se han estructurado las sociedades a lo largo del tiempo y cómo se han establecido y mantenido las relaciones de poder. Al introducir el género como una herramienta analítica, Scott amplió el enfoque de la historia más allá de los estudios tradicionales que se centraban casi exclusivamente en el ámbito público, permitiendo una nueva comprensión de cómo las relaciones de género influyen en la organización social, económica, y política. Esta autora argumenta que las formas en que se construyen las identidades de género varían según el contexto histórico y cultural, y que, en lugar de entender el género como una construcción estática, este debe ser historizado, comprendiéndolo como un fenómeno dinámico que cambia con las transformaciones sociales y políticas (Scott, 1996).

No obstante, aunque podría parecer que el género se hubiera establecido como una categoría esencial para entender, estudiar y neutralizar las relaciones de poder tradicionales y la justificación en las jerarquías entre hombres y mujeres, ni dicho término ni su relación con el sexo ha sido asumido y aceptado de la misma manera por las teóricas feministas, representando su aceptación o relativización como una de las principales razones de las rupturas de los movimientos feministas, dando lugar a diversas corrientes, o diversos feminismos (Gatens, 1983; Lamas, 1996a; Lauretis, 2000; Posada, 2002). A sabiendas de que cualquier clasificación sobre las corrientes teóricas surgidas puede ser reduccionista, a efectos de hacer un análisis lo más operativo posible a cerca del par sexo/género, trataremos este

debate en base a cuatro modelos conceptuales: 1) las teorías del género, 2) las teorías de la diferencia sexual, 3) el feminismo radical, y 4) el feminismo *queer*.

6.1. Las teorías del género

Esta corriente teórica ha buscado poner en relación los conceptos de género y sexo, siendo uno de sus principales objetivos la diferenciación semántica de ambos términos, oponiéndose al determinismo biológico, y tomando como punto de inicio la visión que se gestó en el entorno médico (Conway *et al.*, 1996; Cucchiari, 1996; Fausto-Sterling, 2006; Lamas, 1996b; Money y Ehrhardt, 1972; Stoller, 1968). Se parte de la existencia de un sexo biológico o natural y de un género social y culturalmente construido, sosteniendo que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no determinan de manera inherente sus roles o capacidades. Las teorías del género sostienen que los roles, comportamientos, y características que se asocian con lo masculino y lo femenino no están delimitados biológicamente, sino que son el resultado de construcciones sociales y culturales, y que, aunque existen diferencias morfológicas evidentes, estas no son relevantes para establecer diferencias, y mucho menos desigualdades, entre los géneros (Chodorow, 1978; Oakley, 2015; Perona, 2005; Rubin, 1996; Scott, 1996). De alguna manera, desde las teorías del género, se procede a vaciar el sexo de contenido remarcando que aquellas diferencias que siempre se han creído esencialmente naturales tienen como origen procesos culturales, así el género se erige en su principal objeto de análisis, pues se considera que las normas culturales construyen y perpetúan los roles y expectativas de género (Laqueur, 1994).

Aunque su obra precede al desarrollo de las teorías del género tal y como las conocemos hoy, Simone de Beauvoir es considerada una figura clave dentro del feminismo en general, y de esta corriente en particular, y, si bien la autora no empleó la palabra “género” en sus escritos ni hace una distinción entre naturaleza-cultura, muchos de los conceptos que ella introduce sentaron las bases para el desarrollo teórico posterior del término (Butler, 1996). En su obra *El segundo sexo*, publicada en 1949, acuñó la famosa frase “*No se nace mujer, se llega a serlo*” (Beauvoir, 2021 [1949]: 341), en la que plantea la idea de que ser mujer no es una

realidad biológica predeterminada, sino el resultado de un proceso social que moldea a las mujeres según expectativas y normas culturales. Igualmente, Beauvoir distingue entre el hecho biológico de ser hembra humana y lo que significa ser mujer en términos de roles, expectativas y limitaciones impuestas por la sociedad, una distinción similar a la que más tarde se haría entre sexo y género. Para la autora, las mujeres han sido históricamente definidas como un otro opuesto al hombre, quien se erige como la norma, una determinación cultural que ha sido la base de su subordinación de género (Beauvoir, 2021 [1949]; Butler, 1996; Laqueur, 1994). De esta manera, su análisis proporcionó una base teórica crucial para las posteriores teorías feministas que exploran cómo el género es impuesto socialmente y cómo esto impacta la vida de las mujeres (Butler, 1996; Boyer, 2012).

Las teorías de género han sido fundamentales para el desarrollo de, entre otras vertientes, el feminismo liberal, que se enfoca en la igualdad de oportunidades y derechos para las mujeres dentro del sistema político y económico actual, y que concibe el género como una construcción social que ha servido para restringir el acceso de las mujeres a los mismos espacios que han estado disponibles para los hombres (Perona, 2005). Dentro del feminismo liberal fue central la figura de Betty Friedan y su ensayo *La mística de la feminidad*, publicado en 1963, en donde cuestionó el papel tradicional de las mujeres en la sociedad de posguerra, especialmente en Estados Unidos, y cómo la cultura dominante promovía una visión limitante de la feminidad que confinaba a las mujeres a los roles de esposas, madres y amas de casa (Friedan, 2016). Friedan fue una psicóloga social que demostró que las mujeres en las décadas de 1950 y 1960 estaban atrapadas en una mística de la feminidad, una idea social que idealizaba la vida familiar como el único camino hacia la realización personal para las mujeres, ya que el trabajo fuera de casa se veía como una amenaza para esa feminidad (Friedan, 2016; Perona, 2005). No obstante, identificó un malestar profundo que experimentaban muchas mujeres de clase media a pesar de llevar una vida que, aparentemente, cumplía con las expectativas de éxito personal y felicidad. Llamó a este malestar el *problema que no tiene nombre*, el cual se manifestaba mediante la despersonalización, al ser despojadas de una identidad individual, y a través de problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad, la frustración, el alcoholismo, e, incluso, el

suicidio (Friedan, 2016). *La mística de la feminidad* tuvo un amplio impacto dentro del feminismo y abrió una conversación pública sobre el papel y participación de las mujeres en la sociedad, visibilizando una profunda insatisfacción de estas por haber relegado sus propias aspiraciones personales y profesionales en favor de cumplir con esta imagen idealizada de la mujer doméstica (Perona, 2005).

Las teorías del género han sido objeto de crítica desde otras corrientes feministas, como las teorías de la diferencia sexual y la teoría *queer*, las primeras argumentando que las teorías de género tienden a invisibilizar las particularidades de la experiencia femenina al tratar de igualar a hombres y mujeres (Irigaray, 1992), mientras que las teóricas *queer* critican la rigidez de la categoría de género, señalando que no es capaz de trascender las dicotomías tradicionales (Butler, 1996, 2002b, 2006, 2007; Haraway, 1991a, 1991b; Lamas, 1996a). Igualmente, desde el feminismo radical se rompía con el feminismo liberal en que este se centraba en la igualdad legal y formal entre hombres y mujeres, sin tener en cuenta que la opresión de las mujeres estaba profundamente enraizada en la estructura patriarcal de la sociedad y no podía resolverse únicamente con reformas legales o políticas (Coloma Aceña, 2022). No obstante, las teorías de género fueron fundamentales para el desarrollo del pensamiento feminista contemporáneo, ya que desafiaron la idea de que las asimetrías de derechos y la jerarquización entre hombres y mujeres estuvieran predeterminadas biológicamente (Perona, 2005).

6.2. El feminismo francés de la diferencia

El feminismo francés de la diferencia surge en los años 70, en torno a figuras como Luce Irigaray, Hélène Cixous o Julia Kristeva, y configura un enfoque dentro del feminismo que pone énfasis en la diferencia fundamental entre los sexos, no solo a nivel biológico, sino también en términos de subjetividad, psicológico y experiencial: hombres y mujeres son considerados esencialmente diferentes (Cirillo, 2002; Posada, 2002, 2005). El feminismo francés reconoce la existencia de un sistema de sexo/género, en donde el género tendría una génesis biológica inevitable, pero también otra cultural y simbólica, que configuran la feminidad de la identidad de la mujer, y entiende que ser consciente de esta diferencia entre

ambos sexos es una forma de emancipación en la búsqueda de la subjetividad femenina. Una idea central de estas teorías es que la diferencia entre los sexos no puede ser reducida ni negada (Cixous, 1995; Irigaray, 1992, 2007; Kristeva, 1984), así, según autoras como Irigaray, la diferencia sexual es la única diferencia irreductible, y cualquier intento de borrar esa diferencia supone una forma de opresión. Las teóricas de la diferencia argumentan que, en lugar de tratar de igualar a hombres y mujeres, es necesario reconocer las diferencias entre ambos sexos, tanto anatómicas como psíquicas, en la búsqueda de una identidad femenina (Irigaray, 1992, 2007). Para ellas, las mujeres deben luchar por una liberación a partir de lo que las hace diferentes, en lugar de buscar una igualdad que las equipare a los hombres y, por ende, las mantenga en un marco masculino (Posada, 2002, 2005). Prácticamente una *“reivindicación de la feminidad como sustrato natural, como forma de verdad ontológica”* (Sierra González, 2008: 36).

Irigaray y Cixous, critican la noción de un individuo neutral que las teorías de género y feminismos igualitarios proponen, pues ese sujeto neutro sería, de hecho, un sujeto masculino que se presenta como universal. Esto ha conducido, históricamente, a la subordinación de las mujeres, ya que el cuerpo masculino ha sido tratado como la norma desde la que se define lo humano mientras que lo exclusivamente femenino ha sido excluido o minimizado, por eso es necesario visibilizarlo y revalorizarlo. Estas teóricas proponen que la identidad femenina, más allá de ser una construcción cultural, está anclada en una experiencia propia, ligada a la diferencia sexual, pero no se trata únicamente de que mujeres y hombres sean biológicamente diferentes, sino que las características, vivencias y subjetividades femeninas deben ser reconocidas como tales, en lugar de ser subsumidas en una identidad masculina o neutral (Cixous, 1995; Irigaray, 1992, 2007).

Es muy relevante la utilización del psicoanálisis por teóricas como Kristeva e Irigaray a la hora de explorar cómo las mujeres desarrollan su subjetividad de manera distinta a los hombres. Las autoras reinterpretan las teorías de Freud y Lacan para explorar cómo las estructuras simbólicas y del lenguaje son dominadas por lo masculino, e intentan mostrar que las mujeres deben encontrar maneras de desarrollar sus propios símbolos y subjetividades, así, plantean

que el lenguaje, el deseo y la sexualidad están fuertemente marcados por la diferencia sexual, y que las formas en las que las mujeres se relacionan son diferentes a las de los hombres y deben ser reconocidas. No obstante, la feminidad, según esta corriente, no ha sido propiamente habitada por las mujeres, sino construida y sometida desde la perspectiva masculina, y por tanto, el feminismo debe encargarse de devolverle su valor propio (Irigaray, 1992, 2007; Kristeva, 1984). Autoras como Cixous promueven la creación de una escritura femenina, es decir, una forma de escribir y pensar que se aleje de los patrones dominantes masculinos, idea que surge de la convicción de que el lenguaje y el pensamiento han sido históricamente contruidos desde una perspectiva androcéntrica, y que las mujeres necesitan desarrollar un lenguaje propio para expresar su experiencia femenina (Cixous, 1995).

Se podría decir que las teorías de la diferencia sexual han buscado visibilizar las peculiaridades de las mujeres, argumentando que la lucha feminista no debe centrarse en la igualdad, sino en el reconocimiento de la singularidad de la experiencia femenina, posicionándose en contra de cualquier enfoque que borre o minimice la diferencia sexual (Cixous, 1995; Irigaray, 1992, 2007; Kristeva, 1984). Si bien estas teorías han sido influyentes, también han sido criticadas por otras corrientes feministas que consideran que insistir en la diferencia puede reforzar estereotipos de género. Así, Wittig (2006) expone que promover una feminidad esencial naturaliza las jerarquías tradicionales en lugar de desafiarlas, pues su categoría de mujer es la misma que ha construido el sistema patriarcal. Igualmente, desde el feminismo *queer* se cuestiona el esencialismo del feminismo francés, pues reproduce las dicotomías tradicionales de hombre/mujer (Butler, 1996, 2002a, 2006, 2007; Haraway, 1991a, 1991b). Rosi Braidotti (1991), una filósofa cercana al feminismo de la diferencia, advierte del peligro de idealizar la feminidad y ver en ella un potencial de verdad o conocimiento alternativo sin cuestionar de dónde viene esa identidad femenina o de cómo el poder patriarcal ha definido dicha feminidad.

6.3. El feminismo radical

El feminismo radical surge en la década de los 60 y 70 en Estados Unidos, dentro de un contexto marcado por los nuevos movimientos sociales, como el movimiento por los derechos civiles, las protestas contra la Guerra de Vietnam, o el anticolonialismo, y cuyas primeras integrantes procedieron de la militancia del Movimiento de Liberación de las Mujeres (MLM) y de las filas de la Nueva Izquierda. Estas circunstancias ayudaron a crear un ambiente propicio para cuestionar no solo las leyes y normas sobre el género, sino también las estructuras de poder más profundas, como el sistema reproductivo o la sexualidad, que mantenían la opresión de las mujeres. El feminismo radical encontró en Kate Millett y Shulamith Firestone a sus principales figuras, autoras que fueron pioneras en utilizar el género como una categoría para el estudio exclusivo de las mujeres, y cuyas obras acuñaron términos de los que los feminismos actuales son deudores, como el de “patriarcado”, “casta sexual”, o el lema “lo personal es político” (Coloma Aceña, 2022).

En su influyente obra, *Política sexual*, publicada en 1970, Millett expuso cómo las relaciones entre hombres y mujeres estaban impregnadas por dinámicas de poder, donde el patriarcado, como sistema de dominación del hombre sobre la hembra y del macho adulto sobre el joven, se adapta y sobrevive dentro de cualquier contexto económico o político, ya sea feudal, capitalista o socialista (Millett, 2021). Por su parte, Firestone, en *La dialéctica de la sexualidad*, obra que también vio la luz en 1970, presentó un análisis profundo de la opresión femenina desde la perspectiva biológica, sosteniendo que la capacidad reproductiva de las mujeres ha sido utilizada como una herramienta de subordinación. Para ella, la familia tradicional es el núcleo donde se perpetúa esta desigualdad debido a los roles adoptados, en donde la mujer es dependiente del hombre, y es necesario romper con las castas sexuales impuestas por la biología, facilitando a las mujeres el control total sobre sus cuerpos a través de la tecnología y el respaldo de las instituciones. Desde su visión, la liberación de las mujeres no puede lograrse sin desafiar las estructuras reproductivas y familiares vigentes (Firestone, 1973). Ambas autoras, junto con otras referentes del feminismo radical, como Robin Morgan (1970) o Leslie Tanner (1971), coincidían en que el patriarcado no era solo una estructura de poder

que subyugaba a las mujeres, sino la raíz de todas las formas de opresión (clase, raza, incluido el género). Asimismo, el feminismo radical denunció las formas en que la cultura popular romantizaba y normalizaba la violencia contra las mujeres, como se veía en la pornografía, la publicidad y hasta en los cuentos infantiles, insistiendo en que prácticas como la prostitución no pueden considerarse decisiones libres en un contexto de opresión patriarcal (Echols, 2019; Shulman, 1980). La afirmación de que lo personal estaba profundamente conectado con lo político (lo personal es político), se sustentaba en que las experiencias individuales de las mujeres, que solían verse como problemas privados, en realidad están relacionadas con desigualdades estructurales y expectativas impuestas por la sociedad (Del Olmo, 2019).

En referencia a los debates surgidos sobre la dicotomía sexo/género, el feminismo radical asumió como objetivo último abolir el género, pues eso llevaría a la disolución de los roles sexuales como construcciones sociales que servían para oprimir a las mujeres, propósito que derivó en la paradoja central que acabó socavando esta corriente feminista: *“fomentaron la creación del sujeto «mujer» o «mujeres» –que acabaría construyendo la consecuente identidad colectiva del movimiento emergente— al mismo tiempo que, paradójicamente, pretendían superar dicha categoría”* (Coloma Aceña, 2022: 118). Esta contradicción consistió en que para articular una lucha política efectiva, el feminismo radical fomentó la identidad colectiva de las mujeres basándose en la experiencia compartida de opresión bajo el patriarcado, lo que implicaba usar el sexo biológico como un criterio de identificación política. Sin embargo, de forma paralela, e influenciado por la obra de Beauvoir, también argumentaba que no se nacía mujer, sino que se llegaba a serlo, es decir, que los roles y comportamientos asociados a ser mujer no son inherentes a la biología, sino construcciones sociales diseñadas para mantener la subordinación de las mujeres. Así, la lucha no debía centrarse solo en mejorar las condiciones de vida de las mujeres dentro de este sistema, sino en destruir las categorías de género que mantenían esas opresiones, lo que, de alguna manera, contradecía la diferencia sexual como origen de la opresión. Esta disyuntiva entre afirmar el sujeto "mujer" y, a la vez, buscar la destrucción de los roles sexuales, reflejó una tensión que derivó en fracturas internas (Coloma Aceña, 2022; Ergas, 2000). De esta manera, el feminismo radical enfrentó dos grandes problemas que afectaron al movimiento y que ha tenido su extensión

en los feminismos actuales. El primero, el de intentar unificar a las mujeres bajo una sola identidad colectiva que ignoró diferencias importantes por las que estaban atravesadas las mujeres como la raza, la clase o la orientación sexual, lo que provocó divisiones que debilitaron el movimiento (Coloma Aceña, 2022), un problema que también ha sido señalado por el feminismo *queer* (Butler, 2002b, 2007; Lauretis, 2000). El segundo, el de construir un sujeto del feminismo en torno a los intereses de mujeres blancas, heterosexuales y de clase media, lo que limitó su capacidad de representar la diversidad de experiencias femeninas, pasando a considerarse un movimiento elitista (Coloma Aceña, 2022; Evans, 2015; Lauretis, 2000; Thompson, 2002). Uno de los problemas del feminismo radical actual es la falta de conocimiento sobre los orígenes del movimiento, lo que ha desembocado en una interpretación errónea de sus primeras formas, en cuanto a sus posturas y enfoques, y una oposición frontal hacia los derechos de personas trans y la estigmatización de las trabajadoras sexuales (Echols, 2019).

6.4. El movimiento *queer* y el feminismo de los 90

Las teorías *queer*¹⁴, las cuales tuvieron un amplio impacto sobre los debates feministas surgidos en torno a la década de los 90 en Estados Unidos, forman parte de un complejo fenómeno teórico, crítico y político, que se nutre de diferentes movimientos y propuestas que cuestionaron las categorías fijas y esencialistas de la identidad. El fenómeno *queer* surgió tanto de la teoría crítica sobre las sexualidades y géneros tradicionales, como de la crítica cultural que denunciaba las normas heterosexuales y patriarcales, y del activismo social que buscaba transformar esas normas y reclamar un lugar para las identidades no normativas (Jagose, 1996; Lauretis, 1991). El feminismo *queer* aparece, así, bajo el influjo de las teorías *queer* y del contexto que las rodea, pero también con la base teórica de la filosofía postestructuralista, principalmente en los trabajos de Michel Foucault y Monique Wittig,

¹⁴ La teoría *queer* es una corriente crítica que surge en los años 80, que reinterpreta las normas tradicionales sobre el género y la sexualidad, proponiendo que estas son prácticas y discursos culturales, no verdades naturales o inalterables (Lauretis, 1991; Jagose, 1996). *Queer* es un término con significación despectiva que se puede traducir como "extraño", "raro" o "invertido", habiéndose usado para referirse a quienes no encajaban en las normas hegemónicas sexuales y de género. La teoría *queer* transformó el insulto en una herramienta de resistencia para abarcar identidades marginalizadas cuyas prácticas desafían la normatividad heterosexual (Butler, 2002a, 2007).

quienes ponen en cuestión la naturalidad biológica con la que operan categorías como son el género, el sexo y la sexualidad (Butler, 2002, 2007; Foucault, 1970, 1979, 2000, 2007a, 2007b; Jagose, 1996; Wittig, 2006). Este feminismo *queer* se oponía a las estructuras binarias y a las categorías fijas de género y sexualidad que dominaban tanto la sociedad como las teorías feministas más tradicionales (hombre/mujer, masculino/femenino, naturaleza/cultura, heterosexualidad/ homosexualidad), entendiendo que la identidad no es algo dado o estático, sino que es performativa, se construye y puede ser cambiante dentro de un espectro de opciones que distan mucho de ser dicotómicas (Butler, 2002a, 2007; Haraway, 1991a, 1991b; Lauretis, 1991; Wittig, 2006). Las contribuciones más innovadoras de este movimiento feminista estuvieron relacionadas no tanto con la creación de nuevos conceptos sino con la resignificación de las categorías tradicionales (Butler, 2002, 2007; Jagose, 1996; Lauretis, 1991). Las teorías de Foucault (1999, 2000, 2007b) sobre la biopolítica y el control social, fueron fundamentales para desarrollar la teoría y el feminismo *queer*, argumentando que las instituciones sociales, a través de discursos y prácticas, ejercen control sobre los cuerpos y sus identidades, modelando las categorías de sexo, género y sexualidad, que se ven como constructos que sirven a un propósito disciplinario y normativo del poder. A partir de Foucault y de la tesis de Wittig (2006), esta última, filósofa que entiende la heterosexualidad más allá de una práctica sexual sino como un régimen político capaz de administrar los cuerpos creando identidades normativas, teóricas como Judith Butler, Teresa de Lauretis o Donna Haraway, apoyan la idea de que ni el sexo y ni el género son hechos biológicos dados, sino construcciones discursivas y culturales (Butler, 1995, 1996, 2002a, 2006, 2007; Haraway, 1991a, 1991b; Lauretis, 1991). Estas pensadoras critican las ideas tradicionales basadas en una visión esencialista del género y en la suposición de que las identidades sexuales y de género estaban ligadas de manera natural al sexo biológico (Jagose, 1996).

Aunque es Lauretis quien habla por primera vez de la teoría *queer*, introduciendo el término en 1991, fue, sin embargo, la publicación de Butler, *El género en disputa*, en 1990, la que es considerada una obra fundacional tanto de la teoría *queer* como del feminismo *queer* o postmoderno. Butler cuestiona en dicha obra la dicotomía desarrollada en los debates en torno al sistema sexo/género, siendo una de sus ideas más revolucionarias el no reconocer al sexo

como una realidad biológica fija y anterior a las categorías culturales de género, sino como una construcción social y discursiva. La autora explica que, tradicionalmente, se había pensado que el género era una interpretación cultural que se derivaba de la base biológica de un sexo natural, fijo e inmutable, es decir, se parte de que nacemos con un sexo biológico que dicta qué género (masculino o femenino) debemos asumir. Sin embargo, Butler cuestiona esta relación jerárquica entre sexo y género, pues, para ella, el sexo no es una categoría prediscursiva, no es algo dado por la naturaleza que existe antes de ser nombrado o categorizado, no hay un sexo biológico precedente a un género cultural, sino que el sexo también es producto de prácticas discursivas y normativas que lo interpretan y lo naturalizan. Butler también habla del sexo como una *ficción reguladora de la coherencia heterosexual*, como un constructo que se crea para reforzar la idea de que hay una relación natural entre el cuerpo y las categorías de género, es decir, entre los sexos de hombre y mujer con las identidades masculinas y femeninas, o con el propio deseo sexual, que no da opción ni a habitar el cuerpo en la manera en que decidamos ni a que existan identidades que se sitúen en un punto intermedio entre el continuo que va desde la feminidad a la masculinidad. Sin embargo esta ficción reguladora también es cultural, y su normalización ha hecho que se vea como una realidad natural (Butler, 2007).

Una segunda idea esencial dentro de *El género en disputa* es la de performatividad de género, en donde Butler toma la idea de performatividad del filósofo del lenguaje John L. Austin, específicamente de su teoría sobre los actos de habla (ibidem). En su obra *Cómo hacer cosas con palabras*, Austin argumenta que ciertos enunciados no solo describen una realidad, sino que producen una acción; estos enunciados se llaman actos performativos (Austin, 1982). Butler adapta esta idea y la aplica al género, argumentando que, de manera similar a los actos de habla performativos, las acciones de género no son simplemente descripciones o expresiones de una identidad preexistente, más bien sería al contrario, el género no es una identidad interna o una esencia que poseemos desde el nacimiento, sino un conjunto de actos, comportamientos, gestos o expresiones (como la manera de vestirse, caminar, hablar o interactuar) que, a través de la repetición, producen la ilusión de una identidad de género estable. Que el género sea performativo implica que puede ser un proceso inestable y abierto

a la posibilidad de ser subvertido o transformado, pues si el género se produce a través de actos repetidos, también puede ser desestabilizado cuando esos actos no se ajustan a las normas tradicionales. Por ejemplo, cuando una persona *performa* su género de una manera que desafía las expectativas de género convencionales, pone en evidencia la arbitrariedad de esas normas y muestra que el género no es algo natural, sino construido. De esta manera, todas aquellas personas que tengan esa capacidad de subvertir las normas, de ser capaces de representar un papel que no corresponde a lo que se espera de ellas, lo que viene a ser una ruptura entre el género, el sexo y/o la orientación sexual, serán sancionadas precisamente por este poder alterar la norma (Butler, 2007).

Al igual que Butler, Haraway ha sido crucial a la hora de entender esta propuesta teórica feminista, quien también rechaza el binomio sexo/género al afirmar que las identidades, incluyendo las sexuales y de género, no son naturales ni esenciales, sino socialmente construidas. En su influyente artículo *Manifiesto para cyborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX*, publicado en 1985, desafió las distinciones tradicionales entre lo natural y lo artificial al presentar el concepto de *cyborg*. Según Haraway, el *cyborg* es un híbrido entre máquina y organismo, que combina la realidad y la ficción, y representa un rechazo radical a las dicotomías tradicionales que han estructurado gran parte del pensamiento occidental, como las distinciones entre naturaleza y cultura, humano y máquina, y masculino y femenino, sosteniendo que las fronteras que se han considerados sagradas en muchas teorías, incluidas las teorías feministas esencialistas, son en realidad permeables y artificiales. A través del concepto de *cyborg*, busca romper con la idea de una esencia natural, tanto en los cuerpos humanos como en los géneros al afirmar que los cuerpos son construidos a través de interacciones tecnológicas, culturales y sociales, proponiendo que la identidad es algo híbrido y fluido, siempre en proceso de cambio (Haraway, 1991a, 1991b).

Según Lauretis, el feminismo *queer* es una reacción frente a los feminismos que habían centrado su análisis en la categoría universal de mujer que excluía a otras mujeres atravesadas por diferentes formas de opresión además del género, como la raza, la clase social o la sexualidad (Lauretis, 1991), y en donde Butler sostiene que no hay una única categoría de

mujer, sino mujeres con diversas experiencias identitarias y corporales. Por ejemplo, para Butler y Lauretis, las prácticas performativas de las mujeres lesbianas ofrecen una nueva forma de habitar el cuerpo femenino que no responde a los significados tradicionales, sino que abre un espacio hacia la diversidad y, sobre todo, a la resistencia. En esta perspectiva, el cuerpo femenino se transforma en un campo donde se negocian y reinventan continuamente las identidades y los significados culturales, más allá de los roles y normas establecidas. De igual manera, el feminismo *queer* aboga por romper no solo con la visión hegemónica de la feminidad, que rechaza identidades subversivas como las trans, no binarias, lesbianas y bisexuales, sino que pretende alterar las normas heterosexuales y patriarcales del sistema sexo/género en general, que definen qué tipos de cuerpos, deseos y relaciones son aceptables, y así poder abrirse a nuevas identidades permeables entre lo masculino y lo femenino (Butler, 2001, 2002a, 2006, 2007; Lauretis, 1991). Para Butler, la performatividad de género ofrece una oportunidad para resistir las normas opresivas y los roles de género tradicionales, viviendo las identidades de manera subversiva (Butler, 2001, 2002a, 2006, 2007).

No obstante, la descentralización de la categoría de mujer para hacerla permeable y fluida es desde donde se articula la principal crítica que se le hace al feminismo *queer*, pues, según feministas como Nancy Fraser, este diluye a la mujer como sujeto político central del feminismo; enfatizar la fluidez de las identidades de género hace que el feminismo *queer* pierda de vista la opresión específica que sufren las mujeres como clase sometida bajo el patriarcado (Fraser, 1997; Rodríguez Magda, 1999).

CAPÍTULO III. HACIA UNA COMPRENSIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS

No es suficiente con tener un sexo, hay que identificarse con él, hay que producirlo como enclave de una subjetividad donde el sujeto se define, naturalmente, como el resultado de identificar el libre albedrío con el objeto «cuerpo»; con un cuerpo que, de repente, se vuelve «propio» en virtud de esta elección

Víctor Pueyo (2016)

Entendemos el significado de las identidades trans como aquellas experiencias vitales de quienes “no se sienten a gusto en el sexo asignado en el nacimiento, que rompen la rigidez de lo que es apropiado para los hombres o las mujeres” (Platero, 2014:31). Así, “trans” es un término paraguas referido a aquellas personas que no se ajustan a los patrones hegemónicos del actual sistema sexo/género, el cual consigue dar cabida a una multitud de experiencias identitarias, muestra de la heterogeneidad de formas de concebir el cuerpo más allá de los géneros normativos; unos sujetos quienes pueden, pero no tienen por qué, demandar el cambio corporal, vía quirúrgica u hormonal, a la hora de reivindicar quienes son y cómo se reconocen (Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Platero, 2014).

Afirma Víctor Pueyo que cuando hablamos de la identificación con un género social o con un cuerpo sexuado, no debemos referirnos a ella como un reflejo inmediato de ese cuerpo o una consecuencia natural del sexo asignado al nacer, sino como el resultado de un proceso de identificación subjetiva que involucra dinámicas de regulación, de construcción social, e, incluso, de la propia libre elección de sujeto (Pueyo, 2016). Es por esta razón que el proceso de reconocimiento del cuerpo como algo propio, no es ni automático ni puramente biológico,

sino que implica una producción dentro de la subjetividad, pero que tampoco es solo cuestión de subjetividad, sino que se construye a través de prácticas sociales, culturales y discursos interiorizados (Butler, 2002a, 2006, 2007; Preciado, 2020; Pueyo, 2016), y, especialmente en los casos de personas trans, también a partir de tecnologías biomédicas y fármacos que regulan el cuerpo (Hausman, 1998; Preciado, 2020). En esta línea, Butler plantea: “*después de todo, ¿hay un género que preexista a su regulación?, o el caso es más bien que, al estar sometido a la regulación, ¿el sujeto del género emerge al ser producido en, y a través de, esta forma específica de sujeción?*” (Butler, 2006: 68). Y en la respuesta a su propia pregunta, la autora propone que el sujeto se constituye, precisamente, en el proceso de estar sometido a esas normas, no hay un yo previo y libre que luego elige un género, sino que la identidad se construye dentro de un sistema de significados sociales, deviniendo en una identidad concreta a través de este sistema. Así, la norma no solo impone restricciones, sino que también define quiénes somos y cómo podemos existir dentro de un sistema social (ibidem). No obstante, aunque Butler plantea que la subjetividad de una persona no es completamente libre, porque se forma dentro de un marco de regulaciones que determinan qué identidades son posibles y cómo pueden manifestarse, también deja espacio para la capacidad de agencia, es decir, las personas pueden subvertir, desafiar y resignificar las reglas que las constituyen. Este es un punto clave en su teoría, ya que aunque las normas nos moldean, no nos determinan de manera absoluta, y hay posibilidad de transformación y resistencia dentro de ellas. Esta autora entiende que si el género no es una esencia fija, sino un acto reiterado dentro de un marco normativo, también puede ser transformado a través de variaciones en una *performance* que es elegida por el sujeto (Butler, 2002a, 2006, 2007).

1. La ruptura con el género normativo en perspectiva histórica

Sin bien el fenómeno de las identidades trans, en el sentido en que lo entendemos en la actualidad, es una práctica que no empezó a ser nombrada y sistematizada hasta hace unas pocas décadas bajo el tutela médica, también podemos afirmar que personas que han usado ropas o que han adoptado comportamientos que no se correspondían con el género que socialmente se les había determinado, rompiendo con la coherencia establecida por el sistema de sexo/género de cada momento histórico, las encontramos en todas las épocas y lugares (Bullough, 1980; Cambrollé, 2017; Garaizabal, 1998; Gutiérrez Usillos, 2017; King, 1998; Nieto, 1998). La significación que tradicionalmente se le ha atribuido a la transgresión del género, tal y como la entendemos hoy en día en nuestra cultura occidental, obedece no solo a la manera en que este proceso se ha ido conceptualizando desde el siglo pasado, reflejo de una modernidad que consolida el paradigma del dimorfismo sexual y que nos organiza en dos sexos discontinuos dando poca oportunidad a que haya estados intermedios, sino que también es deudora de la codificación tan rígida de los roles de género que ya se impuso en las sociedades grecorromanas (Garaizabal, 1998; Gutiérrez Usillos, 2017; Laqueur, 1994; Moreno Conde, 2017; Platero, 2014). Este significado que hemos asumido en occidente poco tendrá que ver con las distintas variantes en la forma de identificar las identidades trans en otras culturas y con la situación social que tienen las personas que allí han sido consideradas transgénero. Por ejemplo, otras culturas sí que admitieron la existencia de un tercer sexo, como los eunucos de Bizancio, Babilonia, China, o los *hijras* en el hinduismo antiguo, entre otras. La institución de los Berdaches es reconocida en la actualidad por distintas sociedades norteamericanas y norteesiáticas, llamándose a ellos mismos dos-espíritus, no identificándose ni con un hombre ni con una mujer (Nieto, 1998, 2008). Pero cabe recordar que incluso en nuestro propio contexto occidental también se aceptaron rupturas con esa bipolaridad sexual, reconociendo estados intermedios que podían albergar características sexuales ambiguas o transitar entre sexos (DeVun, 2018; Fausto-Sterling, 1998, 2006; Laqueur, 1994; Pueyo, 2016). Así, mucho antes de que tuviera lugar la diferenciación y denominación de prácticas como la homosexualidad, el travestismo o la transexualidad, muchas personas ya adoptaron en su momento, de forma temporal o permanente, géneros fluidos o apariencias de un género

al que no pertenecían, motivadas por razones diversas (Bullough, 1980, 1998; Dekker y Van de Pol, 2006; Gutiérrez Usillos, 2017). En estos casos no nos sería posible usar las categorías modernas que integran el paraguas terminológico de lo trans para interpretar sus historias o situaciones, ya que estas personas vivieron en un contexto diferente, donde la sexualidad no era un eje central en la identidad en la manera en la que lo es ahora. Forzar nuestras categorías actuales en ese pasado constituiría un error epistemológico y una imposición cultural, además de que sería difícil descifrar si aquellas transgresiones de género, como vestirse con ropas del género opuesto, eran simplemente una expresión social, o si reflejaban una identidad interna de género diferente. Sin un marco terminológico claro, del que sí disponemos ahora, estas prácticas se interpretaban de acuerdo con los valores religiosos, morales o sociales de la época, sin una distinción clara entre identidad o expresión de género (Bychowsky, 2018, 2021; Dekker y Van de Pol, 2006).

1.1. Travestismo y fluidez de género en la Antigüedad grecorromana

Un recorrido por la historia nos hace ser conscientes de que las rupturas con el género normativo han representado un continuo a lo largo del tiempo, además de ser transversales a todas las culturas, lo que incluye, cómo no, a nuestro contexto occidental (Bullough, 1980; Garaizabal, 1998; Gutiérrez Usillos, 2017; King, 1998; Nieto, 1998, 2008). Recordemos que dentro de la mitología grecorromana tanto el travestismo, la androginia, como la mutación de género eran frecuentemente retratadas como elementos de transformación positiva, asociadas al acceso a un conocimiento superior, en donde los dioses y héroes que experimentaban estos cambios adquirirían habilidades especiales o cumplían con propósitos elevados. Ejemplos destacados de esta manifestación de cambio fueron los mitos ya expuestos sobre Hermafrodito o Tiresias, si bien existieron infinidad de narrativas que hablaban sobre la delicada línea que separaba, a veces, lo masculino y lo femenino, como fueron las historias de *Iphis*¹⁵,

¹⁵ El mito de *Iphis* cuenta la historia de una niña criada como niño para evitar ser rechazada por su padre. *Iphis* se enamoró de la joven Yante, con quien fue prometida en matrimonio, pero le causaba un gran sufrimiento porque ambas eran mujeres y no podrían llegar nunca a consumar su amor. Ante esta disyuntiva, su madre, Telethusa, rezó a la diosa Isis, quien transformó a *Iphis* en hombre el día antes de la boda, así ambas pudieron casarse mediante la intervención divina (Ovidio, 2005).

Céneo/*Kaineus*¹⁶ o Aquiles¹⁷ (Carlà-Uhink, 2017; Moreno Conde, 2017). Pero hay que señalar que los mitos no surgen en un vacío cultural, sino que son intentos de explicar y justificar fenómenos que las sociedades antiguas observaban en su entorno (Pérez Miranda, 2014), por eso hemos de entender que las revelaciones sobre figuras andróginas o hermafroditas no solo son narraciones simbólicas, sino que reflejan la observación y existencia de realidades humanas que hoy podemos asociar con el travestismo, las identidades trans o la intersexualidad.

No obstante, si la fluidez de género en los mitos refleja una aceptación simbólica de la posibilidad de transitar entre géneros, en la realidad humana esta indeterminación se reconoce como una forma de anomalía. A diferencia de los mitos, donde estas prácticas eran engrandecidas, en el mundo terrenal las rígidas normas sociales vinculaban el género con el estatus e imponían el comportamiento adecuado de la ciudadanía. Así, en el contexto de lo cotidiano y lo humano, el travestismo y la alteración de los roles de género fuera de los rituales específicos eran frecuentemente objeto de burla o rechazo (Moreno Conde, 2017). Sí que existieron circunstancias, como los rituales colectivos o individuales, que tenían lugar en bodas, ceremonias de iniciación, o ritos de paso hacia la edad adulta, donde el travestismo tenía un propósito simbólico, desdibujándose los límites entre lo masculino y lo femenino, y donde los roles y vestimentas entre hombres y mujeres llegaban a invertirse (Carlà-Uhink, 2017; Delcourt, 1970; Moreno Conde, 2017). Este travestismo ritual, que se desarrollaba bajo una supervisión divina, marcaba, normalmente, un momento crítico en la transición de la

¹⁶ En cuanto a la historia de Céneo, cuenta que originalmente Céneo era una mujer llamada Cénide, quien fue violada por Poseidón, el dios del mar. Poseidón ofreció concederle a la muchacha un deseo como compensación, y Cénide pidió ser transformada en un hombre para no volver a sufrir jamás un ultraje similar, transformándose en Céneo, quien, además, era invulnerable a las armas (ibidem).

¹⁷ En el caso de Aquiles, según la profecía, este estaba destinado a morir joven en la Guerra de Troya, y su madre, para protegerlo, lo ocultó en la corte del rey Licomedes, en la isla de Esciros, vistiéndolo como una niña y haciéndolo pasar por una de las hijas del rey. Los griegos, sabiendo que no podrían ganar la guerra sin Aquiles, enviaron al astuto Ulises a buscarlo, y para desenmascarar su identidad colocó un conjunto de regalos frente a las princesas, así mientras las demás chicas se interesaban por los objetos femeninos, Aquiles no pudo resistir la atracción por las armas, revelando su verdadera identidad. Aquiles aceptó su destino y se unió a la expedición griega rumbo a Troya, donde se convirtió en el héroe más grande de la guerra, pero también encontró su muerte, como la profecía había predicho. La historia juega con la idea de lo que define el género, mostrando cómo Aquiles, aunque vestido como mujer, no puede ocultar sus inclinaciones y habilidades como guerrero, y resalta uno de los temas centrales de la mitología griega: la imposibilidad de escapar al destino (Guidetti, 2017; Moreno Conde, 2017).

infancia o juventud, cuando las normas de género son más flexibles, hacia la adultez, donde los roles de género se vuelven estrictamente definidos. Durante estos actos la transgresión temporal de las fronteras de género, simbolizada por el acto de vestirse con ropas del género opuesto, no pretendía cuestionar las normas establecidas, por el contrario, buscaba reforzarlas al enfatizar la importancia de asumir una identidad claramente definida tras la transición (Carlà-Uhink, 2017). Por ejemplo, en Esparta o Argos era la mujer la que, en la noche de bodas se disfrazaba de hombre, mientras que en Cos y en Creta era el marido el que se vestía de mujer. En Chipre, tanto hombres como mujeres se travestían en honor a una divinidad andrógina (Carlà-Uhink, 2017; Delcourt, 1970; Moreno Conde, 2017). De igual manera, las Oscoforias atenienses celebradas en honor al dios Dioniso y la diosa Atenea, era una de las tantas fiestas que integraban elementos religiosos, agrícolas y rituales de paso, en que jóvenes varones vestidos con ropa femenina, portaban racimos de uva en procesión (Carlà-Uhink, 2017; Delcourt, 1970). En los actos que tenían lugar en la noche de bodas, la transformación de *Iphis* puede interpretarse como un ejemplo simbólico de los ritos de paso en donde se refuerzan las normas de género tradicionales, pues aunque al principio el mito parecía desafiar las categorías rígidas de género y sexualidad al presentar a una mujer criada como hombre y enamorada de otra mujer, el desenlace restaura el orden al transformar a *Iphis* en un hombre mediante la intervención divina, y sugiere que el matrimonio y su consumación solo son posibles dentro del marco binario de hombre y mujer (Moreno Conde, 2017). En el contexto romano también existían espacios y momentos en los que se practicaba el travestismo, por ejemplo, durante la Saturnalia, que era una de las festividades más importantes de la antigua Roma dedicada al dios Saturno, y en donde las normas sociales se relajaban o invertían. Los esclavos recibían un trato especial por parte de sus amos, y estaba permitido vestirse con ropas que no correspondían al género prescrito (Carlà-Uhink, 2017; Miller, 2010).

Pero este tipo de prácticas en situaciones no ritualizadas era vista como una subversión del orden social y divino, una acción que ponía en riesgo la cohesión de la comunidad al desafiar las diferencias de género en las que se sostenía el sistema político y ético. La figura del varón travestido que se atreviera a usar túnicas de colores o largas, reservadas para las mujeres, solía ser ridiculizada, como en las comedias de Aristófanes, donde se representaba al hombre

afeminado como alguien cobarde, débil o incapaz de cumplir con las expectativas masculinas (Moreno Conde, 2017). El término *kinaidos*, que designaba al hombre afeminado o con rol pasivo en relaciones sexuales, era empleado para desacreditar la masculinidad, figura que era considerada una amenaza que se alejaba de los valores de moderación y virilidad que definían el ideal del ciudadano griego (Eppinger, 2017; Moreno Conde, 2017).

De todas formas, aunque el sistema de roles de género binario y la jerarquía sexual han sido históricamente definidas como pilares de las diferentes sociedades, es necesario apuntar que siempre han existido rupturas y variaciones que han cuestionado esta rigidez. En las culturas antiguas la fluidez de género no siempre implicaba marginalización; en contextos religiosos era percibida como una forma de conexión con lo divino, y de trascendencia de las normas humanas, y si bien las categorías de cuerpos y órganos sexuales diferenciados han sido las predominantes, en la práctica, esta división nunca ha sido tan nítida como para hablar de que las identidades se hayan adaptado a un sistema exclusivamente binario. Así, al considerar múltiples factores, como la identidad, la indumentaria, los roles o las actividades, se evidencia que todas las culturas han propuesto alternativas al modelo normativo, integrando personas cuyas características combinan rasgos tradicionalmente asociados a ambos géneros o que no se corresponden con ninguno de ellos (Bullough, 1980, 1998; Gutiérrez Usillos, 2017).

Ejemplos históricos sobre la variación de género, que demuestran cómo las culturas antiguas occidentales reconocieron y, en algunos casos, hasta veneraron identidades que transgredían el género en contextos religiosos, son las referencias que encontramos a los *gala* –también conocidos como *Kalû*– y los *galli*, sacerdotes en ambos casos, que, si bien surgieron en lugares y momentos diferentes, sus roles sociales han sido comparados en la actualidad (Bachvarova, 2008; Neill, 2009; Roscoe, 1996). En la religión de la antigua Mesopotamia, los *gala* ocupaban un lugar destacado como casta sacerdotal que desempeñaba roles rituales asociados a las expresiones de lamento y duelo, un colectivo que incluía tanto a mujeres como varones asignados al nacer, y que era esencial en los cultos dedicados a diversas deidades (ibidem). Desde sus primeras menciones en los textos sumerios, los *gala* se relacionaban con el uso del dialecto *emesal*, conocido como "la lengua de las mujeres", lo que sugiere una

fuerte conexión simbólica con roles de género tradicionalmente femeninos, que obligaría a los sacerdotes varones a adoptar el papel de mujeres dentro del culto (Bachvarova, 2008). Sus rituales incluían música, canto y recitaciones, e, incluso, ritos de carácter homoerótico, y eran parte integral de ceremonias relacionadas con la muerte y la adoración de dioses asociados al ciclo de vida y renacimiento. Los *gala* son una figura religiosa cuya presencia está documentada en los primeros registros de civilizaciones como Sumer y Acadia, con referencias escritas que se remontan al tercer milenio a.C., especialmente en tablillas asociadas con rituales religiosos y templos, así como motivos arquitectónicos en estatuas, si bien su presencia podría datar de antes de la aparición de la escritura (Bachvarova, 2008; Neill, 2009; Roscoe, 1996).

Un paralelismo cultural significativo a esta figura mesopotámica se encuentra en los *galli*, sacerdotes eunucos, también considerados un tercer sexo, del culto a la diosa Cibeles, la Magna Mater (Gran Madre), que practicaban la autocastración voluntaria como acto de devoción a su diosa debido a su celibato, y cuya veneración comenzó en Frigia (actual Turquía), extendiéndose después al mundo griego y romano. Al igual que los *gala*, los *galli* cruzaban los límites de género establecidos al adoptar atuendos y comportamientos tradicionalmente femeninos en el contexto de sus rituales religiosos, llevando peinados de mujeres, maquillándose la cara y, en ocasiones, asumiendo también nombres femeninos. Estas figuras no solo personificaban la fluidez de género en el ámbito sagrado, sino que también eran vistas como mediadores entre lo humano y lo divino, capaces de aplacar la ira de los dioses y facilitar la restauración de un orden alterado (Bachvarova, 2008; Neill, 2009; Roscoe, 1996; Vout, 2007). No obstante, hubo figuras prominentes del cristianismo primitivo que rechazaron a los *galli*, como fueron Firmicus Maternus quien los critica por su comportamiento afeminado y las prácticas transgresoras de género, y, más tarde, San Agustín, quien también expresa su desaprobación al describirlos con un comportamiento extravagante y vergonzoso, refiriéndose a ellos como una manifestación de los vicios del paganismo. Así, estos sacerdotes se convirtieron en un símbolo de lo que los cristianos rechazaban de las religiones paganas, aunque, a pesar de estas críticas, los *galli* formaron parte integral del culto oficial del Estado romano, con una presencia significativa en la vida social y religiosa (Neill,

2009; Roscoe, 1996). El surgimiento de estos sacerdotes es más tardío que el de los *gala*, y su práctica está asociada con los cultos frigios, que comenzaron a tener influencia en Grecia a partir del primer milenio a.C. En Roma, el culto a Cibeles y los *galli* se oficializó en el año 204 a.C., cuando se introdujo el culto de la Magna Mater desde Frigia (Roscoe, 1996).

Si buscamos otra figura singular en el mundo clásico reconocida por su ambigüedad sexual y como un ejemplo temprano de travestismo y de fluidez de género, es la que vamos a encontrar en los *enarées*, según Heródoto, o *anarieos* en palabras de Hipócrates. Estos términos señalan el comportamiento que algunos hombres adquirieron dentro de las sociedades escitas, es decir, pueblos nómadas que habitaban las estepas de Eurasia, que, debido a su impotencia sexual, vestían y actuaban como mujeres, asumiendo roles asociados tradicionalmente al género femenino. Si bien tanto el historiador Heródoto como los propios escitas atribuyen la condición de los *enarées* y su "enfermedad femenina" a un castigo divino consecuencia de un pecado o una falta cometida contra la diosa Afrodita, desde la perspectiva hipocrática, las características asociadas a la impotencia y la adopción de roles femeninos, no se entienden como una causa sobrenatural, sino como el resultado de principios fisiológicos y ambientales (Hipócrates, 1986a). En el *Corpus Hippocraticum*¹⁸ se atribuye esta situación a factores naturales, relacionados con los efectos prolongados de la equitación, en donde el uso continuado de los caballos provocaba dificultades en la circulación y dolores articulares, los cuales se intentaban remediar mediante un corte que los hombres escitas se hacían en las venas de detrás de las orejas, cortes que, supuestamente, afectarían a la producción de semen. Esta visión era capaz de explicar el por qué los afectados se encontraban, principalmente, entre los escitas ricos, que practicaban más la equitación, mientras que los pobres, menos expuestos a esta actividad, experimentaban la afección con menor frecuencia. De esta manera, el tratado hipocrático describe cómo algunos hombres escitas, al enfrentarse a la impotencia

¹⁸ Cabe aclarar que se denomina *Corpus Hippocraticum* a un extenso conjunto de tratados médicos que surgieron, en su mayoría, durante los siglos V y IV a.C. en la Grecia antigua, y cuya autoría, o la mayor parte de ella, se le atribuyó históricamente a Hipócrates. Estudios más recientes aseguran que dichos tratados fueron escritos por un amplio número de autores procedentes de diversas escuelas médicas griegas, entre las que se encontraba la escuela de Cos, a la cual perteneció Hipócrates. No se sabe exactamente cuántos de esos tratados se le pueden atribuir al propio Hipócrates, si bien su figura se erigió en representativa de ese surgir de una medicina técnica que ha sido la base de la medicina científica actual (Lain Entralgo, 1987).

sexual, no solo asumían un atuendo femenino, sino que adoptaban roles tradicionalmente asociadas a las mujeres, desempeñando sus tareas, trabajando y actuando como ellas en la vida cotidiana, interpretando su impotencia sexual como una incapacidad para cumplir con las expectativas sociales y de género (Hipócrates, 1986a; Laín Entralgo, 1987). Este comportamiento refleja no solo una reacción cultural frente a la pérdida de una parte central de su identidad masculina, sino también la influencia de las normas de género, que vinculaban estrechamente la virilidad con la capacidad sexual y la fuerza.

Siguiendo por esta senda, también nos topamos en occidente con los eunucos de Bizancio y Roma, quienes fueron otra figura social y cultural clave que desafió y rompió con la estricta dualidad de género en diversas civilizaciones, especialmente en el contexto bizantino y, aunque en menor medida, también en el romano. En Bizancio, los eunucos ocuparon una posición intermedia que les separaba de las categorías tradicionales de hombre y mujer, otorgándoles una identidad que trascendía el sistema de género binario y llegándoles a considerar un tercer género, algo que quedó particularmente claro en los debates teológicos y sociales sobre su lugar en la sociedad y la iglesia. Hemos de tener en cuenta que la castración antes de la pubertad afectaba el desarrollo de características sexuales secundarias, como el crecimiento de vello facial y corporal, y la musculatura, lo que les confería un aspecto físico distintivo, que a menudo influía en cómo eran percibidos y categorizados. En el contexto bizantino los eunucos conformaron una parte integral del sistema político y religioso, ocupando roles clave en la administración secular imperial como funcionarios y asesores de confianza, pero también en la jerarquía eclesiástica. Su género ambiguo se consideraba una ventaja en estas funciones, ya que no representaban una amenaza sexual o dinástica. En Roma, ya fuese durante el periodo de la república o el imperio, los eunucos fueron menos comunes y generalmente se asociaban con roles extranjeros o marginales, y aunque también pudieron alcanzar posiciones de poder, su presencia estaba menos institucionalizada que en Bizancio y más limitada en términos de influencia política. La sociedad romana mantenía una estructura de género más rígida que la bizantina, basada en el binario masculino-femenino, y los eunucos eran vistos, principalmente, como hombres castrados y no como un género distinto. Igualmente, la castración era un fenómeno menos extendido y más fuertemente estigmatizado,

por lo que su presencia en la sociedad y la literatura occidental fue frecuentemente peyorativa (Szabo, 2021; Wright, 2021). Dentro del cristianismo, especialmente en el contexto bizantino, Felix Szabo hace una interpretación de cómo estas figuras, a pesar de su ambigüedad de género, se llegaron a integrar en la narrativa religiosa como modelos de virtud, pues fueron representados en la moral cristiana como símbolos de castidad y pureza. Sin embargo, su castidad también fue debatida y vista con ambivalencia. Aunque se les reconocía la ausencia de tentación sexual, algunos teólogos argumentaban que su virtud no tenía mérito porque no era fruto de la elección ni de un esfuerzo activo, mientras que otros textos resaltaban que esta virtud no era fácil para ellos y requería esfuerzo (Szabo, 2021).

Además de las formas grupales expuestas, la época antigua también cuenta con otras figuras concretas que rompieron las normas de género establecidas. Un ejemplo destacado de cómo el travestismo fue utilizado como recurso para superar barreras sociales ya desde las civilizaciones clásicas, lo tenemos en la figura de Hagnódice, ciudadana destacada en la antigua Grecia, famosa por ser una de las primeras mujeres en ejercer la medicina en las especialidades de obstetricia y ginecología. Hagnódice fue una mujer de la alta sociedad ateniense que, al ver las malas prácticas que se cometían con las embarazadas durante los partos, quiso estudiar medicina, profesión cuyo ejercicio estaba prohibido para las mujeres, por lo que con el apoyo de su padre, adoptó una imagen masculina, se cortó el cabello y cambió su vestimenta para irse a estudiar a Alejandría con el célebre médico Herófilo. La popularidad que adquirió Hagnódice ya en Atenas entre las mujeres, debido a su habilidad y empatía en la medicina, la llevó a ganarse, a su vez, la antipatía de sus colegas de profesión, quienes la acusaron de seducir a sus pacientes, por lo que fue denunciada y llevada ante el tribunal del Areópago, donde, para defenderse, reveló su verdadera identidad como mujer, enfrentándose a nuevas y más graves acusaciones de suplantación de identidad masculina. No obstante, con el apoyo de las pacientes a las que trataba, quienes, en su mayoría, sí sabían que era una mujer, evitó una condena segura y logró que se cambiaran las leyes para que las mujeres pudieran ejercer de comadronas, al infundir mayor confianza que los hombres en las embarazadas (Moreno Conde, 2017; Oakes, 2002).

En el contexto de la Roma imperial, mucho se ha hablado de figuras históricas como Nerón o Heliogábalo que, debido a sus comportamientos extravagantes, desafiaron profundamente las normas sociales, incluidas las de género (Rodríguez Gervás, 1994; Vout, 2007). Si nos referimos a Nerón, cuando hablamos de travestismo o de modificaciones corporales, no hemos de centrarnos tanto a su persona sino en la relación que tuvo con Esporo, un esclavo del que Nerón llegó a enamorarse debido al gran parecido que tenía con su difunta esposa. El emperador romano ordenó la castración de Esporo con la intención de hacerlo más parecido a una mujer, adoptando también el joven esclavo un comportamiento femenino y grácil. Nerón y Esporo contrajeron posteriormente matrimonio en una ceremonia pública celebrada con gran pompa, en lo que se consideró una muestra del poder imperial y de cómo se podía utilizar la autoridad para controlar y transgredir las estrictas normas culturales que se imponían sobre el resto de la sociedad (Brisson, 2002; Dion Casio, 1989a; Vout, 2007). En el caso de Heliogábalo, un emperador que accedió al poder con tan solo 14 años y que fue asesinado a los 18, además de su asociación con prácticas religiosas afines a sus orígenes sirios alejadas del culto oficial romano, es recordado por vestirse como mujer y adoptar roles femeninos tanto en el ámbito privado como en el público. Según las fuentes históricas, Heliogábalo optaba por tener un aspecto feminizado, utilizando maquillaje, pelucas y depilándose para acentuar sus rasgos delicados, además de preferir ser llamado en femenino, principalmente dentro de la relación que tuvo con su esclavo Hierocles, a quien le gustaba referirle a él como su marido, y de quien le gustaba decir que era su reina y amante de forma pública. Según el historiador Dion Casio, la transgresión de la identidad del emperador llegaba a tal extremo que pudo llegar a ofrecer grandes sumas de dinero a su médico para que le realizara una cirugía que le dotara de genitales femeninos. Acorde con este historiador, Heliogábalo llegó incluso a prostituirse tanto fuera como dentro del palacio, desafiando las expectativas de comportamiento que se le exigía al poder imperial (Dion Casio, 1989b), adoptando un rol pasivo que podía considerarse denigrante para el ciudadano romano libre (Rodríguez Gervás, 1994). Tanto el caso de Nerón como, especialmente, el de Heliogábalo, fueron despreciados dentro de sus sociedades por quebrantar la tradiciones culturales y leyes romanas (Vout, 2007). Hay que entender que en la Roma imperial la bisexualidad de los emperadores era aceptada culturalmente, siempre que ocuparan un rol activo en las relaciones, ya que esto

simbolizaba poder y dominio, por lo que, lo que realmente provocó críticas hacia Heliogábalo y Nerón no fue tanto su orientación o comportamiento sexual, sino la forma pública y notoria en que expresaron estas prácticas. Sus acciones desafiaban las normas de moderación y decoro esperadas de un emperador, lo que contrastaba con la tradición romana de mantener cierta discreción sobre los aspectos privados de su vida (Rodríguez Gervás, 1994).

1.2. La transgresión de género desde el cristianismo primitivo hasta la Edad Moderna

En el tránsito que va desde la Antigüedad grecorromana hacia el cristianismo primitivo y la Alta Edad Media, las numerosas identidades que transgredieron las normas de género ofrecieron un terreno fértil para explorar cómo estas variaciones fueron integradas, negociadas y, en ocasiones, santificadas dentro de las narrativas religiosas. Las hagiografías medievales, entendidas como relatos de vidas santas, no solo documentaron actos de devoción y virtud, sino que también capturaron experiencias que desafiaban las nociones binaristas de género predominantes en sus contextos históricos. En estos relatos, la fluidez de género a menudo se vinculaba con la proximidad a lo divino, interpretándose como un signo de trascendencia espiritual o como una manifestación del poder de Dios sobre las criaturas humanas. Tal como sugieren los estudios contemporáneos sobre hagiografías, estas narrativas no deben ser vistas únicamente como registros históricos, sino también como construcciones simbólicas que esclarecen la compleja relación entre género y la religiosidad en el pasado medieval (Spencer-Hall y Gutt, 2021). Así, la comprensión de estas historias de devoción a Dios se entendieron en su momento desde una visión de autenticidad de las personas que llevaban a cabo las transgresiones en lugar de realizar un reconocimiento explícito de identidades transgénero en el sentido moderno, o de verlas como variaciones no normativas desde la perspectiva de nuestro actual marco sexológico (Bychowski, 2021), si bien tampoco dejaron de ser personas que transitaban entre los géneros de su tiempo, y que pertenecieron a uno de ellos, a los dos o a ninguno (Spencer-Hall y Gutt, 2021). También hay que señalar, en la evolución del reconocimiento en estas identidades, que entre los siglos XII y XIII la Iglesia adoptó una postura más rígida respecto a las expresiones de género no normativas, por lo que las

personas que no encajaban en el binario de género ya no despertaban tanta admiración sino rechazo por su parte, e insistía en que los individuos intersexuales eligieran un órgano sexual determinado para evitar ser acusados de sodomía, lo que llevó a una reinterpretación de estas figuras bajo sus nuevas doctrinas (DeVun, 2008).

Dentro de la hagiografía medieval, si bien los casos de personas religiosas que llegaron a trascender el género hacen referencia tanto a hombres como a mujeres santas, hay un enfoque notable en figuras femeninas que adoptaron roles masculinos, dentro de la cual se pueden resaltar algunos de los ejemplos más conocidos (Bullough, 1998; Spencer-Hall y Gutt, 2021). Por ejemplo, la historia de Santa Eugenia de Roma, también conocida como Eugenio, es una narración sobre una santa y mártir romana que vivió a mediados del siglo III, cuya fe la llevó a consagrarse al cristianismo, abandonando el culto pagano romano. La historia nos cuenta que para evitar un matrimonio concertado se vistió de hombre y se unió a un monasterio masculino, ascendiendo, con el tiempo, a la posición de abad. Su verdadera identidad fue revelada cuando una noble romana intentó seducirla y, al ser rechazada, la acusó de intento de abuso. Durante el juicio, presidido por su propio padre, Eugenia reveló su verdadera identidad para demostrar su inocencia. Según las fuentes, Eugenia era hija de un alto funcionario romano que también se había convertido al cristianismo, y que, tras negarse ambos a renunciar a su fe, fueron condenados a muerte. Santa Eugenia de Roma fue martirizada y decapitada debido a su firme rechazo a las prácticas religiosas paganas imperiales, y su firmeza en la fe, incluso ante la persecución y el martirio, fueron factores determinantes para su veneración como santa en la tradición cristiana primitiva (Albani, 2019; Mills, 2018). Otro ejemplo fascinante dentro de la hagiografía medieval es el de María de Egipto, nacida en Alejandría alrededor del siglo V, quien, tras una vida de excesos y pecado, se retiró al desierto como penitencia autoimpuesta para vivir de forma ascética, en lo que se interpretó como una transformación espiritual y corporal. María de Egipto es a menudo descrita como una "santa castrada" en el sentido simbólico, en donde la representación de su vida ascética incluía, junto a su dedicación total a Dios, una profunda renuncia a su identidad anterior, lo que también comprendía el despojarse de los rasgos de su género, trascendiendo las categorías de hombre o mujer en lo que hoy podríamos describir como una persona

agénero (Cotter-Lynch, 2021; Heron, 2000). Igualmente, la historia del monje Marinos, que se sitúa en algún momento entre los siglos V y IX con una posible localización en Siria, cerca de Trípoli, narra la vida de un monje que pudo nacer como María o Marina, pero se siente llamado a acompañar a su padre, Eugenius, en la vida monástica, y para poder ingresar al monasterio, adopta un nombre masculino y vive como un hombre. Marinos se destaca como un monje virtuoso, pero es acusado por una mujer de haberla dejado embarazada, lo que lleva a su expulsión del monasterio, para ser posteriormente readmitido debido a su arrepentimiento. Solo tras su muerte se descubre que Marinos era incapaz de engendrar un hijo, lo que demuestra la falsedad de las acusaciones, provocando un cambio en la percepción de su vida por parte de la comunidad, que reconoce su santidad y devoción. Gabrielle Bychowski advierte que, aunque los textos religiosos presentan su vida como un acto de devoción, el análisis contemporáneo sugiere que su decisión de adoptar una identidad masculina podría haber estado motivada también por un deseo de vivir como hombre en una sociedad que no permitía esa posibilidad para las mujeres. Este contexto permite ver su historia, al igual que muchas otras, como una intersección entre fe y transgresión de género (Bychowski, 2018, 2021).

Si bien se han traído aquí solo tres ejemplos de mujeres que se despojaron de su género de nacimiento para vivir una vida ascética, también hay que señalar que esta es una narrativa recurrente desde los primeros siglos del cristianismo y el principio del Medievo, en que mujeres, a menudo de familias nobles, se unían a monasterios, entre otras razones para escapar de matrimonios concertados o para sortear restricciones sociales de la época. Podríamos añadir decenas de historias similares a las tres compartidas, como la de Santa Eufrosina conocida con el nombre neutro francés de Esmarade, que deja la sociedad secular para ingresar a un monasterio, donde vive como un eunuco (Ogden, 2021; Wright, 2021), la Madre Juana de la Cruz como ejemplo de un género fluido que combina la masculinidad y la femineidad (Elphick, 2021), o Santa Catalina como predicadora (Ogden, 2021). No obstante Amy Ogden (ibidem) plantea una reflexión sobre cómo las historias medievales con comportamientos que trascendían el género normativo, aunque enmarcadas en contextos religiosos, pueden interpretarse como algo más que excepciones restringidas a la vida santa

o célibe, y sugiere que estas narrativas de cruce de géneros han tenido un impacto más amplio y una relevancia que se expande más allá del ámbito religioso, desafiando las normas de género predominantes en su tiempo.

Si bien las hagiografías medievales ofrecen un marco amplio de exposición de biografías transgresoras reinterpretadas dentro de contextos religiosos, el periodo medieval, e incluso más allá de este, también atestigua una diversificación de relatos que trascienden lo estrictamente eclesiástico. A lo largo de este período, historias de transgresión de género también surgieron en ámbitos seculares reflejando cómo estas experiencias no solo se vinculaban con lo divino. Desde personajes literarios que desafían los roles tradicionales hasta figuras históricas cuyas vidas rompieron las expectativas de género, este cambio señala una transición en la forma en que las identidades no normativas comenzaron a ser narradas y percibidas en un espectro más amplio de la sociedad medieval, y que de una manera u otra quedaron registradas en algún documento gracias al cual hemos tenido conocimiento suyo. Uno de estos ejemplos lo encontramos en la vida de Kalonymus ben Kalonymus, quien fue un escritor y traductor judío, nacido en 1286 en Francia, y conocido por su obra *Even Bohan*, escrita en 1322, en donde reflexiona sobre el género y expresa su profundo descontento con el rol masculino con el que ha sido obligado a vivir. En esta obra, el autor realizaba una crítica hacia la masculinidad y un elogio de la feminidad en un mundo que valoraba profundamente ser hombre, y manifestaba fervientemente un deseo de haber nacido mujer, refiriéndose a su pene con el término de *muum*, que se podría traducir como defecto o deformidad. Así, Kalonymus anhelaba la vida de una mujer, celebrando sus emociones y desventajas, desafiando las normas de su contexto patriarcal. Este deseo de transformación no solo se ha interpretado como una búsqueda de una identidad transgénero, sino también como una posible expresión de deseo homosexual dentro de un contexto binario de género en donde no había manera de nombrar el deseo masculino hacia otro hombre (Greenberg, 2004).

Otro ejemplo cautivador que encontramos en la Inglaterra del siglo XIV es el caso de Eleanor Rykener, conocida por vivir como mujer durante periodos de tiempo prolongados en diferentes lugares. Su historia se documentó en un interrogatorio en 1394, detenida por

realizar trabajo sexual, donde ella misma describe a las autoridades de Londres que desde hacía tiempo vestía ropa femenina y había aprendido oficios femeninos. Rykener (llamado John Rykener en el registro oficial) declaró que aprendió de otra mujer a ejercer la prostitución y a acostarse con hombres, y admitió haber tenido relaciones tanto con hombres como con mujeres, incluyendo a miembros del clero y a otras figuras de su entorno. Rykener también explicó que había trabajado en Oxford como bordadora vestida de mujer y que usó el nombre Eleanor durante ese período. El relato subraya cómo Rykener desempeñó diferentes roles de género dependiendo de las circunstancias, tanto como hombre o como mujer, y muestra una compleja interacción con las normas de género y sexualidad de la época (Karras y Boyd, 1996).

Posiblemente, el personaje medieval más legendario en la transgresión de las normas de género es el de Juana de Arco. Nacida en 1412 en Francia, desde joven afirmó haber recibido visiones y escuchado voces divinas, quienes le ordenaban que ayudara al delfín Carlos a recuperar el trono de Francia guiando al ejército hacia la victoria (Margolis, 2003; Spencer-Hall y Gutt, 2021). Nadia Margolis destaca el simbolismo que representó Juana de Arco en relación con su misión y su estatus, así su liderazgo no se basaba solo en sus habilidades bélicas, sino en la creencia de que estaba cumpliendo una misión divina, lo que le daba una autoridad que trascendía las normas sociales y religiosas tardomedievales, asumiendo roles y apariencias reservadas a los varones (Margolis, 2003). Aunque inicialmente fue enaltecida como una enviada de Dios, su captura por las tropas enemigas culminó en un juicio, siendo acusada de herejía, brujería y de vestir ropas masculinas, lo cual era considerado un acto subversivo, utilizándolo como prueba de su supuesta desviación y desobediencia a la Iglesia. A pesar de defender su elección como voluntad divina, fue condenada y ejecutada en la hoguera en 1431. Su caso ilustra cómo las transgresiones de género podían ser interpretadas desde diferentes vertientes, desafiando al orden religioso y social, como la herejía de desafiar las normas de género, liderar un ejército, vestir con armadura, y perturbar la estructura jerárquica religiosa, al recibir visiones que, acorde con la Iglesia, solo los clérigos masculinos podrían interpretar (Dekker y van de Pol, 2006; Margolis, 2003; Spencer-Hall y Gutt, 2021).

En el contexto de la España renacentista, una figura que sigue generando interés es la de Eleno de Céspedes, quien llegó a ser un reconocido cirujano. Céspedes nació en un pueblo de Granada en 1545 como Elena, hija de una esclava africana y del señor de la hacienda, llegó a casarse con un hombre en torno a los 15 o 16 años con quien tuvo un hijo, y a quienes abandonó al poco tiempo, llegando posteriormente su cambio hacia una apariencia masculina y adoptando el nombre de Eleno. Desarrolló su vida y su trabajo como varón en diversos oficios tradicionalmente masculinos, participó como soldado en la Guerra de las Alpujarras y obtuvo el título de cirujano, ejerciendo con éxito esta profesión. En 1586, contrajo matrimonio con una mujer llamada María del Caño, si bien previamente se tuvo que someter a un examen genital a petición de las autoridades para cerciorarse de que ese matrimonio se podía llevar a cabo, dictaminándose que Eleno era varón. No obstante, la singularidad de su historia llegó a ser tan conocida en su entorno que Eleno se encontró con una denuncia y con su identidad masculina puesta en duda, llegando, en esta ocasión, su caso hasta el Tribunal de la Inquisición. Durante el juicio, Eleno llegó a expresar que era hermafrodita, declaró haber desarrollado órganos masculinos que le surgieron en el esfuerzo de parir, y afirmaba ser físicamente un hombre, pero que había padecido un cáncer en sus órganos genitales y que esta enfermedad los había consumido, por lo que él había ido cortando poco a poco las partes sobrantes. Sin embargo, los médicos que examinaron su cuerpo concluyeron que tenía órganos femeninos y que la ambigüedad en su anatomía se debía a que había modificado sus genitales, muy probablemente usando la magia negra. Eleno fue acusado, en primera instancia de fraude, bigamia, herejía, hechicería y lesbianismo, aunque finalmente logró evitar la ejecución y solo fue condenado por bigamia, siendo azotado y ridiculizado públicamente, y obligado a servir durante 10 años en el Hospital de Toledo donde se le prohibió ejercer como cirujano. También se le obligó a vestir ropa femenina, forzándolo a renunciar a su identidad masculina y a vivir nuevamente como mujer (Maganto Pavón, 2007; Martín Casares y Díaz Hernández, 2016; Pueyo, 2016; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995). Según algunos estudios actuales, Eleno habría practicado la automutilación de sus genitales y utilizado vendajes compresivos para ocultar sus pechos u otros caracteres sexuales secundarios, permitiéndole transitar entre los géneros, adoptando una identidad fluida. Estas acciones sugieren que no se sentía cómodo en su condición femenina, lo que ha llevado a

interpretaciones que lo consideran un hombre transgénero en términos contemporáneos, e incluso que podría haber sido una persona intersexual, desarrollando cierta androginia en su imagen (Martín Casares y Díaz Hernández, 2016; Pueyo, 2016; Velasco, 2011). Su caso está ampliamente documentado en los archivos inquisitoriales (Maganto Pavón, 2007; Martín Casares y Díaz Hernández, 2016).

Dentro de la historia social del travestismo, los historiadores Rudolf Dekker y Lotte van de Pol llevaron a cabo un estudio documentado con 119 casos sobre mujeres que vistieron y vivieron como hombres en la Europa de los siglos XVII y XVIII, sugiriendo que el travestismo femenino, aunque no era aceptado oficialmente ni visibilizado por las instituciones, fue practicado de forma soterrada en ciertos sectores de la cultura popular europea, práctica que, cuando era descubierta, despertaba, principalmente, la ira de las autoridades, pero también, en algunos casos, su asombro y la admiración (Dekker y van de Pol, 2006). Los mecanismos de disciplina social aseguraban, o intentaban asegurar, la conformidad de los individuos acorde con un género, y entendían que vestirse con ropas del sexo opuesto era una infracción significativa de las normas y podía interpretarse como una amenaza al orden establecido, sin embargo, durante eventos específicos como los carnavales, se permitía cierta relajación de estas normas (Dekker y van de Pol, 2006; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1995). En el caso de las mujeres, también les estaba permitido travestirse si tenían que viajar solas, pues adoptar una apariencia masculina podría garantizar su seguridad. Así, la investigación de Dekker y van de Pol, a través de los múltiples ejemplos históricos, examina las razones detrás del travestismo femenino, que iban desde la búsqueda de libertad personal y laboral hasta el escape de matrimonios concertados o restricciones sociales, sin descartar las identidades intersexuales y transgénero. Hay que tener en cuenta que durante muchos siglos la principal alternativa de las mujeres humildes para escapar la indigencia era el trabajo sexual, mientras que para los varones lo eran el ejército o la marina, viendo muchas mujeres una escapatoria factible a la pobreza en estos oficios masculinos. Una idea significativa que explora el estudio de Dekker y van de Pol es la del travestismo como estrategia para vivir las relaciones homoeróticas femeninas, pues el amor entre personas del mismo sexo no podía conceptualizarse ni describirse en los términos modernos que manejamos hoy en día, y este solo podía

entenderse dentro de marcos binarios de hombre y mujer, por lo que el travestismo ofrecía una manera de existir dentro de esas restricciones. La investigación también apunta a que todas estas prácticas no fueron casos aislados, sino que formaban parte de un patrón recurrente dentro de ciertos contextos y periodos históricos, particularmente en regiones como Holanda, Inglaterra y Alemania (Dekker y van de Pol, 2006).

El personaje español más conocido que se unió a la tradición marinera descrita por Dekker y van de Pol fue el de Catalina de Erauso, conocida de forma popular como la Monja Alférez. Su controvertida vida, tanto en España como en América, combina la transgresión de las normas de género, con la aventura e, incluso, la barbarie. Catalina nació en torno a 1592 en San Sebastián, en el seno de una familia acomodada, ingresando a los cuatro años en un convento para formarse como monja, pero su carácter rebelde chocó con las estrictas normas de la vida religiosa, por lo que a los 15 años, escapó del convento vestida de hombre, cambiando su apariencia, y adoptando nombres masculinos, práctica que mantuvo durante gran parte de su vida. Pocos años después, Catalina se embarcó hacia el Nuevo Mundo, donde sirvió como soldado en las colonias españolas, y fue reconocido por su valentía y habilidades en batalla. Su identidad como mujer fue revelada al obispo de Perú por ella misma para eludir un ajusticiamiento, motivo por el cual fue enviada a España, donde Felipe IV le reconoció sus hazañas, le otorgó una pensión vitalicia por sus servicios a la Corona y le permitió seguir vistiendo de hombre (Dekker y van de Pol, 2006; Velasco, 2000). Sherry Velasco también señala que Catalina habitó un espacio ambiguo entre las categorías de género, cuestionando si su travestismo era exclusivamente una estrategia pragmática o si reflejaba una identidad de género más fluida, como una forma de encarnar un rol que le permitiera acceder a espacios y privilegios masculinos, por ejemplo el mantener relaciones con mujeres, lo que Velasco interpreta como una posible expresión de deseo homoerótico (Velasco, 2000, 2011).

No obstante, es necesario replantearse que en un contexto histórico como el de la Europa medieval y renacentista, en donde el hermafroditismo fue una condición reconocida, nos encontramos con que la flexibilidad o la ambigüedad de género no resultaba algo tan inusual,

y las transgresiones en la identidad podían pasar relativamente desapercibidas. De esta manera, algunos de casos mencionados hasta ahora, como el de Eleanor Rykener o el de Eleno de Céspedes, si bien rompían frontalmente con las normas sexuales de la época, también fueron vistos en su momento como realidades menos excepcionales de lo que podríamos suponer hoy en día, logrando habitar espacios los espacios indefinidos entre la masculinidad y la feminidad (Bennett, 2009, Pueyo 2016).

Dekker y van de Pol también señalan que, mientras que antes de 1800 se encuentran numerosas narraciones de mujeres que se vistieron y vivieron como hombres, los casos documentados de hombres que quisieron identificarse como mujeres eran escasos debido a la diferente percepción social del travestismo según el género. El travestismo femenino se veía como una estrategia para que las mujeres accedieran a oportunidades reservadas a los hombres, y aunque estas acciones podían ser desaprobadas, se entendían en el contexto de una búsqueda de mejora social o económica. Por el contrario, cuando un hombre adoptaba la vestimenta y el rol femenino, se percibía como una degradación de su estatus en una sociedad patriarcal, que valoraba lo masculino por encima de lo femenino, generando una humillación y reprobación más severa (Bullough, 1998; Dekker y van de Pol, 2006). Obviamente, estas ideas se encontraban sustentadas por las concepciones anatómicas y filosóficas de la época. En un contexto histórico, social y médico en el que estaba vigente el paradigma del sexo único, así como la creencia en la transmutación de género, existía la certeza de que la anatomía humana tendía hacia la perfección, y lo masculino se consideraba el estado más perfecto de la creación (Fuentelapeña, 1978 [1676]).

No obstante, sí que vamos a encontrar registros de personas que fueron asignadas como hombres al nacer y que llegaron a cambiar a una identidad femenina con el tiempo, algo que sucedía, normalmente, entre las esferas sociales más acomodadas (Bullough, 1980; Dekker y van de Pol, 2006). Uno de estos ejemplos es la historia de François-Timoléon de Choisy, conocido como el abad de Choisy, quien fuera una figura singular del siglo XVII francés, que destacó tanto por su talento literario como por estilo de vida poco convencional. Nacido en 1644 en una familia influyente, su madre, quien fuera maestra del joven Luis XIV y su hermano,

Felipe de Orleans, desempeñó un papel decisivo en su crianza, vistiéndolo como una niña desde la infancia para asistir a la corte de Ana de Austria (Bullough, 1980; Choisy, 1999 [1862]). Este hábito de la niñez no solo satisfizo los deseos de su madre, sino que también facilitó la integración de François-Timoléon en los círculos cortesanos, permitiéndole esta vestimenta femenina, en su posterior juventud, moverse con soltura en las esferas de poder, convirtiéndose en un testimonio viviente de la ambigüedad sexual y libertina que podía tolerarse en ciertos sectores privilegiados. La práctica del travestismo, lejos de ser un capricho pasajero, se convirtió en una parte fundamental de su personalidad, e incluso al alcanzar la mayoría de edad, Choisy continuó adoptando identidades femeninas en diversos contextos sociales que, debido a su fortuna y maneras refinadas, le valían su aceptación y admiración. Algunas de estas identidades fueron la de Madame de Sancy, o la de la condesa Des Barres, las cuales asumió cuando tuvo que abandonar París debido a que su imagen empezó a degradarse dentro de los círculos aristócratas, ya que su historia social y sexual estuvieron plagados de excesos que chocaban frontalmente con el decoro que la alta sociedad francesa estaba dispuesta a aceptar (Choisy, 1999 [1862]).

A pesar de estar su vida marcada por la transgresión de las normas sociales, Choisy también tuvo una destacada trayectoria intelectual. En su regreso a París, fue ordenado sacerdote y escribió numerosas obras, entre ellas sus *Memorias*, donde narra varios episodios de su vida, incluyendo su travestismo y el proceso de búsqueda de su identidad y del deseo erótico, si bien también confiesa que su vida religiosa no le impidió seguir actuando como mujer y llevando una vida sexual activa. En esta obra se observa cómo las pasiones de François-Timoléon estaban profundamente ligadas a su necesidad de expresión a través del travestismo, así, Choisy expone abiertamente que cuando podía vestir de mujer, lo que según él era una inclinación natural, experimentaba una sensación de plenitud y felicidad, pero cuando las circunstancias le impedían expresarse de esa manera, buscaba llenar ese vacío emocional a través del juego. En dichas memorias se ofrece un testimonio único sobre su identidad transgénero y sus problemas de adicción al juego, debido al cual perdió toda su fortuna. La vida de François-Timoléon de Choisy ejemplifica la compleja interacción entre identidad personal y una capacidad para fluctuar entre géneros que le hace existir de una

forma genuina dentro de las estrictas normas sociales y de género de la Francia del siglo XVII (ibidem).

Otra de las excepciones que se encuentran, dentro de los relatos de personas fueron asignadas al nacer como varones pero que quisieron vivir como mujeres, fue la de Charles d'Éon de Beaumont, conocido como el Caballero de Éon, quien fue una figura notable del siglo XVIII. Nació en Francia en 1728, dentro de una familia noble pero de recursos limitados, recibió una educación destacada y durante los primeros 49 años, vivió y se presentó públicamente como hombre, participando en misiones diplomáticas, militares y de espionaje en Rusia e Inglaterra al servicio de Luis XV. Llegó a recibir la Cruz de la Orden de San Luis, una de las más altas condecoraciones militares francesas, otorgada en reconocimiento a su valentía y servicio durante la Guerra de los Siete Años. No obstante, después de ser enviado a Londres para firmar la paz de París y utilizar excesivas y copiosas celebraciones para acercarse a la aristocracia londinense en aras de su misión, se ganó el desfavor del rey de Francia y, posteriormente, fue cesado de sus funciones. A eso se le unió que en dichas fiestas, debido a su apariencia andrógina y su comportamiento ambiguo, su identidad de género fuera objeto de especulación, originando rumores sobre su verdadero sexo, sobre si era una mujer que vestía de hombre o un hombre con apariencia femenina. El rey Luis XV, preocupado por los rumores que afectaban la reputación de la embajada francesa, exigió a d'Éon, ya afincado en Londres, que aclarara su género, y este expresó que era una mujer, una declaración respaldada por certificados médicos, si bien los exámenes se realizaron sin un reconocimiento físico completo, pues se limitaron a palpaciones sobre la ropa. En 1777 comenzó a vivir como mujer, siendo reconocida oficialmente como tal por el rey Luis XVI, aunque ya caída en desgracia y habiendo sido dejada de lado por la alta sociedad de Londres. Las motivaciones detrás de la decisión de d'Éon de identificarse como una mujer siguen siendo objeto de debate entre los historiadores. Algunos sugieren que realmente se identificaba como mujer, mientras que otros lo consideran como una forma de venganza contra la corona francesa que le había dado la espalda. Finalmente, d'Éon, falleció en Londres en 1810, y tras su muerte, una inspección médica reveló que, a pesar de haber vivido los últimos años como mujer, tenía anatomía masculina (Bullough, 1980; Cox, 1966; Kates, 2001).

Dentro de este recorrido histórico por las rupturas con el género normativo, es posible que el caso de Charles de Beaumont marque, en nuestro contexto occidental, uno de los últimos episodios en los que las transgresiones de género se interpretaron desde marcos religiosos, culturales o políticos más amplios en que, si bien podrían ser consideradas fuera de la legalidad o la decencia, aún no quedaban subsumidas bajo categorías médicas.

Sin embargo, a medida que avanzamos en los siglos XVIII y XIX, con el desarrollo de nuevas formas de conocimiento, impulsadas por la racionalidad científica y la consolidación del discurso médico-psiquiátrico, asistimos a una diferente forma de clasificar las prácticas sexuales no normativas, las cuales irían conformando una espesa tela de araña taxonómica en donde estas fueron quedando atrapadas. En el nuevo contexto sexológico, la vestimenta asociada al género opuesto, la ambigüedad sexual o el sentimiento homoerótico dejaron de ser vistos como fenómenos individuales para pasar a ser objeto de estudio colectivo, algo que no solo produjo nuevas etiquetas dentro de las clasificaciones psiquiátricas, sino que transformó prácticas puntuales en identidades patológicas (Foucault, 2007b).

2. La taxonomización de la transgresión de género como enfermedad mental y su proceso de diferenciación dentro de las perversiones sexuales

Históricamente, las diferentes concepciones nosológicas de la enfermedad han marcado la frontera entre lo que, en cada contexto, se ha considerado normal y sano en contraposición a lo que se asumía como anómalo o enfermo. Estas taxonomías médicas, cuyas primeras propuestas sistemáticas en occidente se remontan a un par de milenios atrás, y en donde ya se vislumbraban enfermedades que trascendían del ámbito físico, han evolucionado a la par del conocimiento científico (Gourevitch, 2000a; Laín Entralgo, 1987), pero también de la mano de lo moral, lo legal y lo socialmente aceptable (Foucault, 2007b; 2015a), hasta dar como resultado, en la actualidad, a las más modernas, reconocidas e influyentes clasificaciones médicas a nivel mundial. Estas clasificaciones han llegado a determinar aquello verdadero y admisible, en cada momento histórico, mediante un discurso científico que ordena la realidad al servicio de ciertas estructuras de poder (Foucault, 1970; 1979).

Si hablamos del inicio específico en el recorrido de las clasificaciones psiquiátricas, y, por ende, del estudio diferenciado de las enfermedades propiamente mentales, tendríamos que esperar para ello hasta el siglo XVIII, cuando la psiquiatría empezó a distinguirse de la medicina, al tiempo que se iba fraguando lo que hoy podemos denominar psiquiatría moderna (González de Rivera, 1998, Quérel, 2000). Esta psiquiatría tomó impulso a finales del XVIII con un hito fundamental que dejó atrás el internamiento de los enfermos mentales que tuvo lugar de los siglos XIV al XVIII caracterizado, primero, por la amalgama de enfermos, delincuentes u otras personas con comportamientos sexuales reprobables catalogadas bajo alguna forma de locura; segundo, por la inexistencia de un procedimiento médico con el que atenderles, el cual se suplía con la inmovilización y el castigo físico; y tercero, por la ausencia de la figura médica como fuente de autoridad en el diagnóstico y tratamiento. El punto de inflexión se inicia con la reforma asistencial de los enfermos mentales, la aparición del asilo terapéutico y la emergencia del alienismo, una especialidad médica enfocada en el tratamiento de enfermedades mentales que se convirtió en el primer procedimiento de medicina mental que

abordó las desviaciones sexuales. El asilo terapéutico hizo su aparición en Francia en 1793, con Philippe Pinel en los hospitales de Bicêtre y de la Salpêtrière, y en Inglaterra con William Tuke con la fundación de *El Retiro de York* en 1796, prácticas que desde Inglaterra y Francia, se extendieron al resto de países europeos¹⁹. Este cambio de paradigma elevó el papel de la figura médica a indiscutible dentro de la institución mental, y, con ello, el que las conductas sexuales consideradas *contra natura* se encontraran, por primera vez, bajo el veredicto médico (Foucault 2015a; 2015b). Este hito vino, además, acompañado de la irrupción de la Ilustración en el siglo XVIII, cuyos valores promovían un conocimiento científico independiente de axiomas religiosos, lo que produjo un gran avance en la medicina, en general, y en el estudio de las enfermedades mentales, en particular. Es en este momento cuando va tomando peso la idea de que la locura obedece a una disfunción en el cerebro, descartando como causa la vieja teoría humoral o los factores mágico-religiosos (Martínez, 1993). Sin duda estos acontecimientos reafirmaron la constitución ya emergente de la psiquiatría, materializándose en su posterior consolidación a inicios del siglo XIX, la cual se fija, no sin ciertas discrepancias, con la aparición de la obra de Pinel *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, publicada en 1801 (Aguado Díaz, 1995; Foucault, 2015a; González de Rivera, 1998; Postel, 2000a; Quénel, 2000).

No obstante, el que lo relacionado con la conducta sexual pasara a ser, por primera vez, objeto de la medicina, no conllevó directamente su psiquiatrización, sino que fue un primer paso. Este internamiento, con cierta orientación a la reinserción, servía de salvaguarda de aquellos grupos que anteriormente terminaban en cárceles y desestabilizaban el orden social burgués. El asilo trataba de dilucidar si la persona internada era realmente un delincuente, o su desviación se debía a una afección mental, en un contexto en el que la conducta sexual desviada empezaba a ser considerada, por el alienista, como un síntoma del trastorno mental

¹⁹ Aunque esta tendencia se relaciona con las transformaciones implementadas en Francia e Inglaterra, es necesario aclarar que cuatro siglos antes de que Pinel y Tuke pusieran en marcha sus reformas, España ya había sido pionera en Europa tanto en el internamiento de personas cuyos síntomas hoy se considerarían trastornos mentales, como en dar un trato humanitario a dichos internos. Así, en 1409 se creaba en Valencia el primer manicomio para enfermos mentales, imitando la organización del hospital de El Cairo, construido un siglo antes. Le siguen al de Valencia el de Zaragoza en 1425, Sevilla en 1436, Palma en 1456, Barcelona en 1481, Toledo en 1483, Valladolid en 1489, y en 1527 en Granada, con una influencia que también se extendería a América (Aguado Díaz, 1995; Montiel, 2000)

(Foucault 2015a; 2015b). Además, durante el surgimiento del alienismo y los primeros desarrollos de la psiquiatría, el interés explícito por la sexualidad era limitado, en parte debido a que los factores sociales y culturales de la época asociaban negativamente el estudio de la sexualidad con la práctica clínica, y tratar abiertamente estos temas podría comprometer la reputación profesional de los médicos. Aun así, el alienismo desempeñó un papel precursor en el tratamiento de las conductas sexuales no normativas, y sentó las bases para la medicalización que caracterizó gran parte del posterior saber científico sobre las sexualidades consideradas impuras (Foucault, 2000; Hekma, 1993).

No queremos decir, con lo expuesto hasta aquí, que no se empezara a reconocer la enfermedad mental hasta que apareció formalmente la psiquiatría allá por 1800, pues ya en el siglo V a.C., y de forma paralela al estudio de las demás afecciones físicas, comenzó a emerger en la medicina griega un corpus incipiente de trastornos relacionados con la psique y el cerebro, si bien todavía no había una separación entre enfermedades físicas y mentales, pues la causa de dichas enfermedades [las mentales], como todas las demás, se consideraba que obedecían a razones exclusivamente somáticas (Gourevich, 2000a; Lain Entralgo, 1987). Precisamente a esta tradición médica, representada en la figura de Hipócrates, considerado el padre de la medicina, le debemos el primer intento clasificatorio sistemático de aquellas enfermedades que se creía que ejercían *“efectos considerables y característicos sobre el alma, el espíritu y el carácter, lo mismo que sobre los comportamientos”* (Gourevich, 2000a: 23). Esta clasificación se basó, por primera vez, en la observación clínica, prescindiendo de justificaciones sobrenaturales para explicar la etiología de la locura o de cualquier otro malestar, lo que no significó que con el ocaso de la civilización clásica y el advenimiento del dogmatismo medieval no se volviera a recurrir de nuevo, y durante muchos siglos, a la superstición y la religión para entender la enfermedad (González de Rivera, 1998; Gourevich, 2000a). En este famoso *Corpus Hippocraticum* ya se describían diversas enfermedades que hacían referencia a desequilibrios mentales o psicológicos, como la frenitis, la letargia, la manía, la melancolía y la epilepsia, esta también conocida como enfermedad sagrada (Gourevitch, 2000a; Hipócrates, 1986a; Lain Entralgo, 1987).

El estudio de las enfermedades psicológicas comenzado en siglo V a.C. sería continuado por célebres sucesores como Galeno, Avicena, Paracelso o Luis Vives (González de Rivera, 1998), y marcó la pauta en la enfermedad mental durante más de dos milenios. Incluso después del nacimiento de la disciplina, en 1801, la clasificación de la locura encontrada en el *Corpus Hippocraticum* siguió haciéndose hueco entre importantes intentos nosológicos de autores del siglo XVIII como Boissier de Sauvages, Carl Linneo, e, incluso, en el propio Pinel, el cual se limitó a reproducir sin apenas enriquecer el planteamiento clásico, diferenciando cuatro tipos de trastornos: manía, melancolía, demencia e idiotismo (Gourevich, 2000b). Pero todas estas clasificaciones son desterradas completamente en 1899 tras la irrupción de la sexta edición de la propuesta nosológica psiquiátrica de Emil Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie (Tratado de Psiquiatría)*, a quien se le considera el fundador de la psiquiatría científica moderna, quien marcaría un punto de inflexión en la forma de entender, observar y describir la enfermedad mental, y sobre cuya propuesta se asientan las clasificaciones psiquiátricas actuales (González de Rivera, 1998; González Morales, 2016; León, 2014; Postel, 2000b; Young, 1995). El entusiasmo clasificatorio en enfermedad mental que tuvo lugar a finales de siglo XIX (Foucault, 2007b; González Morales, 2016), no dejaría escapar de sus dominios a aquellas sexualidades no normativas agrupadas bajo el título de perversiones o desviaciones sexuales (Foucault, 2007b), comenzando un recorrido, dentro de la Psiquiatría, que llega hasta hoy de la mano de las más importantes clasificaciones, tales como la CIE y el DSM.

2.1. La desviación sexual bajo el foco de la psiquiatría

Foucault señala que los marcos normativos, tanto civiles como religiosos, anteriores al siglo XIX, buscaban controlar principalmente las relaciones matrimoniales y la sexualidad conyugal, así, comportamientos considerados ilícitos, como pudieron ser el rapto, el estupro o el adulterio, eran fuertemente sancionados porque ponían en riesgo el sistema de alianzas familiares y la legitimidad de la transmisión patrimonial. Mientras, fuera del matrimonio, las normativas eran menos claras, y las conductas sexuales no relacionadas con la procreación, como relaciones homosexuales o la bestialidad, entre otras, entraban en un difuso paraguas del pecado o el crimen *contra natura*. Sin embargo, conforme avanza el siglo XVIII, asistimos

a un cambio significativo en la percepción y regulación de la sexualidad, marcando un desplazamiento clave en la historia del pensamiento sobre el cuerpo y las conductas sexuales, pues el control de las relaciones sexuales matrimoniales dejó de ser una preocupación central, comenzando a recibir una especial atención las conductas que se alejaban del desarrollo normal procreativo. De forma paralela, disciplinas emergentes como la psiquiatría y la sexología comenzaron a asimilar ciertos comportamientos como patológicos, en donde las transgresiones sexuales, antes vistas como pecados o delitos bajo una regulación religiosa y/o jurídica, pasaron a ser estudiadas como fenómenos médicos, contribuyendo a un nuevo tipo de control social basado en la normatividad científica. Tal y como argumenta el autor, la represión de determinadas sexualidades que tuvo lugar en Europa a partir del siglo XVIII, no se tradujo en una inhibición de los discursos sobre la sexualidad, sino todo lo contrario. Aquí lo importante ha sido discernir quién o quiénes asumieron la potestad de hablar sobre la sexualidad, desde qué posiciones se hablaba de ella o el punto de vista asumido, para entender cómo se erigió un nuevo régimen del saber sobre los placeres, que sirvió como un mecanismo de poder para disciplinar los cuerpos (Foucault, 2007b).

De esta manera, se pueden señalar dos momentos importantes que colocan la desviación sexual bajo el foco de la Psiquiatría. El primer momento es, sin duda, la aparición en Francia de la nosografía psiquiátrica de Bénédict Morel en 1857, en lo que se ha considerado el primer intento de explicación global de la enfermedad mental (Bing 2000). A mediados del siglo XIX asistimos a un cambio de enfoque en el campo de la psiquiatría que evoluciona hacia un modelo organicista, dejando atrás el alienismo, centrándose menos en la enfermedad mental tradicional y más en las anomalías y desviaciones del comportamiento (Foucault, 2000). La teoría de la *degenerescencia* de Morel define la degeneración como una “*desviación malsana de la especie*” (Bing, 2000: 226), entendida como una degradación perjudicial del estado físico y mental saludable que podía transmitirse de una generación a otra, y cuyas causas se podían deber a factores hereditarios, a elementos ambientales adversos, como el hambre, o a conductas inmorales, como el alcoholismo (ibidem). La degeneración crea un bucle negativo de patologías que afectan tanto al individuo como a sus descendientes, pudiendo evolucionar y manifestarse como deformidades corporales, disfunciones orgánicas o perversiones

intelectuales y morales que lo arrastren hacia comportamientos sexuales abominables. Con la teoría de la *degenerescencia*, en lugar de centrarse solo en curar a individuos con trastornos mentales, el enfoque cambió hacia la prevención social, buscando intervenir en las condiciones que se creían que causaban esas patologías, como la pobreza, el hacinamiento o los estilos de vida inmorales, ya que la degeneración era vista como un riesgo de transmisión intergeneracional que podía tener incidencia sobre la decadencia de la sociedad si no se tomaban medidas. Esta visión justificó medidas sociales e higiénicas derivadas del Higienismo o la Eugenesia para gestionar el cuerpo social, más que tratar al paciente individual (Castel, 1980; Foucault, 2000; Vázquez García y Cleminson, 2010). Así, Morel sostenía que la patología mental se originaba en el sistema nervioso y que la degeneración era hereditaria, pero no menos importante fue su concepción monista de la enfermedad, que implicaba una visión integrada del ser humano, en la que no se establecía una separación tajante entre lo físico y lo moral, es decir, identificaba las mismas causas explicativas tanto para las patologías mentales orgánicas como para las desviaciones morales, que, al fin y al cabo resultaban todas de enfermedades mentales. (Bing 2000). Dentro de las segundas, Morel situaba el origen de la degeneración moral en el abandono de los valores burgueses que se fueron asentando en la Inglaterra del siglo XVII (Foucault 2015b), y en el alejamiento de ese puritanismo victoriano, el cual rechazaba las prácticas sexuales fuera del matrimonio y aquellas no dirigidas a la procreación (Foucault 2007b). Es en este contexto en donde la desviación sexual, considerada como una degeneración moral que deviene tanto en causa como en efecto degenerativo, se relaciona, por primera vez, con una causa psiquiátrica, originada en el sistema nervioso.

Un segundo momento fundamental que despejó el camino para la incorporación de la desviación sexual como enfermedad mental dentro de la Psiquiatría, fue la labor de clasificación y diferenciación de patologías sexuales llevada a cabo por el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing con su obra *Psychopathia sexualis*, de 1886, pionera en ese campo hasta entonces. En esta obra se abordan de manera exhaustiva y sistemática una amplia variedad de comportamientos sexuales que el autor agrupó bajo el término general de "desviaciones sexuales" (Berner, 2000) y que sirvió como un marco comprensivo para incluir fenómenos y comportamientos no orientados hacia propósitos exclusivamente biológicos,

reproductivos y heterosexuales. De hecho, el psiquiatra sostenía que la estructura social de la civilización occidental estaba cimentada en la monogamia y el matrimonio cristiano, considerados por él instituciones superiores desde un punto de vista moral e intelectual (Krafft-Ebing, 1922, 2006). Krafft-Ebing, seguidor de la teoría de la *degenerescencia*, quien también pensaba que el origen de la enfermedad mental estaba en el cerebro, formuló una serie de conceptos sobre la perversión sexual, influyendo notablemente en las clasificaciones psiquiátricas posteriores (Berner, 2000; Krafft-Ebing, 1922, 2006). Dentro de su extensa taxonomía se encuentran términos como el sadismo, el fetichismo, o el bestialismo, además de hacer entrada la homosexualidad como reformulación de la expresión propuesta inicialmente por el psiquiatra Karl Westphal, en 1870, sobre los *sentimientos sexuales contrarios*, para referirse, desde una perspectiva médica, a las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Uno de los aspectos teóricos más importantes en cuanto a la variación de género de la teoría de Krafft-Ebing, lo encontramos en su planteamiento sobre la inversión sexual, en donde establecía una gradación de intensidad en la desviación de la orientación sexual y del género. A diferencia de muchos de sus predecesores, que asociaban la homosexualidad con una doble desviación, tanto de la identidad de género como del deseo sexual, describiendo al hombre homosexual como un individuo afeminado y sodomita, Krafft-Ebing separa estas dos dimensiones en función de una escala de intensidad. En los casos más leves, la homosexualidad se limita solo al deseo sexual hacia personas del mismo sexo, pero la identidad y el comportamiento siguen siendo acordes con el género original, sin embargo, a medida que la intensidad aumenta, se observa un mayor cambio en la identidad de género, pasando por la adopción de un rol sexual pasivo (afeminamiento) hasta llegar al grado más extremo, en donde lo masculino y lo femenino se subvertían, y cuyo máximo ejemplo de desviación en el género fue lo que definió como *metamorphosis sexualis paranoica*, donde la persona no solo mantiene relaciones sexuales pasivas con personas del mismo sexo, sino que experimenta una transformación completa de su identidad, adoptando características del sexo opuesto. El autor también hacía una distinción importante entre dos conceptos: perversión y perversidad. Para él, la perversión era una desviación sexual originada por una predisposición mórbida, es decir, una condición patológica del sistema nervioso central, que debía ser tratada por especialistas médicos. En cambio, la perversidad era vista

como una conducta inmoral o viciosa, causada por la voluntad del individuo, y debía ser castigada como un acto criminal. Esta diferenciación reflejaba su enfoque, en parte, despenalizador, ya que consideraba que las desviaciones sexuales debían ser tratadas desde la medicina, no desde el castigo moral o legal. Tras la primera edición, que era relativamente breve, la obra de Krafft-Ebing experimentó una evolución significativa gracias a que el autor empezó a incluir testimonios, especialmente a través de las cartas de personas que se sintieron impulsadas a compartir sus experiencias sexuales con él, incorporándolos como estudios de caso clínicos. Estos testimonios ayudaron a que el autor refinara sus clasificaciones y diagnósticos, al integrar experiencias subjetivas, lo cual le permitió una comprensión más rica de cómo las personas vivían las experiencias relacionadas con su sexualidad (Krafft-Ebing, 1922, 2006).

Encontramos, hasta aquí, que desde la creación del asilo terapéutico se ha ido allanando el camino no solo para que la desviación sexual, ya considerada pecado o delito en siglos anteriores, pasara a formar parte de la medicina, sino para que la institución mental fuera la única legitimada para crear ciencia y formular verdades respecto a la conducta sexual y el género normativo (Foucault 1979; 2007b). El nuevo estatus de enfermedad mental ocasionó que la desviación sexual pasase a ser una característica intrínseca del individuo, un estado psicológico patológico permanente. Este ya no era un sujeto jurídico o de moral laxa, que cometía un acto *contra natura* en un momento dado y cumplía una condena puntual por ello, como lo habría sido antes. Ahora era un enfermo mental (Foucault 2007b).

2.2. Sigmund Freud, la teoría psicoanalítica y el desarrollo psicosexual

Si bien los dos momentos clave en la aparición de la patología sexual quedaron marcados por las nosologías psiquiátricas de Morel y Krafft-Ebing (Berner, 2000; Bing, 2000; Foucault, 2007b), no podríamos ignorar, sin embargo, lo que supuso la figura de Sigmund Freud en el estudio de la sexualidad humana, cuyo trabajo marcó un punto de ruptura evidente frente a la tradición psiquiátrica desde donde se venía entendiendo la desviación sexual, alejándose, en cierta forma, de la moralización que había caracterizado a las corrientes

psiquiátricas precedentes (Flax, 1995; Foucault, 2007b). Así, aunque Freud siguió utilizando un marco médico y clínico desde el cual entender la sexualidad, también introdujo a esta y a sus diversas manifestaciones como un componente medular e inevitable del desarrollo humano, en donde la comprensión del deseo se enfocaba más allá de la mirada reproductiva (Foucault, 2007b; Freud, 2009 [1905]; Weeks, 1993).

Este autor se desvinculó de la teoría de la *degenerescencia* que relacionaba las desviaciones sexuales con la degeneración hereditaria y, por ende, con discursos eugenésicos y racistas, e introdujo una concepción del instinto sexual que no estaba determinada por la biología o la herencia, sino que se desarrollaba a lo largo de la vida del individuo (Foucault, 2007b; Weeks, 1993). Por ejemplo, se oponía a la idea de que la inversión sexual fuera el resultado de una herencia degenerada, sosteniendo que esta condición no necesariamente implicaba trastornos en otras áreas de la vida de la persona. Plantea, así, una visión revolucionaria al difuminar los límites entre la normalidad y la perversión en la sexualidad, llegando a afirmar que las perversiones forman parte de la normalidad sexual humana que se manifiestan en múltiples expresiones, como los impulsos sexuales infantiles centrados en zonas erógenas que no tienen que ver con los genitales, o las prácticas eróticas de los adultos que incluyen juegos sexuales (Freud, 2009 [1905]). En este sentido, Freud universaliza el alcance de la perversión, pues todas las personas podríamos poseer rasgos perversos en nuestra sexualidad, lo que también ampliaba el campo de lo que puede ser analizado y tratado bajo la estela del psicoanálisis (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997). No obstante, aunque Freud se apartó del discurso eugenésico, su teoría mantuvo un cierto carácter normalizador, al establecer una trayectoria del desarrollo sexual donde la heterosexualidad adulta era el punto de llegada esperado (Foucault, 2007b; Weeks, 1993).

Cuando Freud coloca la sexualidad en el centro de la vida psíquica, hace referencia a que esta no es solo una función biológica ni un aspecto secundario del ser humano, sino el motor fundamental del desarrollo psicológico o de la manifestación de los conflictos internos, y añade, además, una dimensión clave al considerar la sexualidad como la base para el conocimiento de la propia persona. Según esta idea, el sujeto no es capaz de conocer completamente, por sí mismo, su propio deseo ni su sexualidad, lo que hace necesario un

proceso de indagación profunda para acceder a esa parte oculta del ser —el inconsciente— en donde quedan reprimidos deseos, impulsos o recuerdos que resultan conflictivos para la consciencia, pero que se manifiestan a través de los lapsus, los silencios o los sueños, entre otros (Foucault, 2007b; Weeks, 1993). Aquí es donde entra la idea de la confesión psicológica como una tecnología del yo, un concepto con el que Foucault se refiere a un conjunto de prácticas mediante las cuales los individuos son empujados a conocer sus verdaderas motivaciones. En este sentido, el psicoanálisis, con el diván como su espacio simbólico, funciona como una versión secularizada del confesionario, en el sentido de que el sujeto, a través del habla y la introspección, puede descifrar los aspectos más recónditos de un inconsciente al que no puede acceder fácilmente. Freud, por tanto, no solo coloca la sexualidad en el centro de la vida psíquica, sino que la convierte en el mecanismo principal para alcanzar la inteligibilidad de la propia persona (Foucault, 2007b).

En su obra *Tres ensayos sobre teoría sexual*, Freud expone su concepción de la sexualidad humana, rompiendo con la visión tradicional que la restringía exclusivamente a la reproducción, en donde son clave algunos puntos en donde trata la inversión sexual. Así, introduce la idea de que, aunque la sexualidad definitiva se asienta después de la pubertad, esta ya está presente desde la infancia en donde niños y niñas experimentan placer a través de diferentes partes de su cuerpo, como la boca durante la succión, o el ano en la retención y expulsión de heces, lo que da lugar a una sexualidad polimorfa, ya que muchos objetos pueden ser objeto de placer debido a una diversidad de zonas erógenas. Igualmente, sostiene que todos los seres humanos nacen, de forma instintiva, con una predisposición a dirigir sus impulsos sexuales hacia cualquiera de los sexos, lo que se conoce como bisexualidad primaria, concepto vinculado a su idea de que en la infancia no existe una preferencia por un objeto de deseo específico (hombre o mujer), y lo que explicaría la posibilidad de que alguien pueda llegar a elegir a una persona de su mismo sexo como objeto de placer sexual. Es decir, antes de que el sujeto se decante por una preferencia sexual definida, pasa por un periodo natural en el que su deseo puede orientarse hacia ambos sexos, y el hecho de que solo hubiera interés exclusivo en el sexo masculino o el femenino, sería incido de una patología, ya que se reprime el deseo homosexual (Freud, 2009 [1905]).

Freud asegura que desde los primeros momentos de su desarrollo, la identidad de la persona se configura a través de dos dinámicas interrelacionadas, en donde entra en juego la elección del objeto sexual, o a quién desea, y la identificación, es decir, a quién trata de imitar como su modelo (Freud, 1984 [1921]). En este contexto, la identificación del niño es con el padre, mientras que el deseo sexual lo enfoca hacia la madre, constituyéndose como elementos fundamentales en la evolución del niño. A medida que este crece, se enfrenta al complejo de Edipo al percatarse de que el padre es un competidor en la lucha por el afecto materno, lo que genera una hostilidad hacia el progenitor y el deseo de reemplazarlo en el amor de la madre. Estas dos dinámicas, la identificación con el padre y el deseo hacia la madre, van a ser fundamentales en el desarrollo del niño. Freud interpreta que en los primeros años de vida el varón se encuentra bajo una primacía del falo, en donde cree que todas las personas tienen pene, así, el proceso que Freud describe implica que, para que el conflicto edípico se resuelva, el niño debe tomar conciencia de la diferencia sexual, suponiendo que si su madre o hermanas no tienen pene es por motivo de una castración. Esta revelación desencadena el miedo a la castración, que lo fundamenta en que si continúa deseando a su madre, podría perder su pene, como consecuencia de competir con el padre, y este miedo obliga al niño a abandonar el deseo hacia la madre y, en su lugar, identificarse con el padre debido al valor simbólico que tiene el pene para él, lo que contribuye a la resolución del complejo de Edipo (Freud, 1979). Aquí el autor también plantea que la resolución del complejo de Edipo no siempre sigue un único camino, ya que una vez que el niño abandona el deseo hacia la madre, puede reaccionar tanto afianzando su masculinidad al identificarse con el padre de forma más sólida, como internalizando la figura materna como una forma de compensar su pérdida. En este último caso, en lugar de verla como un objeto de deseo, la madre se convierte en un modelo de identificación, lo que lleva al niño a incorporar rasgos femeninos en su identidad. Freud sostiene que la elección entre estas dos identificaciones depende de la intensidad de las disposiciones sexuales presentes en el sujeto, aunque considera que la identificación con el padre es la más frecuente. No obstante, considerando la naturaleza bisexual del ser humano, el niño también podría tener una identificación con la madre en donde el padre se convierte en su objeto de deseo, implicando una inversión en la dinámica original del complejo de Edipo, generando en el niño ver a la madre como una rival en la disputa por el afecto paterno.

Esta posibilidad introduce una mayor variabilidad en la resolución del conflicto edípico, evidenciando que las identificaciones y elecciones de objeto no siguen un patrón fijo, sino que dependen de múltiples factores psicológicos y sexuales (Freud, 1979, 2009 [1905]).

Freud explica que durante sus primeras etapas de desarrollo, las niñas también van a sentir apego por su madre, al igual que los niños, convirtiéndolas en su objeto de deseo sexual, pues es quien las cuida y alimenta durante los primeros años de la infancia. En este periodo las niñas se rigen por un impulso sexual activo que gira en torno al clítoris, que es percibido como un órgano equivalente al pene, considerando que, en las primeras etapas de desarrollo, es a través del clítoris mediante el cual la niña experimenta el placer sexual. No obstante, hay un momento en que la niña se da cuenta de que no tiene pene, a diferencia del padre y los hermanos, y ante este deseo frustrado de tener pene culpa a la madre, que tampoco lo tiene, lo que hace que el deseo por su madre desaparezca y reemplace ese deseo de tener pene con la aspiración de tener un hijo en el futuro. Este cambio la lleva a fijarse en el padre como su nuevo objeto de deseo. Según Freud, este proceso hace que la niña evolucione desde una sexualidad masculina y activa asociada al clítoris, a una sexualidad femenina y pasiva asociada a la vagina. De hecho, Freud, creía que, con el tiempo, la mujer debía abandonar esa fase de placer clitoriano y adoptar una sexualidad pasiva centrada en la vagina, ya que el obtener placer mediante el orgasmo vaginal marcaría su etapa de comienzo en la madurez sexual. Encontramos en este caso que, mientras que en los niños la amenaza a la castración los llevaba a resolver el complejo de Edipo, en las niñas, la conciencia de la ausencia del pene es lo que inicia este conflicto. El autor también señala que, al adquirir conciencia de su falta de pene, la niña puede seguir un camino alternativo al del complejo de Edipo tradicional, al no aceptar su castración, lo que se entiende como un complejo de masculinidad. Este complejo ocurre cuando la niña niega su anatomía femenina e imagina que posee un pene, llevándola a desarrollar una identidad y comportamientos marcadamente masculinos u orientar su deseo sexual hacia otras mujeres (Freud, 1979).

Como hemos podido observar a lo largo del pensamiento freudiano, la inversión sexual no ha sido considerada patológica por sí misma, pues la atracción hacia el mismo sexo en la infancia o durante las primeras fases del desarrollo son una etapa más, dentro del proceso de

desarrollo psicosexual normal (Weeks, 1993). Sin embargo, a medida que el sujeto avanzaba en su maduración sexual, se establece una primacía de los genitales en la última etapa, y el deseo habría de transformarse en una orientación heterosexual. Encontramos así, en opinión de Freud, que si la masculinidad o la feminidad no marcaban puntos de partida en un sujeto que se concibe sin una sexualidad definida, sin embargo sí se espera que lo sean en el destino. Es aquí donde el autor matiza que si un individuo persiste en una orientación homosexual adulta, reprimiendo la tendencia normal heterosexual, entonces esa orientación podría considerarse una patología (Freud, 1979). De esta manera la teoría freudiana, pese haber desarrollado conceptos discordantes frente a otras visiones médicas, también ha resultado mostrarse extremadamente estereotipada al establecer una trayectoria unidireccional para poder considerar adecuada a la sexualidad (Weeks, 1993).

Así, la obra de Freud no ha estado exenta de crítica. En este sentido, Butler advierte que, si bien en su teoría psicoanalítica postula que los individuos nacen con una disposición bisexual, también encontramos que lo que Freud llama bisexualidad primaria no es más que una manifestación de dos deseos heterosexuales en conflicto dentro de una misma conciencia. Esto presupone que la atracción hacia el otro sexo solo puede ser producto de una inclinación que se alinea con los roles de género tradicionales, existiendo una predisposición masculina para desear a las mujeres, y una predisposición femenina para desear a los hombres (Butler, 2007). De igual manera, el falocentrismo es una constante en la obra de Freud, y como apunta Weeks (1993), la cuestión fundamental aquí es si esto sucede porque el pene es un miembro al que el autor considera solo naturalmente superior o también simbólicamente superior, es decir, Freud podría estar no solo proyectando una estructura biológica, sino una estructura social que ha sido históricamente dominada por figuras masculinas (Butler, 2007; Flax, 1995; Laqueur, 1994; Weeks, 1993). La crítica que realiza Laqueur también es clave para entender cómo Freud construye su teoría psicoanalítica sobre una base morfológica de la sexualidad, centrada en una dicotomía genital que orienta el deseo erótico normal. Al igual que otros pensadores de su época, reduce la complejidad del género a una cuestión puramente biológica, particularmente centrada en la diferencia entre los genitales masculinos y femeninos. Para Freud, la anatomía, especialmente la presencia o ausencia del pene, se

convierte en el eje central no solo de su teoría del desarrollo sexual, sino también de las relaciones de poder, una perspectiva que refleja una desventaja inherente de la naturaleza femenina. Así Freud encarna como nadie la tensión histórica que ha privilegiado a los genitales masculinos y les ha atribuido un mayor poder procreativo (Laqueur, 1994).

3. Tecnologías médicas y discursivas en el origen de la transexualidad: una clarificación terminológica

Para comprender de forma correcta la aparición de la transexualidad, ya sea como una práctica o como concepto en el vocabulario occidental, y su posterior reformulación en trastorno mental, es necesario realizar un recorrido médico y sociohistórico no solo sobre la evolución del término en sí mismo, sino también sobre su diferenciación con otro tipo de nociones más tempranas relacionadas, principalmente, con el deseo erótico. Así, Bullough se plantea si a lo largo de la historia, antes de que la medicina trazara una línea divisoria clara, se han distinguido aquellas personas homosexuales, de las travestis o de las transexuales (Bullough, 1980, 1998), pues hemos de partir de que la diferenciación entre prácticas sexuales, orientación sexual e identidad de género es algo relativamente reciente, y si bien estos conceptos ahora se encuentran claramente delimitados, a lo largo de la historia fueron asumidos de forma confusa bajo diferentes denominaciones (Platero, 2014). El desarrollo conceptual de la transexualidad y su separación de la homosexualidad y del travestismo evidenciaron, en su momento, transformaciones significativas en las disciplinas sociales y biomédicas a partir del siglo XIX, reflejando un camino que evolucionó, en primera instancia, desde los primeros estudios sobre la homosexualidad que también integraron elementos sobre las variaciones de género, hasta su configuración como una categoría independiente. Este proceso estuvo marcado por la influencia de figuras como Karl Heinrich Ulrichs, Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis, cuyos trabajos contrastan con las visiones patologizantes de otros teóricos contemporáneos, como Richard von Krafft-Ebing o Karl Westphal que contribuyeron a la construcción de la homosexualidad como una perversión sexual (Bullough, 1980; Hekma, 1993; King, 1998; Platero, 2014).

A mediados del siglo XIX, el sentimiento homoerótico, el cual con anterioridad había sido incluido dentro de las prácticas sodomíticas, comenzó a describirse como una inversión de género en vez de como una orientación sexual específica, entendiéndolo, prácticamente, como un hermafroditismo psicológico (Foucault, 2007b). Uno de los pioneros en teorizar sobre la atracción entre personas del mismo sexo fue el abogado alemán Karl Heinrich Ulrichs que, inspirado en su propia experiencia, desarrolló en 1863 el concepto de "uranismo" para describir su atracción hacia otros hombres. Ulrichs consideraba que los uranistas tenían un alma femenina atrapada en el cuerpo de un hombre, planteando la existencia de un tercer sexo, lo que buscaba apartar la orientación homosexual de la esfera de la perversión o la criminalidad, argumentando que era una condición innata, no elegida, y tan válida como el amor entre hombres y mujeres. Esta categoría también rompía con la dualidad tradicional de género al incluir un espacio intermedio que desafiaba las estructuras binarias al considerarla un tercer sexo. Esta perspectiva que integraba las variaciones de género dentro de la atracción entre personas del mismo sexo no era sino reflejo de una etapa histórica en la que no existía una distinción clara entre identidad de género y orientación sexual y en donde la heterosexualidad se consideraba la única forma de deseo sexual natural y posible. Según Ulrichs, la atracción entre personas del mismo sexo no se podía explicar dentro de las categorías tradicionales de género y sexualidad de la época sin recurrir a una inversión de género interno o psicológico, no obstante también criticó el enfoque patologizante de la psiquiatría emergente, particularmente en la obra de psiquiatras como Karl Westphal y Krafft-Ebing, quienes consideraban la homosexualidad un fenómeno psicopatológico (Hekma, 1993; Kennedy, 1997). El nacimiento de la homosexualidad como enfermedad mental Foucault (2007b) lo sitúa en 1870, cuando el psiquiatra alemán Karl Westphal publica un artículo hablando de los *sentimientos sexuales contrarios* como un estado patológico intrínseco a la persona, una forma de ser que va más allá de una práctica que se comete de manera puntual. La distinción entre lo que hoy conocemos entre homosexualidad y travestismo o transexualidad, tampoco quedaba clara en los escritos de Westphal, pues el sentimiento homoerótico incluía cualquier tipo de inversión sexual entre lo masculino y lo femenino, sin aclarar si estos *sentimientos sexuales contrarios* se referían solo a las prácticas sexuales o a una inconformidad con el propio género (Foucault 2007b; Hekma, 1993). Recordemos

también que el propio término de homosexualidad, al cual Richard von Krafft-Ebing hace referencia en su obra *Psychopathia sexualis*, si bien era una expresión que se referían a las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, también podía incluir la variación de género en donde lo masculino y lo femenino podían transponerse en función del grado de severidad, y cuyo máximo exponente en la desviación de género lo definió como *metamorphosis sexualis paranoica* (Krafft-Ebing, 1922, 2006)

Uno de los momentos claves a la hora de desintegrar una categoría tan ambigua como la de inversión sexual, que nos acerca al concepto de transexualidad, sentando las bases para una comprensión más amplia y menos confusa de las variaciones en el género y en la sexualidad, lo encontramos a inicios del siglo XX, personalizado en las figuras de Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis (King, 1998). Hirschfeld fue un médico y sexólogo alemán pionero en disociar la homosexualidad del travestismo, introduciendo, en 1910, los términos de "travestismo" y "travestido" para referirse con ellos a personas que tenían una necesidad persistente por vestir ropas asociadas al otro género y recalando que muchos de ellos eran heterosexuales, desafiando, así, las teorías psicoanalíticas que vinculaban el uso de ropas del sexo contrario con la existencia de una homosexualidad reprimida. Este autor también rompe con las concepciones binarias al hablar de las *variedades sexuales* como una forma no patológica y natural de manifestar las rupturas con en el género y la sexualidad no normativa. Para él los ideales de una masculinidad o feminidad absolutas eran reduccionistas, entendidos como abstracciones teóricas que no existían en la realidad humana, pues las personas eran mucho más complejas y diversas en sus combinaciones de rasgos, y no se correspondía con la diversidad natural (Hirschfeld, 1991 [1910]). De igual manera, Hirschfeld escribió otro tratado médico en 1923 llamado *La constitución intersexual*, en donde daba cuenta de la existencia de una categoría sexual llamada *tercer sexo* o *estados sexuales intermedios* en los que incluía tanto los travestis, homosexuales e intersexuales, estado el cual no consideraba que tuviera patología alguna, sino que era otra variante más de la sexualidad humana (Platero, 2014). Se puede considerar a Hirschfeld un pionero en la defensa de los derechos de las personas homosexuales y travestis, así como en la investigación científica sobre la diversidad sexual. En 1897 fundó el *Comité Científico Humanitario*, el primer movimiento organizado en la lucha

contra la criminalización de la homosexualidad, enfocado principalmente a la derogación del artículo 175, que condenaba esta condición en todo el Reino de Prusia. Más adelante, en 1919, estableció en Berlín el *Instituto de Investigaciones Sexológicas*, una institución dedicada al estudio de la sexualidad y la prestación de apoyo médico, psicológico y legal a personas travestis, homosexuales e intersexuales. Sin embargo, la llegada del régimen nazi marcó el fin violento de su labor, en 1933, las tropas saquearon el instituto y quemaron su extensa biblioteca y archivos en un acto simbólico de represión contra las libertades científicas y sexuales (Hirschfeld, 2006; Mercader, 1997; Stryker, 2008).

Basado en los trabajos de Hirschfeld, el médico británico Havelock Ellis contribuyó a consolidar no solo la separación conceptual del travestismo respecto de la homosexualidad, sino que introdujo un nuevo término, el "*eonismo*", para describir el hábito de determinados individuos por adoptar conductas o vestimentas pertenecientes al otro género sin ser necesariamente homosexuales (King, 1998). No obstante, Ellis lanza una visión matizada respecto al concepto de travestismo, ya que para él existe una gradación dentro del *eonismo*. Esta escala iría de una versión más simple que estaría centrada exclusivamente en la vestimenta como una forma de expresión externa, en la que la persona encuentra satisfacción en el acto de vestirse con ropa asociada al otro género y no implica una identificación psíquica profunda con el otro género, hasta su forma más compleja en donde la vestimenta deja de ser el foco central, y la persona adopta roles, comportamientos y se identifica psicológica y emocionalmente con el otro género. Inicialmente, Ellis empleó el término "inversión estético-sexual" para describir las experiencias de las personas que se identificaban o expresaban comportamientos asociados al género opuesto, sin embargo, abandonó esta terminología porque el concepto de "inversión" ya se utilizaba ampliamente para referirse a la homosexualidad y podía generar confusión al asociar ambas realidades. En su lugar, acuñó el término *eonismo*, inspirado en la vida de Charles de Beaumont, conocido como el Caballero de Eon, quien pasó gran parte de su vida vestido y desempeñando un rol social femenino, lo que simbolizaba para Ellis una manifestación clara de la inversión estética y sexual, o de comportamiento, sin una conexión directa con la orientación homosexual (Ellis, 2018a [1927], 2018b [1928]; King, 1998).

A comienzos del siglo XX la resignificación del concepto de inversión sexual permitió abordar las rupturas con el género y sexo normativo mediante nuevas categorías como el travestismo y el *eonismo* separadas de la homosexualidad. No obstante, estas categorías acabarían adoptando una orientación predominantemente patológica influenciada por las visiones de psiquiatras como Westphal y Krafft-Ebing, sentando las bases para la posterior constitución de la naturaleza psiquiátrica de la transexualidad y de la persona transexual como un sujeto patológico. El límite que diferenciaba al travestismo, referente a personas con inclinación a vestir como el sexo contrario, de la transexualidad, en donde además se demandaba el cambio quirúrgico de características físicas, no se pudo trazar, sin embargo, hasta el momento en que las tecnologías del género hicieron posible una separación médica y discursiva clara entre ambos términos (Hausman, 1998). Entendemos el significado de tecnologías del género tanto a las herramientas prácticas que permitieron intervenciones físicas, como los discursos y representaciones sociales que moldearon las identidades de género y las categorías médicas asociadas (Hausman, 1998; Lauretis, 1987). De esta manera, varios hechos fueron esenciales a la hora de que personas travestis y transexuales pasaran a considerarse grupos diferenciados. El primero tiene que ver con el desarrollo, a inicios del siglo XX, de la hormona sintética, capaz de proporcionar características físicas asociadas al género deseado, por ejemplo, la supresión de características sexuales secundarias, a lo que le siguió el perfeccionamiento de nuevas tecnologías médicas que permitían la modificación quirúrgica de órganos sexuales con garantías (Hausman, 1998). Estos acontecimientos enlazaron, además, con la aparición de los conceptos ya mencionados, como el de *rol de género* e *identidad de género*, introducido el primero por John Money, Joan Hampson y John Hampson en 1957, para referirse a la forma en que alguien se expresa en sociedad dando a entender si es un hombre o una mujer (Money, 1955; Money, Hampson y Hampson, 1955, 1957), y el segundo por Robert Stoller en 1968, haciendo alusión a la identificación de la propia persona con uno de los sexos (Stoller, 1968). Ambos conceptos permitieron realizar una separación entre, lo que llamaron, un sexo biológico y un sexo psicológico, justificando la pertinencia de las operaciones como una manera de ajustar ambos en las situaciones en que no coincidían (Benjamin, 1966; Money, 1955; Money, Hampson y Hampson, 1955, 1957; Stoller, 1968).

Ya desde 1920 en algunos países europeos, así como en Casablanca, se practicaban cirugías que permitían el cambio de sexo, encontrando en el caso de Lili Elbe a una de las primeras personas conocidas en someterse a cirugías de reasignación genital (King, 1998). Lili Elbe nació en Dinamarca en 1882 como Einar Wegener y trabajaba como pintor junto a su esposa, Gerda, quien también era artista. En muchas ocasiones Einar se vestía con ropa femenina para actuar como modelo en las obras de Gerda cuando los modelos originales no estaban disponibles, permitiéndole explorar y expresar su identidad femenina como Lili. Aquejada de malestar físico y psicológico provocado por su, cada vez más clara, identificación como mujer, en 1930 viajó a Alemania donde, tras varios exámenes médicos, fue sometida a una serie de cirugías experimentales con el objetivo de desprenderse de su anatomía masculina y comenzar una nueva vida como mujer. En 1930 Lili Elbe fue una realidad física, aunque, por desgracia, murió en 1931 tras las complicaciones derivadas en su última operación (Elbe y Hoyer, 2022 [1933]; Hausman, 1998).

Hemos de señalar, sin embargo, que fue el éxito de la operación de Christine Jorgensen en 1952, un exmilitar estadounidense, el que más impacto mediático tuvo tanto en la sociedad norteamericana como en la europea, ayudando a crear una visión positiva hacia el cambio quirúrgico de sexo como un hecho factible, seguro, y que visibilizó ampliamente la transexualidad (Bullough, 1998; Hausman, 1998; Platero, 2014). Los médicos que realizaron la operación de Jorgensen publicaron un informe sobre su caso, donde describían este fenómeno posicionándose a favor de las cirugías del cambio de sexo, si bien, con algunos matices. En este informe los médicos aseguraban ser capaces de distinguir varios estadios de travestismo, y justificaban dicha cirugía con la condición de encontrar casos de *travestismo verdadero*, es decir, aquellas circunstancias en que realmente pensaban encontrarse con una mujer en el cuerpo de un hombre, y en donde un tratamiento de psicoterapia no tendría efecto alguno para curarles de su dolencia. Ellos, como médicos comprometidos por mejorar la vida de todas las personas que se lo pidieran, lo más que podrían hacer era ayudarles a disminuir su sufrimiento y hacerles la vida lo más tolerable posible a través de la operación, proporcionándoles un equilibrio entre su cuerpo y su mente (Billings y Urban, 1998; Hausman, 1998).

3.1. Harry Benjamin y la institucionalización de la transexualidad como trastorno mental

La primera vez que irrumpió el término de transexualidad en el vocabulario occidental lo hizo en 1949 en el campo de la sexología, de la mano del sexólogo David Cauldwell en su obra *Psychopathia Transexualis*, en donde se hacía referencia a aquellas personas que deseaban vivir constantemente en el sexo contrario, y en donde la transexualidad era considerada una psicopatología (Cauldwell, 2006). De igual manera, este término también sería utilizado por los médicos que operaron a Christine Jorgensen en los años cincuenta, si bien con poco impacto en el panorama médico y social, pues quien finalmente lo popularizó y difundió a nivel mundial fue el médico endocrino alemán, afincado en Estados Unidos, Harry Benjamin en 1966 con su obra *The Transsexual Phenomenon* (Benjamin, 1999 [1966]; Hausman, 1998).

El trabajo de Benjamin desempeñó un papel fundamental en la conceptualización y tratamiento de la transexualidad dentro del ámbito médico, especialmente durante la década de 1960, sentando las bases para su futuro entendimiento como aquella circunstancia que provocaba sufrimiento en la persona y que requería una atención especializada. Este enfoque marcó un antes y un después en la medicina norteamericana en cuanto a la percepción social de las personas transexuales. El autor se situó a favor de los tratamientos y las operaciones de reasignación de género, estableciendo protocolos para diferenciar clínicamente entre quienes solo se vestían con ropas del otro género de aquellas personas que, además, demandaban el cambio corporal, una distinción que resultó crucial para establecer categorías diagnósticas que permitirían definir y tratar la transexualidad en términos médicos (Benjamin, 1999 [1966]; Hausman, 1998). Para Benjamin, la transexualidad se entendía como un problema de género donde la principal preocupación radicaba en la relación de la persona con su propia identidad y su cuerpo, mientras que el travestismo se percibía más como una problemática social con implicaciones de género, sin necesidad de intervención quirúrgica. Consideraba que la transexualidad era una forma más aguda de travestismo, requiriendo intervenciones médicas específicas, mientras que este último podía abordarse mediante tratamientos endocrinos y psicológicos. Cuando el travestismo era tan fuerte que conllevaba el deseo de la modificación

corporal, era adecuado clasificarlo de transexualidad (Benjamin, 1999 [1966]; Hausman, 1998).

Acorde con las corrientes teóricas emergentes de mediados del siglo XX, el autor introduce la distinción entre sexo y género como una forma de conceptualizar y clarificar las diferencias entre orientación sexual e identidad de género, y, por extensión, para trazar una diferencia clara entre la homosexualidad y la transexualidad. Así, el sexo se relacionaba con aspectos biológicos y físicos, incluyendo la sexualidad, la libido y la atracción sexual, es decir, aquello asociado con la genitalidad de la persona, mientras que el género se refería a los aspectos psicológicos, sociales y culturales del sexo, o lo que él denomina *la parte no sexual del sexo*. Para plasmar este pensamiento, desarrolló una clasificación en donde abordaba la sexualidad humana y su relación con el género para entender las diferentes formas de *indecisión y desorientación en el rol de género y el sexo*, una escala que entiende que aunque el travestismo y la transexualidad estén relacionadas, se perciben como distintas en su grado de vivencia y deseo de transformación, permitiendo visualizar cómo las personas pueden experimentar, en diferentes intensidades, la relación entre su identidad de género y su sexo biológico. Su clasificación contaba con 6 tipos diferentes (3 de travestismo y 3 de transexualidad) que los describía de la siguiente manera (Benjamin, 1999 [1966]: 16-19):

- ✓ **Tipo I - Pseudo-travestido:** vive predominantemente como hombre y solo experimenta un interés esporádico por el travestismo, el cual puede proporcionar cierto placer o excitación ocasional, pero no define su identidad de género ni interfiere en su vida cotidiana. En cuanto a la orientación sexual, puede identificarse como heterosexual, bisexual u homosexual, y el travestismo no influye en sus relaciones sexuales o afectivas. No tiene interés en tratamientos de conversión o cirugía, y la medicación hormonal o la psicoterapia no son consideradas necesarias ni deseadas.
- ✓ **Tipo II - Travestido fetichista:** Vive como hombre y se viste de mujer de forma periódica o parcial, a menudo debajo de la ropa masculina. Su travestismo está vinculado a la masturbación, con fetiches, y suele generar sentimientos de culpa. Se identifica como heterosexual, rara vez bisexual. No está interesado en cirugía ni en

tratamientos hormonales, aunque ocasionalmente puede usar estrógenos para reducir la libido. La psicoterapia puede ser útil en un ambiente favorable. A menudo, presenta una personalidad dual, utilizando nombres masculinos y femeninos.

- ✓ **Tipo III - Verdadero travestido:** Se viste de mujer constantemente o tan a menudo como sea posible, y puede llegar a vivir y ser aceptado como mujer. Su orientación sexual es heterosexual, excepto cuando está travestido, lo que le proporciona satisfacción sexual y alivio del malestar de género. Aunque la idea de una operación de conversión es rechazada también puede resultarle atractiva. Los estrógenos pueden serle llamativos tanto para experimentar con ellos como emocionalmente útiles. La psicoterapia generalmente no tiene éxito en curar el travestismo, y la persona puede asumir una personalidad dual. Hay una tendencia hacia la transexualidad.
- ✓ **Tipo IV - Transexual no quirúrgico:** Se viste de mujer tan a menudo como le sea posible, pero su malestar de género no se alivia completamente. Puede vivir como hombre o mujer, a veces alternando entre ambos. Su libido suele ser baja, siendo asexual o enfocado en la autosatisfacción, y podría ser bisexual. También puede estar casado y tener hijos. Aunque la operación de conversión es atractiva, no la solicita ni admite un deseo de someterse a ella. Los estrógenos son necesarios para su equilibrio emocional. La psicoterapia solo se busca como guía, y generalmente no tiene éxito.
- ✓ **Tipo V - Transexual verdadero de intensidad moderada:** Vive y trabaja como mujer siempre que sea posible, pero el travestismo no alivia completamente su malestar de género. Su libido suele ser baja, siendo asexual, enfocado en la autosatisfacción o participando en actividad homosexual pasiva. Puede haber estado casado y tener hijos. Solicita una operación de conversión, que generalmente es indicada. Los estrógenos son necesarios como sustituto o preparación para la cirugía. La psicoterapia es rechazada y se considera inútil para curar, aunque puede ser útil como guía psicológica.

- ✓ **Tipo VI - Transexual verdadero de alta intensidad:** Puede vivir y trabajar como mujer, pero el travestismo no alivia su malestar de género, que es muy intenso. Desea profundamente tener relaciones como mujer con un hombre heterosexual, especialmente cuando es joven. Con el tiempo, su libido disminuye. Puede haber estado casado y tener hijos, utilizando fantasías durante el acto sexual. La operación de conversión es urgentemente solicitada y generalmente alcanzada, siendo indicada en su caso. Los estrógenos son necesarios para un alivio parcial. La psicoterapia solo sirve para aliviar los síntomas, proporcionando orientación psicológica. Desprecia sus órganos sexuales masculinos y hay un riesgo de suicidio o autolesiones si se ve frustrado por demasiado tiempo.

Aunque Benjamin dedicó gran parte de su obra a establecer criterios clínicos para entender y tratar la transexualidad, reconoció las limitaciones inherentes a sus teorías y la dificultad de categorizar de manera estricta los fenómenos relacionados con la identidad de género y la expresión de género, como lo son la transexualidad y el travestismo, lo que refleja una de las tensiones centrales en su pensamiento. Reconoce que la distinción entre el verdadero travestido y el transexual no quirúrgico es compleja y no siempre clara. Aunque el primero se caracteriza por una identidad masculina débil y el deseo de vestirse de mujer como una forma de aliviar un malestar de género, es un comportamiento que puede evolucionar con el tiempo, acercándose más a una vivencia transexual. El transexual no quirúrgico, por otro lado, experimenta una identificación de género más ambigua, en la que el travestismo ocasional no es suficiente para mitigar el malestar interno. Así, la línea que separa estos dos tipos es difusa, ya que ambos comparten el malestar de género intenso, pero se diferencian principalmente en el grado de identificación y el deseo de intervención médica. Benjamin defendía que la identidad de género era un aspecto inmutable y nuclear en las personas, lo que le llevó a considerar que el tratamiento adecuado para los pacientes transexuales no debía enfocarse en cambiar su identidad, sino en alinear su cuerpo con esta. Desde esta perspectiva, sostenía que la cirugía de reasignación sexual era la única solución efectiva para abordar los intensos problemas psicológicos y sociales derivados de la incongruencia entre identidad de género y cuerpo físico. Esta intervención médica, combinada con tratamiento hormonal, no solo aliviaba

la contrariedad con su cuerpo, sino que también ofrecía a los pacientes la posibilidad de tener una vida más plena y feliz, al eliminar el sufrimiento provocado por su situación (ibidem).

La defensa de Benjamin hacia la implementación de tratamientos médicos y quirúrgicos con las personas transexuales allanó el terreno para que, a partir de la década de los 60, se iniciara un movimiento dentro de la medicina norteamericana a favor de las operaciones de reasignación de sexo, un enfoque que fue secundado por diversos sectores médicos, con el propio Benjamin a la cabeza, pero que también encontró resistencia en otras esferas. La controversia se centraba en las implicaciones éticas y sociales de dichas intervenciones, así como en las dudas respecto a su eficacia a largo plazo. Desde las posiciones más moralistas e incluso desde el psicoanálisis se cuestionaba la conveniencia de alterar quirúrgicamente el cuerpo humano para ajustarlo a una identidad de género percibida, o el despropósito de lo que podría considerarse la propensión a la castración de una persona psicótica, mientras que, por el contrario, otros argumentaban que el sufrimiento de las personas transexuales justificaba estas intervenciones. La legitimidad que se le quiso otorgar a estas cirugías derivó en el establecimiento de rigurosos criterios para el diagnóstico de aquellas personas que las demandaban, considerando a la transexualidad una enfermedad diagnosticable. Este enfoque implicaba descartar cualquier trastorno psiquiátrico antes de iniciar el proceso de transición, junto con la creación de protocolos médicos que buscaban garantizar que solo quienes cumplían con los requisitos pudieran acceder a las cirugías. Dichos protocolos incluían evaluaciones psicológicas exhaustivas, periodos de prueba viviendo como el género deseado y la supervisión continuada por parte de equipos multidisciplinarios de salud (Billings y Urban, 1998; Hausman, 1998).

El trabajo de Benjamin se caracterizó por tener un enfoque humanitario y una preocupación genuina por mejorar la vida de las personas trans y otras minorías sexuales y de género, como homosexuales o travestis, reconociendo que estas personas enfrentaban una discriminación sistemática que no solo las aislaba socialmente, sino que también limitaba su acceso a tratamientos médicos y legales que pudieran aliviar su sufrimiento. El médico entendía que estas discrepancias, ya fueran innatas o adquiridas, no debían ser objeto de estigmatización ni castigo, sino de comprensión y apoyo. Desde su perspectiva, las disonancias en la

sexualidad de las personas transexuales no eran fallos morales ni problemas irreversibles, sino fenómenos humanos que podían ser abordados de manera efectiva mediante la educación, la reforma social y los avances médicos. La defensa de medidas terapéuticas y educativas en lugar de punitivas, así como su apoyo al cambio de sexo legal cuando la persona transexual alcanza su reasignación genital, fueron temas recurrentes en su trabajo (Benjamin, 1999 [1966]). No obstante, su influyente obra allanó el terreno para que este fenómeno quedara exclusivamente en manos de profesionales de la psiquiatría, en los cuales recaería la labor de tutela hacia la persona transexual en todo su proceso de tratamiento, que incluía el diagnóstico, las terapias hormonales y la reasignación genital (Mejía, 2006; Nieto, 2008). Así, la noción de transexual verdadero, propuesta por Benjamin, fue recogida por Robert Stoller en su libro *Sex and Gender*, en donde priorizó el objetivo de esclarecer unos criterios rigurosos para determinar quiénes deberían ser candidatos a la cirugía de reasignación de género. Según Stoller, el objetivo principal era garantizar el éxito de la operación en aras de una mejor aceptación social y bienestar psicológico de los pacientes. Estos criterios reflejaban un enfoque esencialista, donde solo se aceptaban pacientes que encajaran en una narrativa específica de transexualidad: hombres que, en realidad, nunca vivieron satisfactoriamente como hombres, lo que llevaba a la exclusión de aquellas personas casadas o con hijos, o la exclusiva aceptación de quienes siempre mostraron comportamientos marcadamente afeminados, y que no asociaban placer sexual a su pene. Esta visión buscaba asegurar resultados positivos tanto para los pacientes como para la reputación del médico (Stoller, 1968). El propio Benjamin señalaba que, debido a la naturaleza irreversible de la intervención, era necesario evaluar la idoneidad del paciente a través de un proceso diagnóstico riguroso, que incluía la revisión de su historia médica y psicológica, para asegurarse de que la persona estaba bien informada y emocionalmente preparada para los cambios que implicaba la cirugía. De hecho, consideraba que el procedimiento solo debía ser realizado si la persona estaba segura y había reflexionado profundamente sobre su decisión, que no se debía a un capricho erótico pasajero o una personalidad inmadura, además de descartar posibles trastornos psicóticos o inestabilidad emocional, ya que estos podían influir en la decisión de someterse a una cirugía (Benjamin, 1999 [1966]).

3.2. En la búsqueda del “transexual verdadero”

La creación de un programa de cirugías genitales para personas transexuales en el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, liderado por John Money en 1966, marcó un hito en la atención médica basada en la experiencia que se tenía en las intervenciones quirúrgicas en personas intersexuales, lo que facilitó la aplicación de conocimientos y técnicas para abordar los casos de transexualidad. Así, durante los años 70, el Johns Hopkins se consolidó como el principal centro de referencia a nivel mundial para el tratamiento médico y quirúrgico de personas trans (Billings y Urban, 1998; Hausman, 1998; King, 1998; Nieto, 2008). El impacto de este programa no se limitó a las cirugías en sí, sino que estimuló la proliferación de clínicas especializadas en este campo, además de fomentar el desarrollo de herramientas diagnósticas y criterios de elegibilidad tanto psicológicos como sociales y médicos, que buscaban estandarizar el acceso a unos procedimientos diseñados para garantizar que los pacientes seleccionados fueran los más adecuados para someterse a las intervenciones. Esta estandarización fue clave para legitimar la práctica de la cirugía de reasignación de género dentro del ámbito médico, aunque también se convirtió en una fuente de controversia debido a su carácter restrictivo y excluyente. Las exigencias para acceder a los tratamientos, como las establecidas en el Johns Hopkins, reflejaban las tensiones entre los ideales médicos de la época y las diversas experiencias y necesidades reales de las personas transexuales. Los trabajos previos de médicos como Benjamin y Stoller, combinados con el desarrollo del programa en el Hospital Johns Hopkins, sentaron las bases para la consolidación de un modelo biomédico que ha marcado profundamente la forma en que se ha entendido y tratado la transexualidad en las décadas posteriores (Billings y Urban, 1998; Garaizabal, 1998; Hausman, 1998; King, 1998; Nieto, 2008).

De forma paralela y complementaria a la labor realizada por el Hospital Johns Hopkins, se fundó en 1979, en Illinois, la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), pasando posteriormente a denominarse *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), cuyo impacto fue determinante a la hora de incluir el trastorno de transexualismo en el DSM-III en 1980. Basada en la obra de Harry Benjamin, y con él como uno de los miembros fundadores, esta organización ha venido elaborando desde su creación

los *Estándares de Cuidado* (Standards of Care, SOC), unos criterios que se convirtieron en el principal protocolo de referencia a nivel mundial para la diagnosis y tratamiento de las personas trans. El objetivo de estos estándares era el de establecer un consenso en torno al tratamiento médico y quirúrgico de la condición trans, proporcionando directrices que regularan el acceso a la atención sanitaria (Matte *et. al.*, 2009). A lo largo de su evolución, los SOC han incorporado diversas herramientas diagnósticas, incluyendo escalas destinadas a descartar enfermedades mentales y a evaluar la masculinidad y feminidad de la persona trans, con el fin de medir su adaptación al rol de género con el que se identificaba la persona (Coll-Planas y Missé, 2014; Matte *et. al.*, 2009). Hasta la sexta versión de los SOC, publicada en 2001, se siguió exigiendo como requisito el denominado "test de la vida real", definido como el proceso mediante el cual una persona debía vivir, durante al menos 12 meses, plenamente en el rol de género deseado antes de acceder a cualquier tratamiento médico, con el propósito de evaluar su capacidad de adaptación y la solidez de su identidad. También es cierto que se produjo una flexibilización respecto a años anteriores, ya que en esta versión se permitió que las personas trans pudieran acceder a la terapia hormonal sin haber realizado el test de la vida real cuando se consideraba una medida de reducción de daño, es decir, cuando la imposición de este requisito podía generar un impacto negativo en su bienestar (Meyer *et al.*, 2001). Sin embargo, en 2012, con la aparición de la séptima versión de los SOC, este requisito dejó de ser obligatorio para acceder a la terapia hormonal en cualquiera de los casos, aunque aún se exigía para determinadas cirugías (Coleman *et al.*, 2012). Finalmente, con la octava versión, en 2022, el test de la vida real fue eliminado por completo como exigencia para cualquier tratamiento, marcando un cambio significativo hacia un enfoque basado en la autodeterminación de la identidad de género y la eliminación de barreras médicas restrictivas (Coleman *et al.*, 2022).

Encontramos que, desde sus inicios, estos estándares no solamente tuvieron el quimérico objetivo de elegir correctamente a aquellas personas que realmente mostraban una identidad de género distinta a la que les asignaron al nacimiento, sino que también sirvieron para construir las identidades de aquellas personas trans que tuvieron que adaptarse a un diagnóstico predefinido, estigmatizando aún más, si cabe, a quienes que no se ajustaban a

esos parámetros o quienes no buscaban la modificación corporal (Garaizabal, 1998; Missé y Coll-Planas, 2010). Así, en un principio, las clínicas de identidad de género fueron las encargadas de llevar a cabo los procesos de cambio de sexo a cargo de personal especializado, donde se comenzaba eliminando cualquier rastro que tuviera que ver con el sexo/género anterior, facilitando, según estos profesionales, el proceso de adaptación social y psicológica que precede al cambio de sexo quirúrgico (Cleminson y Gordo, 1999). Pero, realmente, lo que encontramos tras estas prácticas no fue un reconocimiento genuino de unas identidades de género alternativas a las identidades normativas, pues lo que se favorecía era el acoplamiento radical a uno de los dos sexos disponibles, sin que pudiera generar ningún tipo de dudas o ambigüedad de género (Cleminson y Gordo, 1999; Missé y Coll-Planas, 2010). Cristina Garaizabal nos señala que estos criterios utilizados a partir de la década de los 70, para diagnosticar el grado de coincidencia de la persona transexual con el género con el que dice identificarse, en la mayoría de los casos se corresponden con escalas de feminidad/masculinidad tan tremendamente estereotipadas de lo que significa ser hombre o mujer, que *“muy probablemente, muchas de las personas que no somos transexuales no daríamos resultados satisfactorios si nos sometiéramos a dichas escalas”* (Garaizabal, 1998: 46). Estos criterios tan rígidos han obligado a que las personas que quisieran operarse tuvieran que desprenderse de aquellas características que no daban los resultados esperados en las escalas, reproduciendo los géneros normativos, y la imposibilidad de transitar de un género a otro para aquellos casos que se sentían a gusto en el *continuum* que va de lo femenino a lo masculino (Garaizabal, 1998; Nieto, 1998).

3.3. La irrupción de la CIE y el DSM en la administración de la condición trans

La evolución de las rupturas con la sexualidad y el género normativo dentro de las clasificaciones diagnósticas internacionales ha sido una historia marcada por la transformación de los enfoques sobre la enfermedad mental y su reflejo en la descripción de la desviación sexual, ejerciendo como una tecnología discursiva del sistema sexo/género normativo (Butler, 2006; Crowe, 2000). En el caso de la condición trans y sus trastornos asociados, estos han

sido incluidos y reinterpretados a lo largo del tiempo por instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), una inclusión que no fue una simple adición, sino una evolución dentro de un marco que, inicialmente, conceptualizaba la desviación sexual como un trastorno mental.

Los objetivos de los cuales partieron en su momento la CIE y el DSM se situaron en la necesidad de recoger información de las enfermedades mediante un lenguaje común y con fines estadísticos (APA, 1988; WHO, 2019). En el caso de la CIE, la idea fue crear una clasificación internacional con una nomenclatura médica que diera respuesta a los problemas comparativos, en cuanto a la uniformidad en la clasificación y recolección de causas de muerte, entre los diferentes Estados. Cabe recordar que la CIE es una clasificación general de enfermedades, en donde se incluye, obviamente, un capítulo específico para enfermedades mentales. Esta clasificación fue impulsada en 1891 por el *Instituto Internacional de Estadística*, quien encargó a un comité presidido por Jacques Bertillon, jefe de los servicios estadísticos de la ciudad de París, la preparación de una clasificación de las causas de muerte. El informe del comité fue presentado en la reunión del *Instituto Internacional de Estadística* en Chicago en 1893, clasificación que ve la luz con el nombre de *Lista Internacional de Causas de Defunción*, también llamada *Clasificación Bertillon* o *Lista Bertillon*, y que fue reconocida por varios países europeos y americanos (WHO, 2019).

En cuanto al DSM, los objetivos eran parecidos a los de la CIE, con la salvedad de que obedecían a un contexto concreto, el de la psiquiatría norteamericana, si bien la clasificación pretendió tener, además, una orientación clínica (APA, 1988). La primera que se puede calificar como un antecedente directo del DSM, es una “*clasificación estadística de pacientes mentales institucionalizados*” (APA, 2014: 6) publicada por la propia APA en 1844 (en aquella época denominada *American Medico-Psychological Association*, cambiando su nombre en 1921), cuyo objetivo fue el de mejorar la comunicación entre los hospitales estadounidenses sobre los pacientes con algún tipo de enfermedad mental. También, en 1917, la *American Medico-Psychological Association* junto con la *National Commission of Mental Hygiene*, elaboró una nomenclatura para homogeneizar el registro y diagnóstico de enfermedades para toda la psiquiatría estadounidense (APA, 1952, 2007), pero, pese a dichos esfuerzos, a inicios

del siglo XX había muy poca unanimidad en el lenguaje psiquiátrico americano, y cada región e institución tenía su propia forma de clasificar (Gaines, 1992). Fruto de este caos y, posteriormente, por la necesidad de dar cabida a aquellos trastornos psicológicos específicos que estaban sufriendo los soldados en el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial, en 1944 el ejército de los Estados Unidos elaboró una clasificación más amplia, modificada más tarde por la *Veterans Administration* (APA 1952, 2007). Esta clasificación influiría en la posterior confección de sexta edición de la CIE publicada en 1948, la cual, a su vez, sirvió de modelo a la primera edición del DSM (WHO 1950; APA 1952).

La CIE-6, adoptada en 1948, se corresponde con la sexta revisión²⁰ de la *Lista Internacional de Causas de Defunción*. Esta sexta revisión supuso una serie de innovaciones importantes respecto de las anteriores, e impulsó la clasificación para ser un referente mundial en cuanto a salud pública (WHO, 1950). En referencia a las innovaciones, en primer lugar, un *Comité Interino de la Organización Mundial de Salud* se encargó, por primera vez, de su elaboración, comité constituido formalmente en 1946 y que tomaba el relevo en la dirección de las siguientes revisiones de la clasificación y que llega hasta la actualidad. En segundo lugar, hasta ese momento dicha clasificación solo había incluido causas de mortalidad, pasando en esa nueva edición a incluir, también, causas de morbilidad, es decir, se incorporaron causas que provocaban enfermedad o discapacidad, cambiando su denominación inicial por el de *Lista Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*. En último lugar, y posiblemente el hecho más destacado en el tema que nos ocupa, es que la CIE-6 incluye por primera vez un capítulo específico de enfermedades mentales (WHO, 1950, 2019), y no solamente de enfermedades con base orgánica (APA, 2007).

La sexta revisión de la CIE marcaba el inicio de un primer periodo en el que las disidencias sexuales se perfilan dentro de un marco clasificatorio patologizante exhaustivo, siendo incluidas en el espectro de las denominadas “desviaciones sexuales”. No obstante, la condición trans aún no aparece como categoría diagnóstica independiente ni es descrita

²⁰ La primera revisión se realizó en 1900, estableciéndose, a partir de ese momento revisiones decenales de la clasificación. A partir de la CIE-10 se estableció un plazo de revisión mayor para que diera tiempo a evaluar con una mayor perspectiva temporal el funcionamiento de las clasificaciones (WHO, 2019).

explícitamente como una patología. En este contexto, la condición que concentraba cualquier tipo de ruptura con la sexualidad o el género normativo fue la homosexualidad, dejando entrever la lógica clasificatoria que comienza a trazar los límites de lo sexualmente aceptable desde el discurso médico. La emergencia del travestismo como categoría psiquiátrica, primero en el DSM I en 1952, y después en la CIE-8, en 1965, y su diferenciación con la homosexualidad, no se dirige aún a la identidad de género como tal, sino a cualquier manifestación que desborde el binarismo sexual y los códigos tradicionales de género, pero sí que fue la antesala de ello.

Una segunda etapa se inicia en 1975 con la incorporación del transexualismo como diagnóstico específico en la CIE-9, marcando un punto de inflexión en la forma en que las clasificaciones médicas comienzan a abordar las identidades trans. A partir de este momento, y de forma progresiva, tanto la CIE como el DSM consolidan la figura del transexualismo, primero dentro del espectro de las desviaciones sexuales, y posteriormente, a partir del DSM III, publicado en 1980, como parte de los llamados trastornos de la identidad de género. Esta fase se caracteriza por una creciente formalización clínica de los criterios diagnósticos, que va acompañada de una mayor delimitación de síntomas, y que culmina en un modelo normativo de identificación de la transexualidad basado en el malestar, la disforia y el deseo de modificación corporal. La patologización ya no es solo implícita sino normativa, y las clasificaciones no se limitan a registrar la existencia de personas trans, sino que la construyen discursivamente como un trastorno específico, regulando sus trayectorias mediante el lenguaje médico (Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010; Mas Grau, 2017; Nieto, 2008). Esta fase concluye con un intento en el desplazamiento conceptual de las identidades trans en clave de despatologización. Esta transformación comienza a visibilizarse en el DSM-5 (APA, 2013), con el reemplazo del término de trastorno de identidad de género por el de disforia de género, lo que supone un empeño por centrar el diagnóstico no en la identidad trans en sí misma, sino en el malestar que puede acompañarla.

Sin embargo, la línea despatologizadora, lejos de haberse conseguido con el DSM-5 (Mas Grau, 2017), sí se consolida con la publicación de la CIE-11, en la que la condición trans

desaparece del capítulo de trastornos mentales y se reubica bajo el epígrafe de “condiciones relacionadas con la salud sexual”, mediante la nueva denominación de discordancia de género (WHO, 2021). Si bien este traslado responde a una demanda histórica de los colectivos trans por eliminar la consideración psiquiátrica de sus identidades (Araneta Zinkunegi, 2012; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2009, 2010a, 2010b; Suess, 2011), no deja de mantener una lógica clasificatoria. Hay que tener en cuenta que la CIE es una lista médica general, que incluye todo tipo de condiciones relacionadas con la salud, entre ellas la salud mental, y aunque se contempló eliminar completamente el término de la clasificación, la OMS alega que en muchos países solo se cubren mediante servicios de salud públicos aquellas condiciones incluidas en las clasificaciones médicas, así que se sigue manteniendo para garantizar el acceso a los tratamientos por parte de quienes lo necesiten (Robles García y Ayuso-Mateos, 2019; WHO, 2019).

La revisión de las clasificaciones de la CIE y el DSM no solo permite observar la progresiva sistematización clínica de las identidades trans, sino que también pone de relieve las tensiones sociales, culturales y médicas que ha atravesado históricamente la construcción del diagnóstico de transexualismo, en donde estas taxonomías han funcionado como espacios de disputa (Araneta Zinkunegi, 2012; Mas Grau, 2017; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2009, 2010a, 2010b; Suess, 2011). La inclusión del transexualismo en las clasificaciones psiquiátricas no puede entenderse como un fenómeno aislado, sino como el resultado de un proceso sistemático de codificación de la alteridad sexual y del control médico sobre los cuerpos y las subjetividades (Mas Grau, 2017).

4. La situación del colectivo trans en España: Un recorrido histórico y legal

Se trae, a continuación, el proceso de desarrollo sociohistórico, médico y jurídico que ha experimentado el colectivo trans en España, especialmente el relacionado con la conquista de derechos, hitos y transformaciones que han marcado su visibilización y reconocimiento social. Dentro del contexto español, la emergencia del colectivo trans en el espacio público está intrínsecamente vinculada al periodo de la transición democrática, un momento histórico caracterizado por la confluencia de diversas luchas sociales, como el movimiento feminista, la lucha por la liberación homosexual, y las iniciativas surgidas en respuesta a la pandemia de VIH/SIDA en la década de 1980, que agudizó la estigmatización hacia las comunidades homosexual y trans al ser consideradas grupos de riesgo (Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Platero, 2009). No obstante, hemos de señalar que, incluso después de la entrada en vigor de la Constitución de 1978, aún pervivieron normas en el ordenamiento jurídico español que siguieron castigando las prácticas homosexuales y travestistas, y que solo después de la despenalización de la homosexualidad se pudo empezar a legislar a favor de la condición trans como una cuestión diferenciada y con un marco normativo propio. Esto sugiere que, mientras la homosexualidad fue considerada un delito, la transexualidad quedaba subsumida dentro de esa misma categoría represiva, sin un reconocimiento específico (Sillero Crovetto, 2014).

Para comprender el desarrollo histórico del colectivo trans en España, es imprescindible considerar el impacto que tuvo la dictadura franquista (1939-1975) en la configuración de las identidades de género y las sexualidades no normativas. Bajo este régimen, se promovió una rígida visión del género y la sexualidad como parte de la política de control social que afectó profundamente a cualquier persona que no encajara dentro del ideario binario normativo, ya que cualquier desviación de estos patrones era vista como una amenaza al orden social y moral (Momoitio, 2022; Platero, 2009, 2014). Esta rígida visión no solo invisibilizó cualquier expresión de género que desafiara las categorías de hombre y mujer heterosexual, sino que, además, criminalizó y estigmatizó a quienes transgredían estas normas sociales. En dicho

contexto, la legislación represiva jugó un papel crucial. *La Ley de Vagos y Maleantes*²¹ de 1933, reformada en 1954 para incluir explícitamente la homosexualidad como delito, reemplazada posteriormente por la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*²² de 1970, fueron herramientas legales empleadas para perseguir, entre otras, a personas cuya expresión de género o sexualidad no se ajustaba al orden establecido. Estas normativas impactaron directamente en las vidas de las personas trans, quienes enfrentaron no solo la represión estatal, sino también el rechazo social promovido por el régimen (Momoitio, 2022; Platero, 2009, 2014; RTVE, 2018a).

La *Ley de Vagos y Maleantes*, promulgada en España en 1933 durante la Segunda República, fue inicialmente diseñada como una normativa para abordar conductas disruptivas. Su objetivo principal era controlar a personas que comprometieran el orden público, incluyendo vagabundos, mendigos, proxenetas, o cualquier otra que tuviera comportamientos antisociales, o que fuera percibida como una amenaza a la seguridad ciudadana. Esta ley no contemplaba penas de cárcel en su redacción original, sino medidas de carácter preventivo y de reeducación, como internamientos en colonias agrícolas, talleres u otras instituciones, sin embargo, su implementación práctica derivó en abusos de poder y en una herramienta de control social que afectaba principalmente a personas en situación de pobreza, trabajadores itinerantes y otros grupos vulnerables, incluyendo la interpretación interesada de la ley para perseguir a la disidencia ideológica. Tras la Guerra Civil Española, la *Ley de Vagos y Maleantes* fue adaptada para servir a los intereses represivos de la dictadura franquista, de hecho, esta reglamentación fue de las pocas cuyo desarrollo sobrevivió a la purga legislativa que se hizo, desde el régimen, sobre el legado republicano (Heredia Urzáiz, 2009). No obstante, en 1954, la ley fue modificada para incluir explícitamente a las personas homosexuales, considerándolas sujetos peligrosos para el orden público y moral, marcando un hito importante, ya que por primera vez la orientación sexual, junto con cualquier tipo de afeminamiento e inversión de la conducta de sexo-estética, como el travestismo, fueron

²¹ Ley relativa a vagos y maleantes.

²² Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social.

criminalizadas en el marco legal español (Heredia Urzáiz, 2009; Platero, 2009, 2014). Así, el Artículo 6 de la ley de 1954²³ sufrió esta modificación:

“A los homosexuales, rufianes y proxenetas, a los mendigos profesionales y a los que vivan de la mendicidad ajena, exploten menores de edad, enfermos mentales o lisiados, se les aplicarán, para que las cumplan todas, sucesivamente, las medidas, siguientes:

a) Internado en un establecimiento de trabajo o Colonia agrícola. Los homosexuales sometidos a esta medida de seguridad deberán ser internados en instituciones especiales y, en todo caso, con absoluta separación de los demás”

Aunque la *Ley de Vagos y Maleantes* de 1933 fue derogada en 1970 dentro de un contexto de transformaciones internacionales y tensiones estatales internas, su espíritu represivo estaba lejos de desaparecer, de lo contrario, fue sustituida por la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*, aprobada por el régimen franquista en agosto de 1970. Esta nueva legislación continuó con la criminalización de personas cuya conducta era considerada peligrosa, y aunque se presentó como una normativa más moderna y enfocada en la reeducación y la rehabilitación, en esencia perpetuó la persecución de colectivos vulnerables (RTVE, 2018a, 2018b; Platero, 2009, 2014; Momoitio, 2022). La ley definía como peligrosas a aquellas personas cuya conducta, estilo de vida o características fueran una amenaza para el orden público. Esto incluía a homosexuales, transexuales y travestis, cuya conducta quebrantaba el rígido sistema sexual y de género de la época, pero también se hacía extensiva a quienes ejercían la prostitución, proxenetas, o personas que consumían drogas o se dedicaban a la mendicidad. Las medidas que se contemplaban en la ley no solo se enfocaban en el castigo penal tradicional, sino a una vigilancia estricta, así como a medidas de rehabilitación forzosa, el internamiento en prisiones que pretendían ser centros de reeducación, o la reclusión de las desviaciones sexuales en instituciones psiquiátricas que incluían terapias correctivas o castración química (RTVE, 2018a; Momoitio, 2022). La *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social* podría interpretarse como una cristalización de los valores fundamentales del régimen

²³ *Ley de 15 de julio de 1954 por la que se modifican los artículos 2ª y 6ª de la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933.*

franquista, profundamente influenciados por un nacionalcatolicismo que impregnaba la esfera política y social (Momoitio, 2022). El régimen se articulaba en torno a un rígido marco de moralidad que exaltaba la familia tradicional, la heteronormatividad, y la conformidad con las normas sociales establecidas por la doctrina católica. En este sentido, la ley representaba un mecanismo de control social diseñado para reprimir cualquier desviación de estas normas, ya fueran sexuales, de género, o de comportamiento (Momoitio, 2022; Platero, 2014).

La ley se mantuvo vigente incluso después de la muerte de Franco, en 1975, a lo que se le sumó el que a los procesos de indultos y amnistía que se llevaron a cabo en los años siguientes, excluyeran a aquellas personas que aún se consideraban peligrosas sociales. Durante la transición, la ley no solo siguió en vigor, sino que continuó utilizándose como herramienta represiva contra colectivos marginalizados, incluidas las personas trans, homosexuales, trabajadoras sexuales y otros grupos considerados como una amenaza para el orden público (Martínez, 2017; Momoitio, 2022; RTVE, 2018a, 2018b). Este hecho fue un catalizador para la movilización del movimiento LGTBQ+ en España, al convertirse en un símbolo de la represión continuada heredada del régimen franquista. Así, en 1977, en plena transición democrática, tuvo lugar la primera manifestación por los derechos homosexuales en Barcelona, organizada por el *Front d'Alliberament Gai de Catalunya* (FAGC), en un acto de gran simbolismo político, ya que no solo el colectivo gay, sino el de lesbianas y trans, aun expuestas aún al riesgo de detenciones, salieron a las calles reclamando la derogación de una ley que perpetuaba su criminalización, unas movilizaciones que fueron duramente reprimidas por la policía. Un año después, el 25 de junio de 1978, se celebró en Madrid la primera marcha del orgullo, liderada por grupos como el *Movimiento Homosexual de Acción Revolucionaria* (MHAR) y el *Movimiento Español de Liberación Homosexual* (MELH) (Martínez, 2017; Ramos Cantó, 2003; RTVE, 2018a, 2018b). En ambas ocasiones, la reivindicación principal fue la eliminación de la homosexualidad como delito, pues la ley seguía considerando a homosexuales, trans y travestis como elementos peligrosos para la sociedad. Estas multitudinarias movilizaciones de Barcelona y Madrid consiguieron que la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social* fuera parcialmente modificada en 1978²⁴ para eliminar

²⁴ Ley 77/1978, de 26 de diciembre, de modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y de su Reglamento.

las referencias explícitas a la homosexualidad, pero no se derogó completamente hasta 1995, en pleno periodo democrático. La vigencia de la ley en los primeros años de la democracia no solo evidenció la resistencia al cambio de las estructuras legales franquistas, sino que también se convirtió en un objetivo prioritario de lucha para el incipiente movimiento de liberación homosexual en España (Martínez, 2017; Momoitio, 2022; RTVE, 2018a, 2018b).

A pesar de la modificación de la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social* en 1978, el delito de *Escándalo Público*, como parte del Código Penal español, siguió utilizándose como una prolongación de la ley en la práctica y como instrumento de control y represión hacia el colectivo LGTBIQ+, actuando como un vestigio de la moralidad nacionalcatólica que reguló el comportamiento público hasta, prácticamente, los años 90. Este delito, junto con las otras leyes que hemos revisado, formaba parte de un entramado jurídico y político que buscaba reforzar las normas tradicionales de género y sexualidad (Platero, 2009, 2014; Momoitio, 2022; RTVE, 2018a). Los artículos 431 y 432 del Código Penal de 1973, en los cuales se definían el delito de *Escándalo Público*, condenaban conductas que, según su redacción, "ofendieran gravemente el pudor o las buenas costumbres" (Torres, 2024). Aunque en teoría estaba diseñado para preservar una moral pública, cuyo cumplimiento era obligatorio para la población en su conjunto, llegándose a reprimir los besos en público o el toples, en la práctica fue utilizado de manera tendenciosa para perseguir, nuevamente, a colectivos vulnerables, como las personas homosexuales, trans y trabajadoras sexuales. Esta ley otorgaba a las autoridades un margen amplio de interpretación, lo que lo convertía en un delito altamente ambiguo, y permitía que cualquier comportamiento que no se ajustara a una moral tradicional, pudiera ser juzgado de forma arbitraria siendo objeto de escándalo público. Así, las manifestaciones de afecto entre personas del mismo sexo, la expresión de identidades de género no normativas o el ejercicio de la prostitución en espacios públicos podían ser sancionados con multas, arrestos o incluso penas de cárcel (RTVE, 2018a; Torres, 2024).

Desde la primera manifestación por los derechos homosexuales en Barcelona en 1977 hasta la marcha del orgullo en Madrid en 1978, el movimiento LGTBIQ+ ya había situado la derogación de esta norma, junto con la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*, como una de sus principales demandas (Martínez, 2017). No obstante, aunque era el colectivo LGTBIQ+

el más afectado por la aplicación del delito de escándalo público, fue el caso de Diego Sánchez y su novia el que marcó un punto de inflexión en el debate social y político, y visibilizó las contradicciones y arbitrariedades de una ley que reflejaba valores desfasados (RTVE, 2018a). El caso cuenta que Diego Sánchez, un joven de 20 años, fue arrestado en 1986 por besarse con su novia en un bar del municipio de Azuaga, en la provincia de Badajoz. El proceso previo a la condena formal que sufrió Diego, junto con las condiciones humillantes del arresto, provocaron en el muchacho profundas depresiones que le llevaron al suicidio en 1987, días antes de entrar en la cárcel, generando una protesta social masiva (Cañada, 2019; RTVE, 2018a; Torres, 2024). En 1988 se aprobaba mediante Ley Orgánica la derogación de los artículos 431 y 432 del Código Penal²⁵, una modificación promovida por Izquierda Unida y aprobada con un amplio consenso en el Congreso, marcando un punto de inflexión en el sistema legal español en la evolución hacia la igualdad y la eliminación de normas represivas heredadas de la dictadura (Torres, 2024).

Así, dentro del periodo que comienza con la andadura democrática, la lucha por los derechos de colectivos marginados, especialmente el LGTBIQ+, ha sido un proceso clave en la historia reciente de nuestro país (Martínez, 2017; Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Platero, 2014). Si bien durante los años 70 nacieron los primeros grupos de reivindicación homosexual, como el Movimiento Español de Liberación Homosexual (MELH) en 1970 y el Front d'Alliberament Gai de Catalunya (FAGC) en 1973, no fue hasta la llegada de la democracia, a partir de 1978, que podemos asistir a la legalización de estas organizaciones que, aunque con anterioridad ya había operado en un contexto de clandestinidad debido a la represión del régimen franquista, ya habían marcado el inicio de la visibilización de la comunidad homosexual en la esfera pública (Martínez, 2017). Se hace necesario recalcar que durante las primeras décadas de activismo LGTBIQ+ en España, especialmente en los años 70 y 80, los términos de homosexualidad y transexualidad se solapaban y generaban confusión, tanto dentro como fuera de los movimientos de reivindicación, y esta última no se entendía como una identidad de género que se construía de forma diferenciada a la orientación sexual, sino que a menudo

²⁵ Ley Orgánica 5/1988, de 9 de junio, sobre modificación de los artículos 431 y 432 y derogación de los artículos 239, 566.5.º, 567.1.º y 3.º y 577.1.º del Código Penal.

se percibía como una forma extrema de la homosexualidad. Esta es la principal razón por la que, en sus inicios, el movimiento trans se encontraba asimilado dentro del movimiento gay, y muestra de ello es que el primer colectivo por los derechos trans, el *Colectivo de Travestis y Transexuales*, nació en Barcelona en 1979, integrado en el seno de la *Coordinadora de Collectius per l'Alliberament Gai* (CCAG), creado en 1977 a partir de una escisión del FAGC. Sin embargo, la consolidación en democracia de las asociaciones homosexuales permitió clarificar y separar los términos trans y homosexual, lo que, a su vez, dio lugar a la creación de asociaciones para personas trans que les permitía luchar por la discriminación que sufría específicamente el colectivo (Ramos Cantó, 2003). En un contexto de fuerte discriminación y persecución, la *Asociación Transexual Española - Transexualia* (ATET), fundada en 1987, nació como respuesta al hostigamiento policial que sufrían especialmente las mujeres trans, en su mayoría trabajadoras sexuales, y en donde las reivindicaciones principales giraban en torno a la defensa de sus derechos básicos y la lucha contra el acoso social y policial (Martínez, 2017; Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Platero, 2014; Ramos Cantó, 2003).

El proceso de reconocimiento legal de derechos de las personas trans en España, el cual tiene su germen en las reivindicaciones planteadas durante el periodo de la transición democrática con las primeras manifestaciones de los colectivos LGTBIQ+ (Belsué Guillorme, 2012; Martínez, 2017; Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Ramos Cató, 2003; RTVE, 2018a, 2018b), y que ha tenido su continuación con un potente movimiento organizativo trans durante la democracia (Cambrollé, 2017; Martínez, 2017; Ortega Arjonilla y Platero, 2015; Suess, 2011), ha estado condicionado por una serie de reformas legislativas y decisiones judiciales que han tenido lugar a lo largo de las últimas décadas. Por ejemplo, hasta 1983 la realización de cirugías que modificaban el sexo anatómico aparecía tipificada como un delito de lesiones y castración en el Código Penal español, debido a que conllevaba la esterilización del paciente, lo que propició que estas intervenciones se llevaran a cabo en muchos casos de manera clandestina y fueran perseguidas penalmente. No obstante, con la reforma del artículo 428 del Código Penal mediante la *Ley Orgánica 8/1983*²⁶, se introdujo una exención de

²⁶ Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal.

responsabilidad penal para los profesionales médicos que realizaran dichas intervenciones cuando hubiera un consentimiento libre y consciente del paciente, sin embargo, la legislación no establecía un marco detallado sobre cómo debían realizarse. Fueron leyes posteriores las que introdujeron cambios clave en cuanto a la regulación y la consolidación de las cirugías de reasignación con garantías jurídicas más claras. Así, *Ley Orgánica 3/1989*²⁷, estableció que las cirugías de reasignación y esterilización no serían punibles si se realizaban con el consentimiento libre del paciente y por médicos facultativos, mientras que *Ley Orgánica 10/1995*²⁸ supuso una reforma integral del Código Penal español respecto a las cirugías de reasignación de sexo y las esterilizaciones bajo un marco legal más moderno, eliminando términos arcaicos como “castración”, estableciendo un enfoque basado en el consentimiento y la protección de los derechos de los pacientes (Antonelli, 2005; Belsué Guillorme, 2012; Sillero Crovetto, 2014).

De cualquier manera, estos cambios legislativos representaron un avance fundamental en la despenalización de procedimientos relacionados con la reasignación de sexo, marcando un hito en el reconocimiento de la autonomía y derechos de las personas trans en el ámbito legal. Sin embargo, la falta de una normativa específica estatal o autonómica que regulara esos derechos, incluyendo el acceso a tratamientos médicos o el reconocimiento legal de la identidad de género, hizo que muchas personas trans tuvieran que recurrir a los tribunales para conseguir derechos básicos, como el reconocimiento de su identidad en documentos oficiales, lo que generaba una gran desigualdad dependiendo del caso, pues el acceso al cambio legal de nombre y sexo quedaba en manos de la interpretación de cada juez (Antonelli, 2005). Así, la resolución de la *Sentencia del Tribunal Supremo* (STS en adelante) del 2 de julio de 1987 fue la primera vez que el Tribunal Supremo español reconocía el derecho de una mujer trans canaria a modificar su nombre y sexo en el Registro Civil tras una cirugía de reasignación genital, marcando el inicio de un cambio en la interpretación judicial sobre la identidad de género en España, y sentando un precedente importante que abrió la puerta a que otros tribunales siguieran el mismo criterio. Pero esta sentencia no establecía una regla

²⁷ Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal.

²⁸ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

automática, sino que cada caso se siguió evaluando individualmente hasta que una nueva STS del 19 de abril de 1991 unificó los criterios, resolviendo que, como requisito para la modificación de nombre y sexo en el Registro Civil, la cirugía de reasignación de sexo fuera irreversible, por lo que si bien el sexo psicológico y social debía tener mayor peso que el morfológico, no se eliminaba la exigencia de transformación física (Antonelli, 2005; Sillero Crovetto, 2014). En la línea de los requisitos establecidos en 1991, la STS del 6 de septiembre de 2002 no estimó oportuno resolver favorablemente un caso de cambio de sexo en el Registro Civil a un hombre trans por no cumplir, precisamente, con la totalidad de las cirugías de reasignación, pese a que el solicitante se había sometido a una mastectomía, pero no a la modificación genital (Sillero Crovetto, 2014). Esta sentencia fue un reflejo de cómo la condición trans ha estado integrada dentro del enfoque clínico e influenciada por las concepciones médicas predominantes de finales del siglo XX, especialmente las de los manuales del DSM y la CIE, que promovían la idea del verdadero transexual como aquella persona que deseaba someterse a cirugías de reasignación genital y tratamientos hormonales, definiendo qué casos eran auténticos y legítimos (Ramos Cantó, 2003). También es necesario señalar que, a parte del derecho adquirido de la modificación del sexo y nombre en el Registro Civil, siempre y cuando se cumplieran estrictamente los requisitos de reasignación sexual, hasta la aprobación de la Ley estatal de 2007, las personas trans en España seguían enfrentando grandes desigualdades jurídicas en comparación con el resto de la población. Por ejemplo, la expresión “ficción de hembra” que se utilizó en STS de 1987, si bien reconoció el derecho de la mujer trans a la rectificación registral, también implicó la no equiparación absoluta con el sexo femenino en materia jurídica, generando un limbo legal para las personas de este colectivo, limitando derechos como el matrimonio y la adopción, restricciones que, pese a la unificación de criterios, se siguieron manteniendo en la sentencia de 1991 (Antonelli, 2005).

Es necesario apuntar que desde que tuvo lugar la despenalización de la cirugía genital en 1983, los procedimientos de modificación corporal se vinieron realizando exclusivamente en el ámbito privado, ya que su acceso estuvo excluido, durante varias décadas, de la sanidad pública. Así, en 1991, el Gobierno rechazó su inclusión en la cartera de servicios de la

Seguridad Social argumentando que la falta de necesidad médica no justificaba su cobertura, mientras que años más tarde, en 1995, el gobierno reforzó esta exclusión al prohibir expresamente la financiación pública de la cirugía de reasignación de sexo, salvo en casos de intersexualidad patológica (Platero, 2009). No obstante, aunque a pesar de que la primera Unidad de Trastorno de Identidad de Género (UTIG en adelante) en el sistema sanitario público no se estableció oficialmente hasta el año 2000 en Andalucía, con anterioridad ya existieron profesionales sanitarios pioneros cuyas iniciativas prestaron atención a personas trans en el ámbito público entre 1986 y 2000, antes de que existiera un reconocimiento formal en las carteras de servicios autonómicas o estatal. En ese periodo, desde algunas áreas médicas de hospitales como el Clínic de Barcelona, el Carlos Haya de Málaga, el Ramón y Cajal de Madrid o el Dr. Peset de Valencia, se empezó a ofrecer apoyo psicológico, psiquiátrico y endocrinológico, aunque sin un marco legal o administrativo que los respaldara, que conseguía evitar los riesgos de la automedicación (Gómez-Gil *et al.*, 2019). Pero la inclusión de la cirugía de reasignación de sexo en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público fue, en gran medida, el resultado de las reivindicaciones de los colectivos trans que lucharon durante años por el reconocimiento de sus derechos y el acceso a una atención sanitaria integral —que contemplara el tratamiento psicológico y hormonal, y de reasignación genital— sin tener que depender de la medicina privada. Así, la *Asociación de Identidad de Género de Andalucía* (AIGA), creada en 1993, con el nombre inicial de *Centro de Identidad de Género de Granada*, conseguía, con el apoyo del Defensor del Pueblo de Andalucía, que el partido en el Gobierno autonómico presentara en 1998 una Proposición No de Ley que fue ratificada por el Parlamento andaluz en febrero de 1999, que establecía la inclusión de la atención integral a personas trans en el Servicio Andaluz de Salud (SAS en adelante). La inclusión de estos tratamientos en el SAS comenzó a implementarse a partir del año 2000, convirtiendo a Andalucía en la primera comunidad autónoma española en ofrecer cobertura sanitaria a las personas trans, apareciendo la primera UITG en el Hospital Carlos Haya, en Málaga (Ramos Cantó, 2003; Platero, 2009, 2014). Años más tarde, en 2006, y tomando como modelo a la pionera unidad de Andalucía, se pone también en marcha la UTIG de la Comunidad de Madrid, en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, la de Cataluña, en el Hospital Clínic de Barcelona, y la de Aragón, en Hospital Miguel Servet de Zaragoza, si bien estas tres no garantizaban una

atención integral, pues no ofrecían cirugías de reasignación genital en ese momento (Gómez-Gil *et al.*, 2019).

4.1. Hacia el reconocimiento legal y médico de la diversidad sexo-genérica en el Estado español

La década de los 2000 fue, sin duda, un periodo clave en la consecución de derechos para el colectivo LGTBIQ+ en España, cuyo impacto fue tremendamente significativo en la población trans, pues se sucedieron una serie de cambios legislativos esenciales para la superación de barreras que mantenían al colectivo en una situación de vulnerabilidad e incertidumbre jurídica (Antonelli, 2017; Platero, 2009; 2014). Por ejemplo, la cuestión sobre el reconocimiento del cambio de sexo en el Registro Civil no implicaba su reconocimiento a efectos matrimoniales, ya que al prevalecer las características anatómicas, si una persona trans modificaba su sexo legal, pero su pareja era del mismo sexo asignado al nacimiento, el matrimonio era considerado una unión homosexual, la cual no era legal en España. Este escenario impedía, de facto, que las personas trans pudieran casarse, porque cualquier configuración del matrimonio se encontraba con barreras jurídicas (Antonelli, 2005, 2017; Sillero Crovetto, 2014). Sin embargo, esto se resolvió gracias a la *Ley 13/2005*²⁹, que equiparaba los derechos para parejas de igual o de distinto sexo en cualquier tipo de cuestión en la que una unión pudiera tener relevancia, como el divorcio, el derecho de sucesiones, la tributación, la patria potestad de los hijos, etc. Se modificaba, así, el artículo 44 del Código Civil, estableciendo que el matrimonio tiene los mismos requisitos y efectos independientemente del sexo de los cónyuges, y se reconocía la adopción conjunta para parejas del mismo sexo, lo que permitió que pudieran formar familias en igualdad de condiciones.

Un segundo momento que supuso un punto de inflexión esencial en el reconocimiento de derechos para las personas trans en España, fue la aprobación de la *Ley 3/2007*³⁰ que permitía

²⁹ Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio.

³⁰ Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.

la modificación de sexo y nombre en el Registro Civil sin que el cambio estuviera sujeto a la cirugía de reasignación sexual previa, lo que había establecido desigualdades evidentes durante muchos años frente a quienes no podían o no querían someterse a esta intervención. Con esta ley se estableció un nuevo marco jurídico que iba más allá de la mera rectificación registral sin cirugía, pues la nueva mención de sexo tenía plena validez jurídica, otorgando a la persona solicitante poder ejercer sus derechos conforme a su identidad de género reconocida (Antonelli, 2017). Antes de la aprobación de esta ley, el camino para modificar la mención registral del sexo en el Registro Civil dependía del procedimiento judicial, lo que implicaba que era un proceso largo y complejo, estaba supeditado a decisiones arbitrarias que dependían de la interpretación de los jueces, y contaba con la exigencia de pruebas médicas y quirúrgicas, que deberían ser acreditadas por médicos forenses, cuyo criterio distaba mucho de ser unánime. Con la aprobación de la *Ley 3/2007*, el proceso dejó de ser judicial y pasó a ser un trámite administrativo ante el Registro Civil, lo que simplificó y agilizó el reconocimiento legal de la identidad de género (Sillero Croveto, 2014). Si bien esta ley canalizaba la principal demanda del activismo trans español, eliminando la necesidad de la cirugía de reasignación sexual para acceder a la rectificación registral, en su lugar se fijaron ciertos requisitos o criterios que reforzaron un modelo biomédico patologizante (Antonelli, 2017; Cambrollé, 2017) que recogía las contribuciones tanto del DSM IV como de los SOC, fijados por la *World Professional Association for Transgender Health*, y que requerían de la tutela médica para acceder a los tratamientos o las cirugías, un proceso arduo si se quería realizar por medio del sistema público de salud (Gómez-Gil *et al.*, 2019). Los requisitos que fijaba la ley para acceder de forma legal al género sentido fueron: el ser mayor de edad y tener la nacionalidad española; presentar un diagnóstico de disforia de género emitido por un profesional de la salud; y haber recibido tratamiento médico durante, al menos, dos años para adecuar las características físicas a la identidad de género sentida, salvo en casos excepcionales. Así, aunque la *Ley 3/2007* representó un avance significativo en el reconocimiento de los derechos de las personas trans, consolidándose como un referente internacional en su momento, su aprobación también intensificó los debates sobre las estrictas normativas que continuaban condicionando la posibilidad de cambio de nombre, acceso a tratamientos hormonales o la modificación quirúrgica del cuerpo (Antonelli, 2017; Araneta Zinkunegi, 2012; Suess, 2011).

A pesar de los avances legales, estas personas seguían viéndose sometidas a un conjunto de reglas restrictivas, en las cuales su autonomía quedaba limitada, convirtiéndolas en sujetos pasivos de decisiones impuestas por un marco normativo y médico. Los debates que surgieron en el contexto español se unieron a movilizaciones más amplias que emergieron en el contexto global sobre los derechos de las personas trans y la necesidad de una mayor autodeterminación en relación con su identidad de género (Ortega Arjonilla y Platero, 2015).

A raíz de la aprobación de la ley de 2007, el tratamiento y atención a la comunidad trans fue recayendo en las diferentes UTIGs, creándose, de manera progresiva, unidades en diversas provincias, con carteras de servicios desiguales dependiendo de cada Comunidad (Platero, 2009, 2014; Gómez-Gil *et al.*, 2019). En 2006 ya habían aparecido las UTIGs de la Comunidad de Madrid, Cataluña y Aragón, en 2007 también aparece la UTIG de Asturias, en 2008 se suman las de Canarias, Comunidad Valenciana y País Vasco, y en 2010 en Navarra. De aparición más tardía fueron las unidades de Castilla y León en 2014, Galicia y Baleares en 2017, Castilla – La Mancha en 2018, Extremadura y Cantabria en 2019 (Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2018; Gómez-Gil *et al.*, 2019; Martín Morgado *et al.*, 2019; Soler, 2023). Pero es importante destacar que la cobertura y disponibilidad de las cirugías de reasignación han variado mucho en función de cada comunidad autónoma, estando sujetas tanto a sus políticas sanitarias como los recursos disponibles, y aunque, en la actualidad, la mayoría de las comunidades ofrecen atención sanitaria a personas trans, incluyendo la atención psicológica, terapia hormonal y cirugías de modificación corporal de baja complejidad, solo cuatro de ellas incorporaron, en su momento, la cirugía de reasignación genital compleja en su cartera de servicios. Andalucía fue la primera en hacerlo en 1999, Madrid y Cataluña no la incluyeron hasta 2007 y 2008, respectivamente, mientras que en País Vasco esta cobertura se incorporó también en 2008, con la unidad multidisciplinaria centralizada en el Hospital Universitario de Cruces en Barakaldo. A partir de 2018, la Comunidad Valenciana también incorporó las cirugías genitales a su cartera de servicios. Esta información confirma que la atención integral para personas trans no está garantizada en todos los territorios, y que en unidades como las de Cataluña, Madrid o el País Vasco, la oferta quirúrgica se ha visto limitada por diversos factores, como la escasez de recursos, la falta de

profesionales quirúrgicos y la insuficiencia de quirófanos. En Cataluña, por ejemplo, desde 2009, el número de intervenciones se limitó a 30 por año, mermando a la mitad en 2011 por los recortes sanitarios, una cifra insuficiente frente a la alta demanda. En los casos en que no se ofrece cirugía de reasignación genital dentro de la UTIG de una comunidad autónoma determinada, se opta por la derivación y coordinación con aquellas comunidades que sí disponen de esta opción, siendo, principalmente, la unidad de Málaga la que absorbe la mayoría de las demandas, con el objetivo garantizar que las personas trans puedan acceder a las intervenciones quirúrgicas necesarias, aunque se trate de una solución que pueda implicar desplazamientos y esperas adicionales. Otros casos como el de Navarra o Islas Baleares han optado por convenios con centros privados para estas operaciones. No obstante, el encontrar diferencias en la atención sanitaria dentro de los diferentes contextos regionales, generan desigualdades en el acceso a los servicios (Gómez-Gil *et al.*, 2019).

4.2. La lucha por la despatologización y la libre autodeterminación del género

Si bien la aprobación de la *Ley 3/2007* representó un capítulo fundamental en el reconocimiento legal de los derechos del colectivo trans en España, su enfoque patologizante dio lugar a una más intensa visibilización de aquellos grupos que abogaban su desvinculación con la enfermedad mental. Estos colectivos, aunque ya habían llevado a cabo movilizaciones previas con anterioridad a 2007, vieron en la publicación de la reciente ley una oportunidad para intensificar sus esfuerzos en favor de un modelo más respetuoso con las identidades de género no normativas, que las colocara fuera del paradigma biomédico, eliminando la condición trans de los manuales de trastornos mentales (Araneta Zinkunegi, 2012; Missé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014; Suess, 2011). La lucha por la despatologización es un movimiento relativamente reciente que, basándose en las ideas del movimiento antipsiquiátrico, quiso transformar la significación que se le ha dado a la enfermedad mental (Missé y Coll-Planas, 2010). El discurso a favor de la desmedicalización de la condición trans fue presentado oficialmente en diversas manifestaciones que tuvieron lugar de manera simultánea el 7 de octubre de 2007 en las ciudades españolas de Madrid y Barcelona, y en la

capital francesa, marcando el inicio de un movimiento que, con el tiempo, se expandiría más allá de las fronteras españolas (Araneta Zinkunegi, 2012; Missé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014; Suess, 2011). Así, al siguiente año, se sumaron más ciudades europeas a las movilizaciones por la despatologización, contando con un total de 11, mientras en 2009 grupos críticos de activistas en el contexto español dieron un paso más allá para articular la *Red por la Despatologización Trans del Estado Español*, impulsando y coordinando la campaña internacional *Stop Trans Pathologization-2012 (STP-2012)*. Esta campaña incorporaba en su nombre el año simbólico de 2012 en el que se preveía que se publicaría el DSM-5, con la intención de ejercer presión para que se desclasificara la condición trans como trastorno mental (Araneta Zinkunegi, 2012; Missé y Coll-Planas, 2010; Suess, 2011). Finalmente, se adhirieron a estas movilizaciones más de 250 organizaciones de setenta países en todo el mundo, promoviendo acciones de concienciación por la despatologización (Araneta Zinkunegi, 2012). Los objetivos iniciales de esta plataforma fueron: *“la retirada de la clasificación de los procesos de tránsito entre los géneros como trastorno mental de los manuales diagnósticos (DSM de la American Psychiatric Association y CIE de la Organización Mundial de la Salud), el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, el cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica, desde un modelo de evaluación hacia un enfoque de consentimiento informado, el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, la despatologización de la diversidad de género en la infancia, así como la protección contra la transfobia”* (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2009). Esta plataforma denunciaba la psiquiatrización que se había realizado de las identidades trans, y el hecho de que aquellos cuerpos que no entran en la descripción médica normativa occidental fueran considerados cuerpos patológicos (Missé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014).

El panorama jurídico internacional también se había hecho eco de la necesidad de reconocer los derechos de la comunidad trans, promoviendo actuaciones en favor de la dignidad, la igualdad y la no discriminación de las personas LGTBIQ+, especialmente en relación con la identidad de género. Fruto de ello fue la aprobación de los *Principios de Yogyakarta* (2007), un conjunto de normas elaboradas por expertos en derechos humanos que establecían

directrices para la protección de las libertades de las personas LGTBIQ+ en el marco del derecho internacional. En el contexto europeo, destacan el informe temático *Derechos Humanos e Identidad de Género* del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (Hammarberg, 2009), que denunciaba las violaciones de derechos que enfrentan las personas trans y urgía a los Estados a adoptar medidas de protección, y la *Recomendación CM/Rec(2010)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las medidas para combatir la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género* (Comité de Ministros, 2010), un documento no vinculante que exhortaba a los Estados miembros a combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género, garantizando el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos y promoviendo políticas de igualdad. Organizaciones como la OMS o Amnistía Internacional, también denunciaron en 2014 los requisitos obligados a los que deben someterse las personas trans en la mayoría de los países para poder conseguir el reconocimiento jurídico, como es la modificación corporal, las evaluaciones psiquiátricas y la hormonación, esta última que produce la esterilización forzosa, debiendo renunciar a los derechos reproductivos (Cambrollé, 2017).

El reconocimiento de los derechos de las personas trans y la lucha por la despatologización en el contexto nacional e internacional, sin duda sentaron las bases para que en España se iniciaran cambios legislativos en esa dirección. Aunque la ley estatal de 2007 supuso un avance al permitir el cambio registral de sexo sin cirugía previa, esta mantenía la exigencia de un informe psicológico que diagnosticara la disforia de género, lo que perpetuaba una visión medicalizada de las identidades trans. Sin embargo, en los años posteriores fueron surgiendo reglamentaciones autonómicas que legislaron en materia LGTBIQ+ desde un enfoque menos psiquiatrizado, eliminando progresivamente el requerimiento de este informe para acceder a los tratamientos, y reconociendo el derecho a la libre autodeterminación de la identidad de género (Cambrollé, 2017; Gómez-Gil *et al.*, 2019). En este sentido, la lucha de organizaciones como la Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA-Sylvia Rivera), y Conjuntos Difusos (Autonomía Trans) hizo que Andalucía fuera pionera, nuevamente, en dar este paso hacia la autodeterminación de género con la aprobación de una ley, en junio de 2014, que eliminaba la tutela médica a la hora de determinar si una persona es trans o no (Cambrollé, 2017). Como

parte de esta reforma, las UTIGs quitaban la letra “T” de sus epígrafes, pasando a denominarse Unidades de Identidad de Género (UIG), reflejando en su designación un cambio en la concepción del acompañamiento sanitario, alejándose del modelo previo. Con posterioridad, otras comunidades fueron aprobando leyes o protocolos que reconocían la autodeterminación en la expresión de género, como fue el caso de Cataluña en ese mismo año, 2014, en Extremadura en 2015, Comunidad de Madrid, Baleares, Murcia en 2016, Navarra y Comunidad Valenciana en 2017, Aragón en 2018, País Vasco en 2019, Cantabria en 2020 y La Rioja y Castilla – La Mancha en 2022 (FELGTBI, 2022; Gómez-Gil *et al.*, 2019; Ostiz, 2021).

Aparte de la aprobación de no pocas leyes autonómicas, en el contexto legislativo nacional los debates sobre el cuerpo y la identidad de género en el activismo trans español llegaron a impulsar la elaboración y presentación de algunas iniciativas que buscaban avanzar en la despatologización y la autodeterminación de género. En 2017, el Grupo Parlamentario Socialista registraba una *Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007*³¹ que incorporaba un aspecto clave en la evolución hacia el reconocimiento pleno de los derechos de las personas trans, como la eliminación de cualquier requisito médico o quirúrgico para el reconocimiento de la identidad de género, en donde se concretaba que el acceso a la modificación del sexo y el nombre en el Registro Civil no estaría sujeto a tratamientos hormonales, psicológicos o cirugías previas. Además, esta reforma introducía la inclusión de menores en la ley y la posibilidad de modificar el nombre y sexo en la tarjeta de residencia para personas trans extranjeras (Antonelli, 2017). La proposición de ley presentada por el PSOE estuvo en tramitación durante dos años y llegó a la fase de ponencia en 2019. En ese informe se establecieron criterios más amplios para la modificación registral del sexo, permitiendo a los mayores de 16 años hacerlo por sí mismos, y estableciendo requisitos específicos para los menores de 16 años³². Sin embargo, la disolución de las Cortes debido

³¹ Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España.

³² Informe de la ponencia sobre la Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4

a la convocatoria de elecciones en abril de 2019 provocó la caducidad de la iniciativa, como sucede con todos los proyectos legislativos que no se aprueban antes del fin de una legislatura (Bonilla y López Trujillo, 2023). Un año después de la propuesta socialista, en 2018, un nuevo proyecto de Ley de ámbito estatal fue presentado por el Grupo Confederal de Unidos Podemos, En Comú Podem y En Marea, con el mismo objetivo de avanzar hacia el reconocimiento de la libre determinación de la identidad de género, y en la que, entre otras cuestiones, también se reconocían las identidades no binarias³³. Sin embargo, la iniciativa no llegó a debatirse en el Congreso debido a la falta de consenso político y los bloqueos parlamentarios en aquel momento (Bonilla y López Trujillo, 2023).

Tras los intentos legislativos de 2017 y 2018, tendríamos que esperar hasta 2023 para ver aprobada una nueva norma estatal en esta materia, la *Ley 4/2023, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBIQ+*³⁴ que no haría sino afianzar del derecho de autodeterminación en la expresión de género ya reconocido en la mayor parte del territorio nacional, ahora también extendido a aquellas comunidades que no lo contemplaban. No obstante, la *Ley 4/2023* no se ha limitado exclusivamente al reconocimiento y ampliación de los derechos del colectivo trans, sino que también buscó garantizar las libertades de todas las personas LGTBIQ+, para eliminar las situaciones de discriminación y asegurar el pleno ejercicio de la orientación sexual, la identidad y expresión de género, o la diversidad familiar. Así, con la aprobación de la nueva ley se eliminó en todo el territorio español el requisito de diagnóstico de disforia de género y la necesidad de someterse a tratamientos hormonales o psicológicos para cambiar el sexo registral, un trámite al que desde ese momento también tenían acceso los mayores de 16 años. Para los menores de entre 14 a 16 años la modificación registral sería posible hacerla con el consentimiento de sus representantes legales, mientras que para los menores de 12 a

respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España.

³³ Proposición de Ley sobre la protección jurídica de las personas trans y el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género.

³⁴ Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

14 años haría falta una autorización judicial. Los menores de 12 años tendrían derecho a cambiar su nombre en el DNI, aunque no su sexo en el Registro Civil. Entre otras disposiciones, la ley también prohíbe las intervenciones genitales en menores intersexuales, salvo por necesidad médica, garantizando el derecho a decidir sobre su propio cuerpo cuando tengan edad suficiente, y entre los 12 y 16 años solo se permitirán si el menor las solicita y se considera que tiene la madurez suficiente para decidir. De igual manera, han quedado prohibidas de forma explícita las terapias de conversión destinadas a modificar la orientación sexual o la identidad de género, independientemente del consentimiento de la persona afectada.

La complejidad del debate y las posiciones enfrentadas que generó la ley en torno a la autonomía de las personas trans, junto con las preocupaciones sobre la protección de los derechos de menores y otros aspectos de la reforma, generaron un panorama de desacuerdos que bloqueó el avance legislativo desde su presentación como proyecto de ley en 2022 hasta su aprobación en 2023 (Congreso de los Diputados, 2022; RTVE, 2023). Por ejemplo, aunque el Ministerio de Igualdad había apostado por reconocer las identidades no binarias, este colectivo fue finalmente excluido en el proyecto definitivo. Durante la tramitación de la ley en el Congreso, se presentaron enmiendas que abogaban por incluir a las personas no binarias, como la propuesta de permitir la omisión de la mención de sexo en los documentos oficiales. Sin embargo, estas enmiendas no fueron aceptadas, generando críticas desde la propia Federación Estatal LGTBIQ+ (EFE, 2023).

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO Y DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO

La peculiaridad, complejidad y polivalencia del objeto de conocimiento de las ciencias sociales le confieren una excepcional especificidad: en dicho objeto de conocimiento está incluido el propio estudioso, y se trata de un objeto que posee subjetividad y reflexividad propias, así como volición y libertad de los individuos que lo componen; tal objeto de conocimiento no es «natural», sino el producto histórico del juego de dichos individuos en una interacción de lo que el animal humano tiene de herencia genética y de herencia cultural

Miguel Beltrán (2015)

1. Enfoque de la investigación y precisiones terminológicas

Afirma Miguel Beltrán que, en sociología, la diversidad de métodos a los que podemos acudir a la hora de estudiar la realidad social permite abordar, de manera eficaz, las diferentes facetas de nuestro entorno, incluso aunque estas facetas tengan naturalezas de muy distinta índole (Beltrán, 2015). Desde este pluralismo metodológico, mientras que algunos fenómenos sociales pueden requerir enfoques cuantitativos para analizar patrones amplios o datos numéricos, otros, especialmente aquellos vinculados a experiencias subjetivas, significados simbólicos o dinámicas complejas, necesitan una orientación más interpretativa y comprensiva (Alvira, 1983; Beltrán, 2015; Cea D'Ancona, 1996; Ibáñez, 2015). La elección del enfoque de la investigación responde, así, a la necesidad de garantizar la coherencia entre los objetivos planteados y las herramientas más adecuadas para abordar el objeto de estudio. El enfoque metodológico se selecciona considerando las características del fenómeno a investigar y las

cuestiones que se buscan responder, asegurando una aproximación rigurosa y pertinente (Alvira y Serrano, 2015; Beltrán, 2015).

En nuestro caso particular, se plantea que la mejor manera de abordar los objetivos propuestos ha de hacerse desde una metodología cualitativa, pues se postula como la más apta para permitir aproximarnos a nuestro objeto de estudio con la profundidad necesaria como para descifrar dinámicas de transformación, procesos que tienen lugar en la realidad social que se quiere analizar, además de conocer adecuadamente las trayectorias de las personas estudiadas y su vivencia del estigma. Según Daniel Bertaux, una metodología cualitativa facilita el acercamiento a los fenómenos desde los diferentes puntos de vista de los sujetos y, sobre todo, de una forma comprensiva y contextualizada (Bertaux, 2005). Beltrán también destaca que *“el método cualitativo es uno de los métodos científicos propios de las ciencias sociales, y en este caso sólo de las ciencias sociales, ya que sólo la especie humana vive dentro de una realidad que no es sólo material, sino simbólica”* (Beltrán, 2015: 35), es decir, es reseñable la capacidad de este enfoque para abordar la complejidad del entramado social, que integra elementos materiales y simbólicos de manera inseparable, junto con la posibilidad de utilizar una mirada capaz de descifrar el significado que poseen los discursos para las personas implicadas. Esta perspectiva requiere, por esa razón, no solo del registro de datos sino también de una interpretación de las experiencias humanas y de las significaciones que se les atribuyen, y que, como individuos sociales que somos, se dará dentro de un proceso de comunicación cargado de representaciones y elementos simbólicos (ibidem). Acorde con Luis Enrique Alonso, la investigación cualitativa pretende averiguar el contexto en el que cobra sentido lo que se dice y estudiar los discursos que codifican las experiencias de quienes las cuentan, una forma no solo de exponer, sino de interpretar demandas sociales; por eso este tipo de investigación *“se instala de este modo en el lenguaje, pero no sólo en su dimensión indicativa, sino en su función creativa de irradiación de sentido”* (Alonso, 1998: 29).

Dentro de este enfoque cualitativo, las estrategias concretas seleccionadas, en cuanto a la recogida y producción de datos y materiales, han seguido una doble vertiente: por una parte la del análisis documental y, por otra, la del *método biográfico*.

En primer lugar hemos de señalar que, como fuente de investigación, se han empleado tanto datos secundarios como primarios, organizados en dos fases, si bien diferencias analíticamente, pero simultáneas en algunos tramos de la investigación, ya que mientras se han ido recogiendo y analizando los datos secundarios, también se fue planificando la recopilación de las experiencias biográficas para su posterior análisis. No obstante, es pertinente avanzar que la primera fase se ha centrado en la búsqueda y recopilación de datos secundarios, concretamente de discursos científicos provenientes de la medicina y la psiquiatría sobre las rupturas sexo-genéricas, a través de la técnica del análisis documental, y que ha proporcionado un marco contextual excepcional tanto del saber científico, como del uso social que se hace del mismo sobre la temática trans. La segunda fase ha implicado la recopilación de datos primarios, a través de las propias vivencias estigmatizadas de personas del colectivo trans, mediante la utilización del *método biográfico*, concretamente a través de relatos de vida, integrando dimensiones discursivas y experienciales que han permitido articular una perspectiva más robusta y multidimensional sobre la problemática estudiada. De igual manera, la investigación planteada combina diferentes técnicas de análisis para la información recopilada. Así, para los discursos científicos recogidos en la primera fase se ha utilizado la técnica del Análisis Crítico del Discurso (ACD en adelante), y para los datos primarios, es decir, los relatos de vida, se ha llevado a cabo un análisis sociohermenéutico del discurso.

1.1. El análisis documental

Como se acaba de adelantar, se ha realizado una primera fase de investigación cualitativa a través del análisis documental, en donde ha tomado protagonismo la búsqueda de datos secundarios, referidos a las clasificaciones médicas de la CIE y el DSM, y, concretamente, de aquellos apartados que hacen referencia a las rupturas sexo-genéricas. Esta revisión ha seguido las directrices del análisis documental, o investigación documental (Valles, 1997), la cual es una técnica cualitativa basada en la revisión sistemática de la literatura disponible sobre una temática, y que, si bien también es apta para su uso como método de análisis en la interpretación de los documentos –en cuanto a la comprensión del contexto de

producción de los materiales y de la exposición de su significado— (Hodder, 1994), en este caso concreto, el análisis documental se ha utilizado únicamente como estrategia de selección y recopilación de información relevante para el estudio. Así, José Ignacio Ruiz Olabuénaga y María Antonia Ispizua escriben que *"a la observación y la entrevista podríamos añadir una tercera técnica de recogida de datos, la lectura de textos, entendiendo por tales, todos los documentos que contienen significado (una carta, un periódico, una autobiografía, una estatua, un edificio, las pinturas de una cueva prehistórica, las tumbas faraónicas...)"* (Ruiz Olabuénaga e Ispizua, 1989: 69) y, en general, cualquier material al que se le pueda realizar preguntas para una investigación dada (ibidem). Cuando hablamos de documentos, estos los podemos entender como registros escritos, simbólicos o materiales que ofrecen información relevante sobre el mundo social. Pueden incluir tanto creaciones intencionadas para registrar aspectos de la realidad, como informes oficiales, cartas, diarios o fotografías, como también elementos cuyo propósito principal no era documental, pero que reflejan valores, intereses o propósitos de una sociedad o grupo, o canciones, novelas, edificios o esculturas. Estos materiales, sean públicos o privados, pueden ser utilizados como datos en la investigación para comprender dimensiones específicas de la realidad social (Erlandson *et al.*, 1993; MacDonald y Tipton, 1993; Ruiz Olabuénaga e Ispizua, 1989).

En nuestro caso, la información recopilada se encuadraría dentro de los datos secundarios, ya que, en primer lugar, el material a analizar no es información recogida de primera mano, sino que ya estaba elaborada, y, en segundo lugar, aunque el análisis que se ha hecho de estos datos obedece a objetivos concretos de la investigación social, las clasificaciones médicas de donde se ha extraído la información se habían elaborado en su momento sin el propósito específico de ser utilizadas para la investigación social (Almarcha *et al.*, 1969)³⁵. En un sentido más amplio, Josu Mezo describe los datos secundarios como *"datos que no han sido obtenidos y elaborados por el propio investigador, sino que le son facilitados por otras fuentes"*

³⁵ Estos autores también ofrecen una clasificación sobre los tipos de datos que se pueden utilizar en la investigación social, distinguiendo entre: *Datos primarios* (obtenidos por quienes investigan, con una intencionalidad de responder a unos objetivos de investigación concretos); *Elaboración secundaria de datos primarios* (se refiere al proceso de reutilizar y analizar nuevamente los datos que se recopilaron originalmente para un estudio específico, pero con un propósito distinto al inicial); y *Datos secundarios* (aquellos que han sido recopilados o publicados por diversas instituciones sin la intención específica de ser utilizados para una investigación social) (Almarcha *et al.*, 1969: 30-31).

(*instituciones, otros investigadores*)” (Mezo, 2015: 485), y remarca que, pese a la connotación negativa que se le atribuyen al vocablo “secundario”, la decisión de usar datos primarios o secundarios dependerá de varios factores, y no tienen por qué desembocar en que la investigación sea de menor o mayor calidad. De lo contrario, el decantarse por datos secundarios va a depender del contexto y las necesidades del estudio, y derivará de factores como son el enfoque teórico de la investigación, los recursos disponibles para llevarla a cabo, la existencia de investigaciones previas, o la propia temática a abordar (ibidem). María José Rodríguez y José Ignacio Garrigós (2017) también se posicionan ante el gran valor que tiene los registros ya existentes, y destacan su carácter no intrusivo a la hora de obtener una información, es decir, la no influencia de la persona que investiga en la información recogida. Si bien estos autores centran su investigación en las características de los documentos personales (entendidos estos como registros biográficos), cabría extrapolar múltiples ventajas de lo que denominan *documentos personales inobstrusivos*. Este término toma como referencia la idea de Webb y colaboradores de investigación no obstrusiva o no reactiva (Webb *et al.* 1966), en donde la persona que investiga no es la que ha solicitado el documento biográfico, evitando así su influencia o sesgo sobre el material finalmente recopilado (Rodríguez y Garrigós, 2017), una particularidad que podría ser extensible a todo tipo de dato elaborado con antelación y con una motivación diferente a la de una investigación en curso.

Dentro del análisis documental, y según la tipología que proponen Keith MacDonald y Colin Tipton³⁶, también sería pertinente indicar que el tipo de documentos que se ha utilizado para nuestro estudio se definiría como documentos o registros oficiales (MacDonald y Tipton, 1993; Valles, 1997), pues son manuales médicos elaborados por instituciones, públicas o privadas, con la intención de acreditar un tipo de saber científico.

³⁶ Los autores proponen que los documentos que pueden servir como fuentes de datos en una investigación se clasifican en dos grandes categorías: documentos escritos y documentos visuales. Dentro de los documentos escritos, encontramos los *Documentos oficiales de las administraciones públicas*, como informes y estadísticas oficiales; *Prensa escrita*, que incluye periódicos y revistas; y *Papeles privados*, como cartas, diarios, memorias y material biográfico o autobiográfico en general. Por otro lado, los documentos visuales se dividen en *Fotografías*; *Pinturas*; *Esculturas*; y *Arquitectura* (MacDonald y Tipton, 1993).

1.2. El método biográfico y los relatos de vida

Una segunda fase de la investigación se ha abordado, tal y como se había adelantado, desde el *método biográfico* y, de forma específica, a partir de la recolección y análisis de relatos autobiográficos de personas pertenecientes al colectivo trans. Para esta fase, y teniendo en cuenta la clasificación de Almarcha *et al.* (1969), partimos del trabajo con datos primarios, pues se han recogido informaciones originales, diseñadas y generadas explícitamente para responder a las preguntas y objetivos de la investigación.

El *método biográfico* y los relatos de vida, como estrategia cualitativa, comparten todas las ventajas ya señaladas sobre esta metodología en cuanto a su profundidad analítica y comprensiva de los hechos, y de dotación de sentido y contexto al relato desplegado (Alonso, 1994, 1998; Beltrán, 2015; Bertaux, 2005), no obstante, además, cabe mencionar la pertinencia y adecuación de la utilización específica de relatos de vida por responder de manera más eficaz a los objetivos de la investigación.

Correspondería aclarar que a lo que se denomina *método biográfico* no es estrictamente un único método, sino más bien un conjunto de técnicas diversas que comparten el enfoque en el estudio del hecho biográfico (Pujadas, 1992, 2000; Szczepanski, 1978; Valles, 1997, 2009; Zarco, 2015), una aproximación terminológica cuya utilización está muy presente por ser ampliamente reconocida y aceptada en el ámbito académico (Zarco, 2015). No obstante, la designación de *método biográfico*, si bien puede ser la más extendida, no es exclusiva dentro de la metodología de investigación. Por ejemplo, en su pionero trabajo de reflexión sobre el material biográfico y autobiográfico, Bernabé Sarabia (1985) habla de las *historias de vida* como una forma amplia de denominar el método para abordar la reconstrucción de historias personales, y menciona la necesidad de una mayor concreción conceptual cuando nos referimos al mismo. En su caso, Bertaux (2011) prefiere referirse a este conjunto de técnicas utilizando la expresión *enfoque biográfico* en vez de método porque refleja mejor su carácter amplio, dinámico y en evolución de esta forma de investigación, que no solo se limita a técnicas específicas, sino que promueve un replanteamiento de los marcos teóricos y metodológicos. En nuestro caso, para esta investigación, seguiremos el razonamiento de Juan

Zarco (2015) en la utilización de la denominación de *método biográfico*, precisamente, por su uso generalizado y su capacidad para englobar esa multiplicidad de técnicas bajo una misma etiqueta conceptual.

Las ventajas del *método biográfico* y la utilización de relatos de vida son puestas en valor por diferentes autores. Como afirma Juan José Pujadas (1992:50) “*la capacidad evocativa de la narración biográfica nos sumerge, no sólo en unos hechos concretos, sino que nos familiariza con los sistemas de normas de una sociedad y nos ayuda a comprender los límites impuestos al comportamiento individual, al ejercicio del libre albedrío*”. Dado que el relato de vida se construye sobre un relato subjetivo, pero a su vez contextualizado en una época determinada, destaca su capacidad para estudiar procesos de cambio social, de tránsito, de crisis (individuales o colectivas), trayectorias de vida, sistemas de valores y normas sociales, o modificaciones de estas, de las que un sujeto forma parte (Pujadas, 1992, 2000). En la misma línea Rodríguez y Garrigós (2017) señalan que las diversas técnicas biográficas son capaces de construir la historia social desde lo subjetivo, permitiéndonos comprender el impacto y significado que han tenido determinados fenómenos sociales sobre los sujetos, de manera que sus historias no pueden ser entendidas fuera de ese contexto espaciotemporal. Es, de alguna manera, la visión que muestra Wright Mills (1993) en su libro *La imaginación Sociológica* donde alerta que, lejos de ser objetos aislados, ni la biografía particular de un individuo ni la historia social son ajenas la una a la otra, tanto historia individual como historia social se afectan entre sí, y nuestra labor desde las ciencias sociales es saber entroncarlas en una estructura que recoja a ambas.

Otro autor de obligada mención en el método biográfico es Bertaux, el cual resalta cómo las vivencias individuales forman parte de un entramado social común a todas ellas. Él habla de *situaciones particulares* de algunos sujetos, en donde cada uno de ellos tiene vidas independientes y diferentes de las demás, pero sí que tienen algo en común, y es la situación, y “*esta situación es social en la medida en que origina presiones y lógicas de acción*” (Bertaux, 2005: 19). Este caso descrito por el autor es perfectamente extrapolable a nuestro caso concreto de investigación (el del colectivo trans) donde nos encontramos con una multitud de sujetos diferentes, cada uno con su historia individual, pero con una situación común a la que

deben adaptarse y una sociedad que les limita. Van a ser, precisamente, en la reconstrucción de estas trayectorias que confluyen en una situación social, donde los relatos de vida se muestran más eficaces.

Cabe, a continuación, realizar una reseña terminológica de la diversidad de técnicas que alberga el *método biográfico* para contextualizar, dentro de este, dónde se encuadran los relatos de vida y lo que se entiende por estos. Se puede comprender por *método biográfico* o de los *documentos personales*³⁷ a “todo aquel conjunto de registros escritos que reflejan una trayectoria humana o que dan noticia de la visión subjetiva que los sujetos tienen de la realidad circundante, así como de su propia existencia” (Pujadas, 1992: 26), independientemente de la autoría de esos documentos (Allport, 1942), a lo que Taylor y Bogdan añaden que pueden ser documentos que abarquen “todas su vida o parte de ella, o a reflexiones sobre un acontecimiento o temas específicos” (Taylor y Bogdan, 1987:140).

La tradición en el uso de *documentos personales* cuenta con una larga trayectoria³⁸ (Pujadas, 1992, 2000; Szczepanski, 1978; Taylor y Bodgan, 1987), si bien la aparición del *método biográfico* en Ciencias Sociales se sitúa con la publicación del último tomo de *El campesino polaco en Europa y América* (1918-1920) de Thomas y Znaniecki, obra referente en la literatura sociológica, calificada como el primer gran estudio cualitativo, que inicia, en torno a la Escuela de Chicago, el desarrollo de todo un método basado en las historias biográficas (Pujadas, 1992, 2000; Rodríguez y Garrigós, 2017; Szczepanski, 1978; Taylor y Bodgan, 1987; Zarco, 2015). Con la aparición del *método biográfico* es cuando se popularizó la expresión de *life history*, o historia de vida, apareciendo con posterioridad el término *life story*, el cual tendría un significado diferente, pudiendo entenderse como relato de vida (Bertaux, 2011; Denzin,

³⁷ Enlazando con la tradición humanista en Ciencias Sociales, en sus inicios estos documentos recibían el nombre de *documentos humanos* (Szczepanski, 1978).

³⁸ En España fue Juan Francisco Marsal (1972) el pionero en introducir el método biográfico como técnica de investigación social, además desde el campo de la Sociología. Influidor por los trabajos de la Escuela de Chicago, en su obra *Hacer la América: Biografía de un emigrante*, publicada en 1969 en Buenos Aires, Marsal cuenta la historia de J.S., una historia de vida de relato único de un emigrante catalán, donde se ve reflejado el contra mito del indiano. Dicha obra fue publicada en España en 1972.

1970; Pujadas, 1992). Si bien la polisemia del inicial término *life history* hizo que derivara en diversas maneras de entender la forma en la que se estudian y configurar las trayectorias vitales, solapándose en algunas ocasiones y provocado imprecisiones terminológicas (Zarco, 2015; Valles, 1997; Pujadas, 1992), fue el sociólogo Norman Denzin (1970) quien propuso una distinción clara de estos dos términos, refiriéndose a *life history* como el estudio que comprende no solamente el relato de la persona o personas protagonistas, sino cualquier otro documento o información sobre su(s) biografía(s), y *life story* que es la historia de vida de una persona, tal y como ella la cuenta (Bertaux, 2005; Denzin, 1970; Pujadas, 1992; Rodríguez y Garrigós, 2017). Pujadas (1992) es quien propone establecer para, el contexto español, el término de *relato de vida* para referirse exclusivamente a la narración, en primera persona, que hace una persona sobre su vida, y el de *historia de vida* para el estudio exhaustivo de un caso particular. Aquí encontramos la primera gran distinción terminológica en las formas de confeccionar biografías. Sumados al de *historia de vida* y *relato de vida*, este autor incluye dos términos más; el primero es la expresión propuesta por Abel (1947) de *biograma* que se refiere a la compilación de una muestra amplia de biografías, así como muy localizadas en un espacio, para realizar con ellas un análisis comparativo, y en segundo lugar, Pujadas llama la atención sobre la variedad de *documentos personales* de los que el investigador se puede valer para confeccionar o enriquecer una historia de vida, entendiendo *documentos personales* como “cualquier tipo de registro no motivado o incentivado por el investigador durante el desarrollo de su trabajo, que posea un valor afectivo y/o simbólico para el sujeto analizado” (Pujadas, 1992: 14). En la misma línea, Ken Plummer define *documentos personales* como aquellos “en los que una persona revela sus características sociales y personales en formas que las hacen accesibles para la investigación. Incluirían diarios, cartas, fotografías, historias de vida e incluso inscripciones de lápidas. Hoy día deberían incluirse también vídeos y sitios web personales” (Plummer, 2004: 14).

De esta manera llegamos a la tipología propuesta por Pujadas en las estrategias de las que se compone el *método biográfico* para acceder a la información vital de una o varias personas (Pujadas, 1992: 14). En un primer lugar, el autor distingue los *documentos personales* de los *registros biográficos obtenidos por encuesta*, es decir, los primeros como aquellos registros

no motivados por el investigador, de los segundos, aquellos que se piden expresamente para el estudio:

- ✓ *Documentos personales.* El autor distingue varios tipos de documentos: 1) *autobiografías*, 2) *diarios personales*, 3) *correspondencia*, 4) *fotografías, películas, vídeos o cualquier otro tipo de registro iconográfico*, y 5) *objetos personales*.
- ✓ *Registros biográficos obtenidos por encuesta.* Se encuentran: 1) *historias de vida* (de relato único, es decir, un estudio de un caso único analizado en profundidad; de relatos cruzados, cuando se cruzan varias biografías de personas conocidas para componer, de forma coral, una historia común; y de relatos paralelos, en donde se acumula una muestra amplia de relatos que permiten analizar fenómenos sociales, utilizando relatos individuales como material para explorar patrones colectivos; 2) *relatos de vida*; y 3) *biogramas*.

Esta revisión terminológica tiene su traducción práctica a la hora de entender la manera que hemos elegido investigar las biografías de personas trans. En primer lugar, si nos regimos por esa gran distinción que propone Denzin (1970), nos ubicaremos dentro lo que denominó *life story*, es decir, relatos contados por sus protagonistas que no responden a un estudio exhaustivo de cada caso. Atendiendo a la tipología ofrecida por Pujadas (1992) volveríamos a situarnos en el *relato de vida* como técnica de investigación seleccionada, considerando a este como un registro biográfico obtenido por encuesta, es decir, narrativas en primera persona, y encargadas a nuestra voluntad y con el consentimiento del interlocutor.

Concretando, ahora, las técnicas mediante las cuales se recopilan los relatos de vida, Pujadas (1992: 66-69) también señala cuatro formas básicas de obtener el relato autobiográfico. La primera estrategia sería la localización de *documentos personales* (diarios, cartas, ...), y la señala como la técnica que exige una menor intervención del investigador en la información conseguida. Una segunda estrategia que propone es la de hacer un encargo del relato biográfico, ya sea escrito o mediante una grabación, a una persona. La última estrategia que plantea, si bien la traemos aquí en tercer lugar, es la que considera la menos formal, y sería la observación participante. Si ninguna de estas tres técnicas es la que se ha utilizado en esta

investigación, de la que sí se ha hecho uso ha sido la que señala el autor en tercer lugar, la entrevista biográfica, la que, según Pujadas, es la técnica más genuina, teniendo el investigador un mayor control de la situación y de la información que se obtiene.

Alonso (1994: 225) define la entrevista como un *“proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona que se haya contenida en la biografía de ese interlocutor”*, y aclara que una entrevista se desarrolla a partir de un diálogo en el que participan una persona que hace la entrevista y otra que es entrevistada, y en donde la primera actúa con el propósito de que se genere un discurso coherente y enfocado en una temática particular que está siendo investigada. El autor también destaca la importancia de esta técnica ya que permite conocer los discursos característicos del grupo social al que pertenece la persona entrevistada a través de un discurso individual, subjetivo, siendo esta su principal cualidad (Alonso, 1994, 1998). Un elemento primordial de las entrevistas en su naturaleza confesional y confidencial, en donde se le insta al sujeto entrevistado a pronunciarse con sinceridad sobre un tema que le puede resultar de cierta privacidad y dificultad (Alonso, 1994, 2015; Valles, 1997, 2014), y teniendo en cuenta que el discurso producido no se ha de tratar como falso o verdadero, sino como una perspectiva subjetiva que debe ser localizada en un contexto más amplio (Merton *et al.*, 1990). En el contexto de la entrevista biográfica, la cual tiene como objetivo indagar en los acontecimientos vitales de una persona, autores como Pujadas (1992) o Bertaux (2011) nos apremian a desplegar una baja directividad a la hora llevar a cabo dicha técnica, invitando a quien se le entrevista a adueñarse libremente de la narración. De todas formas, el primero de los autores también aclara que las intervenciones de quienes hacen la entrevista deben aparecer cuando sea necesario aclarar conceptos o ideas que han podido quedar dudosas, y el segundo reconoce, que dependiendo del tipo de entrevista o del momento de la investigación, debemos hacer uso de preguntas más dirigidas o dejar libertad de palabra a la persona entrevistada.

Teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la técnica de la entrevista, junto con las pautas concretas que deben regir a las entrevistas biográficas, se detallará la directividad, así como el uso de guiones de entrevista y el papel de la entrevistadora, cuando hablemos del proceso de realización de las entrevistas biográficas.

2. Selección muestral de los datos secundarios

La selección de datos secundarios se ha centrado en recopilar aquellos documentos oficiales que contienen discursos que han sido promotores y perpetuadores del sistema de género binario bajo una perspectiva médica, es decir, unos razonamientos que se emiten desde posiciones calificadas y legitimadas como científicas, y que, por extensión, han tenido un impacto claro en la justificación del estigma hacia el colectivo trans. Estos discursos se materializan en su máxima expresión en los manuales médicos de la CIE y el DSM, tanto por el alcance que tuvieron en su momento y tienen en la actualidad, como por la autoridad que se le confiere al conocimiento que contienen (Butler, 2006; Crowe, 2000). Por esta razón, los materiales que se han revisado y analizado se han acotado en torno a estas dos clasificaciones, pero no analizadas en su globalidad, sino que nos hemos centrado sobre aquellos epígrafes que hacen referencia tanto a las, entonces denominadas, desviaciones sexuales, como a la condición trans en las diversas formas que esta ha sido contemplada, tanto cuando aparece recogida bajo el término primigenio de transexualismo, como en sus posteriores reformulaciones de trastorno de la identidad de género, disforia de género y discordancia de género. De esta manera, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las taxonomías psiquiátricas de la CIE y el DSM, seleccionando aquellos apartados que recogen cualquier tipo de referencia estigmatizante hacia la ruptura con las normas de género tradicionales.

En el caso de la CIE, las clasificaciones seleccionadas para el análisis son la CIE-6 (WHO, 1950), CIE-7 (WHO, 1957), CIE-8 (WHO, 1968), CIE-9 (CDC, 1998), CIE-10 (WHO, 2000, 2016), y la última versión publicada, la CIE-11 (WHO, 2021), obviándose actualizaciones anteriores a la sexta revisión que solo contemplan causas de muerte y no de enfermedad, excediendo, su análisis, de los objetivos propuestos en la tesis. En cuanto al DSM, se analizan todas las clasificaciones disponibles pues, a diferencia de la CIE, el DSM es un manual específico de enfermedades mentales, así que se examina desde su primera hasta su quinta edición, junto con las versiones corregidas intermedias, esto es el DSM I (APA, 1952), DSM II (APA, 1968), DSM III (APA, 1980), DSM III-R (APA, 1988), DSM IV (APA, 1995), DSM IV-TR (APA, 2007) y DSM-5 (APA, 2014). Cabe aclarar que, si bien en las primeras revisiones

de ambos manuales médicos (CIE-6, CIE-7, CIE-8, DSM I y DSM II) no se menciona aún la identidad trans como trastorno, hemos tenido en cuenta aquellos apartados en donde se trata la desviación sexual como término que ha integrado la totalidad de rupturas con las sexualidades hegemónicas, y que sirvieron de antesala y marco de referencia a la introducción del transexualismo como primera forma de conceptualizarlo.

Los apartados concretos seleccionados para su análisis se muestran en la [Tabla 1](#):

Tabla 1. Selección de apartados de cada clasificación para el análisis documental

Año	Clasificación	Nombre del apartado seleccionado para su estudio (en su caso, apartado principal en donde este se incluye)
1948	CIE 6	Desviación sexual (Trastornos del carácter, del comportamiento, y de la inteligencia)
1952	DSM I	Sexual deviation (Personality disorders)
1955	CIE 7	Desviación sexual (Trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia)
1965	CIE 8	Desviación sexual (Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos)
1968	DSM II	Sexual deviations (Personality disorders and certain other nonpsychotic mental disorders)
1875 / 1978	CIE 9 / CIE-9-MC	Desviaciones y trastornos sexuales (Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos)
1980	DSM III	Gender identity disorders (Psychosexual Disorders)
1987	DSM III-R	Trastornos de la identidad de género (Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia)
1989	CIE 10	Trastorno de la identidad sexual (Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto)
1994 / 2000	DSM IV / DSM IV-TR	Trastornos de la identidad sexual (Trastornos sexuales y de la identidad sexual)
2013	DSM V	Disforia de género
2018	CIE 11	Discordancia de género

Fuente: elaboración propia

3. Selección muestral de los relatos de vida: ámbito y universo de estudio

Para implementar la fase de recolección de los relatos de vida, se ha llevado a cabo una investigación de ámbito nacional en el territorio español a personas del colectivo trans mediante la técnica de la entrevista biográfica. Las condiciones fijadas para acotar el universo de estudio y definir correctamente las características que debían de cumplir aquellas personas hacia quienes se dirigía el estudio habían sido las siguientes:

- ✓ Su pertenencia al colectivo trans en cualquiera de las formas que abarcan las rupturas con las identidades de género normativas.
- ✓ Nacionalidad española y su residencia habitual en España.
- ✓ Mayores de edad.

Debemos tener en cuenta que, dentro del contexto cualitativo, la correcta selección de las unidades muestrales no obedece a pautas de representatividad estadística, sino que lo hace en base a criterios de representatividad estructural y discursiva, por lo que la calidad de las muestras dependerá de la adecuación del enfoque con el que hayamos abordado dicha selección, así como de las características y la información aportada por cada caso particular. De esta manera, la representatividad hace referencia a la relación entre la muestra seleccionada y el universo de estudio al que representa, y la medida en que la primera es capaz de hablar del segundo (Alonso, 1998; Alvira y Serrano, 2015; Rodríguez y Garrigós, 2017). De ahí, la necesidad de atender a la heterogeneidad del universo de estudio para que queden recogidos, en la mejor medida posible, casos relevantes y significativos para la investigación, así como aquellos casos más prototípicos de los que podamos sacar las conclusiones más interesantes (Bertaux, 2005; Rodríguez y Garrigós, 2017; Valles, 1997).

De hecho, siguiendo estas directrices, la primera decisión que tomamos la hora de empezar a construir la muestra del estudio fue la de fijar una serie de perfiles, considerados prototípicos y diferentes entre sí, que fueran reflejo de las trayectorias de vida más distintivas que habían emergido tanto de la revisión de la literatura como de un ejercicio previo de lectura de

trayectorias de vida sobre el colectivo trans. Como número orientativo, se perfilaron siete trayectorias vitales que se consideraban imprescindibles para tener una panorámica correcta en la vivencia del estigma. Hay que ser conscientes en todo momento que los criterios de los perfiles prototípicos se establecieron a priori del trabajo de campo, por lo que las muestras finales estaban sujetas tanto a las características reales de los perfiles que se iban encontrando, como a que esos perfiles encajaran con los objetivos de la investigación. De todas formas, estos perfiles no se cerraron en exceso, para conceder la flexibilidad suficiente a la hora de encontrar personas con las características requeridas. A continuación se muestran los perfiles que se buscaron con mayor prioridad:

1. *Relato de una mujer trans, trabajadora sexual, que no ha tenido otras oportunidades de trabajo por estar excluida de otros ámbitos socio-laborales, y que ha visto afectada su trayectoria de vida por su identidad trans: el perfil se centra en cómo el estigma por ser trans y trabajadora sexual se atraviesan, afectando tanto la integración social como la búsqueda de empleo en otros sectores. Se explora cómo este estigma la margina y la hace vulnerable a la violencia, discriminación y la invisibilidad dentro del ámbito laboral y social.*
2. *La historia de una mujer trans que haya tenido que reasignar su sexo por medio de la cirugía para poder ser reconocida legalmente una mujer antes de que fuera aprobada la Ley de Identidad de Género en 2007, viviendo el proceso de validación médica y legal: se enfoca en el estigma y discriminación procedente de los ámbitos institucionales y médicos que la persona tuvo que enfrentar antes de la aprobación de la Ley de 2007. Se explora también cómo la necesidad de cumplir con las normas médicas impuestas, para ser reconocida como mujer, pudo afectar su sentido de identidad y la vivencia interna del estigma.*
3. *La historia sobre la aceptación de identidad de género y consiguiente proceso de cambio de un hombre trans cuyo fin último sea (o haya sido) la reasignación de sexo, aunque no lo haya llevado a cabo aún: este perfil explora cómo la persona experimenta el estigma de no haber completado la transición física, afectando a la percepción de sí*

mismo, cómo es percibido por los demás, y pudiéndose enfrentar a la invalidación por no ajustarse a la normatividad de la masculinidad hegemónica.

4. *Proceso de aceptación de la identidad de género de una persona que no se identifica con ninguno de los dos géneros normativos y que tiene una mirada crítica hacia el proceso de transición fijado por la medicina:* este perfil aborda el estigma que las personas no binarias afrontan al ser percibidas como no legítimas en su identidad, especialmente por los procesos médicos normativos que no reconocen identidades fuera del binarismo.
5. *La trayectoria de una persona trans que haya vivido los primeros cambios sociales participando de forma activa en la lucha de derechos por el colectivo trans, y su perspectiva en el proceso de despatologización:* este perfil habla de una persona activa en la lucha por los derechos del colectivo y con una mirada crítica hacia las normas sociales y los procesos médicos establecidos. Su activismo está enfocado no solo en la lucha por la aceptación social, sino también en la eliminación del estigma de las intervenciones médicas obligatorias y las presiones para ajustarse a un modelo normativo de género.
6. *El relato de una persona trans joven que desde edades tempranas ha mostrado su identidad género distinta a su sexo asignado al nacer en un entorno semirural, y de qué manera ha sido aceptada en sus círculos cercanos:* se centra en explorar el rechazo sufrido en varias esferas sociales, como pudo ser la familia, el colegio, círculos de amistad dentro de una comunidad local pequeña en la que los lazos pueden ser más opresivos que en áreas geográficas más amplias. La persona podría afrontar desde edades tempranas al aislamiento social, acoso escolar o rechazo, lo que puede impactar su sentido de identidad y autoestima.
7. *El relato de una persona que ha visto truncado su proceso de transición por las exigencias médicas y/o legales, teniendo que retrasarlo hasta que cumpliera los requisitos:* perfil que se orienta a explorar cómo la persona ha vivido el estigma

relacionado con la su propia percepción de incompletitud de su transición, tanto a nivel médico como legal. Se trata de las experiencias de frustración y ansiedad por los obstáculos para acceder a la identidad deseada.

Cabe señalar, en este punto, que durante el proceso de realización de las entrevistas nos dimos cuenta de que, a los perfiles fijados con anterioridad, podría añadirse un nuevo perfil que no se tuvo en cuenta en un principio, principalmente porque sus características no aparecieron ni en la literatura examinada ni en trayectorias de vida que se habían consultado previamente, y cuyo relato estaba siendo muy revelador, comprobando, así, en el desarrollo práctico de la investigación, el carácter emergente de los diseños cualitativos. Por su relevancia, incluimos un octavo perfil en los relatos trans y que apareció a la hora de hacer las entrevistas biográficas:

8. *Historia de una persona trans que hasta momentos tardíos de su vida no fue consciente de que tenía una identidad de género que no se correspondía con su sexo asignado al nacer:* se ha centrado en explorar cómo una persona trans puede pasar gran parte de su vida sin tener consciencia plena de su identidad, lo que puede estar vinculado a procesos de invisibilidad social de las identidades trans, junto a la normalización del sistema de género binario. Se podría experimentar el estigma de manera latente, y el haber vivido mucho tiempo con un malestar interno o con una sensación de disonancia de sin poder identificarla como tal.

Adicional a estos perfiles prototípicos, se sumó al estudio la implementación de un casillero tipológico en base a una serie de variables que fueran capaces facilitar la organización de perfiles para realizar las entrevistas biográficas de la manera más práctica y exhaustiva posible. Valles (1997: 212) define el casillero tipológico como un “*dispositivo muestral, de carácter instrumental, del que se sirve el investigador para hacer operativa una selección de entrevistados orientada a controlar (garantizar mínimamente) la heterogeneidad de la muestra, en variables consideradas analíticamente relevantes*”. Es decir, este instrumento metodológico no solo permitió organizar las categorías de manera estructurada, si no que fue muy útil para sistematizar características personales que nos favorecieron a la hora de comprender la

variabilidad y heterogeneidad del universo de estudio dentro de la muestra, ayudando en su selección (Valles, 1997, 2014). Las variables que se han elegido a la hora construir el casillero tipológico, debido a la importancia que se ha valorado que tienen, y, por ello, componer los diferentes perfiles, han sido las tres que se muestra a continuación, descartando introducir más variables para que esta herramienta fuera funcional³⁹:

- ✓ *La identidad de género*: que es un variable cardinal en este estudio, dando cuenta de la diversidad de formas de identificarse y de vivir sus realidades de género. Si bien estas expresiones de género podrían abarcar un amplio espectro, para operacionalizar su registro se han dividido en tres opciones: 1) hombres trans, 2) mujeres trans, y 3) identidades no adscritas a ninguno de los dos extremos, las cuales se denominaron no binarias /género fluido. Esta variable, sin duda, es la que más ha pesado a la hora de diversificar los perfiles.
- ✓ *Edad*: refleja el momento histórico en el que ocurre la socialización temprana de las personas trans y en el que se encuentra inmerso su núcleo familiar, correspondiéndose, en cada caso, con contextos sociales, políticos y culturales muy distintos, que repercuten significativamente en sus experiencias. También influye en el momento en que se realizan las transiciones de identidad de género, permitiendo analizar cómo el contexto facilita, dificulta o, incluso, impide que la transición se lleve a cabo en la juventud. Pasamos de un contexto de represión y control social de las identidades y sexualidades no normativas, a una apertura democrática y al inicio del movimiento LGTBIQ+, y, desde ahí, hacia épocas de avances legales y de revolución digital en la información en la facilitación de referentes. Hemos dividido esta variable en tres periodos clave: 1) personas nacidas durante la dictadura y la transición; 2)

³⁹ No obstante, además de estas tres variables que han guiado la selección, también se tuvo en cuenta, sobre todo para el futuro análisis, el seleccionar personas tanto que desarrollaran actividad en el ámbito del activismo como que no lo hicieran, para comprobar si existe una mayor conciencia crítica sobre la estigmatización social y/o el autoestigma. Igualmente, se atendió al entorno en el que se han socializado los informantes, donde nacieron o pasaron su infancia y su juventud, y que, por lo tanto, es donde han encontrado dificultades o facilidades para llevar a cabo su transición. Así, se ha tenido en cuenta que los relatos estuvieran diversificados en diferentes entornos (grandes núcleos urbanos; otras capitales de provincia y núcleos urbanos; y núcleos semiurbanos, semirurales y rurales).

nacidas entre los años 80 y mediados de los 90; y 3) nacidas desde mediados de los 90 hasta la actualidad.

- ✓ *Apoyo familiar*: ya que este tiene un impacto crucial en las experiencias de las personas trans y en cómo enfrentan el estigma y las barreras sociales, sobre todo en aquellas etapas de la vida en la que la familia es el principal sostén económico y/o afectivo. Este apoyo también incluye la propia percepción de los informantes sobre el soporte que cree que le hubiera brindado su familia en caso de comunicarle su identidad de género sentida. Por este razón, el apoyo familiar se divide en tres categorías: 1) un rechazo familiar total, en donde se incluye no solo el que la persona trans no pueda realizar su transición en su juventud con el apoyo familiar, y que si la realiza se vea obligada a abandonar el hogar debido a la falta de aceptación, sino el que no lo comunique por miedo a las consecuencias que podría conllevar; 2) rechazo o aceptación parcial, ya que, aunque la familia no apoya plenamente su decisión, tampoco le obliga a irse de casa, permitiendo una convivencia con ciertas tensiones o desacuerdos; y 3) apoyo total, cuando la familia respalda su identidad de género y, aunque puedan surgir desacuerdos, la persona trans se siente acompañada y arropada en su proceso.

El carácter cualitativo de la investigación mediante relatos de vida nos ha llevado a conformar una muestra estratégica que sea capaz de responder a los objetivos fijados, a la vez de ser representativa de la población objeto de estudio. Se ha seguido, para ello, un tipo de muestreo no probabilístico, llamado estratégico (Cea D'Ancona, 1996), o lo que puede denominarse también, según Michael Patton (1990), *muestreo intencional*, término con el que engloba diferentes estrategias para confeccionar las muestras en las investigaciones cualitativas. Por lo tanto "*las muestras intencionales son aquellas en las que se prioriza la selección de casos (contextos, informantes o documentos) que proporcionarán información rica al objeto de estudio*" (Rodríguez y Garrigós, 2017: 127-128). Siguiendo con la propuesta de Patton (1990), dentro de este tipo de *muestreo intencional*, este autor señala hasta 15 estrategias, que ni mucho menos son excluyentes entre sí, mediante las cuales se pueden seleccionar las

unidades muestrales en los estudios cualitativos⁴⁰. Para esta investigación se ha utilizado una estrategia *mixta o combinada*, es decir, no se ha utilizado solamente una estrategia para seleccionar a la muestra, y más concretamente se pueden diferenciar tres de ellas: el muestreo por *conveniencia*, donde “*prevalecen aspectos prácticos como la menor inversión económica y temporal en la selección de los casos*” (Rodríguez y Garrigós, 2017: 130), el muestreo de *variación máxima*, que “*busca profundizar en la amplitud de la variación y la diferenciación del tema objeto de estudio seleccionando, intencionadamente, casos que representan un amplio rango de variación en las dimensiones de interés*” (ibidem: 128), y *bola de nieve o en cadena*, que “*identifica informantes clave o casos críticos (familiarizados o expertos con el tema del objeto de estudio) a partir de las referencias ofrecidas por casos que ya han participado en la investigación*” (ibidem: 129).

En cuanto al tamaño de la muestra, el carácter emergente de las investigaciones cualitativas hace que esta se pueda ir perfilando conforme se avanza en el trabajo de campo, (Alvira y Serrano, 2015; Patton, 1990; Rodríguez y Garrigós, 2017). La idea de *diseño emergente* puede definirse como un enfoque metodológico abierto y flexible, en el que la estructura y las decisiones del diseño se desarrollan, ajustan o transforman a medida que avanza la investigación, permitiendo responder de manera flexible y contextual a las dinámicas del objeto de estudio y las interacciones del investigador con los datos y los participantes (Alvira y Serrano, 2015). Dentro de la elaboración de muestras cualitativas y la fijación de su tamaño, uno de los conceptos centrales con los que se trabaja en su diseño e implementación práctica es la *saturación* del discurso, entendida esta como el instante en el que la inclusión de nuevos perfiles en el estudio no añadirá más información nueva o significativa (Alonso, 1998; Bertaux, 2011, 2005; Callejo, 1998). De igual manera, esta saturación “*señala una tarea de control metodológico, interna al proceso de investigación con prácticas cualitativas, referida a la correspondencia y generalización de los resultados, como ocurre en casi todos los tipos de validez*” (Callejo, 1998: 94). Teniendo en cuenta estas características en la emergencia de los

⁴⁰ Estas estrategias de muestreo que encuentra Patton son: casos extremos o desviados; intensiva; variación máxima; casos homogéneos; casos típicos; intencional estratificado; casos críticos; bola de nieve o en cadena; por criterio lógico; basada en la teoría; casos confirmatorios o disconfirmatorios; oportunista; intencional al azar; políticamente importantes; conveniencia; mixtas o combinadas (Rodríguez y Garrigós, 2017).

estudios cualitativos y de saturación de la muestra, no se estableció, *a priori*, un número cerrado de relatos, pues todo dependía de la información que fuera aportando cada caso. Como también apunta Miguel Valles (1997, 2014), en la medida de lo posible se han intentado diversificar los perfiles seleccionados teniendo en cuenta la heterogeneidad del público objetivo para asegurar la inclusión de casos relevantes y significativos, con lo que el tamaño muestral también se ha visto influido por este propósito. Por estas razones, al inicio del estudio se estableció un número orientativo de entre 30-35 relatos de vida, tanto para saturar el discurso como para poder dar cuenta de una suficiente variabilidad de perfiles, si bien hay que adelantar que el discurso se saturó mucho antes de llegar a tal número de entrevistas, debido a que las vivencias trans, dentro de que cada situación es particular, todas ellas tienen lógicas de impacto social, de discriminación y de estigmatización muy similares y enseguida llegaron a converger. Así, aunque finalmente se recogieron 29 relatos, se pudo haber parado incluso antes, pero se decidió seguir para ampliar la muestra y diversificar los perfiles.

3.1. Características finales de la muestra y distribución de los perfiles seleccionados

La muestra final ha quedado compuesta por 29 relatos de personas pertenecientes al colectivo trans, con edades comprendidas entre los 20 y los 59 años (años que tenían en el momento de compartir su vivencia). Las expresiones de género principales con las que se identificaron fueron las de hombre (7) y mujer trans (17, una de ellas autodefinida como *crossdresser*), pero también aparecieron otras posiciones que no se percibieron dentro ninguna de estas dos identidades, abarcando un rango más amplio del espectro de género, como fueron agénero (1), género fluido (1) y no binario (3).

La distribución de la muestra, en función de las variables que se definieron para la selección de perfiles referidas al rango de edad, el apoyo familiar y la identificación de género, quedó de la manera en que se detalla en el casillero tipológico mostrado en la [Tabla 2](#). Si bien nuestro objetivo último tampoco fue el de cubrir todas las celdas del casillero, pues, como explica Valles (1997, 2014), estas herramientas pueden llegar a seguir una lógica matemática del número de perfiles y no sociológica en donde entran en juego más variables y decisiones,

también hay que evidenciar que se recogió una gran diversidad de relatos y vivencias, y teniendo en cuenta que ya se había saturado el discurso, se decidió no seguir buscando más informantes.

Para realizar una correcta interpretación del casillero tipológico es necesario advertir que en cada casilla se especifica el número de entrevistas biográficas conseguidas con las características fijadas en las variables, y se añade, en los márgenes de la [Tabla 2](#), y la suma de entrevistas tanto por filas como por columnas.

Tabla 2. Casillero tipológico en función de la identidad de género, la aceptación/rechazo familiar y el contexto histórico de socialización

		Rechazo familiar total (no comunicación)	Aceptación o rechazo parcial	Apoyo familiar total	
Dictadura y transición democrática	Mujer trans	5			5
	Persona no binaria / género fluido	1			1
	Hombre trans				0
Años 80 y primeros 90	Mujer trans	2	5		7
	Persona no binaria / género fluido		1		1
	Hombre trans	1	2		3
Últimos 90 en adelante	Mujer trans	2	2	1	5
	Persona no binaria / género fluido			3	3
	Hombre trans		1	3	4
		11	11	7	29

Fuente: elaboración propia

Aunque podríamos estar de acuerdo con que “*corrientemente se entiende por análisis la utilización de una serie de procedimientos y técnicas, una vez obtenidos los datos*” (Valles, 1997: 340), también el análisis puede abarcar al conjunto de la investigación, desde que se plantean la pregunta inicial hasta que se presentan los resultados, y no es solamente una fase

estanca en el conjunto del estudio (Valles, 1997, 2014). Así, podríamos presentar, de forma indicativa y preliminar, un adelanto del análisis que ya surge en el mismo casillero tipológico.

Una lectura de esta herramienta puede servir de primera aproximación analítica, y nos permite dar cuenta de que tanto la visibilidad como la diversidad de perfiles aumentan significativamente con el paso de los años ya en el segundo periodo, pero, especialmente, en el último, sobresale la visibilización de perfiles de hombres trans y personas no binarias/género fluido que estaban poco presentes en periodos anteriores. Esto refleja tanto una desigualdad de género en las oportunidades que se materializan en el propio cuerpo masculino o femenino, a la hora de expresar su sexualidad e identidad de género, como los cambios sociales, culturales y de reconocimiento de identidades en las últimas décadas. En el caso de España, en ciertas épocas históricas se asistió, además de la represión de identidades no normativas, a una negación y silenciamiento de la diversidad sexo-genérica, dando por hecho la no existencia de mujeres lesbianas ni hombres trans (RTVE, 2018). Así, en el último periodo, no solo se asiste a una mayor visibilización de perfiles trans en general, sino también a la emergencia clara de testimonios de hombres trans y de identidades no binarias, fruto de una mayor libertad de la expresión de género. De igual manera, el viraje que se encuentra en el apoyo que las familias brindan a las personas que rompen con las normas de género, es manifiesto conforme al paso del tiempo y va cambiando desde el rechazo total en el primer periodo, hacia el apoyo parcial en el segundo, y, principalmente, el apoyo total en el tercero. Obviamente, el rechazo es una constante durante los tres periodos, en donde, estas personas, han tenido que postergar sus transiciones a encontrarse fuera del ámbito familiar por no ser este un espacio seguro.

Con el fin de facilitar la comparación entre los casos incluidos en la investigación, también se presenta, en la [Tabla 3](#), la relación de perfiles en base a las variables consideradas en el casillero tipológico, sumado a la información sobre si alguna de las entrevistas se ajusta total o parcialmente a los perfiles prototípicos descritos en el apartado anterior. Los casos se ordenan cronológicamente de acuerdo con la fecha en que se llevaron a cabo las entrevistas.

Tabla 3. Perfiles de las personas participantes en la investigación

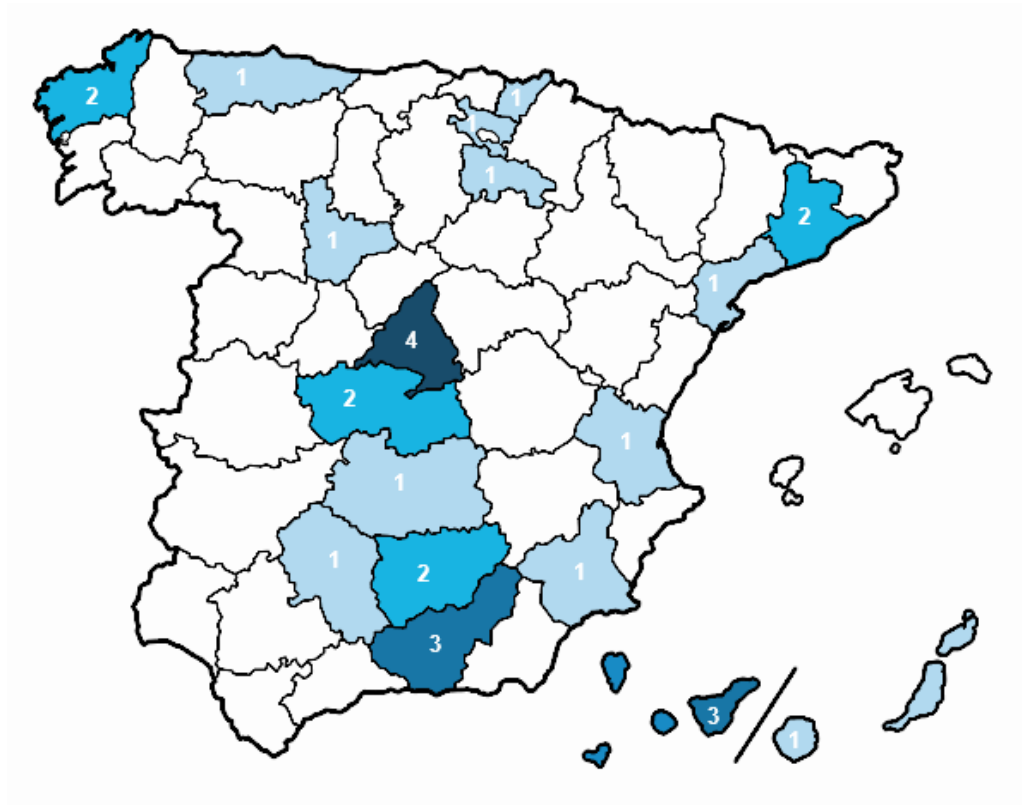
Nº de caso	Identidad de género autodefinida	Edad	Apoyo familiar	Nº perfil prototípico al que se ajusta (si aplica)
01	Hombre trans	20	Apoyo total	6. Persona trans en entorno semirrural
02	Mujer trans	50	Rechazo total	--
03	Mujer trans	27	Apoyo/rechazo parcial	6. Persona trans en entorno semirrural
04	Hombre trans	25	Apoyo total	4. Persona no binaria con mirada crítica al proceso de transición médica
05	Mujer trans	28	Apoyo/rechazo parcial	--
06	Mujer trans	30	Rechazo total	--
07	Hombre trans	27	Apoyo/rechazo parcial	8. Persona que es consciente de su identidad trans en etapas tardías
08	Mujer trans	52	Rechazo total	1. Mujer trans trabajadora sexual
09	Mujer trans	21	Rechazo total	--
10	Mujer trans	27	Apoyo/rechazo parcial	--
11	Mujer trans	40	Apoyo/rechazo parcial	8. Persona que es consciente de su identidad trans en etapas tardías
12	Hombre trans	37	Rechazo total	3. Hombre trans que desea la reasignación genital
13	Mujer trans	33	Apoyo/rechazo parcial	7. Persona que ha tenido que adaptarse a requisitos médicos para reasignar su sexo
14	Mujer trans	28	Rechazo total	1. Mujer trans trabajadora sexual (adecuación parcial)
15	Persona de género fluido	51	Rechazo total	5. Persona que ha vivido primeros cambios sociales (adecuación parcial)
16	Mujer trans	46	Rechazo total	7. Persona que ha tenido que adaptarse a requisitos médicos para reasignar su sexo
17	Hombre trans	36	Apoyo/rechazo parcial	Hombre trans
18	Persona agénero	25	Apoyo total	--
19	Persona no binaria	29	Apoyo/rechazo parcial	--
20	Persona no binaria	24	Apoyo total	4. Persona no binaria con mirada crítica al proceso de transición médica
21	Hombre trans	21	Apoyo total	--
22	Mujer trans	23	Rechazo total	--
23	Mujer trans	32	Apoyo/rechazo parcial	1. Mujer trans trabajadora sexual (adecuación parcial)
24	Hombre trans	33	Apoyo/rechazo parcial	--
25	Mujer trans	37	Apoyo/rechazo parcial	--
26	Mujer trans (crossdresser)	51	Rechazo total	2. Mujer trans que se ha visto obligada a reasignar su sexo para obtener reconocimiento legal
27	Persona no binaria	21	Apoyo total	4. Persona no binaria con mirada crítica al proceso de transición médica
28	Mujer trans	59	Rechazo total	--
29	Mujer trans	23	Apoyo total	--

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la [Tabla 3](#), hay tres relatos que cumplen parcialmente alguno de los perfiles. En cuanto al perfil n.º 5, no pudimos localizar un testimonio de ninguna persona trans que hubiera sido activista desde los primeros años en que se forma en España el movimiento LGTBQ+, pues nos hubiera exigido encontrar personas de más edad, pero sí se entrevistó un perfil que se adapta de manera parcial ya que, aunque su activismo empezó unos años después, sí es crítico con la patologización desde su juventud. En cuanto al perfil n.º 1, sí que se encuentra a una trabajadora sexual que se adecúa en su totalidad a las características propuestas, pero se llegaron a encontrar más relatos, ya sin pretensiones de buscarlos, que se ajustaban, en parte, pues son mujeres trans que tuvieron que dedicarse al trabajo sexual durante algunos años de su juventud, o en momentos puntuales, pero gracias a su contexto particular y relaciones personales, sí han accedido a otros trabajos.

Para terminar con este apartado, y con fines meramente ilustrativos, nos ha parecido relevante realizar un mapa con la distribución geográfica de la procedencia de los relatos de vida. Así, en el mapa que aparece en la [Figura 2](#), se puede ver cómo se distribuyen los perfiles de las personas entrevistadas en función de las provincias (los municipios concretos no se detallan por cuestiones de anonimato). Los colores más oscuros hacen referencia a una mayor concentración de perfiles en dicha provincia, y los colores más claros a una menor concentración, tal y como muestra, también, el número de testimonios encontrados en cada una de las provincias. El resultado que arroja el mapa es que se han conseguido testimonios de 12 comunidades autónomas y 18 provincias diferentes, cada una con sus propias leyes en referencia al acceso a la hormonación, y, en ocasiones, muy dispares. También se observa una mayor concentración de relatos en la Comunidad de Madrid –contando con que todos ellos se consiguieron en el municipio de Madrid— y en Andalucía, si bien, como nos guiamos por la representatividad discursiva y no tanto por la zona geográfica, las experiencias de sus informantes han sido muy diferentes.

Figura 2. Distribución de los relatos a nivel geográfico



Fuente: elaboración propia a partir de la herramienta Dibujos.net

4. Trabajo de campo de las entrevistas biográficas y recogida de la información: elementos técnicos y metodológicos

Una vez que se concluyó la fase teórica del diseño muestral y de perfiles, se dio paso a la de recogida y registro de las entrevistas, proceso que comenzó con la contactación de informantes a través de tres estrategias principales, y que iniciarían el desarrollo práctico de la investigación. La primera estrategia fue la de conectar con organizaciones LGTBQ+ y trans de diversas provincias españolas, contacto que se realizó por medio de canales oficiales, como el correo electrónico (principalmente) y redes sociales. Si bien existen muchas organizaciones LGTBQ+, contactamos con aquellas que tuvieran integrados grupos de personas trans, no generalistas del colectivo LGTBQ+. La segunda gestión fue de difusión y llamamiento a través de redes sociales digitales a participar en el estudio, tanto si la persona que lo veía pertenecía al colectivo trans, como si esta no lo era pero sí conocía a alguien que le gustaría participar.

La tercera y última estrategia, sobre todo una vez que se veía que las dos anteriores no eran suficientes para el proceso de contactación, fue la de informar a contactos personales de la necesidad de recopilar entrevistas de personas pertenecientes al colectivo trans, sabiendo que algunos de estos contactos sí tenían, a su vez, contacto con personas trans.

En cuanto al primer procedimiento de búsqueda que señalamos, las organizaciones con las que se contactaron fueron las siguientes: Avante Ourense, Bolo Bolo, Centro LGTBI de Barcelona, Chrysalis, Cogam, Consejería de Igualdad. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, EACEC LGTBI, Espacio Diverso (Servicios sociales Ayuntamiento La Coruña), Euforia. Familias trans-aliadas, FELGTBI, Fundación 26 de diciembre, Fundación Triángulo, Lambda y Plural. De estas 14 organizaciones, se obtuvo contestación de seis de ellas. De esas seis respuestas, solo cuatro hicieron una manifestación positiva hacia la colaboración, facilitando el contacto con algunas personas del colectivo trans que pudieran tener alguna predisposición a conceder una entrevista. Finalmente, dos fueron las personas que, a través de dos de las asociaciones, dieron su consentimiento para poder recoger su relato de vida.⁴¹ Aun así, por la especificidad de la población objeto de estudio, ya se ha dicho en el apartado anterior que se recurrió al muestreo por bola de nieve (Cea D'Ancona, 1996; Patton, 1990; Rodríguez y Garrigós, 2017) para poder encontrar a nuevos informantes. Debido a que uno de nuestros objetivos era el de diversificar al máximo las contactaciones para que los informantes vinieran de ámbitos totalmente diferentes, se rehuyó en la medida de lo posible de este tipo de muestreo, pero al final fue necesario acudir a él por razones prácticas y temporales. En este caso concreto, además de las entrevistas facilitadas por medio de asociaciones, se accedió a 1 perfil más mediante este tipo de muestreo a raíz de una de las

⁴¹ Se omiten, de forma voluntaria, los nombres de aquellas asociaciones que nos facilitaron (o no lo hicieron) la contactación para las entrevistas. Las dos organizaciones que respondieron de forma negativa a la participación dieron como justificación el que preferían que fuera una persona del colectivo trans la que llevara a cabo el estudio y, por extensión, las entrevistas. Es reseñable señalar, incluso, el mensaje ofensivo que se recibió por parte de una de estas asociaciones al no compartir la forma en la que se llevaba a cabo la aproximación al colectivo trans, y en donde alegaban que la condición trans no es lo más destacable o importante en la vida de las personas con las que intentaba contactar. De esta manera, sería interesante hacer una reflexión sobre el papel que cumplen, o que esperamos que cumplan, las asociaciones en el acercamiento y visibilización de colectivos discriminados, ya que se hubiera esperado algo más de colaboración por parte de algunas de ellas a las que se les pidió ayuda. Obviamente, toda nuestra gratitud a aquellas que sí intentaron facilitarnos el camino.

dos personas entrevistadas. En total, por medio de la vía asociativa se consiguieron 3 relatos de vida.

La difusión por redes sociales se hizo a través de Facebook, Twitter (ahora X), LinkedIn y grupos de *WhatsApp* personales. Además de los mensajes genéricos de difusión, se buscaron perfiles específicos de personas trans que tuvieran actividad en redes sociales. Por medio de estas estrategias de búsqueda se encontraron 11 perfiles dispuestos a concedernos una entrevista, ocho de ellos abordados directamente sin que ninguna de las dos partes tuviéramos un vínculo previo (lo que llevó a que mediante esta estrategia hubiera algunas respuestas negativas, e incluso llegar a concertar una entrevista que luego no se llegó a realizar estando ya en el lugar de la entrevista). Los tres restantes se consiguieron a raíz de personas que vieron la difusión del estudio y nos contactaron. Nuevamente, a partir de las entrevistas conseguidas por redes sociales, se consiguieron dos testimonios más mediante el muestreo de bola de nieve. El total de entrevistas conseguidas por esta vía fue de 13.

Por su parte, mediante los contactos personales se consiguieron 7 relatos de vida, si bien, a raíz de estas 7 entrevistas, cobró algo más de relevancia el muestreo por bola de nieve, consiguiendo 5 relatos más mediante esa vía, y dando lugar a un muestreo en cadena más real que en los casos anteriores, pues 2 de las personas entrevistadas me pusieron en comunicación, respectivamente, con un nuevo contacto cada una, estos, a su vez, con 2 informantes más, y uno de ellos con otro contacto más. La suma de relatos a través de contactos personales fue de 12.

Por último, es pertinente informar que la contactación con la persona trabajadora sexual se hizo sobre el terreno y no tuvo una programación tan pautada como las anteriores.

El comienzo del trabajo de campo, con la búsqueda de perfiles para el estudio, en donde se incluía la difusión por redes sociales y la contactación con organizaciones, comenzó a inicios de abril de 2022. La contactación con la primera persona que accedió, de forma efectiva, a realizar una entrevista fue el 20 de mayo, extendiéndose las contactaciones hasta el 15 de

septiembre, cuando hice la contactación con la última persona que proporcionó su relato de vida. Las entrevistas se realizaron entre el 5 de junio y el 19 de septiembre de 2022.

Señalando, ahora, algunas otras decisiones que se tomaron en la contactación de informantes para que todo transcurriera de la mejor manera posible, hay que decir que como el propósito de las entrevistas es obtener información genuina sobre un tema, hay autores que ponen en foco en que los informantes sean desconocidos para quienes recogen el relato con el propósito de que el intercambio conversacional que se lleve a cabo sea imparcial y sin sesgos (Valles, 1997, 2014), circunstancia que se respetó por completo a la hora de elaborar la muestra del estudio. De igual manera, los momentos iniciales de la contactación sirvieron para contextualizar la entrevista, informar sobre los aspectos de anonimato y confidencialidad, matices técnicos como la grabación o la duración, intentando ser lo más sincera posible sobre la temática de la entrevista, pero sin revelar aquellos objetivos delicados o cualquier información que, según Valles (ibidem), podría haber influido en sus respuestas. Así, hemos de entender la entrevista como un espacio de interacción que implica un contrato entre ambas partes, el cual está mediado por un conjunto de saberes compartidos y reglas renegociables relacionadas con la temática de la investigación y los objetivos del diálogo, comunicando lo que se quiere conseguir y cómo se va a conseguir para que el relato producido no carezca de sentido (Alonso, 2015).

4.1. Formatos seleccionados en el proceso de recopilación de los relatos de vida: investigación social digital vs tradicional

De las 29 entrevistas que se realizaron, 20 de ellas se hicieron cara a cara, mientras que las 9 restantes se realizaron a través de las plataformas *Skype* o *Google Meet*.

La incorporación de las nuevas tecnologías en la investigación social planteó en su momento, y quizás sigue planteando aún, un debate ineludible sobre las transformaciones metodológicas en la investigación social, cuestionando los *a priori*s tradicionales que han guiado las técnicas clásicas, como las entrevistas cara a cara, y abre un espacio para la reflexión de sobre cómo las técnicas *online* reconfiguran no solo los modos de recolección de datos, sino también las

decisiones que se consideraban indiscutibles, como la representatividad o la mecánica de interacción (Sádaba, 2012). En nuestro contexto más actual, no podemos dejar pasar por alto cómo la pandemia de covid-19 perturbó en un corto periodo de tiempo las dinámicas sociales tradicionales (Cisneros-Caicedo *et al.*, 2022), y, si bien es cierto que el desplazamiento hacia el uso en las técnicas *online* (o su complementación a las *offline*) ya se había dado hace varias décadas, con una explosión digital hacia finales de los años 90 (Sádaba, 2012), se hace necesario reconocer que el contexto de crisis sanitaria impulsó, en tiempo récord, una transformación a gran escala en la investigación social, normalizando el uso de las TICs y de herramientas *online*, y que lejos de volver al modelo tradicional después de la pandemia, su uso se ha consolidado (Cisneros-Caicedo *et al.*, 2022), con lo que la utilidad de herramientas digitales para realizar las entrevistas biográficas en la investigación que ahora nos ocupa resultó una decisión de lo más normalizada.

En cuanto a la entrevista biográfica por medios digitales, como señala Sádaba (2012), la realización de entrevistas *online* tiene luces y sombras; podría anular el sesgo que supone la presencia del investigador, reducir y/o eliminar costes temporales y económicos, y facilitar la contactación; en resumen, agilizar los procesos, pero también puede conllevar la pérdida de información no verbal y, si hubiera sido el caso, reducir el intercambio de información a “fragmentos de conversaciones cortas y apresuradas en un chat” (Sádaba, 2012: 202), pero en esta ocasión particular no fue así. Las condiciones en las que se hicieron las entrevistas *online* fueron prácticamente idénticas a las de una entrevista cara a cara, porque fueron entrevistas en tiempo real e hicimos uso de la cámara de los dispositivos, por lo que hubo comunicación visual, e incluso no verbal, en todo momento. Si bien se pudo echar de menos, en algunos instantes, la cercanía (física) que podría facilitar la coordinación pregunta-respuesta, la distancia también pudo traducirse en una reducción del sesgo que produce que el investigador esté presente y, de alguna manera, que el entrevistado no se sintiera tan cohibido. En este sentido, podríamos asegurar que la entrevista a través de *Skype* o *Google Meet*, reunió todas las ventajas de las entrevistas *online* y pocas desventajas. El lenguaje no verbal estuvo presente, el intercambio de información fue fluido, y si hubo un contratiempo que no sucedió en las entrevistas cara a cara, fue el que en momentos muy puntuales la

calidad del audio no fue buena y la voz del entrevistado no se entendía con la nitidez suficiente, lo que ha llevado a que algunas palabras sean ininteligibles a la hora de transcribir, si bien su significado era fácil de deducir por el contexto de la frase.

El poder utilizar este formato de entrevista nos permitió tener una muestra más amplia (por ejemplo, hubiera sido imposible recopilar entrevistas en la Islas Canarias), junto con una mayor flexibilidad, tanto horaria, de ritmos de vida, como de días de la semana, de tiempo que se podía dedicar a la entrevista al ser *online*, o incluso flexibilidad geográfica. En este caso particular de las áreas geográficas que fuimos cubriendo cara a cara, hubo perfiles en La Coruña, Andalucía y Valladolid que se obtuvieron una vez que ya se había viajado a estas zonas, con lo que no hubiera sido lo más idóneo viajar de nuevo solamente para recopilar una entrevista, y la opción *online* aquí era la más adecuada. A eso se le añade el que algunos otros perfiles prefirieron desde el primer momento el realizar la entrevista *online*, e incluso condicionaron su participación a este formato, ya que, si bien siempre se ha priorizado realizar la recogida del relato cara a cara, también se daba la opción digital para facilitar el encuentro y tener en cuenta sus preferencias.

Sobre las 20 entrevistas restantes, se llevaron a cabo en las ciudades en las que residían los entrevistados, en el formato tradicional de entrevista.

4.2. Decisiones técnicas y metodológicas en la implementación de las entrevistas biográficas

En cuanto a los aspectos preliminares de las entrevistas, Valles (1997, 2014) llama la atención sobre cómo las condiciones logísticas y contextuales en las que se lleva a cabo una entrevista, así como el medio de registro utilizado, pueden influir en la calidad información obtenida, y no son detalles menores. Igualmente, para minimizar posibles impactos negativos, se recomienda dialogar y negociar las condiciones con la persona, asegurando que se respeten sus necesidades. Por esta razón, tanto si el formato era *online* o cara a cara, uno de los objetivos fue el de facilitar lo máximo posible el encuentro con la persona entrevistada para que se sintiera cómoda, a la vez que se intentó buscar el espacio y momento más

propicio, adaptándonos a sus horarios, para que el relato se recogiera en las mejores condiciones posibles. En el caso de las entrevistas *online*, ya se ha dicho que algunos perfiles escogieron desde el primer momento el formato de entrevista *online*, e incluso condicionaron su participación su uso. En otras ocasiones simplemente ofrecían la posibilidad de que fuese *online* si eso facilitaba a el trabajo, a lo que siempre se contestó que no era molestia alguna el trasladarse a donde ellas estuvieran para realizar la entrevista en persona. En los casos en que la entrevista se hizo cara a cara, cabe apuntar que ninguna de ellas se realizó en la casa de las personas entrevistadas por preferencia suya, por lo que no siempre se consiguió en su totalidad el ambiente deseado, o condiciones favorables según Pujadas (1992) y Valles (1992, 1997, 2014), en cuanto a tranquilidad, silencio o ambiente familiar, aunque el resultado final del audio y las entrevistas fue bastante bueno, pues, en la medida de lo posible, se convino que esta debía desarrollarse en un ambiente sereno y sin ruidos.

Los relatos se recogieron en una sola sesión (a excepción de uno de ellos que fueron 3 sesiones)⁴², advirtiendo en la contactación que estaríamos aproximadamente sobre una hora y cuarto, aunque con pretensiones de “arañar” algo más de tiempo siempre que las condiciones fueran propicias. Las entrevistas duraron finalmente entre 55 minutos la más corta, y 4 horas y 45 minutos la más larga (contando con la suma de las tres sesiones). Como los aspectos sobre anonimato y necesidad de grabación de audio quedaron aclarados durante la contactación, en la introducción que se hace antes de comenzar a hablar no hago referencia a esos aspectos una vez que está la grabadora puesta, pero siempre se le avisa a la persona entrevistada más o menos de esta forma: *“si te parece pongo ya la grabadora, como recuerdas que te dije que necesitaba grabar la conversación”*.

Acorde con Valles (1997, 2014) y Alonso (2015), una característica por la que debe destacar la persona que investiga es la de manifestar una forma de ser flexible, capaz de comprender adecuadamente los objetivos de la entrevista y de evaluar críticamente la información obtenida, buscando siempre respuestas claras y exhaustivas. Ambos autores señalan que la falta de

⁴² Si bien se podría dar por hecho que los relatos autobiográficos deberían componerse de varias sesiones para abarcar la totalidad de la vivencia de una persona (Bertaux, 2011; Pujadas, 1992), en nuestro caso particular, en el que tampoco se daba un incentivo económico o de otro tipo a las personas entrevistadas, tampoco se quiso abusar del tiempo de estas y siempre se propuso una sola entrevista.

flexibilidad puede manifestarse, en quienes hacen las entrevistas, de dos formas contrapuestas: por un lado, en que ejercen un control excesivo sobre la situación, evitando silencios y dirigiendo al entrevistado de manera rígida; y, por otro, en que adoptan un papel demasiado pasivo, dejando de guiar el proceso de manera efectiva. Teniendo en cuenta estas advertencias, se optó siempre por una escucha activa, e intervenir en los momentos que fueran necesarios, pero dando espacio a los silencios que necesitaran los informantes. En cuanto al manejo general de la entrevista, se optó por una directividad baja, y siguiendo también las pautas de Pujadas (1992), se priorizó que fuera el entrevistado el que hablara, intentando dirigir la conversación con preguntas lo más abiertas posibles, e intervenir con el objetivo que propone el autor de cerrar huecos. Pero, como también afirma Bertaux (2011) existían momentos que exigían no ser directivos y en otros momentos serlo. En las entrevistas realizadas, normalmente había un momento inicial en que los informantes se adueñaban de la conversación, pudiendo estar sin intervenir casi una hora, pero una vez que terminaban de contar su historia eran necesarias algunas preguntas aclaratorias en donde tomábamos las riendas de la conversación.

El estímulo inicial que se utilizó para que los informantes comenzaran a hablar sobre su experiencia, fue una invitación a que contaran su historia, en el sentido en el que aconseja Bertaux (2011), de que esa primera intervención nuestra contenga la palabra “contar”, además de que les decía expresamente que eran a ellos a quienes queríamos oír hablar. La introducción que se hacía al comienzo de cada entrevista y que daba el pie para comenzar a hablar era ésta⁴³:

Lo primero gracias [nombre] por concederme esta entrevista. Y bueno... pues yo soy Inmaculada Rodríguez, que soy socióloga. Estoy estudiando Doctorado en la Universidad Complutense de Madrid, y bueno, pues estoy haciendo mi tesis sobre el colectivo trans. Pues, un poco este... el objetivo que tiene mi tesis es, de alguna manera... eh, pues visibilizar qué barreras, que obstáculos o resistencias os habéis encontrado las personas trans a lo largo de vuestro

⁴³ Esta introducción se corresponde, concretamente, con la presentación de uno de los primeros entrevistados, en Barcelona, y fue la tónica general en todas las entrevistas.

camino... Pero bueno, pero también con qué apoyos habéis contado y cómo, pues, al final habéis salido adelante, ¿no?, en... en esta vivencia. Como te adelantaba cuando contacté contigo, bueno, la entrevista no quiero que... no, no va a ser temática. Yo lo que quiero realmente es, pues, “que me cuentes tú tu vivencia”. Te diré más o menos un poco cómo, pero bueno, quiero que hables tú, realmente quiero oírte a ti. Yo te haré alguna pregunta por si quiero, a lo mejor, que mates algo al final o si quiero profundizar en algo en algo más, ¿sabes? Pero bueno, entonces, si te parece, la entrevista la podemos empezar con una breve, brevísima presentación tuya, bueno, pues tu nombre, tu edad, a qué te dedicas... cómo te identificas tú en cuanto a tu identidad de género... Y luego, pues, “quiero que me cuentes” un poco, pues en ese momento en el que tú pudiste sentir que no eras esa persona que te dijeron que tenías que ser, pues, no te acoplabas a esos a esos cánones sociales, realmente, que nos imponen, ¿no? Y al final pues cómo esto te ha hecho vivir las diferentes etapas de tu vida, comenzando a lo mejor desde la niñez, ¿no?, luego pasando por el colegio... en la adolescencia, pues, hasta llegar hasta ahora. Así que te cedo la palabra.

Dentro de que en la introducción se les animaba a que contaran su vida como una secuencia ordenada en el sentido de “*las diferentes etapas de tu vida, comenzando a lo mejor desde la niñez, ¿no?, luego pasando por el colegio... en la adolescencia, pues, hasta, hasta llegar hasta ahora*”, tampoco quise reducir su relato a lo que Bourdieu (1989: 28) se refiere como *ilusión retórica*, como si de verdad una vida se pudiera contar de una manera totalmente estructurada y ordenada. De hecho todas las personas entrevistadas nos hicieron saber en algún momento que necesitaban volver al pasado o que se estaban saltando el orden cronológico, por lo que se decidió que siguieran contando su trayectoria como les fuera más cómodo de recordar. Al término de la entrevista, también todos ellos ofrecieron aclarar cualquier duda que surgiera cuando volviera a escuchar sus historias.

El que se haya decidido adoptar por una directividad baja en la recogida de los relatos de vida, no exime de que también se haya tenido que elaborar un guion de entrevista que sistematizara y operacionalizara los objetivos que se perseguían y los ámbitos vitales que se querían estudiar

en las personas participantes. El guion de entrevista (adjuntado en el ANEXO), que ha sido el mismo para todas ellas, se plantea como un recorrido por las principales etapas de la vida de la persona: infancia, adolescencia y edad adulta, incidiendo de forma especial en periodos clave, como el momento en que fue consciente de que el sexo asignado al nacer no se correspondía con su identidad de género, grupos principales de socialización (familia y amistades) y el momento en el que decide hacer la transición de género, si es que la ha realizado. Para el diseño del guion de entrevista se siguió la propuesta de Wengraf (2001) quien propone tres pasos a seguir: 1) definición de las preguntas centrales de investigación (PCI); 2) traducción de las preguntas centrales en preguntas de teoría (PT); 3) desarrollo de preguntas de entrevista (PE) o intervenciones de entrevista (IE).

La implementación práctica del guion de entrevista varió enormemente en función de cada participante, de sus habilidades de comunicación, y de las etapas vitales que había cumplido o quedaban por cumplir, por lo que hubo que adaptarlo a las características de cada relato, pues había ocasiones en que las personas entrevistadas, al hilo del estímulo inicial, eran capaces de ir desentrañando las experiencias que estaban previstas en el guion, por lo cual, prácticamente, no era necesario intervenir nada más que para cerrar la entrevista, mientras que otras personas precisaron una exposición mucho más manifiesta de las preguntas. Por esta razón, las entrevistas biográficas se tuvieron que plantear, prácticamente, como entrevistas semi estructuradas, en donde, dependiendo de cada caso, había apartados que eran pertinentes de abordar en unas ocasiones pero no en otras (por ejemplo, si no había iniciado una transición médica). Así, las entrevistas se plantearon tal y como las concreta Corbetta (2003), que define las entrevistas semiestructuradas como un método de investigación que ofrece una estructura flexible que permite abordar temas específicos dentro de una conversación abierta, siguiendo un esquema que organiza los temas a tratar en función de los objetivos de la investigación. La entrevista semiestructurada se caracteriza por la flexibilidad en el orden y la formulación de las preguntas, adaptándose a la dinámica específica de cada encuentro, facilita el desarrollo de temas relevantes y permite profundizar en aspectos específicos mediante preguntas adicionales, cuando es necesario.

Para terminar con este apartado, hemos de reparar en que el enfoque cualitativo implica un contexto complejo de relaciones, compromisos, conflictos y colaboraciones que exigen, a quienes investigan, un esfuerzo constante por mantener las condiciones éticas del estudio. Esto incluye garantizar que las intenciones y objetivos de la investigación sean transparentes, considerar los resultados previstos e imprevistos que pueda generar, y reflejar de manera respetuosa y adecuada los valores, sentimientos y percepciones de los informantes. Así, dentro de estas implicaciones éticas, entran desde la sinceridad con la que nos acerquemos a las personas entrevistadas, la confidencialidad de lo que se diga o la ausencia de juicios respecto de sus opiniones, hasta respetar el anonimato de las respuestas y el uso responsable en la difusión de la información recopilada (Erlandson *et al.*, 1993; Taylor y Bodgan, 1987; Valles, 1997, 2014). En nuestro caso concreto, los criterios éticos abarcan todo el proceso de la investigación, desde su propio diseño hasta los resultados, pero cuando su puesta en marcha se ha hecho más explícita ha sido en la contactación con las personas entrevistadas, en donde se han comunicado, e incluso, negociado, las condiciones de las entrevistas, y se han demarcado las particularidades de anonimato y confidencialidad de los datos. Estos dos términos de la investigación se recogieron de manera manifiesta y escrita mediante tres documentos: el primero de ellos referente al consentimiento informado que debía firmar la persona entrevistada, en donde atestiguaba ser mayor de edad y haber leído y entendido los términos en los que se iba a realizar la entrevista; y otros dos documentos referidos a la declaración de confidencialidad a la que debíamos comprometernos quienes manejábamos los datos, tanto la entrevistadora como quienes ayudaron a transcribir las entrevistas.

5. Tipos de análisis realizados sobre los materiales recopilados

5.1. Análisis crítico del discurso (ACD) en los datos secundarios

En cuanto al análisis de los datos secundarios, aunque, como ya dijimos, el análisis documental también se ofrece como una herramienta de interpretación de los documentos (Hodder, 1994), el análisis del material compilado y de los discursos que subyacen en él lo hemos hecho mediante el ACD, por considerar que se ajusta mucho mejor al desarrollo de los objetivos propuestos y al tipo de interpretación que se quiere hacer de las clasificaciones. Partimos, para ello, de la perspectiva que John Austin (1982) describe en su teoría de los actos de habla, considerando que el lenguaje excede de una función meramente representacional, enunciativa e informativa, y que, en su lugar, este debe ser entendido como una práctica, capaz de realizar acciones y de producir una realidad social. Por eso, entendemos que los manuales analizados no solamente dan cuenta de una verdad existente, describiendo, según la APA (1988), los trastornos mentales de una forma científica y neutral, sino que operan como tecnologías discursivas que posibilitan la conformación de realidades, y, en este caso, la producción de identidades patológicas y de subjetividades en torno al género no normativo (Butler, 2002a, 2006, 2007; Foucault, 2007b; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010; Plummer, 1994).

El ACD puede definirse como *“un tipo de investigación que se centra en el análisis discursivo y estudia, principalmente, la forma en la que el abuso de poder y la desigualdad social se representan, reproducen, legitiman y resisten en el texto y el habla en contextos sociales y políticos”* (Van Dijk, 2016: 204), es decir, se perfila en rastrear la forma en la que a través del discurso se ejerce el poder, y este poder, a su vez, conlleva mecanismos de control social, y de legitimación y reproducción de desigualdades (Van Dijk, 1996, 2003, 2016). En la misma línea, Ruth Wodak destaca, especialmente, el lenguaje como herramienta de poder, pero en el sentido en el que *“obtiene su poder por el uso que las personas poderosas hacen de él”* (Wodak, 2003: 30), subrayando su utilidad para desvelar cómo se manifiestan, a través del discurso, las relaciones sociales de dominación y discriminación (ibidem). Así, uno de los ejes más trabajados por esta corriente de análisis es el que se enfoca en revelar la presencia

de los mecanismos de poder implicados en la producción y reproducción de discursos que estigmatizan a diversos grupos sociales vulnerables y excluidos (Van Dijk, 2003; Wodak, 2003).

La relación entre discurso y poder, Teun Van Dijk lo interpreta, principalmente, como el acceso exclusivo que han tenido ciertos grupos o instituciones a crear discursos con una proyección pública y social, y cuya posición facilita tanto el control de lo que se dice sobre una materia concreta, como la dotación de estatus de autoridad al enfoque utilizado. El ACD también estudia la manera en la que tienen lugar las relaciones sociales, concretamente cómo el uso del lenguaje es capaz de determinar los diferentes tipos de relaciones y los desiguales mecanismos de poder que se establecen dentro de ellas (Van Dijk, 1996, 2003, 2016). Desde esta perspectiva, cabría pensar que las instituciones psiquiátricas han ostentado esta posición aventajada para desarrollar, mediante sus clasificaciones, discursos basados en la normalización del dimorfismo sexual y el binarismo de género. En palabras de Foucault (2007b), asistimos a la aparición de un dispositivo de sexualidad y un discurso que sirve de control social. Por ello, el ACD permite explorar no solo las relaciones de poder, sino también su contexto y la manera en que se ejerce ese control social (Van Dijk, 2016), en nuestro caso, el dominio de las sexualidades heterosexuales y cisnormativas en las clasificaciones psiquiátricas, y que han servido de marco de conocimiento para producir el trastorno de la transexualidad.

5.2. El análisis sociohermenéutico de los datos primarios

Para llevar a cabo el análisis de los relatos de vida se ha elegido realizarlo desde un abordaje sociohermenéutico, entendido como *“un análisis pragmático del texto y de la situación social –micro y macro— que lo ha generado. El trabajo sociohermenéutico parte, así, de que no buscamos códigos universales, sino el significado de las acciones de los sujetos sociales”* (Alonso, 2013: 11-12), es decir, un método interpretativo de tradición sociológica que busca comprender el significado social y cultural de los discursos, acciones o textos, considerando el contexto en el que se producen y las dinámicas sociales que los atraviesan (Alonso, 1998, 2013). Dentro de este enfoque, los discursos no se entienden como entidades

objetivas y neutrales (Habermas, 1982), sino como prácticas sociales cargadas de significado que reflejan y configuran las relaciones sociales (Alonso, 1998, 2013; Bourdieu, 1991, 1997), cuestionando la inmediatez y aparente transparencia de los textos, y proponiendo, en su lugar, una reconstrucción crítica que considere los procesos ideológicos y contextos sociales que los generan (Alonso, 1998; Habermas, 1982). De hecho, este análisis parte de lo ideológico como sistema productivo de significados, ya que *“las ideologías, por tanto, suponen una codificación de la realidad social hechas a través de discursos, y producidas desde intereses concretos y con pretensiones de establecer una coherencia a su codificación”* (Alonso, 1998: 124).

La interpretación sociohermenéutica también reconoce la intersubjetividad inherente al análisis, entendida como la construcción conjunta de significados en un marco social compartido. Esto implica que los significados de un discurso no surgen únicamente del sistema lingüístico (como las reglas de la lengua), sino del acto concreto de comunicación en una situación determinada, donde el discurso adquiere sentido en función de las relaciones entre los actores sociales, el contexto en el que se produce y los acontecimientos que lo enmarcan. Interpretar un discurso implica anticipar su sentido en lo social y reconstruir su significado en función de las acciones y prácticas de los sujetos dentro de su entorno cultural e histórico (Alonso, 1998, 2013; Elías, 1994; Giddens, 1984; Ricoeur, 2013). En este sentido, hay que resaltar el enfoque reflexivo, relacional y crítico que este análisis aplica al estudio de los discursos (Alonso, 1998, 2013; Giddens, 1984).

El análisis sociohermenéutico se presenta, entonces, como una metodología que supera la mera descripción textual del discurso, enfatizando la importancia de comprender este en relación con el contexto social que lo produce y reproduce (Alonso, 1998, 2013). Inspirándose en perspectivas como las de Paul Ricoeur (2013), quien defiende la necesidad de interpretar el discurso situándolo en su contexto histórico y social, y en Norbert Elías (1994), que resalta la interdependencia entre lo simbólico y lo social, y en cómo los significados que atribuimos a los símbolos no son individuales ni aislados, sino que emergen de procesos sociales, este análisis busca interpretar los discursos como manifestaciones dinámicas que construyen la realidad social. La sociohermenéutica reconoce que los discursos no existen de forma aislada,

sino que son producto de interacciones situadas en dinámicas sociales concretas y dentro de estructuras más amplias, y se fundamenta en la idea de que el discurso es una práctica social cargada de significados, donde las relaciones de poder, los valores culturales y los sistemas simbólicos desempeñan un papel central en su construcción y reproducción (Alonso, 1998, 2013; Beltrán, 2015; Bourdieu, 1991, 1997; Elías, 1994; Ricoeur, 2013). Acorde con Alonso (1998, 2013), este análisis se distancia de enfoques formalistas o exclusivamente lingüísticos para centrarse en los usos pragmáticos del lenguaje y en su capacidad de actuar en el mundo social, e incorpora una dimensión reflexiva, considerando que el investigador no es un observador neutral, sino que también está situado dentro de un marco social que influye en sus interpretaciones (Alonso, 1998, 2013; Giddens, 1984; Habermas, 1982).

En conclusión, desde la sociohermenéutica, el discurso se concibe como una dimensión activa dentro de la realidad social, en la que el lenguaje no solo describe, sino que configura prácticas, identidades y relaciones. Este enfoque exige considerar tanto los elementos micro, como las relaciones inmediatas entre actores, como las dimensiones macro de las estructuras sociales más amplias que condicionan los discursos (Alonso, 1998, 2013), y es desde esta posición desde donde se analizan los relatos de vida.

CAPÍTULO V. EL PAPEL DE LA CIENCIA EN LA NATURALIZACIÓN DE LA IDENTIDAD TRANS COMO ENFERMEDAD MENTAL

Una concurrencia de operaciones de normas de género puede observarse en la diagnosis del DSM-IV sobre el trastorno de identidad de género [...]. Sin embargo, el diagnóstico es crucial para muchos individuos que requieren apoyo de los seguros para la cirugía de reasignación de sexo o el tratamiento hormonal, o para quienes buscan un cambio legal de estatus. Como resultado, los métodos diagnósticos mediante los cuales se atribuye la transexualidad implican una patologización, pero sufrir este proceso de patologización constituye una de las más importantes vías para satisfacer el deseo de cambiar de sexo

Judith Butler (2006)

A la hora de analizar las clasificaciones psiquiátricas internacionales, concretamente el DSM y la CIE, lo vamos a realizar desde una perspectiva crítica que las entienda no solo como herramientas diagnósticas, sino como dispositivos discursivos que contribuyen activamente a la producción, regulación y legitimación de las identidades trans como una condición patológica que allana el terreno hacia su estigmatización. Así, vamos a estructurar este capítulo desde dos posiciones complementarias. En primer lugar, presentamos los hallazgos del desarrollo práctico del análisis documental, centrado en el recorrido histórico de estas clasificaciones, identificando los principales ejes diagnósticos, definiciones y transformaciones terminológicas vinculadas a la condición trans. En segundo lugar, desarrollamos un ACD que profundiza en las lógicas de poder, exclusión y normalización presentes en dichos documentos, con el objetivo de mostrar cómo estas taxonomías no solo describen, sino que también producen identidades.

1. De la indeterminación de la desviación sexual a la especificidad de la discordancia de género

Si bien este apartado tiene un carácter principalmente descriptivo, no interpretativo, su inclusión aquí va a responder a la necesidad de mostrar cómo el estigma se construye y se sostiene también a partir de la enunciación del lenguaje médico y su institucionalización normativa. El análisis documental exhaustivo ha funcionado como una herramienta fundamental para la recopilación y organización sistemática del material discursivo relevante, permitiendo identificar los principales planteamientos, las estructuras y los dispositivos clasificatorios que serán interpretados posteriormente a partir de una perspectiva crítica. La investigación documental delimita, así, un corpus discursivo que forma parte del material empírico sobre el que luego se aplicará el ACD.

1.1. La taxonomización de las desviaciones sexuales y los antecedentes al transexualismo

Antes de profundizar en los contenidos específicos de las primeras clasificaciones psiquiátricas, es útil detenernos ante una visión general que permita observar cómo las desviaciones sexuales comenzaron a ser organizadas dentro de estas taxonomías. Esta perspectiva panorámica de las primeras clasificaciones psiquiátricas nos permite comprender cómo se configuraron las nociones iniciales sobre la desviación sexual y su relación con otros trastornos de la personalidad y conductuales. La [Tabla 4](#) presenta, de manera esquemática, un proceso de sistematización progresiva que inicialmente agrupó la desviación sexual junto a trastornos de diferente índole, evidenciando un periodo en el que el transexualismo aún no había sido definido como categoría médica, pero en donde, sin embargo, ya se percibía una tendencia hacia la diversificación de los trastornos sexuales, y con la emergencia del travestismo como un antecedente clave.

Tabla 4. Inclusión de la desviación sexual en las clasificaciones CIE y DSM (1948-1968)

Año	Nombre clasificación	Capítulo	Apartado principal	Subapartado principal	Subapartados y trastornos relacionados	Categorías incluidas en el apartado a estudiar
1948	CIE 6 Lista Internacional de Enfermedades, traumatismos y Causas de Defunción	V. Enfermedades Mentales, Psiconeurosis, y Trastornos de la Personalidad	Trastornos del carácter, del comportamiento, y de la inteligencia	Personalidad patológica	Personalidad esquizoide Personalidad paranoide Personalidad ciclotímica Personalidad inadecuada Personalidad antisocial Personalidad asocial Desviación sexual	Desviación sexual. Homosexualidad. Exhibicionismo. Sadismo. Fetichismo. Sexualidad patológica.
1952	DSM I Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders		Personality disorders	Sociopathic personality disturbance	Antisocial reaction Dyssocial reaction Sexual deviation Addiction	Homosexuality, transvestism , pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation)
1955	CIE 7 Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	V. Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad	Trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia	Personalidad patológica	Personalidad esquizoide Personalidad paranoide Personalidad ciclotímica Personalidad inadecuada Personalidad antisocial Personalidad asocial Desviación sexual	Desviación sexual. Homosexualidad. Exhibicionismo. Sadismo. Fetichismo. Sexualidad patológica.
1965	CIE 8 Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	V. Trastornos mentales	Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos Mentales no psicóticos	Neurosis Trastornos de la personalidad Desviación sexual Alcoholismo Adicción a las drogas Trastornos somáticos de origen psíquico presumible		Homosexualidad: Lesbianismo (amor lésbico) y Sodomía. Fetichismo. Pedofilia. Transvestismo. Exhibicionismo. Otras (Erotomanía, Masoquismo, Narcisismo, Necrofilia, Ninfomanía, Sadismo, Voyeurismo)
1968	DSM II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders		V. Personality disorders and certain other nonpsychotic Mental disorders	Personality disorders Sexual deviations Alcoholism Drug dependence		Homosexuality. Fetishism. Pedophilia. Transvestitism. Exhibitionism. Voyeurism. Sadism. Masochism.

Fuente: elaboración propia

Como se ha podido comprobar en la [Tabla 4](#), dentro de este primer periodo que comienza en 1948, el capítulo V, “enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad”, de la CIE-6 incluye un subapartado sobre “desviación sexual” dentro de los “trastornos del carácter, del comportamiento, y de la inteligencia”. En este subapartado se enumeran, sin describir, los siguientes trastornos: desviación sexual, homosexualidad, exhibicionismo, sadismo, fetichismo y sexualidad patológica (WHO, 1950). Como se puede observar, todavía no se menciona la transexualidad como trastorno mental. Este primer acercamiento de la CIE sugiere que, aunque comienza a delinearse un interés por la clasificación sistemática de conductas sexuales no normativas dentro del campo psiquiátrico, no hay un interés específico en su delimitación, tanto intrínseca como respecto del resto de patologías que poco tienen que ver con la sexualidad. Estas categorías aparecen aún de forma vaga y poco desarrollada, pareciendo suficiente su enunciación y agrupación bajo un marco de anormalidad moral y de la conducta, reforzando una mirada patologizante sin necesidad de justificación clínica detallada.

El DSM I, publicado en 1952 y editado por la APA, tiene una influencia directa del capítulo de trastornos mentales de la CIE-6, y se puede considerar *“el primer manual oficial de los trastornos mentales que contenía un glosario descriptivo de las categorías diagnósticas”* (APA, 1988: XXII). El DSM I tomó un enfoque psicobiologista y psicoanalista, incluyendo el término *reacción* como una explicación a los problemas mentales que no eran provocados por algún daño cerebral, es decir, trastornos que eran una reacción a la inadaptación de la persona a sus problemas individuales (APA, 1952). La APA intentó que la utilidad del manual no fuera meramente clasificatoria y estadística, sino que se orientara también al uso clínico, pero su impacto fue muy limitado, y su terminología rechazada por muchos profesionales de la psiquiatría norteamericana (Young, 2001). Dentro de los “trastornos de la personalidad”, el manual incluía un subapartado de “desviaciones sexuales”, realizando una definición general del término en donde añadía algunos ejemplos de desviación sexual: *“el diagnóstico*

especificará el tipo de comportamiento patológico, como homosexualidad, transvestismo⁴⁴, pedofilia, fetichismo y sadismo sexual (incluyendo violación, agresión sexual, mutilación)” (APA, 1952:39). Sigue sin aparecer la transexualidad como trastorno mental, pero sí un término que se le asimiló: el travestismo.

En el intervalo de tiempo que separa la publicación de las dos primeras ediciones del DSM, se publican en 1955 y 1965, respectivamente, dos revisiones más de la CIE. Así, la CIE-7 mantiene idéntica la estructura de la clasificación anterior, con los mismos trastornos catalogados como desviaciones sexuales (WHO, 1957). Por su parte la octava revisión sí supuso algunos cambios. En el capítulo V, a la “desviación sexual” se le otorga un subapartado propio, fuera de los “trastornos de la personalidad”, dentro de un apartado superior denominado “neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos”. Como gran diferencia, y anunciando ya la incipiente construcción del trastorno de la transexualidad, al igual que hizo el DSM, el travestismo irrumpe por primera vez en la CIE como categoría dentro de la desviación sexual, además de completarse con más desviaciones sexuales: homosexualidad: lesbianismo (amor lésbico) y sodomía. Fetichismo, pedofilia, transvestismo, exhibicionismo. Otras (erotomanía, masoquismo, narcisismo, necrofilia, ninfomanía, sadismo, voyeurismo) (WHO, 1968).

En 1968 se publica el DSM II, teniendo como referente la clasificación de la OMS (APA 1988), y con un contenido muy similar al DSM I, si bien prescinde tanto de la concepción biologicista de la enfermedad mental como de la referencia al concepto de *reacción* de la primera edición, que le hizo recibir tantas críticas, quedándose solo con el enfoque psicoanalista en donde primaban los factores psicológicos para explicar los desórdenes mentales (Bianchi, 2014). Nuevamente el manual no tuvo la repercusión deseada, siguiendo la CIE como clasificación de referencia en los trastornos mentales. En el apartado “trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos” del DSM II, se incluye un subapartado de “desviaciones sexuales”. En esta ocasión sí enumera y codifica por separado cada uno de los trastornos, que

⁴⁴ Traducción propia. Se incluyen términos como *transvestismo* o *voyeurismo*, pues se mantiene la traducción o término literal que aparece en las primeras clasificaciones tanto de la CIE como el DSM, y que aparecen en la Tabla 4.

son: homosexualidad, fetichismo, pedofilia, transvestismo, exhibicionismo, voyeurismo, sadismo, masoquismo, y otras desviaciones sexuales (APA, 1968). Este manual define la desviación sexual como *“personas cuyos intereses sexuales están dirigidos principalmente hacia objetos que no sean personas del sexo opuesto, hacia actos sexuales que no suelen estar asociados con el coito o con el coito realizado en circunstancias extrañas como en la necrofilia, pedofilia, sadismo sexual y fetichismo. Aunque muchos encuentran sus prácticas de mal gusto, siguen siendo incapaces de sustituir el comportamiento sexual normal para ellos”* (APA, 1968: 44).

Como se ha visto a lo largo de esta primera etapa, es interesante comprobar cómo la transexualidad aún no se incluye de forma explícita como enfermedad mental, pero se intuye como comportamiento patologizado junto al resto de desviaciones sexuales, especialmente cuando aparece el travestismo, patologización cuyo foco está puesto en cualquier práctica sexual que no concierne a dos personas del sexo opuesto, o cualquier comportamiento que se aleje de los códigos tradicionales de género.

1.2. Aparición del trastorno de transexualismo como enfermedad mental y el cambio de rumbo en la psiquiatría americana: los criterios diagnósticos

En esta segunda etapa se produce una evolución significativa en la terminología empleada en los manuales, que se refleja en la [Tabla 5](#). No solamente asistimos a la creación de una nueva figura médica bajo el diagnóstico del transexualismo dentro de los trastornos de la identidad de género (TIG en adelante), sino que presenciamos la creciente construcción de un trastorno que se va separando de otras desviaciones sexuales hasta ser independiente de categorías anteriormente consideradas afines, como, por ejemplo, la bestialidad o la pedofilia. Otro aspecto destacado, es el cambio progresivo en la denominación diagnóstica de las personas trans, que transita desde el transexualismo hasta el trastorno de la identidad de género y, finalmente, hacia la disforia de género.

Tabla 5. Inclusión de las categorías de transexualismo, trastornos de la identidad de género y disforia de género en CIE y DSM (1975-2013)

Año	Nombre clasificación	Capítulo	Apartado principal	Subapartado principal	Categorías incluidas en el apartado a estudiar
1875 / 1978	CIE 9 / CIE-9-MC Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	V. Trastornos mentales y del comportamiento/ V. Mental disorders	Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos	Trastornos de la personalidad Desviaciones y trastornos sexuales Síndrome de dependencia del alcohol Dependencia de las drogas Abuso de drogas, sin dependencia Hay demasiados para poner todos	Homosexualidad. Bestialidad. Pedofilia Travestismo. Exhibicionismo Transexualismo Trastorno de la identidad psicosexual Frigidez e impotencia Otras: Fetichismo, Masoquismo/sadismo.
1980	DSM III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders		Psychosexual Disorders	Gender identity disorders Paraphilias Psychosexual dysfunctions	Transsexualism Gender Identity Disorder of Childhood Atypical Gender Identity Disorder
1987	DSM III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (revisado)		Trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	Trastornos de la identidad sexual (de la identidad de género en libro original) *Los trastornos sexuales que incluyen las parafilias son otro apartado llamado trastornos sexuales	Trastorno de la identidad de género en la niñez Transexualismo Trastorno de la identidad de género en la adolescencia o en la vida adulta Trastorno de la identidad de género no especificado
1989	CIE 10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	V: Trastornos Mentales y del Comportamiento	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	Trastorno de la identidad sexual (de género en la versión inglesa) Trastornos de la inclinación sexual (fetichismo, etc.)	Transexualismo Travestismo no fetichista (de doble rol) Trastorno de la identidad de género en la infancia Otros trastornos de la identidad sexual Trastorno de la identidad de género sin especificación
1994 / 2000	DSM IV / DSM IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / (revisado)		Trastornos sexuales y de la identidad sexual	Trastornos sexuales Parafilias Trastornos de la identidad sexual	Trastorno de la identidad de género: en la niñez; en la adolescencia o en la edad adulta Trastorno de la identidad de género no especificado Trastorno sexual no especificado
2013	DSM V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders		Disforia de género		Disforia de género en niños Disforia de género en adolescentes y adultos Otra disforia de género especificada Disforia de género no especificada

Fuente: elaboración propia

Así, en 1975 se publica la novena revisión de la CIE, y en 1978 una versión modificada, más orientada a la atención médica, solo para Estados Unidos, la CIE-9-MC (APA 2007; WHO 2019), si bien para el tema que nos ocupa ambas clasificaciones son idénticas (WHO. Division of Mental Health, 1993; Center for Disease Control and Prevention, 1998). Partimos, nuevamente, del capítulo V, “trastornos mentales”, y del apartado “trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos”, pero en esta ocasión hay una novedad de extrema importancia. Dentro del subapartado denominado “desviaciones y trastornos sexuales”, el trastorno de transexualismo aparece por primera vez en una clasificación médica internacional. El transexualismo es considerado una desviación más dentro del espectro ya conocido de desviaciones sexuales: homosexualidad, bestialidad, pedofilia, travestismo, exhibicionismo, transexualismo, trastorno de la identidad psicosexual, frigidez e impotencia. Otras: fetichismo, masoquismo/sadismo (Center for Disease Control and Prevention, 1998). La clasificación no solo incluye el término, sino que, también por primera vez, se realiza una definición de cada desviación sexual por separado. Define transexualismo como *“desviación sexual centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a la persona. La conducta resultante se dirige ya sea hacia el cambio de los órganos sexuales por medio de operación quirúrgica o hacia el ocultamiento completo del sexo aparente adoptando el vestido y los modales del sexo opuesto”* (APA, 1988: 544). Esta definición se sustenta en el cambio quirúrgico de sexo o la desaparición de cualquier vestigio del sexo de nacimiento. En esta nueva revisión aparecen, por primera vez, definiciones para cada uno de los trastornos, diferenciando claramente el transexualismo del travestismo y de la homosexualidad⁴⁵.

En 1980, cinco años después de la presentación de la CIE-9, es publicada la tercera edición del DSM suponiendo un punto de inflexión con respecto a las taxonomías psiquiátricas precedentes con la inclusión de los criterios de diagnóstico, y con una orientación totalmente

⁴⁵ La homosexualidad se define como *“atracción sexual, exclusiva o predominante, hacia personas del mismo sexo, con o sin relación física”* (APA, 1988: 543), mientras que el travestismo se describe como *“desviación sexual en que se obtiene placer sexual, utilizando vestidos del sexo opuesto. No hay una tentativa firme de adoptar la identidad o el comportamiento del sexo opuesto”* (APA, 1988: 544).

volcada hacia la práctica clínica, sobrepasando los propósitos clasificatorios y estadísticos logrados, hasta ahora, por las anteriores nosologías psiquiátricas. Desaparece la orientación psicoanalítica de ediciones anteriores, y se retoma la doctrina de Kraepelin por un conjunto de psiquiatras que formaron parte del movimiento *neo-kraepeliniano*, basada en la descripción de signos visibles y rechazando las teorías etiológicas que no tuvieran un fundamento empírico (Bianchi 2014; León, 2014). Esta transformación tuvo su génesis en la aparición de los Criterios Feighner como un conjunto de pautas diagnósticas que marcaron un hito en la psiquiatría moderna (Kendler *et al.*, 2010; León, 2014). Los criterios fueron presentados por un grupo de investigadores liderados por John P. Feighner, al cual le deben su nombre, en el artículo titulado *Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research*, publicado en 1972, criterios que se desarrollaron con el objetivo de estandarizar los diagnósticos psiquiátricos, especialmente en el contexto de investigaciones científicas, proporcionando definiciones claras y reproducibles. Originalmente cubrían 15 trastornos, y, entre ellos, apareció el transexualismo por primera vez en una lista de trastornos psiquiátricos (Feighner *et al.*, 1972). En 1975, Robert Spitzer, junto con Jean Endicott y Eli Robins, publican una versión ampliada y modificada de los Criterios Feighner, haciendo aparición en el panorama de la psiquiatría americana los Criterios de Investigación Diagnóstica (RDC por su nombre en inglés) que incluyeron un rango más amplio de trastornos entre los cuales se siguió manteniendo el transexualismo dentro de un apartado denominado “otros trastornos psiquiátricos” (Spitzer *et al.*, 1975). Mientras que los criterios Feighner se enfocaban en definiciones más generales y prácticas, los RDC buscaban una descripción más detallada de los síntomas y su duración, mejorando la precisión diagnóstica (Kendler *et al.*, 2010; León, 2014). Los RDC se convirtieron en la inspiración principal para un DSM III que fue dirigido por el propio Spitzer, marcando un punto de inflexión en la psiquiatría al consolidar un enfoque clínico-científico mediante criterios diagnósticos sistemáticos que han dado forma a la práctica contemporánea (León, 2014).

Basándose en los RDC, los criterios diagnósticos del DSM III se incluyeron como criterios operativos y específicos para cada uno de los trastornos mentales con la finalidad de facilitar diagnósticos y tratamientos unificados ante unos mismos síntomas (APA, 1988). El peso de

las clasificaciones médicas se invierte, y desde la publicación de DSM III, será el manual de la APA el que marque las reglas del juego a seguir para la enfermedad mental a nivel mundial en detrimento de la CIE (Bianchi, 2014). En esta versión del DSM aparece también el trastorno de transexualismo por primera vez, fuera de las ahora llamadas parafilias, y erigiéndose como un trastorno con entidad propia. Diversas críticas a esta tercera edición del DSM hacen que en 1987 se publique una nueva versión revisada, el DSM III-R, que presenta algunas diferencias sobre el transexualismo respecto a la edición de 1980, pero más en la ubicación del trastorno que en su contenido (APA, 1988).

En el DSM III, el apartado principal de “trastornos psicosexuales” incluye las parafilias (fetichismo, zoofilia...), las disfunciones psicosexuales (eyaculación precoz...), y aparecen definidos por primera vez los TIG. Dentro de estos últimos se encuentran el transexualismo y los trastornos de la identidad de género en la niñez (APA, 1980). Por su parte, en el DSM III-R los TIG aparecen ubicados dentro de los “trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia”, por lo que se alejan de la ubicación de las parafilias y otros trastornos sexuales. Se incluyen como TIG el trastorno de la identidad de género en la niñez, transexualismo, y el trastorno de la identidad de género en la adolescencia o en la vida adulta (APA, 1988).

Los TIG se definen como “*una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género*” (APA, 1980: 261) y, en la misma línea, el transexualismo como “*una sensación persistente de incomodidad e inadecuación con el propio sexo anatómico y un deseo constante de deshacerse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo*” (APA, 1980: 261-262). Aparecen en estos manuales los criterios para diagnosticar el transexualismo (APA, 1988: 93-94):

- A. *Malestar persistente y sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo anatómico*
- B. *Preocupación persistente por lo menos de dos años de duración sobre cómo deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias y de cómo adquirir las características sexuales del otro sexo.*

Además de estos criterios, la persona debe haber alcanzado la pubertad, de no ser así sería trastorno de la identidad sexual en la niñez, y no puede haber intersexualidad física o anomalía genética. El diagnóstico por transexualismo es incompatible con la existencia de otro trastorno mental, pues se da a entender que la no conformidad con su género podría ser producto de ese otro trastorno mental (APA, 1988).

Los criterios se complementaron con algunas otras pautas de diagnóstico⁴⁶ que hicieron de los TIG una condición aún más pautada, pues todo lo que ocurría en torno a la vivencia de la trans y sus consecuencias, tenía una explicación médica, intrínseca a la persona trans. Cabe reparar en la sintomatología asociada, en donde se considera que el transexualismo lleva asociadas alteraciones de la personalidad, ansiedad y depresión *“atribuida a una incapacidad de vivir en el papel sexual que le corresponde”* (APA, 1988: 92). Asimismo, se destaca que entre las características derivadas del transexualismo están aquellas que se asocian con complicaciones en su vida social y laboral (APA, 1988).

Por su parte, la CIE-10 se aprueba en 1989, adquiriendo la estructura, forma de codificación y denominación que tiene en la actualidad, pasando a titularse *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (WHO, 2019). En cuanto a la transexualidad, va a ser la CIE, en esta ocasión, la que siga la estela del DSM. Esta clasificación sigue conservando el capítulo V para “trastornos mentales y del comportamiento”. Dentro de los “trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, entran por primera vez, con esta denominación, los TIG, donde se encuentra el transexualismo, el travestismo no fetichista (de doble rol) y el trastorno de la identidad de género en la infancia. Los TIG, aunque ahora independientes, aparecen junto a los trastornos de la inclinación sexual, las antes denominadas desviaciones sexuales (WHO, 2000, 2016).

El transexualismo se define en la CIE-10 como *“el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico*

⁴⁶ Estas otras pautas de diagnóstico fueron: sintomatología asociada, curso, edad de comienzo, deterioro y complicaciones, factores predisponentes, prevalencia, incidencia en cada sexo, diagnóstico diferencial y tipos (APA, 1988).

u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde con el sexo preferido” (WHO, 2000: 174). En la misma línea que el DSM, también hacen entrada los criterios diagnósticos que excluyen o incluyen a una persona de ser diagnosticada como transexual, si bien se percibe cierta flexibilidad a la hora de contemplar la modificación corporal obligatoria (WHO, 2000: 174):

- A. *Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro de género opuesto, por lo general acompañado por el deseo de modificar mediante métodos hormonales o quirúrgicos el propio cuerpo para hacerlo lo más congruente posible con el género preferido.*
- B. *La identidad transexual ha estado presente de forma persistente durante al menos dos años.*
- C. *No se trata de un síntoma de otro trastorno mental, tal como una esquizofrenia, ni está asociado a anomalías cromosómicas.*

En 1994 se publica una nueva edición del manual estadounidense, el DSM-IV. En esta versión los TIG salen de los “trastornos de la infancia y la niñez” para ubicarse dentro “trastornos sexuales y de la identidad de género”, al nivel de las parafilias (fetichismo, pedofilia, sadismo sexual...) y los trastornos sexuales (APA, 2007). Los TIG se definen como “*una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo*” (APA, 2007: 599) y se subdividen en trastorno de la identidad de género: en la niñez; en la adolescencia o en la edad adulta. Por primera desaparece el término de transexualismo (APA, 2007).

Los criterios diagnósticos del TIG son los siguientes (APA, 2007:650-651):

- A. *Identificación acusada y persistente con el otro sexo.*
- B. *Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol*
- C. *La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.*
- D. *La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*

Una de las principales diferencias con el DSM III es que en las versiones de 1980 y 1987 era un criterio obligatorio la necesidad de la modificación corporal, ya fuera quirúrgicamente y/o mediante hormonas, y aunque en el DSM IV este requisito no se asocia de manera directa a la transexualidad —pues no aparece como criterio diagnóstico—, la definición de trastorno de identidad de género todavía lleva implícito el malestar hacia el propio sexo, por lo que el deseo de cambio corporal no desaparece realmente. Nuevamente, entre las pautas diagnósticas que modelan a los TIG⁴⁷ en esta versión, y que parecen de nuevo junto con la descripción del trastorno y los criterios diagnósticos, resulta de interés observar la exposición de síntomas y trastornos asociados a la condición trans, como es el aislamiento social, el que estas personas se vean expuestas a contraer VIH debido a trabajar en la prostitución, o la predisposición a sufrir depresión, ansiedad o intentos de suicidio en la adolescencia (APA, 2007).

Algunas críticas remitidas a la versión de 1994 hicieron que, en 2000, la APA publicara una nueva versión revisada, el DSM-IV-TR, si bien en cuanto a los TIG, no se realizaba ningún cambio.

En el año 2013 se publicaba el DSM-5⁴⁸. Dentro de la transición que se viene observando en la reconceptualización de la transexualidad y su ubicación a lo largo de las diferentes clasificaciones, en el DSM-5 se encuentran dos aspectos diferentes: la primera es que el TIG pasa a llamarse disforia de género, y la segunda es que se dedica a esta un apartado propio e independiente de otros subtipos que tengan relación con trastornos sexuales o parafilicos. La disforia de género tiene una entidad propia, y se subdivide en *disforia de género en niños* y *disforia de género en adolescentes y adultos* (APA, 2014).

En esta ocasión, el manual hace un esfuerzo por diferenciar conceptos como sexo y género, y por resaltar el componente social de género y de la transexualidad. Si el sexo está referido a indicadores biológicos, el género hace referencia al rol social, sentido, adoptado y expresado

⁴⁷ Características diagnósticas. Especificaciones. Procedimiento de tipificación. Síntomas y trastornos asociados. Síntomas dependientes de la edad y el sexo. Prevalencia. Curso. diagnóstico diferencial (APA, 2007).

⁴⁸ En esta última versión se cambia la numeración romana por la arábica, para facilitar la clasificación informática de los trastornos, por eso en el título del manual aparece DSM-5 y no DSM-V.

en público, que puede no coincidir con el género que le fue asignado en el nacimiento. Aun así, se aclara que la visión del manual se aleja del constructivismo social, aceptando que en la construcción de género los factores biológicos son primordiales (APA, 2014).

La disforia de género, “*se refiere a la insatisfacción afectiva/ cognitiva de un sujeto con el género asignado [...] hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado*” (APA, 2014:451), entendiéndolo como género asignado al género que se le asigna a una persona al nacer. Es decir, en esta nueva edición del manual la no concordancia entre el género sentido y género asignado al nacer no es un trastorno *per se*, sino el malestar que eso pueda provocar.

Los criterios diagnósticos de la disforia de género en adolescentes y adultos son los siguientes (APA, 2014:452-453):

- 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. 2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios. 3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales 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.*

Al igual que en las últimas dos ediciones, además de los criterios diagnósticos, el manual incluye una serie de especificaciones⁴⁹ que se deben tener en cuenta a la hora de diagnosticar la disforia de género, aumentando su número respecto a revisiones anteriores. Estas pautas, como lo son los trastornos asociados o factores de riesgo y pronóstico, ponen de manifiesto que las personas trans se pueden encontrar con frecuencia con un entorno hostil, y que existe una estigmatización y discriminación hacia ellas, lo que puede causar una imagen negativa de sí mismos, así como marginación o trastornos depresivos (APA, 2014).

Realizando una síntesis de las actualizaciones psiquiátricas vistas en este apartado, hemos asistido al nacimiento y construcción de una patología diferenciada, como el transexualismo, dentro de un amplio espectro de desviaciones sexuales que se fueron diversificando cada vez en más estados patológicos relacionados con la conducta sexual. El transexualismo, en concreto, ha ido abarcando cada vez más ámbitos de la conducta de la persona transexual, demarcando características y sintomatologías que definen de forma más precisa sus comportamientos y su trayectoria de vida. Es de resaltar el constante reajuste terminológico para referirse a la condición trans en un empeño despatologizador (Mas Grau, 2017; Nieto, 2008), sin embargo, el contenido de esta cada vez se hace más complejo, estereotipado, y con un lenguaje más médico.

1.3. La desclasificación de la transexualidad como enfermedad mental

En 2018 se publicó la última revisión de la CIE, la cual entró en vigor el 1 de enero de 2022. Esta revisión supuso una ruptura en la concepción psiquiátrica tradicional en la ruptura con el género normativo, pues asistimos a la desclasificación de la condición trans como trastorno mental. En el capítulo 17, referido a las “condiciones relacionadas con la salud sexual”, se encuentra la discordancia de género⁵⁰, que se divide en discordancia de género

⁴⁹ Especificadores. Características diagnósticas. Características asociadas que apoyan el diagnóstico. Prevalencia. Desarrollo y curso. Factores de riesgo y pronóstico. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura. Marcadores diagnósticos. Consecuencias funcionales de la disforia de género. Diagnóstico diferencial. Comorbilidad (APA, 2014).

⁵⁰ En inglés *gender incongruence*, pero se ha traducido como discordancia porque la traducción como incongruencia podría no expresar correctamente el término (Robles García y Ayuso-Mateos, 2019).

en la adolescencia o adultez y discordancia de género en la infancia (WHO, 2021), como se puede ver de forma esquemática en la [Tabla 6](#).

Tabla 6. Desclasificación de la condición tras como trastorno psiquiátrico en la CIE (2018)

Año	Nombre clasificación	Capítulo	Apartado principal	Categorías incluidas en el apartado a estudiar
2018	CIE 11 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	17. Condiciones relacionadas con la salud sexual	Disfunciones sexuales Trastornos sexuales por dolor Discordancia de género	Discordancia de género en la adolescencia o adultez Discordancia de género en la infancia Discordancia de género, sin especificación

Fuente: elaboración propia

En este sentido la discordancia de género *“se caracteriza por una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo”* (WHO, 2021).

En cuanto a la discordancia de género en la adolescencia o adultez, a la definición anterior se le añade *“lo que a menudo conduce a un deseo de «transición» para vivir y ser aceptada como una persona del género experimentado, ya sea por medio de un tratamiento hormonal, intervención quirúrgica u otros servicios de salud, para que el cuerpo pueda alinearse, tanto como lo desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado”* (WHO, 2021). Es cierto que en la clasificación desaparecen los criterios diagnósticos tal y como habían aparecido antes, pero en la discordancia de género en la infancia sí que se incluyen unos criterios en la propia definición, lo que da a entender que aún deben cumplirse una serie de requisitos obligatorios en menores para emitir un diagnóstico médico que dé acceso a los tratamientos: *“Incluye un fuerte deseo de ser de un género diferente al del sexo asignado; una fuerte aversión por parte del niño a su anatomía sexual o a las características sexuales secundarias previstas, o un fuerte deseo por tener las características sexuales secundarias primarias o previstas que coinciden con el género experimentado [...] La discordancia debe haber persistido aproximadamente durante dos años”* (WHO, 2021).

La CIE-11 cierra de esta manera un círculo en cuanto a la andadura de las identidades trans, que comenzó con las revisiones en donde dicha condición aún no aparecía definida, después con la inclusión de trastornos afines, como el travestismo, y, por último, la introducción del transexualismo. Pero, aunque finalmente se desclasifica como enfermedad mental, sigue apareciendo como una condición médica ubicada en un lugar diferente, fuera del capítulo de trastornos mentales. Hay que tener en cuenta que la CIE es una lista médica general, que incluye todo tipo de condiciones relacionadas con la salud, y aunque se contempló eliminar completamente el término de discordancia de género de la clasificación, la OMS alega que en muchos países solo se cubren mediante servicios de salud públicos aquellas condiciones incluidas en las clasificaciones médicas, así que se sigue manteniendo para garantizar el acceso a los tratamientos por parte de quienes lo necesiten (Robles García y Ayuso-Mateos, 2019; WHO, 2019).

La revisión de las clasificaciones de la CIE y el DSM, aunque con una lógica descriptiva, no solo permite observar la sistematización progresiva de los trastornos mentales mediante criterios clínicos, sino que también evidencia las tensiones culturales, sociales y médicas que han acompañado la entrada y evolución del diagnóstico de transexualismo (Mas Grau, 2014, 2017). Desde su inclusión inicial, estas taxonomías han sido un campo de negociación constante en donde se ha asistido a la reconstrucción del trastorno de transexualismo, que se refleja tanto en los cambios terminológicos como en las condiciones de acceso a los tratamientos (Mas Grau, 2017; Nieto, 2008), y en donde no solo se manifiesta la visión psiquiátrica, con sus propias tensiones dentro del cuerpo médico (Billings y Urban, 1998; Hausman, 1998), sino también las luchas de colectivos sociales e instituciones internacionales que han impulsado la despatologización, modelando las clasificaciones y ejerciendo de contrapeso del paradigma médico (Araneta Zinkunegi, 2012; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2009, 2010a, 2010b; Suess, 2011). Este proceso refleja una constante reconstrucción conceptual (Mas Grau, 2017; Nieto, 2008), visible en los cambios terminológicos y en la forma de entender la capacidad de agencia de las personas trans respecto de su identidad (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, 2009, 2010a, 2010b; Suess, 2011). Así, las clasificaciones no solo han

organizado la realidad médica, sino que también han servido como un espejo de las luchas desarrolladas por redefinir los límites entre lo clínico y lo social, contribuyendo a moldear la manera en que las identidades de género son concebidas en la actualidad.

2. El discurso psiquiátrico como dispositivo de estigmatización

Partiendo de un ACD, analizamos, a continuación, el modo en que las clasificaciones psiquiátricas han contribuido a la construcción de la condición trans como una forma de patología mental. No obstante, entender la naturalización de las identidades trans en términos patológicos nos remonta, indiscutiblemente, a la estela de la naturalización que también ha tenido lugar, durante siglos, del sistema de sexo y de género binario en los discursos médicos y filosóficos (Foucault, 2003a, 2003b; Laqueur, 1994). Dentro de este proceso encontramos que las categorías que hablan del sexo y del género, las de hombre y mujer, las de masculino y femenino junto sus dinámicas de correspondencia, se describen como fenómenos biológicos, naturales e indiscutibles ajenos a los discursos que les han otorgado la hegemonía que ostentan, y no como productos sociales e históricamente construidos (Butler, 2002, 2007; Foucault, 2007b; Laqueur, 1994; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010).

2.1. Elementos discursivos en la construcción de la transexualidad como enfermedad mental

En cuanto a su aparición como categoría médica, que el transexualismo hiciera por primera vez su entrada como enfermedad mental en una clasificación psiquiátrica en 1975, no significa que las rupturas con el género normativo no estuvieran patologizadas con anterioridad, sino que lo hicieron bajo diferentes denominaciones, debido, principalmente, a que la diferencia entre la orientación sexual y la identidad de género se ha asumido de forma difusa hasta épocas muy recientes (Bullough, 1980; Fausto-Sterling, 2006; Platero, 2014). De esta manera, al concepto de transexualismo como trastorno mental, le han precedido otras desviaciones sexuales como la homosexualidad o el travestismo (APA, 1952, 1968; WHO,

1950, 1957, 1968), asumiendo, ambos términos, características no solo de una sexualidad no normativa, sino de cualquier varianza en lo que hoy hemos definido como identidad de género. Cabe destacar que las sexualidades no hegemónicas previas a que apareciera el sujeto transexual, los tradicionalmente llamados actos *contra natura*, se encontraban desde hacía siglos bajo el yugo del pecado o del delito con anterioridad a que la ciencia médica los reformulara en términos de enfermedades mentales, por lo que su patologización tampoco es fortuita, sino que obedece, como dice Foucault, a un mecanismo en donde el poder político ha utilizado a una disciplina como es la medicina para filtrar como científico su discurso de moral sobre los placeres, las sexualidades y las identidades no heterosexuales ni cisnormativas, estableciendo los límites de la normalidad y de la enfermedad (Foucault, 2007b).

En este caso, partimos de que las rupturas con la normatividad binaria de sexo y género, recogidas como entidades diagnósticas dentro de los discursos de la CIE y el DSM, no han de entenderse como categorías que han sido configuradas dentro de un sistema objetivo, tampoco que sean símbolo de un orden natural en el cual emergen los roles de género de hombre y mujer (Butler, 2007; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010). De lo contrario, estas fracturas, reconvertidas en trastornos mentales, reflejan el dominio que ha tenido la medicina a la hora de generar y controlar la vivencia de las identidades sexo-genéricas, mediante un discurso científico que se ha erigido en el único verdadero (Butler, 2006, 2007; Foucault, 2007, 1979), naturalizando y reproduciendo el sistema normativo de género (Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010). Nos alejamos así de la idea que desarrolla la APA (1988) de concebir el discurso psiquiátrico como una ciencia neutra e inocua que se limita a describir la realidad de las enfermedades mentales, alineándonos con perspectivas que advierten de la capacidad performativa del lenguaje, y de cómo el establecimiento de lo que es sano o patológico, puede ser entendido como un producto de los discursos científicos, los cuales han ido construyendo lo que entendemos como normalidad dentro del género (Butler, 2007; Crowe, 2000; Plummer, 1995).

Encontramos, entonces, que la condición trans como enfermedad mental se origina en nuestras sociedades, según las clasificaciones médicas, porque la identidad de género de una persona no se ajusta a unos estándares fijados, sintiéndose a sí misma del género contrario (o según las últimas versiones, a un género diferente) al que le corresponde, el cual le fue asignado al nacimiento (APA, 1980, 1988, 1995, 2007, 2014; WHO, 1998, 2000, 2016). Sin embargo, la naturalización de las identidades trans como una patología, aunque podría parecer sutil, es evidente y sistemática en las taxonomías psiquiátricas, y si bien, según Antar Martínez-Guzmán y Lupicinio Íñiguez-Rueda (2010), esta naturalización no puede ser exclusiva del efecto que tienen los manuales médicos, pues en la producción de las identidades de género operan diversos mecanismos sociales y políticos, también advierten que el papel legitimador y normalizador de las clasificaciones es indiscutible. Cobra especial relevancia en la CIE y el DSM, dentro de esta normalización, no solo la deseabilidad que se le presume a la persona trans por la modificación anatómica como reajuste hacia el género sentido, sino también la distribución elementos asociados con la feminidad o la masculinidad como son, entre otros, los juegos, los sentimientos o determinadas preferencias de ser, por lo que cabría prevenir de la división tan rígida que sigue estando vigente sobre lo que se considera masculino y femenino, a juzgar por las características y criterios encontrados a la hora describir la vivencia trans (APA, 1980, 1988, 1995, 2007, 2014; WHO, 1998, 2000, 2016).

De esta manera, lo que refleja el análisis de las clasificaciones es que, aunque se sitúen bajo la premisa de científicos, los manuales psiquiátricos han servido para administrar y naturalizar todo un sistema moral relacionado con la sexualidad y el cuerpo. Estas clasificaciones no solo han seguido alimentando y legitimando el imaginario social existente sobre la desviación sexual y el desajuste de algunas personas en las categorías correctas, sino que aquellas personas clasificadas asumen su condición patológica y, además, en el caso de la transexualidad, también se incluyen formas de comportarse y de sentirse respecto de su cuerpo: los diferentes discursos desde las posiciones de poder disciplinan el cuerpo, delimitan diferencias entre los sexos y crean subjetividades (Butler, 2006, 2007; Foucault, 2007b; Hacking, 2002). De hecho, se ha podido comprobar en los manuales psiquiátricos cómo se han creado narrativas sobre las experiencias de vida de las personas trans, ejerciendo de

marco normativo en el que reconocen su identidad y sus vivencias como procesos patológicos, y en donde ellas son las responsables de conseguir que esa situación se revierta. Así, las diferentes teorías que nos hablan sobre la construcción de la identidad nos llevan a denunciar que el problema de la naturalización de la transexualidad como enfermedad mental ha tenido consecuencias de gran calado en este colectivo, pues su imagen se ha visto expuesta a identificarse dentro de una experiencia patológica, que es reafirmada en sociedad, y dentro de la cual se reconocen a ellas mismas. Esto se debe a que los criterios de diagnóstico no solo describen síntomas, sino que prescriben cómo debe ser una persona trans para ser aceptada y validada, unos criterios que han determinado qué significa esta condición y qué requisitos hay que cumplir para acceder a un diagnóstico, lo que ha influido en cómo las identidades trans han de presentarse ante médicos y psicólogos a la hora de poder ser reconocidas dentro de la narrativa médica (Garaizabal, 1998; Missé, 2013).

Como previenen diversos autores, no podemos partir de que el discurso científico simplemente describa el entorno de forma objetiva, de que su lenguaje sea inocuo y no performativo, o de que estas taxonomías reflejen una realidad ajena y externa, ni a los valores de instituciones que las confeccionan ni a las experiencias que interiorizan las personas a quienes describen (Butler, 2007; Gergen, 1996, 2011; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010).

2.2. Producción y reproducción del binario de sexo/género a través de las clasificaciones psiquiátricas

El análisis de las clasificaciones deja entrever que, entre las múltiples definiciones, criterios, y pautas diagnósticas que se aportan sobre la condición trans, incluso antes de que esta sea descrita en los manuales diagnósticos, se pueden encontrar diversas líneas discursivas que atraviesan de forma transversal las diferentes versiones de la CIE y el DSM. Una de ellas es la, ya comentada, evidente naturalización del sistema de sexo y género binario que solo concibe los tándems de hombre/masculino y mujer/femenina, entendiendo aquello que es masculino o femenino como toda una serie de corporeidades, aficiones, formas de

sentir o de expresarse, que le son asignadas a uno u otro sexo (Butler, 2006; Platero, 2014) Las clasificaciones refuerzan la existencia de dos sexos heterosexuales, constituyendo un ejemplo paradigmático la definición que da el DSM II para la desviación sexual: *“personas cuyos intereses sexuales están dirigidos principalmente hacia objetos que no sean personas del sexo opuesto, hacia actos sexuales que no suelen estar asociados con el coito o con el coito realizado en circunstancias extrañas como en la necrofilia, pedofilia, sadismo sexual y fetichismo”* (APA, 1968: 44). En la misma línea, la CIE, en sus primeras versiones va añadiendo nuevos estados patológicos a la desviación sexual, quedando configurada su octava revisión, en donde entra por primera vez el travestismo (WHO, 1968). En general, se ubican fuera de la norma a todos aquellos comportamientos que se alejan de la heteronormatividad, y, contando con que en esta primera etapa aún no se había hecho una diferenciación clara entre prácticas sexuales e identidad de género, las lógicas binarias de género se definen dentro de las categorías disponibles al hablar de homosexualidad primero, y travestismo después.

En siguientes versiones, en donde ya sí aparece el transexualismo como trastorno mental, o sus diferentes reformulaciones, el refuerzo al binarismo de género se refleja en las constantes alusiones a la preferencia de ser, pertenecer, o tener los atributos del otro sexo —o del sexo opuesto—, lo que significa que solo se contemplan dos sexos posibles, y se es de uno o del otro en toda su esencia y sin ambigüedades: *“el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto”* (WHO, 2000: 174), o *“una identificación intensa y persistente con el otro sexo”* (APA, 2007). La naturalización cobra más fuerza cuando se da por hecho que estas lógicas binarias son interdependientes, es decir, a cada género le corresponde un determinado sexo, una determinada anatomía, o un determinado comportamiento, siendo esto una coherencia desafiada por la transexualidad (Butler, 2007; Stryker, 2006, 2008). Manuales psiquiátricos relativamente actuales cuentan todavía con algunos criterios altamente estereotipados, constituyéndose en mecanismos que producen y reproducen estándares de feminidad y masculinidad, asociando a uno u otro género tipos de juegos, expresiones o preferencias. Así, en el DSM IV encontraríamos enunciados como el siguiente refiriéndose al TIG: *“Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican*

deporte, juegos violentos y juegos propios para niños” (APA, 1995: 546). Igualmente, en el DSM-5, en la diagnosis de la disforia de género en la niñez, también se asocian actividades típicamente masculinas o femeninas con un sexo determinado: *“Su preferencia [de los chicos con disforia de género] es vestir con ropas de chicas o de mujeres. [...] Prefieren a menudo actividades, juegos y pasatiempos que son estereotipos tradicionales femeninos (p. ej., jugar «a las casitas»). [...] Evitan los juegos de peleas y los deportes competitivos y tienen poco interés en los juguetes que son estereotipos masculinos (p. ej., coches, camiones)”* (APA, 2014: 453).

La condición trans es mantenida dentro del sistema binario gracias a las cirugías de reasignación haciendo posible que los cuerpos sean maleables, ajustables a lo que la persona debe sentir y a lo que la ciencia dicta que debe corresponderse esa identidad, por eso el deseo de operarse se convierte en una necesidad tanto para la clasificación médica como para la persona trans, (Cleminson y Gordo, 1999; Missé, 2013), como asegura el DSM: *“un deseo constante de deshacerse de sus genitales”* (APA, 1980: 261-262). Hay autores que consideran que, desde la posición médica, lo que se quiere conseguir con el diagnóstico es devolver el orden lógico al sistema binario normativo a través de las cirugías de reasignación, haciendo que las identidades femeninas acaben albergadas en cuerpos femeninos, y las identidades masculinas, igualmente, en cuerpos masculinos (Missé, 2013; Misé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014).

El DSM-5, no obstante, intenta superar este binarismo diferenciando los conceptos de sexo y género, e incluyendo la no identificación obligatoria con la división tradicional, fuera de las etiquetas de hombre y mujer, desmarcándose de la rigidez del sistema de clasificación de sexo/género, al incluir en la definición de disforia de género nociones de género experimentado y género asignado: *“se refiere a la insatisfacción afectiva/ cognitiva de un sujeto con el género asignado [...] hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado”* (APA, 2014: 451). Esto, sin duda, abre nuevas posibilidades al procedimiento médico a aquellas personas que no se identifican con las etiquetas de hombre o mujer, hasta entonces

invisibilizadas en las clasificaciones. Sin embargo, aunque en la definición de disforia de género sí se supera el binarismo, de alguna manera este se sigue reproduciendo en la clasificación, pues en los criterios y otras pautas diagnósticas todavía se hace mención del “otro sexo” como opción prioritaria, mientras que la alternativa no binaria queda en un plano secundario: “*un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna)*” (APA, 2014: 452). Es decir, se admite la no identificación con la división tradicional, pero se siguen reforzando y priorizando los roles tradicionales.

Va a ser la CIE-11 la que muestre una ruptura total con el binarismo de género, que la diferencia de versiones anteriores tanto de la CIE como del DSM. Entre otras características, con la publicación de la CIE-11 en 2018, asistimos a la desclasificación de la transexualidad como enfermedad mental. Desaparecen aquí por completo las referencias al otro sexo o el sexo opuesto y alusiones a etiquetas como hombre, mujer, masculino y femenino, hablando siempre en términos de sexo asignado y género experimentado (WHO, 2021). Esta clasificación pretende acabar con la naturalización del sistema de sexo/género binario, y la patologización que ha supuesto históricamente alejarse de la normatividad impuesta por la Psiquiatría.

Lo visto hasta aquí manifiesta cómo funciona la producción de la masculinidad y la feminidad como identidades normativas a través del discurso científico, lo que debe ser asociado a uno u otro género a partir de las definiciones dadas, y la relación que estos roles tienen en determinadas anatomías. Es en un contexto de este tipo en donde la ruptura con la concepción hegemónica, tanto de los roles sociales de género como de la diferencia sexual, ha emergido y se ha mantenido como patología por no adecuarse a los estándares marcados en las clasificaciones.

2.3. La encarnación del malestar dentro de la condición trans

Otra de esas líneas discursivas transversales encontradas en las clasificaciones es la que se desarrolla en torno a que la sola identificación con la condición trans ocasiona determinados malestares y efectos negativos sobre la persona. Por ejemplo, a este trastorno se le asocia, desde el inicio de su inclusión en las taxonomías médicas, incomodidad con el propio cuerpo, principalmente hacia los genitales, siendo este un criterio obligatorio para poder cumplir el diagnóstico: *“una sensación persistente de incomodidad e inadecuación con el propio sexo anatómico y un deseo constante de deshacerse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo”* (APA, 1980: 261-262); lo que da a entender que si no se verifica el malestar no hay posibilidad de acceder al diagnóstico, y, por consiguiente, al proceso de transición social. El malestar desaparece de las definiciones de la CIE-11, y la necesidad de modificación corporal se plantea como una opción dentro del abanico de sentimientos hacia su cuerpo que puede expresar una persona trans (WHO, 2021). No es así en el DSM-5, donde la disforia de género sigue girando en torno a estos criterios: el malestar y el cambio de sexo. De hecho, en el intento despatologizador del DSM, no se considera trastorno mental *per se* a la discrepancia entre género asignado y experimentado, sino el malestar que pueda provocar (APA, 2014). Esto sitúa el malestar como un problema central, intrínseco de la persona que lo sufre, y no como un reflejo de la discriminación social.

Por otro lado, complementario a las definiciones y los criterios diagnósticos, a partir del DSM III, el manual de la APA (no el de la CIE) añade en todas sus revisiones otras pautas de diagnóstico que hacen de la transexualidad una condición aún más patológica que no deja nada al azar dentro de la vivencia trans, ya que todo puede ser explicado gracias a las condiciones individuales de cada persona, que, finalmente, componen una narrativa colectiva. Así, se explica cómo la *“incapacidad de vivir en el papel sexual que le corresponde”* (APA, 1988: 92) le induce a sufrir ansiedad, depresión o aislamiento social con mayor probabilidad, complicaciones asociadas con la vida social y laboral, e incluso, una tasa más alta de intentos de suicidio (APA, 1988, 2007). Incluso en el DSM-5 (APA, 2014), que ha hecho un esfuerzo por darle a la condición trans un cariz más social, le sigue atribuyendo efectos asociados como

la baja autoestima, el aislamiento social o la depresión. Y aunque conceden que estos problemas puedan ser causados por un entorno hostil, dando un paso hacia el reconocimiento de la dimensión social de algunos trastornos mentales, en ningún momento se da a entender que esta hostilidad o estigmatización sean fruto de un problema estructural, sino más bien de comportamientos abusivos individuales hacia personas psicológicamente vulnerables.

De esta manera, asistimos a una individualización de problemáticas sociales, ya que las clasificaciones señalan ciertas consecuencias y/o efectos asociados a la vivencia trans, tratándolos como dificultades de origen psicológico e individual, invisibilizando el que las mismas no tendrían sentido sin un trasfondo social que las ha hecho posibles (Butler, 2006; Missé, 2013). En cuanto a este malestar experimentado hacia, y con el propio cuerpo, el sociólogo y activista Miquel Missé, alerta de que el paradigma médico ha centrado el problema de la transexualidad en la propia persona trans y en su falta de ajuste en un sistema de sexo/género fundamentado en bases enteramente biológicas, cuando este sistema realmente se ha construido sobre convenciones culturales y sociales. De esta manera, la solución propuesta al malestar es la modificación corporal de la persona trans para que pueda encajar en los cánones de masculinidad y feminidad, y aliviar así los síntomas asociados, sin llegar [el paradigma médico] a replantearse que es la rigidez del sistema binario la que es incapaz de dar cuenta de la diversidad sexual humana (Butler, 2006; Missé, 2013; Nieto, 1998, 2008; Platero, 2014). De hecho, que tanto el malestar como la modificación corporal sean los estandartes insignia que hayan representado la transexualidad desde sus inicios como categoría médica, invisibiliza la pluralidad de identidades que forman este colectivo, y a quienes ni se plantean el cambio quirúrgico ni sienten incomodidad con su cuerpo (Butler, 2006; Mas Grau, 2017; Missé, 2013).

Atendiendo al hecho de que a la condición trans se le asocian con frecuencia trastornos de la personalidad, así como problemas de ansiedad o depresión, intentos de suicidio, aislamiento social o dificultades en el ámbito laboral, entre otros, las clasificaciones lo justifican, como ya se indicó, a la inadaptación de la propia persona trans a su medio social (APA, 1988). Nuevamente, la responsabilidad del deterioro psicológico y social recae en la persona trans,

debido, supuestamente, a factores individuales e internos no relacionados con el entorno. Esto sería un buen ejemplo de lo que algunas teorías en psicología que sitúan el origen de los problemas mentales en el propio individuo, denominan como *vulnerabilidad psicológica*, entendida esta como la tendencia de algunas personas a sufrir problemas mentales debido a sus características individuales (Sánchez *et al.*, 2003). Sin embargo, desde la psicología social diversos autores advierten que el manejo de las situaciones estresantes que pueden dar lugar al deterioro psicológico depende, principalmente, de factores sociales como, por ejemplo, el apoyo social y afectivo que puedan brindar círculos cercanos (familia y amistades, por ejemplo), o la posición socioeconómica de la persona que le permite afrontar los problemas con mayor o menor seguridad (Mirowsky y Ross, 1989; Sánchez *et al.*, 2003). Nuevamente, tal y como señalan Missé (2013) y Butler (2006), un problema que tiene un fundamento social y estructural se individualiza. En la misma línea, Isidro García Nieto (2017) advierte que el principal obstáculo con el que se topa la salud física y psicológica de las personas trans, así como la causa de la exclusión social y laboral sufrida, es la transfobia social, definida como *“cualquier forma de violencia, discriminación, odio, rechazo, agresividad y actitudes negativas dirigidas hacia las personas trans y/o aquellas personas que transgreden o no encajan en las expectativas sociales sobre las normas de género”* (García Nieto, 2017: 194). Estas aportaciones sitúan, en contraposición al discurso psiquiátrico, la razón de los problemas e incomodidades sufridas por el colectivo trans en el plano social y no en el individual.

2.4. Las clasificaciones médicas como un factor regulador de la identidad

Partiendo de un enfoque sociológico y psicosocial, se hace posible detectar determinados efectos del papel que juega la psiquiatría a la hora de entender y modelar los imaginarios sociales respecto a las sexualidades e identidades de género no normativas, y, por ello, en cuanto a las identidades trans. Esto nos permite ahondar en las implicaciones que tiene la patologización de diferentes comportamientos a la hora de producir subjetividades, y en cómo se ha creado un discurso de verdad a nivel social, influyendo en los propios individuos a la hora de entender su cuerpo, su sexualidad o su género. Analizando el efecto de este razonamiento científico-médico en torno a las vivencias trans y la influencia de los

discursos desarrollados en ambas clasificaciones, se puede comprobar que este tiene repercusiones no solo sociales sino también individuales en la autopercepción de las personas clasificadas (Butler, 2006). Cabría aquí traer a colación lo que el filósofo Ian Hacking define como *nominalismo dinámico*, para referirse a la forma en que las clasificaciones interactúan con las personas etiquetadas, y la manera en que unas se ajustan a las otras. Según Hacking, las nuevas categorías que se establecen son interiorizadas, creando, lo que denomina el *efecto bucle*, en donde un colectivo etiquetado bajo una categoría comienza a verse a sí mismo y a comportarse con lo que se espera de ella, posibilitando nuevas formas de pensarse y autodefinirse que antes no existían (Hacking, 2002).

Esta visión enlaza directamente con el interaccionismo simbólico y, más específicamente, con la teoría del etiquetado, en cuanto al impacto que pueden tener las clasificaciones médicas en los grupos sociales a la hora de conformar su experiencia del mundo y su propia imagen (Becker, 2009; Stryker, 1980), entendidas estas clasificaciones como un saber con legitimidad científica, que se nos presenta como verdadero y que interactúa dialécticamente con las personas (Butler, 2006; Crowe, 2000; Plummer, 1995). Estas perspectivas en psicología social parten de que la experiencia humana es producto, fundamentalmente, de interacciones sociales. La concepción interaccionista estructural de Sheldon Stryker enfatiza que las estructuras sociales delimitan y posibilitan las interacciones que tienen lugar entre sujetos, interacciones que resultan claves para la formación de la identidad y del conocimiento de los roles sociales que se pueden asumir dentro de esta estructura social. Así es como las personas aprenden a clasificar el mundo y cómo se espera que estas se comporten en él (Stryker, 1980). Por su parte, la teoría del etiquetado es una teoría interaccionista que procede de la sociología de la desviación, y plantea que la desviación no es una cualidad de un acto en sí mismo, sino que tiene que ver con la reacción social que provoca una conducta en un contexto concreto, en torno a unas normas que son dictadas por grupos sociales con legitimidad para definir lo que es o no desviado, y en función de ciertos intereses o valores. Igualmente, esta teoría estudia la repercusión que conlleva el señalar acciones como desviadas, y su influencia en las personas que las cometen, pues su estatus social se ve alterado. Así, las interacciones que mantienen las personas desviadas con el resto de la sociedad, y los términos que esta

sociedad usa para clasificarlas, determinan la construcción de una nueva identidad que se reconoce fuera de la norma (Becker, 2009). Es precisamente el proceso que señala Erving Goffman (1970) al hablar de la aparición del estigma social, cuando se manifiesta en un individuo un atributo que no satisface las expectativas sociales. No solamente la sociedad percibirá a esta persona como desacreditada en su función social, sino que la propia persona estigmatizada asumirá esa condición.

Si aplicamos estas perspectivas al papel regulador que cumplen, no solo las clasificaciones médicas, sino cualquier institución que decide establecer aquello que es legítimo o saludable frente a lo que no lo es, parece clara la repercusión que tienen dichas organizaciones, a través del lenguaje, en la construcción de roles e identidades en las cuales se ubican las personas dentro de una sociedad, de nuevas formas de reconocerse, de relacionarse, de actuar, o de identificar los cuerpos que son aceptables, y, en el caso de la transexualidad, las modificaciones corporales necesarias y la manera de comportarse, para moverse dentro de los parámetros de la normalidad (Butler, 2007; Hacking, 2002).

CAPÍTULO VI. LA VIVENCIA DEL ESTIGMA

Un día que permanece impreciso en mi memoria, entre el 18 y el 24 de 2014, tomé la decisión (indecible) de cambiar mi nombre a Paul. Como los esclavos cambiaban de nombre cuando compraban su libertad. [...] No debe entenderse este gesto como un paso último y definitivo en una transición de género, sino como otra práctica más en el desplazamiento y resistencia. Aquí el nombre es solo otra fábula: pero esta vez colectivamente compartida. Os toca ahora a vosotros otorgarme el derecho a llevar esta máscara

Paul Preciado (2008)

Desde una perspectiva sociohermenéutica, el análisis de los testimonios de las personas entrevistadas ilustra cómo la construcción histórica y normativa del género se materializa no solo en la configuración estructural del modelo binario, el cual establece una dicotomía rígida entre lo masculino y lo femenino (Butler, 2006, 2007; Foucault, 2007b; Laqueur, 1994), sino también en las interacciones cotidianas que dan forma a la experiencia vivida. Así, la aparición del estigma por la no conformidad con el género normativo no se presenta únicamente como una categoría impuesta desde lo macroestructural, sino como un sistema que se reproduce en los vínculos cara a cara (Goffman, 1970; Mead, 1973 [1934]; Stryker, 1980). Esta dimensión interaccionista permite comprender que las identidades trans están marcadas por una negociación rutinaria entre la subjetividad y las expectativas normativas que emergen en relaciones específicas, haciendo del estigma no solo una estructura, sino una experiencia relacional que condiciona la posibilidad misma de ser. De este modo, se identifica la vertiente del estigma que, desde una perspectiva tradicional, lo conceptualiza como un atributo que desacredita a una persona, siempre en relación con su

condición social (Crocker *et al.*, 1998; Goffman, 1970; Jones *et al.*, 1984; Neuberg *et al.*, 2000; Stafford y Scott, 1986), junto con enfoques estructurales más recientes, como el de Link y Phelan (2001), que subrayan su arraigo en las dinámicas de poder. Asimismo, evidenciamos cómo el estigma trasciende su origen etimológico como marca corporal visible para transformarse en una característica personal más amplia, ya sea física o no, pero siempre profundamente desvalorizada en el contexto social (Goffman, 1970).

A partir de aquí, se analizan las narrativas de las personas entrevistadas para explorar cómo estas dimensiones del estigma operan en sus procesos de búsqueda de la identidad y en sus relaciones con el entorno.

1. Construcción normativa del sexo y el género y su impacto en la identidad trans

El proceso de construcción de las identidades trans está atravesado por una constante tensión entre la vivencia subjetiva del género y los marcos normativos que lo regulan (Butler, 2002a, 2002b, 2006, 2007; Foucault, 1999, 2007b), encontrando que estas personas atraviesan un proceso de autodescubrimiento no lineal, profundamente mediado por factores como el acceso a información, la posibilidad de experimentar con la expresión de género, así como la existencia, o ausencia, de referentes con quienes identificarse.

Las narrativas más frecuentes son las que relatan el haber sido conscientes, desde edades tempranas, de una incongruencia entre su identidad autopercebida y el género asignado al nacimiento. Esta sensación, sin embargo, no siempre se expresa de forma clara o inmediata, sino que se manifiesta a través de incomodidades cotidianas como el rechazo hacia ciertas prendas, la falta de afinidad con juegos, actividades impuestas, o el malestar ante expectativas de comportamiento asociadas al género:

Yo no tenía una conciencia de ser una niña exactamente, yo sabía que no era un niño, porque claro, naces con tus genitales masculinos, con tus cosas y tal, y te enseñan que eres un niño, yo era un, bueno, un niño, como dicen ahora (Mujer trans, 50 años)

Y desde pequeña ya te digo, pues mi madre lo típico, que llega la feria, el vestido de gitana, las fotos, mi vestido de comunión, o sea, yo no consentí. O sea, yo entré a hacer la comunión, que fingía estar mala, llegué tarde, no sé qué, justo cuando yo me vistieron de merengue [...]. Por cariño a tus abuelos te pones ese traje para entrar a una iglesia (Persona de género fluido, 51 años)

Digamos que siempre había sentido ese malestar pero no sabía cómo concretarlo en algo tangible, ¿no? En: “me pasa esto, tengo estas opciones” (Hombre trans, 25 años)

Tal como plantea Butler (1996, 2002a, 2006, 2007), el género es una práctica performativa construida a través de la repetición de normas. Cuando estas normas no se ajustan a la experiencia interna de una persona, pueden producir un sentimiento de perturbación que se traduce en dificultades o malestar para asumir una identidad o corporalidad asignada. Es decir, aunque desde la infancia haya una conciencia de no identificación con su género sentido, la estructura normativa del género social puede influir negativamente en su proceso de autocomprensión. Este conflicto se vincula con el hecho de que el modelo del dimorfismo sexual ha consolidado una estructura en la que los cuerpos y sus expresiones de género deben ajustarse a un ideal normativo:

No por ser una mujer trans o por ser una mujer me tiene que gustar el rosa, o me tiene que gustar cosas que se están asignando a mujeres. Que no tienen nada que ver porque el rosa puede gustarle a chicos, puede gustarle a chicas, puede ser lo que sea. Entonces eso hace daño, el tema de etiquetar, de encasillar hace

bastante daño sobre todo para las personas trans, sobre todo porque nos despista un poco, ¿no? (Mujer trans, 37 años)

Así, los diferentes testimonios ponen de relieve cómo las categorías de sexo y género han funcionado históricamente como marcos reguladores rígidos que determinan el comportamiento esperado de las personas desde la infancia, un periodo que ya se advierte como un espacio de confrontación entre la experiencia subjetiva del género y las normativas culturales que lo estructuran (Butler, 2002a, 2002b, 2006, 2007; Foucault, 1999, 2007b; Laqueur, 1994), y a pesar de la flexibilidad de normas que se pueda dar dentro del seno familiar en algunos aspectos, como la posibilidad de jugar con cualquier tipo de juguetes, la estructura escolar y social sigue marcando límites estrictos en la expresión del género:

Mi madre me dejaba jugar con juguetes de niño. Mi madre es maestra y sabe, bueno, sabía de qué iba el tema. Sabía que había niños que jugaban con juguetes de niña y niñas que, bueno, que se podía jugar con todo. Mii madre me dejaba jugar con todo. Como mi padre tampoco se metía [...] Porque yo me acuerdo de unas niñas que, lo típico de niñas del colegio que te hacen la vida imposible o siempre estaban ahí, y me decían: “¿tú qué quieres ser?, ¿un niño?”, y yo decía: “no”. Pero decía “no”, pero luego estaba pensando (Hombre trans, 37 años)

En este contexto, las personas trans pueden experimentar confusión sobre su identidad cuando sus gustos o intereses no encajan con las normas impuestas al género con el que se identifican. Esta dificultad de reconocimiento como persona trans se agudiza cuando hay atracción genuina por ciertos elementos que se relacionan con su género asignado al nacimiento. Por ejemplo, una mujer trans que ha sido socializada como varón, que siente deseo sexual por las mujeres, y que disfruta de actividades tradicionalmente consideradas masculinas, puede dudar de su identidad de género sentida debido a la idea socialmente extendida de que esos intereses no son característicos de una mujer:

El tema de la transición pues me costó bastante porque bueno, yo al final no era una persona con muchos amaneramientos o muy femenina, y al final los estereotipos de género que pone la sociedad, como a mí me gustaban los coches, las chicas, el fútbol, era como que: “bueno, te puede gustar ser un tío”. Pues entonces eso para mí era complicado, no entendía por qué no podía ser una mujer. Y por otro lado creía que era algo raro que me estaba pasando, porque la sociedad me había asociado con los chicos: “joder, si es que a mí me gusta lo mismo que a los chicos” (Mujer trans, 40 años)

Todas estas disonancias ponen en evidencia cómo las reglas de género, lejos de ser neutras, se imponen como criterios normativos de validez que determinan qué combinaciones de identidad, deseo y expresión resultan legítimas. La desviación de estos patrones hegemónicos puede entenderse, acorde con diferentes teorías del estigma (Crocker *et al.*, 1998; Dovidio *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2007; Neuberg *et al.*, 2000; Stafford y Scott, 1986; Stangor y Crandall, 2000), como una forma temprana de desajuste con las expectativas sociales, en tanto que activa mecanismos de estigmatización, exclusión o cuestionamiento hacia quienes no se ajustan a un comportamiento favorable prescrito desde posiciones dominantes.

El que las categorías de hombre y mujer cisnormativas se hayan asociado históricamente a estereotipos específicos relacionados con la feminidad o masculinidad, implica que las identidades trans también son evaluadas en función de esos mismos parámetros. En los casos en que las expresiones de género trans no se alinean con las formas hegemónicas de feminidad o masculinidad, emergen múltiples tensiones en la construcción identitaria, así, a la dificultad inicial de reconocerse como persona trans se suma una mayor probabilidad de atravesar crisis de identidad o procesos de autodefinición complejos, ya que no solo se desafía el género asignado al nacer, sino también las expectativas normativas del género con el que se identifican:

Llevaba unos meses horribles, horribles. No me acuerdo ya si mis problemas familiares se habían intensificado o cómo, pero lo que sí me acuerdo es que tenía

crisis de identidad constantes. No sabía quién era. Y sabía que había algo diferente conmigo, pero no sabía qué, no podía identificarlo (Mujer trans, 23 años)

De hecho tuve una crisis de identidad y tuve una fase en que tuve un episodio de despersonalización y, y claro, lo pasé como una mierda. Porque era como que de repente dejé de entender, bueno que claro, eso es parte de ese episodio, ¿no?, dejé de entender la, la vida y todo y por qué nos comportábamos así, y por qué yo tenía que hacer esto de tal manera (Persona no binaria, 24 años)

Estas tensiones también revelan que la identidad de género no solo se construye frente a normas sociales, sino también frente a un sistema de significados que penalizan la no conformidad, reproduciendo el estigma. Entendemos que estas ideas generalizadas sobre qué es ser una mujer o un hombre están mediadas por representaciones sociales dominantes, que moldean no solo la autopercepción, sino la legitimidad del deseo o la expresión (Moscovici, 1984):

Entonces ahí es cuando te viene un flash de decir: “joder, pero qué me pasa, o sea, no me gustan los chicos, ¡pero si soy una mujer!”. Ahí viene un poquito ¿no? Pero que tampoco, porque ahí rápidamente me dije: “¿Qué te va a pasar? Pues no te pasa nada, cari” (Persona de género fluido, 51 años)

Ahora bien, no todas las trayectorias se ajustan al relato hegemónico de haber sentido una incongruencia desde las edades más tempranas. En algunos casos, el reconocimiento de la identidad trans ocurre de forma más tardía, no necesariamente por una ausencia de vivencia disonante con el género asignado, sino por la imposibilidad de nombrarla en un contexto donde esa experiencia no estaba representada ni reconocida, o por no ser reconocida al no ajustarse a la narrativa más extendida. En los relatos se observa cómo, para algunas de las personas entrevistadas, la disforia o el malestar con el cuerpo no fue vivido de manera intensa o explícita durante la infancia o adolescencia, y cómo la fuerza del sistema normativo de género

operó como un dispositivo de silenciamiento. Fue solo a través del acceso a información, de la exposición a narrativas trans no estereotipadas, o de procesos de investigación personal, que surgió la posibilidad de reinterpretar su historia desde otra perspectiva:

Curiosamente, siempre he dicho que es algo bastante importante, el cómo me di cuenta. Precisamente porque no hay información, no se educa. A lo mejor si yo hubiera tenido toda esta clase de información antes, bien podía haberme dado cuenta antes y no haberme pasado treinta y ocho años sabiendo que algo no iba bien, pero sin saber el qué (Mujer trans, 40 años)

A ver, esto tampoco empezó demasiado pronto porque no me planteé cosas realmente hasta que empecé a conocer a gente, y entrar en ambientes más abiertos, y de más cosas, en general. Porque yo vivía en mi casa, iba al colegio y no hacía mucho más. Es eso, que empecé a conocer a gente fuera del ambiente clásico y empecé a ver..., a ver variedad de gente. Y todo, pues, digamos que empezó cuando empecé a salir con una chica. Empecé a plantearme cosas (Hombre trans, 27 años)

Los medios y la ficción difundida popularmente, prácticamente había una narrativa, que era la narrativa de saberlo siempre y la narrativa del cuerpo equivocado. Y bueno, como ya he dicho esa, ese no es mi caso. Por internet pude leer testimonios y hablar con, con gente que también tenía experiencias distintas a la mía. Que lo había descubierto más tarde, a veces incluso mucho más tarde (Mujer trans, 23 años)

Estas trayectorias desafían el relato dominante del cuerpo equivocado o de haberlo sabido siempre, y ponen de relieve que la construcción de la identidad no responde a un patrón único ni universal, y que el descubrimiento de la identidad no es un evento puntual, sino un proceso que se activa cuando las condiciones sociales, afectivas, simbólicas o materiales lo permiten.

Sin embargo, esta tensión entre la vivencia subjetiva del género y las normas impuestas no puede entenderse sin considerar el papel del estigma en la configuración de las identidades trans. Como señalan diversos autores, el estigma social se produce cuando una característica personal, en este caso la identidad de género no normativa, se aleja de aquello que la sociedad espera, lo que conlleva procesos de desvalorización, discriminación o exclusión (Crocker *et al.*, 1998; Crandall, 2000; Goffman, 1970; Jones *et al.*, 1984; Neuberg *et al.*, 2000; Stafford y Scott, 1986; Stangor y Crandall, 2000). En este contexto, el sistema sexo-género opera no solo como un marco normativo, sino también como un dispositivo estigmatizante que sanciona las diferencias y las no conformidades:

“¿Qué está pasando?, ¿qué soy, qué no soy?” [...]. Todo era basado en un catolicismo rancio y el pecado. Y ahí estábamos, nombradas como tal, y esto al final, en una infancia y en una adolescencia, pues provoca grandes problemas que tienes que solventar desde la soledad, porque esto, ¿con quién lo hablas? Esto no se puede hablar con nadie, con lo cual, pues bueno, pues desde la culpa. Todo esto que la educación nos ha ido guiando a que, bueno, pues al final la rara, los monstruos somos nosotras, y lo “normal”, las comillas no las pilla, pero bueno, lo “normal”, lo “natural”, es lo otro (Mujer trans, 59 años)

En el proceso de descubrimiento o afirmación de la identidad trans, muchas personas internalizan estos estigmas sociales, lo que puede derivar en lo que se ha denominado autoestigma (Goffman, 1970) o estigma internalizado (Brohan *et al.*, 2010; Corrigan y Watson, 2002b; Gerlinger *et al.*, 2013; Livingston y Boyd, 2010; Michaels *et al.*, 2012; Rüsck *et al.*, 2005). Este fenómeno se refleja, por ejemplo, en los relatos donde el gusto por situaciones no acordes con el género asignado al nacimiento produce sentimientos de culpa o vergüenza, dificultando su reconocimiento como persona trans. Lejos de tratarse de simples dudas, estos conflictos revelan el impacto profundo que tienen los mandatos normativos de género sobre la construcción de la identidad y los efectos de no encajar en ellos:

Aunque me reconozco mujer desde el minuto uno que nací, bueno, pues la sensación de vivir atrapada, el mismo cuerpo bloquea estas salidas, y las niega, y las oculta, cosa que, bueno, cuando ya tomas la decisión la recuperas, porque los cerebros son un poco así. Y recuperas los momentos que tú misma has intentado tapar u ocultar, porque eran importantes, y por otro lado tu cabeza estaba intentando ocultar una realidad (Mujer trans, 59 años)

Me acuerdo que me iba a mitad del campo y me ponía aquello con una sensación de culpa, y yo: “ya verás como me pille alguien” (Mujer trans, 46 años)

Calculaba más o menos para que no me pillaran mis padres. En alguna ocasión estuve ahí, muy muy muy a puntito. Pero luego después era cuando venía la culpa. Me decía: “es la última vez, esto no lo puedes hacer, no es lo que tiene que hacer una persona, un chico, esto no lo hacen los chicos”. Entrabas en este ciclo, culpa, culpa, culpa (Mujer trans, 51 años)

Hacía artes marciales y lo tuve que dejar porque me daba vergüenza, entre pudor y vergüenza. Porque claro, comienzas a ser adolescente, comienzas a notar cambios en tu cuerpo, te comienzas a fijar en los chicos, tampoco quieres que los chicos te vean. Lo tuve que dejar porque me daba mucha vergüenza, mucho pudor (Mujer trans, 30 años)

Yo era muy obediente y entonces: “esto no está bien, esto no está bien”. Entonces claro, esto no está bien pero por lo que sea te descubres cogiéndole la ropa a tu madre, los zapatos, las medias, los vestidos, las cosas, y por lo que sea lo haces a escondidas porque sabes que no está bien (Mujer trans, 50 años)

Los testimonios también resaltan cómo la construcción social del género no solo afecta la identidad personal, sino que también determina las posibilidades de reconocimiento social. La forma en que la sociedad construye y define lo que significa ser hombre, mujer, o si existe una identidad intermedia entre ambas, no solo influye en cómo una persona se percibe a sí

misma, sino que también influye en cómo esa persona es vista y aceptada. En este sentido, el género no es solo una experiencia subjetiva, sino también una categoría social que habilita o restringe el reconocimiento por parte de los demás, lo que genera un doble impacto: interno, en el proceso de autodefinición, y externo, en la legitimidad social de dicha identidad. Este doble impacto remite al modelo propuesto por Link y Phelan (2001), en el que el estigma opera como un proceso relacional y estructural que produce pérdida de estatus, separación y discriminación sobre los cuerpos y apariencias no normativas:

Sí, lo que pasa es que yo también, yo qué sé, yo les pedía mucho a mis padres de que yo quería cortarme el pelo corto, que quería llevar ropa de chico y siempre mis padres era como intentando siempre llevarme al otro lado: “no, eso no puede ser”. Eso, pues no sé. Mi familia, sobre todo mis tíos: “marimacho”, “no sé qué”. Me gustaba mucho pues eso, jugar al fútbol, tal (Hombre trans, 37 años)

Y me acuerdo de ir a un restaurante y bueno, joe, de repente sin decir nada el camarero se dirigiese a nosotras como mujeres, pues para mí fue algo que me llamó mucho la atención. Fue la primera vez en que me llamaron como una mujer y la verdad es que para mí fue uno de los logros más importantes de mi vida. Fue como: “ostras, no me lo creo”. Fue como: “estoy saliendo al mundo y me están viendo como yo quiero que me vean” (Mujer trans, 40 años)

Así, dentro del proceso de autorreconocimiento, emerge de forma recurrente en los testimonios el miedo a equivocarse en relación con la propia identidad de género trans. Este miedo tendría vinculación, no solo con el autoestigma, sino también con lo que se ha denominado ambivalencia atributiva (Crocker y Major, 1989; Major *et al.*, 2002), una forma de incertidumbre internalizada que lleva a las personas estigmatizadas a dudar si su vivencia responde a un sentir legítimo o si es el resultado de estereotipos y juicios sociales. En este caso, la identidad trans se ve puesta en cuestión no solo por la experiencia interna, sino por la sospecha social que la rodea. Dicho temor no puede entenderse únicamente como una incertidumbre interna espontánea, sino que responde a un entramado de discursos sociales

que cuestionan la legitimidad de las identidades trans (Butler, 2006, 2007; Foucault, 1979, 1994, 2007b). La idea de que ser trans sea situada fuera de la norma, sigue estando presente en el imaginario colectivo, y actúa como un elemento desestabilizador que dificulta el reconocimiento interno de la identidad, y lejos de ser un proceso puramente íntimo, la autodefinición se produce en diálogo, y a menudo en tensión, con las normas sociales hegemónicas, que validan unas formas de ser y deslegitiman otras. Tal como sugiere la teoría del etiquetado (Becker, 2009), la desviación no es inherente al sujeto, sino resultado de una designación social que marca ciertas vivencias como anormales o sospechosas. Un discurso social invalidante que promueve una visión normativizada del género en la que toda desviación respecto al binarismo cisheteronormativo se presenta como sospechosa, errónea o merecedora de justificación constante. Así, las personas trans no solo deben afrontar un camino de descubrimiento de su identidad, sino también resistir las narrativas que les sitúan fuera de lo legítimo o posible. El miedo a confundirse o a no encajar es, entonces, el reflejo de esa presión por adaptarse a una estructura que sigue sin contemplar la diversidad de formas en que el género puede vivirse:

Todas las personas trans con las que he hablado, y es que sufrimos mucho de síndrome del impostor, es decir, una vez ya que he aceptado quien soy y he empezado un proceso, hay veces que se te va a venir a la cabeza la pregunta de: “¿me estoy equivocando? ¿Y si me estoy equivocando?”. En mi caso yo me hice la mastectomía el año pasado, yo llevaba sin tener síndrome del impostor, pues, bastante tiempo, estaba como bastante asentado, pero el día justo después de operarme, cuando llegué a casa y me heche a dormir, y de pronto durmiendo tenía los ojos cerrados y no pude dormir. Abrí los ojos de pronto y dije: “¿qué he hecho?, ¡me he equivocado!”. Y es una cosa que se lo he visto a todo el mundo, de hecho mi primer pinchazo también fue así, yo estaba super contento y fue “pum”. En el momento dije: “¿qué haces?” (Hombre trans, 21 años)

Este relato nos muestra, entonces, la forma en que las categorías de sexo y género han estructurado las vivencias trans, estableciendo límites sobre la misma posibilidad de existir fuera de la norma.

Dentro de este proceso de construcción y reconocimiento de la identidad trans, el hecho de ser capaces de poner nombre a su vivencia aparece en los relatos como un acto que refleja la posibilidad de existir, poniendo el valor el uso de las etiquetas. Para muchas personas trans poder nombrarse es un acto fundamental no solo de visibilización hacia el exterior, sino una manera de ubicarse y reconocerse como parte de un colectivo, una manera de existir dentro de un mundo social que históricamente ha negado o patologizado sus vivencias:

Es que al final es tan de tu propia identidad lo que sale, es súper difícil de ponerle palabras . . . , que igual ahora no las tenemos, pero dentro de unos cuantos años se normaliza más y al final el vocabulario seguirá creciendo. Según lo vas necesitando lo vas creando. Entonces yo creo que acabaremos teniendo palabras más concretas, que la gente se queja de que hacemos muchas etiquetas, pero sin las etiquetas no se visibiliza el problema. Prácticamente si no se nombra no existe y una vez normalizado da igual como lo llames (Persona agénero, 24 años)

Sin embargo, en los relatos también se percibe una ambivalencia en torno al uso de etiquetas, ya que, si bien habilitan el reconocimiento, pueden oprimir e imponer marcos normativos que reducen la complejidad de la experiencia. Desde una mirada sociohermenéutica, este conflicto revela que nombrarse es una práctica situada, una estrategia de afirmación frente al estigma, pero también un ejercicio de negociación constante con los límites del lenguaje y del reconocimiento social:

O sea como, no me voy a . . . , están muy bien las etiquetas porque al final es una manera de tú reconocerte en el grupo, en un grupo. Pero por otro lado cuando ya la tienes claro yo siento que muchas veces te encasilla. Y es como que tienes

que cumplir unos requisitos, unas normas, unas cosas que es como, no hay necesidad (Persona no binaria, 29 años)

Estas dinámicas pueden entenderse como parte de lo que Ian Hacking (2002) denomina *efecto bucle*, en el que las clasificaciones sociales no solo definen, sino que transforman a las personas clasificadas, que comienzan a verse a través de los términos en que han sido nombradas, interiorizando muchas veces los estigmas asociados. Desde esta perspectiva, las categorías no solo habilitan el reconocimiento, sino que también puede actuar como una forma de regulación identitaria, tal como plantea la teoría del etiquetado (Becker, 2009), donde la desviación no reside en el acto en sí, sino en la respuesta social que lo nombra como tal. Así, el uso de etiquetas no se limita a describir, sino que transforma la experiencia subjetiva de aquellas personas que son nombradas, produciendo nuevas formas de autopercepción (Hacking, 2002; Stryker, 1980).

1.1. La importancia de los referentes en el reconocimiento de la identidad

Uno de los aspectos más significativos que emergen del análisis de las entrevistas es el papel que juegan los referentes en la construcción y el reconocimiento de las identidades trans. Las personas entrevistadas, independientemente de su edad o tipo de familia, coinciden en señalar que durante su infancia y adolescencia carecieron de modelos positivos visibles con los que pudieran identificarse, lo que generó una sensación de confusión de su identidad de género, aislamiento y extrañeza. Esta falta de referentes está vinculada directamente con la invisibilización estructural y positiva de las identidades que se han alejado de binario de sexo y género, o, en su caso, representadas desde marcos estigmatizantes. No obstante la carencia de referentes se hace especialmente crítica en el caso de las identidades no binarias, dado que el reconocimiento social y mediático, dentro del imaginario colectivo y en los discursos institucionales, sanitarios y educativos, de estas vivencias ha sido mucho más reciente y marginal, incluso dentro del propio colectivo LGTBIQ+:

Mi idea era que, es decir: “como soy una persona trans, en lo que voy a derivar es a la prostitución”. Pero porque no tenía otro tipo de referentes en aquel momento, y todo lo que salía en la tele era para centrarse en ese aspecto [...]. De hecho fue en la universidad y a raíz de leer autores, eh, trans, fue cuando me di cuenta de que había más campo y que había más gente que era, que era trans y podía hacer otro tipo de cosas que no fuese el mundo del espectáculo o el mundo del trabajo sexual. Que no tengo problemas con eso pero que no era lo que yo quería hacer (Mujer trans, 28 años)

Y es, no sé si puede decir que es una de las mujeres más revolucionarias que hay en el día de hoy. O sea, para mí mis referentes, ya te lo digo, son Jedet, Alex Saint, maquilladora, Jedet es cantante, artista, y hace de todo, Valeria que hizo también de “La Veneno”, Daniela Santiago, bueno por ahí se mueve (Mujer trans, 23 años)

Una lectura comparada ambos *verbatim* evidencia el profundo cambio en la visibilidad y diversidad de referentes trans en los últimos años. Mientras que en el primero, los únicos referentes que reforzaban los medios de comunicación estaban asociados al trabajo sexual o al mundo del espectáculo, ofreciendo una imagen limitada y estigmatizada, en el segundo relato, casi una década después, aparecen figuras públicas trans reconocidas por su actividad artística, mediática y activista. Esta diferencia revela no solo un mayor acceso a referentes positivos y plurales, sino también un desplazamiento en las representaciones sociales, que empieza a ofrecer a las personas trans nuevos imaginarios y posibilidades para pensarse fuera del estigma tradicional. En este sentido, podríamos interpretar que la invisibilización puede entenderse como una consecuencia directa de la forma en que el imaginario colectivo ha ido construyendo lo que es legítimo o ilegítimo. No obstante, las representaciones dominantes siguen relegando a muchas vivencias trans, y particularmente las no binarias, a los márgenes de lo pensable o lo estereotipado. En este sentido, la ausencia de referentes obstaculiza la posibilidad de autodefinición, al no existir marcos culturales que habiliten el reconocimiento:

Cuando yo busqué qué es una persona no binaria me salían de nuevo, otra vez más, estereotipos de persona andrógina. Y yo decía: “es que sigo sin ser yo” [...]. Y buscando manga y anime de temática LGTB descubro un manga que se llama «Love me for who I am». Y yo lo leo, empiezo a leerlo, y el manga trata sobre una persona no binaria que es híper femenina, pero es una persona no binaria y siempre lo dice: “no soy hombre, no soy mujer, por mucho que yo me ponga mi faldita, por mucho que a mí me gusten las cosas bonitas y por mucho que yo me maquille”. Y entonces a mí eso me cambió. Y es el momento en que dije: “joder, es que aquí sí me siento representada” (Persona no binaria, 21 años)

Todavía cuesta porque es algo más allá, porque ya es de cada uno. Entiendes que un chico trans pase de ser chico o chica en el sentido de no le gusta su género, quiere ser el otro, le gusta más el otro, lo entienden mucho más, aunque sea de respetar o no, pero lo entienden mucho más fácil, es cómo: “vale, no quieres ser esto no quieres ser lo otro”. Entonces entender algo que no tiene nada que ver con eso suele costar (Persona no binaria, 24 años)

Así, los testimonios destacan que los primeros contactos con personas trans, ya fuera a través de internet, redes sociales, medios de comunicación, entornos activistas, etc., sobre todo cuando son testimonios en primera persona de perfiles no mediatizados, supusieron un punto de inflexión en sus trayectorias vitales. El acceso a esta información les permitió nombrar lo que les ocurría, resignificar su experiencia y abrir la posibilidad de repensarse como personas trans. Este hallazgo no solo contribuyó al autoconocimiento, sino también a un proceso de validación emocional y existencial:

Hasta que, bueno, un chico trans me dijo que él era un chico trans. Y ahí fue como un interruptor. Eh, pasé varios días sin poder quitarme, sin poder parar de pensar en el género, qué significaba realmente el género. Muchísima ansiedad, no fui capaz de dormir, llorando, y allí fue cuando me di cuenta de que, de que bueno, de que yo soy trans (Mujer trans, 23 años)

Sí, entonces eso, yo con 17 años fue cuando vi un documental en la tele que era de un chico trans, y a mí de verdad es que se me abrió un mundo, ¿sabes?, porque en ese instante me di cuenta de qué podía ser y que no me pasaba nada (Hombre trans, 37 años)

Este proceso se alinea con la comprensión de que las categorías sociales no solo clasifican, sino que retroalimentan a los sujetos que las encarnan, y en donde la aparición de una etiqueta transforma las formas en que las personas se piensan y se comportan (Becker, 2009; Hacking, 2002). Como señalan quienes relatan este descubrimiento, la posibilidad de verse reflejadas en otras personas operó como una guía que les permitió sentirse integradas dentro de grupo social y comprender que la vivencia respecto de su cuerpo era legítima. Asimismo, desde una perspectiva interaccionista estructural, se constata cómo las estructuras sociales delimitan los roles disponibles y posibles (Stryker, 1980). Entonces, la ausencia de referentes no es solo simbólica, sino estructural, ya que sin roles accesibles, no hay forma de encarnar la identidad trans como un posicionamiento social viable.

Sin embargo, no todos los referentes disponibles actuaron como facilitadores del reconocimiento del yo, pues, al mismo tiempo, el acceso a referentes conlleva también una toma de conciencia del estigma social que afecta a este colectivo concreto. Si el único modelo disponible es el que ha sido representado como marginal, la autoidentificación se vuelve compleja o directamente inasumible. Este punto es especialmente importante si consideramos que el estigma no solo señala la diferencia, sino que cumple funciones sociales. Uno de sus efectos es precisamente justificar la desigualdad, reforzando la identidad del grupo dominante, y delimitando los márgenes de lo aceptable (Crocker *et al.*, 1998; Lerner, 1980; Sidanius y Pratto, 1993). En este marco, la representación estigmatizada de las identidades trans actúa como un dispositivo de control que obstaculiza el reconocimiento legítimo de quienes no encajan en el binarismo normativo. En algunos casos, principalmente para aquellos perfiles de más edad, los únicos modelos accesibles estuvieron profundamente marcados por el estigma, asociados a imágenes de marginalidad, patologización o hipersexualización. En estos contextos, identificarse como persona trans se vivía como algo inasumible, ya que significaba

ocupar una identidad que había sido construida socialmente desde la desviación o la anomalía. En este sentido, el miedo a reconocerse como parte de una categoría estigmatizada puede leerse como una manifestación de la amenaza a la identidad (Major y O'Brien, 2005), es decir, el temor a verse juzgado negativamente por asumir una identidad social devaluada:

Porque obviamente antes no había referentes como ahora. El único referente que había era "La Veneno" y tampoco me identificaba con eso, porque la veía como, no sé, un personaje que no tenía nada que ver conmigo (Hombre trans, 37 años)

Pero no, no, en aquella época, estamos hablando de los años 80, no había nada en la tele y referente ni nada, pues estaba de Devora Hombres y poco más, Bibiana Fernández ya en los años 90, y cosas de esas. Entonces, vivías con la incertidumbre de: "¿qué coño soy? No soy gay, no soy un hombre, no soy una mujer, tengo pene, tengo pelo, ¿qué soy, un híbrido?, ¿vengo de Star Wars?". No sabes lo que eres (Mujer trans, 32 años)

Porque no hay referentes, porque no conoces a nadie que lo haga y, además, lo poquito que ves en la tele, pues, en aquella época... es que la palabra transexual ni, ni, ni vamos, ni se usaba, ni se existía ni nada, ¿no? Todo era maricón, y mariquita, pues claro no. Y lo poquito que empieza a haber son transformistas, espectáculos, una cosa un poquito vergonzosa, denigrante (Mujer trans, 52 años)

Para muchas personas, esto no solo generó resistencia a reconocerse dentro de esta categoría, sino que activó mecanismos de rechazo interno y retrasó el proceso de afirmación de su identidad. Encontramos, entonces, que la anticipación al rechazo puede activar estrategias de manejo del estigma, como la ocultación o el aplazamiento, lo que conecta directamente con fenómenos de autoestigma. Esta reacción se enmarca dentro de las estrategias de afrontamiento que propone la psicología social frente a situaciones de amenaza (Lazarus y Folkman, 1984; Miller y Major, 2000). De este modo, el estigma social no solo se

experimenta como una amenaza externa, sino que se internaliza y condiciona profundamente los procesos de autoaceptación.

Podríamos decir que la existencia de referentes positivos en el endogrupo fortalece la identidad grupal y la autoestima, mientras que cuando los únicos modelos disponibles están estigmatizados, se dificulta esa identificación, generando distanciamiento o rechazo hacia la propia identidad grupal (Tajfel, 1981; Tajfel y Turner, 1979). De este modo, se distingue entre referentes habilitantes como aquellos que permiten vislumbrar una identidad posible y digna, y referentes estigmatizados, que refuerzan el miedo a la exclusión y el rechazo, fortaleciendo o debilitando, dependiendo del caso, la identificación con el grupo de pertenencia (Branscombe *et al.*, 1999; Major *et al.*, 2003). Esta distinción, lejos de ser meramente simbólica, tiene efectos concretos en la vivencia trans y en el momento en que una persona decide afirmarse como tal. La presencia o ausencia de referentes, por tanto, no solo influye en la dimensión subjetiva del reconocimiento, sino también en la posibilidad material de encarnar una identidad sin tener que justificarla constantemente.

También se hace necesario remarcar cómo Internet y las redes sociales han desempeñado un papel crucial en el proceso de búsqueda y visibilización de referentes. En los relatos, estos aparecen como un espacio de descubrimiento, contención y resistencia, especialmente para quienes crecieron en entornos donde la diversidad de género estaba ausente o censurada. La posibilidad de acceder a narrativas no normativas, a testimonios reales y a comunidades digitales, permitió a muchas personas entender que su vivencia no era única, sino compartida. Estas figuras actuaron como *otros significativos*, ya que sus testimonios influyeron directamente en la construcción del autoconcepto al otorgar legitimidad a vivencias que previamente eran invalidadas, y a formas de autocomprensión antes imposibles. No obstante, su influencia no se limita a la dimensión individual de la autoimagen, sino que contribuyen también a modificar la identidad social como parte de un grupo con el que compartir sentido y pertenencia, habilitando marcos simbólicos en los que vale la pena existir (Mead, 1973 [1934]):

Claro, es que no tienes referentes, no sabes de nada, no había internet, ¿eh? Esto es muy importante, que internet, parece que no pero ha sido usar internet... De hecho encontraba, yo empecé a buscar gente como yo (Mujer trans, 50 años)

Mi inmersión en YouTube, en las redes sociales y demás, me hizo conocer experiencias ya más concretas, ¿no? De personas que grababan su transición día a día, veías cambios, así, más objetivos, ¿no? Más que te hacían saber que si tú pues te identificabas como hombre o lo decías, ¿no?, por decirlo de alguna manera, podías optar a ese proceso (Hombre trans, 25 años)

De esta manera, los referentes han cumplido una función ambivalente para el colectivo trans, en función del contexto en el que aparecen, de la visibilización que tienen, y del discurso que los enmarca, pudiendo ser el motor del reconocimiento de su identidad trans o una barrera que lo obstaculiza. Su presencia, o su ausencia, está mediada por el estigma, que actúa como una fuerza estructurante en la forma en que las personas trans acceden a la comprensión de sí mismas.

2. La interiorización de los discursos institucionales y legales en la construcción del estigma

Los relatos analizados reflejan, de forma reiterada, cómo la institucionalización de las narrativas trans, su consideración como trastorno mental, y su desarrollo a partir de los discursos médicos y legales, ha tenido un papel central en la construcción de un estigma social e interiorizado, pues, lejos de limitarse a acompañar los procesos de transición, estas instituciones han funcionado como dispositivos de control y validación externa, condicionando tanto los tiempos como las formas en que cada persona puede construir su identidad (Mas Grau, 2017). Este marco, que ha impuesto un recorrido obligatorio para acceder a derechos básicos como el cambio de nombre o la atención sanitaria, ha devenido en un estigma social inducido desde las mismas instituciones, una práctica que también ha sido conceptualizada

como estigma estructural (Link y Phelan, 2001), si bien este estigma estructural podríamos relacionarlo más con el proceso de estigmatización que con el propio estigma (Miric *et al.*, 2017):

En auxiliar de clínica conozco [por la definición de un libro] la transexualidad. Y repito, como enfermedad psiquiátrica crónica e irreversible en la que el sujeto se cree del sexo contrario al que le corresponde, e intenta actuar y vivir una vida acorde a esa identidad. Sin más. O sea, es una un trastorno, es una enfermedad y nada, pues solo tiene dos curas, una, te suicidas, tú misma o, eh, pues lo que años después empiezo a descubrir a través de ciertos documentales (Mujer trans, 46 años)

Uno de los elementos más persistentes en los relatos es la necesidad de atravesar procesos de legitimación médica para que la identidad sea reconocida no solo legalmente, sino también a nivel social. En la línea de lo que afirma Butler, la obligatoriedad de pasar por diagnósticos psiquiátricos, informes psicológicos o tratamientos hormonales supervisados por especialistas no solo ha limitado la autonomía de las personas trans, sino que ha reforzado la idea de que su identidad es una anomalía que debe ser evaluada y corregida (Butler, 2006). Si bien es cierto que no se asume una identidad patológica explícita, sí se adopta un lenguaje médico – la disforia— para referirse al malestar:

Llego a mi primera cita con el doctor Becerra. Entonces llega y me dice: “Bueno, a ver”. Me hace unas preguntas, pero nada, tampoco te creas que fueron preguntas.... Y me dice: “Pues sí, tienes disforia de género” (Mujer trans, 28 años)

Entonces, después yo les empiezo a contar de que siempre he tenido disforia con mi cuerpo, y que hubo una época en la que yo hacía mucho ejercicio y aunque estaba en forma, pues no me gusta mi cuerpo (Mujer trans, 21 años)

Me ofrecieron hacerme la cirugía de reasignación sexual, que de momento no estoy interesada, porque estoy bien, no tengo disforia con mis genitales de momento (Mujer trans, 32 años)

Si me gustaría tomar testo pero sobre todo por la voz, tengo bastante disforia (Persona agénero, 25 años)

A efectos de autoestigma, se refuerza especialmente la visión del *modelo social-cognitivo del autoestigma*, el cual ha planteado que la interiorización de estas narrativas ocurre cuando las personas asumen los prejuicios y estereotipos negativos que circulan en torno a la enfermedad mental, generando efectos psicológicos y sociales que inciden directamente en su autopercepción (Michaels *et al.*, 2012; Rüsç *et al.*, 2005). En este sentido, el estigma ha operado a través de protocolos que exigen una narrativa concreta, frecuentemente ligada al relato del cuerpo equivocado que señalan varios autores (Missé, 2013; Missé y Coll-Planas, 2010), en donde una persona reconoce que ha nacido con un cuerpo que no corresponde a su verdadero género, o al reconocimiento temprano de la identidad, para acceder a derechos básicos como el cambio de nombre, la hormonación o las cirugías:

Y ahí, en aquella época, tú tenías que estar 2 años con un tratamiento psicológico. Que el tratamiento psicológico consistía en algunas preguntas. Me decía el psicólogo que si mi padre me pegaba. Y yo digo: “pero ¿usted es subnormal?”. Yo soy muy bruta. Digo: “¿usted es subnormal?”. Digo, “¿usted crees que por un cachetito que mi padre me ha dado me quedo así de gilipollas?” (Mujer trans, 33 años)

Acorde con diversas perspectivas, muchos testimonios señalan cómo estos marcos normativos han generado malestar, frustración o sensación de exclusión cuando sus trayectorias no se ajustaban a los estándares establecidos (Butler, 2006; Coll-Planas y Missé, 2014; Garaizabal, 1998; Missé, 2013; Nieto, 1998, 2008). La exclusión se hace especialmente manifiesta en el caso de personas no binarias, cuya vivencia queda a menudo fuera de los

marcos legitimadores predominantes. Esta inseguridad se ve alimentada por un sistema médico y social que establece criterios para definir quién puede ser reconocido como trans, generalmente asociados a modelos binarios y a una supuesta trayectoria ideal de descubrimiento de su identidad. De este modo, se produce una doble estigmatización, por un lado, por salirse de las expectativas de género normativas, y por otro, por no ajustarse a la narrativa hegemónica de lo que significa ser trans. Esta posición intermedia para muchos sectores sociales, médicos o incluso dentro del propio colectivo LGTBQ+, genera inseguridad, aislamiento y una necesidad constante de justificar la propia identidad. Es decir, las clasificaciones institucionales no solo nombran o actúan como una tecnología de poder que identifica una desviación, sino que también influyen en la construcción de la identidad del sujeto etiquetado (Becker, 2009; Hacking, 2002):

Yo me escucho muy femenino para mi gusto, y sé que con la testo baja, entonces me la tomaría una temporada hasta que bajara [...]. Aunque ahora está el tema también de eso, tengo que hacerme pasar por un chico trans, pero lo siento, no quiero mentir a nadie sobre mi identidad para que me den unas pastillas, o un pinchazo o lo que sea. No contemplan el no binario. Igual el no binario sí, pero no saben cómo gestionarlo (Persona agénero, 25 años)

Conozco a una persona no binaria aquí en Bilbao que eso, se quería hacer la mastectomía por la unidad de género y no le han dejado porque es una persona no binaria, o sea, le han dejado avanzar muchas cosas, porque testo y eso toma, pero a la hora de la mastectomía, por ejemplo, no, ahí ya le han puesto el freno. Entonces esta pues, eso, recaudando dinero para hacerlo por la privada. Tengo otra amiga en Madrid que esta con lo mismo, por la pública no le hacen, tiene que ir por la privada (Persona no binaria, 31 años)

Aunque todas las personas entrevistadas rechazan frontalmente la patologización de las identidades trans y la asociación con trastornos mentales, sus relatos muestran que la lógica de validación médica sigue fuertemente interiorizada en algunos de los casos, alejándose de

la autodeterminación de género contemplada en las leyes más actuales. El hecho de haber tenido que pasar por evaluaciones psicológicas o recibir un diagnóstico de disforia de género para acceder a tratamientos o a un reconocimiento legal ha contribuido a consolidar la idea de que es necesario demostrar estabilidad, coherencia y sufrimiento para que su identidad sea legitimada. Esta asunción, lejos de desaparecer con la crítica al modelo biomédico, sigue operando de forma sutil como una forma de autoexigencia, que refuerza la idea de que solo algunas trayectorias, las más normativas, merecen reconocimiento social e institucional. En este sentido, se hace visible la paradoja que plantea Butler (2006), al señalar que, si bien la clasificación diagnóstica implica una forma de patologización, muchas personas trans necesitan acogerse a ella para acceder a recursos sanitarios, legales o sociales, reproduciendo así los marcos de poder que buscan subvertir:

Yo conté con los psicólogos que me iban guiando de poco a poco como hacer los pasos, y por eso creo que es tan importante contar con psicólogos, porque te ayudan y saben un montón. Han tenido un montón de casos y saben decirte lo que debes de hacer, se han debido de encontrar con absolutamente todo tanto para bien como para mal y tienen una experiencia que nadie tiene. Al final tratan con todas las personas trans, entonces la experiencia que tienen es increíble. A mí me dicen que mi transición es de libro, porque la hice muy bien, la hice muy muy despacio (Mujer trans, 40 años)

Sí, al final como ellos lo hacen, que es ahora lo que está cambiando con la ley trans, sepan que no es algo que hay personas trans que nacen con ellos y otras que como todo en la vida que se creen que son trans o que tal, y ha pasado y hace mucho daño a la comunidad trans que salga en los medios una persona trans que dice; “pues me he equivocado”. Es como: “no, si eres trans no te equivocas, si eres trans eres trans, lo que ha pasado es que a lo mejor has creído que eres algo y al final no es así”, ¿sabes? Y eso al final hace mucho daño porque la gente se cree que ser trans es una decisión y eso no es así (Mujer trans, 45 años)

Los relatos también evidencian lo que Link y Phelan (2001) entienden por estigma estructural, por cómo las instituciones reproducen formas de exclusión que, aunque no siempre se expresan abiertamente, operan mediante obstáculos burocráticos, negligencia o desconocimiento, y que dificultan el acceso a tratamientos o trámites administrativos. Las diferencias entre comunidades autónomas, la falta de formación del personal sanitario y administrativo, y la presencia de prejuicios institucionales, ya sean explícitos o velados, son aspectos que se repiten en los relatos. Muchas personas describen experiencias de trato deshumanizado, retrasos injustificados o arbitrariedades a la hora de acceder a los recursos que están garantizados por ley. Esta experiencia institucional de exclusión no solo vulnera derechos, sino que además puede incrementar el autoestigma y la percepción de que la identidad trans sigue siendo vista como un problema a gestionar:

Y bueno, esta psicóloga sí que me dice si estoy segura de lo que voy a hacer, porque no es plan que yo ahora empiece un proceso y que se invierta en mí dinero público para un tratamiento y para unas cirugías, si luego me voy a suicidar. Entonces, que si estoy segura de lo que estoy haciendo y no voy a suicidarme después de hacer el tratamiento. Yo me había suicidado dos veces y eso está en mi historia clínica (Mujer trans, 46 años)

Y hay médicos que no lo saben, no tienen ni idea. Y les llega un chico trans y les dice: "Mira que me quiero hacer una mastectomía", "¿Pero tienes un problema en los pechos?", "No, pero hay que intentarlo porque soy un chico trans", "Mira, no te puedo dejar hacerlo". Luego va la asociación y les dice: "Mira, es que este es el protocolo", y dicen: "Ah vale, entonces sí". O sea, pero simplemente es desconocimiento (Mujer trans, 40 años)

Y, y entre medias de eso pues tuve mi cambio de nombre en el DNI y tal. Una incompetente la tía, la verdad. Porque además, cuando le dije que me llamaba [nombre] y tal como que se me empezó a hacer preguntas como innecesarias:

“pero ¿y qué significa?, ¿sabes que no te puedes poner cualquier nombre?, ¿sabes que no sé qué?” (Persona no binaria, 24 años)

Además, que los cuerpos trans se vean con frecuencia obligados a ajustarse a modelos corporales normativos, especialmente en lo que respecta a la hormonación o a las cirugías, para alcanzar un reconocimiento social más amplio, evidencia cómo el discurso médico no solo opera como mecanismo de validación legal o clínica, sino también como reproductor de los estándares cisnormativos que marcan qué cuerpos son considerados aceptables (Missé y Coll-Planas, 2010; Platero, 2014):

[respecto del cambio de sexo en el DNI] No, deja. O sea, entró la ley a Madrid pero en Andalucía esto no está vigente. Tengo que entregar unos papeles en los que demuestre que llevo 2 años en testosterona. Y es como: “uf, 2 años” (Persona no binaria, 24 años)

El miedo a equivocarse o la desconfianza de no saber si lo que están sintiendo es real respecto a la propia identidad de género, tampoco puede desligarse del discurso médico que históricamente ha situado la condición trans bajo el prisma de la sospecha y la patología. Durante décadas, los marcos clínicos han exigido a las personas trans una narrativa coherente, lineal y temprana para acceder a un diagnóstico o a tratamientos médicos, reforzando la idea de que cualquier duda, cambio o ambivalencia deslegitima su vivencia. En este contexto, la autodefinición no se construye solo desde el sentir interno, sino también bajo la presión de cumplir con los criterios que validan una identidad trans auténtica. Este miedo, puede generar un malestar que revela tanto procesos de ambivalencia, que lleva a cuestionar la legitimidad de la propia vivencia ante criterios clínicos externos frente a su propio deseo de ser (Crocker y Major, 1989; Major *et al.*, 2002), como a configurar la identidad como una amenaza a su identidad social, al anticipar la pérdida de reconocimiento social (Major y O'Brien, 2005). En cualquier caso parece también clara la presencia del autoestigma al interiorizar la idea de que existe algo erróneo en la propia identidad con lo que le cuesta identificarse (Goffman, 1970; Michaels *et al.*, 2012; Rüsç *et al.*, 2005).

A ello se suma el temor, ampliamente extendido en los testimonios, a iniciar un proceso cuyos cambios físicos se perciben como irreversibles o difíciles de revertir. Esta percepción de que el tránsito implica un punto de no retorno intensifica el miedo a equivocarse, ya que cualquier paso dado parece exigir un grado absoluto de certeza. De este modo, el discurso médico contribuye a que muchas personas internalicen la idea de que deben estar completamente seguras de quiénes son antes de dar cualquier paso, transformando el miedo a equivocarse en un síntoma del estigma social. No se trata, por tanto, de una duda inofensiva, sino de un efecto directo de haber sido históricamente obligadas a justificar su existencia ante los ojos de un sistema que desconfía de su vivencia desde el inicio:

Sí, sí, es verdad que bueno, cuando fui por primera vez al endocrino eso era: “buenas tal, sí, eres un chico trans, no sé qué”, y me daba un bloque de folios con todos los efectos secundarios que podía tener el tratamiento con testosterona y se ponía: “¿sabes qué si haces esto no vas a poder tener hijos? ¿verdad?”. Y yo en plan: “claro”. Y, “¿sabes que vas a perder todas tus facultades femeninas?”. Y yo, en plan: “claro”. “¿Sabes que te va a cambiar la voz?” Y yo, en plan: “vamos a ver, ¿para que he venido aquí, señor?” (Hombre trans, 20 años)

No es ninguna decisión, es lo que siempre he intentado transmitir al mundo ¿no? Que no es ningún capricho, ninguna decisión, no es que hoy me levante y quiera ser una mujer, yo he transicionado tarde, por mis motivos, pero vamos que no es ningún capricho (Mujer trans, 40 años)

Sinceramente en la segunda sesión ya pedí hablar con el doctor de la testosterona para llevarme la información, y si hubiese sido por mí me hubiese empezado a pinchar en ese mismo momento, pero mi familia no estaba preparada. Yo tampoco. O sea, yo estaba muy seguro, pero en el fondo seguía teniendo ese miedo de: “y esto, ¿si me lo estoy inventando y pasa un mes y de repente quiero volver a vestirme de chica, y me empieza a cambiar la voz?”. Y yo qué sé (Hombre trans, 27 años)

En definitiva, los relatos recogidos muestran cómo el discurso institucional ha tenido un impacto profundo en la vivencia de las personas trans, no solo como un obstáculo externo, sino como un entramado que incide directamente en sus procesos de autodefinición, reconocimiento y acceso a derechos. Este entramado, al mismo tiempo que ofrece posibilidades materiales de transición, también delimita los márgenes de lo posible, generando exclusiones, desigualdades y sufrimientos que se viven en primera persona.

3. La interacción social como escenario cotidiano de la vivencia del estigma

En este apartado nos vamos a permitir explorar cómo el estigma se despliega en la interacción social (Crocker *et al.*, 1998; Goffman, 1970; Jones *et al.*, 1984; Stafford y Scott 1986), marcando los cuerpos, regulando los comportamientos y condicionando las trayectorias vitales de las personas trans. Encontramos también cómo estas experiencias tienen un fuerte impacto emocional y en la autoestima, que configura formas de habitar el mundo social que están atravesadas por la anticipación del rechazo, la necesidad de vigilancia constante y la negociación continua entre visibilidad y seguridad (Crocker y Major, 1989; Goffman, 1970; Major *et al.*, 2002; Major y O'Brien, 2005). Por eso, cuando se habla del sufrimiento dentro del colectivo trans, nos damos cuenta de que no podemos partir de una mirada individualizante, sino de una comprensión situada del estigma como una práctica relacional que opera de forma transversal, que reproduce jerarquías de género y limita la posibilidad no solo del acceso a derechos, sino de existir fuera del marco cisnormativo:

Dicen que la transición no se elige la fecha, sino es la necesidad de ella la que te fuerza a salir, y en la época que yo me tocó vivir, las salidas, o yo no las veía, o eran muy escasas, o las dos cosas. A pesar de ser escasas no todas eran con posibilidades vitales a largo plazo, y entonces pues bueno, lo pones en valor. Aunque me reconozco mujer desde el minuto uno que nací, bueno, pues la sensación de vivir atrapada, el mismo cuerpo bloquea estas (Mujer trans, 59 años)

Precisamente, una de las consecuencias más extremas del estigma es la dificultad de sostener una vida fuera de ese marco cisnormativo, debido a la acumulación de experiencias intensas de rechazo y sufrimiento derivadas de la exclusión cotidiana en diferentes ámbitos, como el afectivo, el familiar, el institucional y/o el social. Este tipo de interacciones, repetidas y persistentes, pueden desembocar tanto en pensamientos como en intentos de suicidio. La imposibilidad de habitar el mundo social sin temor, sin la constante vigilancia sobre el cuerpo o sin ser objeto de múltiples violencias, puede generar una sensación de vulnerabilidad que limita profundamente la posibilidad misma de existir. En estos casos, el estigma deja de ser un mero condicionante simbólico para convertirse en una amenaza directa a la continuidad de la vida, lo que exige una comprensión estructural del sufrimiento como fenómeno producido socialmente:

Fue desde finales de 2015 hasta 2016, desde noviembre hasta junio, estuve al borde de suicidarme unas cuatro o cinco veces, sin exagerar. Cinco, más bien. Porque era en plan, siempre estaba depre, no sabía cómo superarlo, no sabía cómo tirar hacia delante, ni siquiera sabía cómo luchar, ni dónde apoyarme, ni dónde buscar ayuda, ni cómo empezar (Mujer trans, 27 años)

Pues bueno llegas a un punto que ves que puede más el hecho de estar sufriendo, y lo de la disforia, y todo eso, que llevar una mentira, ¿sabes? Porque es muy fácil tirar para adelante, no ver nada más, ser como el resto y ya está, pero bueno es que yo he tenido momentos de muy muy en la mierda, de pensar en, y de hecho, intentar suicidarme (Hombre trans, 37 años)

Y como yo, hasta ese momento de mi vida he aguantado carros y carretas, lo que quiero decir es que he sufrido muchísimo, y parte del sufrimiento que he tenido me ha llevado incluso al suicidio, a querer poner fin a mi vida y mi existencia (Mujer trans, 46 años)

3.1. Vivencia del estigma en los círculos cercanos: entre la validación de la identidad y la reproducción normativa

La familia y los grupos de iguales ocupan un lugar privilegiado en los procesos de construcción de la identidad, pues son redes afectivas en donde pueden configurarse condiciones materiales para la expresión del yo. Desde un enfoque interaccionista, estos vínculos cercanos pueden ser entendidos como espacios de construcción de la identidad mediados por marcos de referencia, es decir, estructuras cognitivas y culturales que regulan qué formas de ser son reconocidas como legítimas en un determinado entorno (Goffman, 1970, 2006).

En los relatos analizados, la familia emerge como un espacio profundamente contradictorio en la experiencia de las personas trans, y que si bien puede constituirse como un entorno de apoyo, afecto y acompañamiento, también puede operar como un escenario de reproducción del estigma social, o puede estar cargado simultáneamente de reconocimiento y de rechazo, de cuidado y de control. Lejos de ser una esfera privada y aislada, la familia actúa como intermediaria entre las normas sociales y la subjetividad de quienes la integran, lo que la convierte en un lugar privilegiado para observar cómo se internalizan y perpetúan los discursos hegemónicos sobre el género:

Primero salí del armario como chico gay. Mis padres se pensaban que habían hecho algo mal, cogieron una semana de depresión y todo, pensando que era culpa suya [...]. Mi padre ya me dijo que si hacía el cambio en aquella época en casa, que él se iba de casa. Y claro, pues yo me sentía en parte culpable y no quería romper el matrimonio de mis padres. Entonces, ¿qué pasó? Pues bueno, me lo reprimí y, y intenté hacer estudios, ser auxiliar de farmacia, tampoco pude hacerlo porque me sentía muy mal conmigo misma, no podía (Mujer trans, 30 años)

Desde el momento que yo me di cuenta que era un chico trans, ya decidí automáticamente un tratamiento hormonal. Fue como que me dio en la cara

cuales eran, de donde venían mis problemas de autoestima, todas esas cosas. Entonces dije, pues bueno, yo se lo presenté así a mis padres, les dije: “mira, soy un chico trans y quiero empezar un proceso de hormonación, no sé si vosotros estáis de acuerdo con esto pero yo lo voy a hacer, porque yo soy mayor de edad, voy a ir al médico y voy a decírselo me digáis lo que me digáis”, en plan, yo lo tenía así y dije: “lo que sea”. Lo que pasa es que tuve mucha suerte y los dos dijeron: “pues vale” (Hombre trans, 21 años)

Las dinámicas familiares se construyen y reconstruyen en el marco de interacciones cotidianas, cargadas de significados que pueden funcionar como mecanismos simbólicos de validación o silenciamiento de las identidades trans. En este último caso, no tiene por qué tratarse de violencias explícitas, que también las hay, sino de formas de invalidación sutil que desautorizan la experiencia vivida, en donde el vínculo con una persona estigmatizada se convierte en fuente de tensión y potencial deshonra para el grupo de pertenencia:

Que, pues bueno, mi madre estaba molestísima, y yo le tuve que dar entender porque, cuando mis padres, básicamente, la primera vez que me salgo del armario ellos básicamente me ignoran, no me toman en serio, yo pegué una depresión tremenda que me intenté suicidar (Mujer trans, 38 años)

Mis padres con la desesperación, y cuando se lo dije básicamente se lo tomaron muy mal, al grado que me obligaron a escribirles un nombre de quién lo sabía, porque lo que les molestaba no es que yo fuese trans, eso daba igual. Daba igual lo que fuese yo, lo que importaba era lo que pensaban los demás de mí y que la gente se enterase de eso (Mujer trans, 21 años)

Esta tensión familiar también puede explicarse, siguiendo a Goffman (1970), como el resultado de una discrepancia entre la *identidad social virtual* y las expectativas previas que el grupo familiar proyecta una persona, y la *identidad social real* que emerge cuando se revela una vivencia trans. En estos casos, la identidad trans puede percibirse como una amenaza

simbólica al estatus del grupo, lo que activa mecanismos de invalidación o silenciamiento. Esta reacción se vincula con la dimensión que Jones *et al.* (1984) denominaron peligrosidad del estigma, en tanto que la persona estigmatizada es interpretada como potencialmente desestabilizadora del orden familiar, ya sea por temor al juicio externo o por el efecto que puede tener en la imagen social del grupo.

En este sentido, la identidad trans no se vive únicamente como un asunto individual, sino como una amenaza al prestigio familiar o a su imagen pública. Esta lógica de control simbólico sitúa a la persona trans en un lugar incómodo, donde su identidad se transforma en algo que debe ser escondido por el supuesto bien común. A nivel interaccional, esto se traduce en silencios prolongados, evasión de conversaciones significativas, resistencia a utilizar el nombre o pronombres correctos. En definitiva, unos gestos que aunque puedan parecer aparentemente neutros, tienen efectos concretos sobre la autoestima, el reconocimiento y el bienestar de la persona trans, ya que dificultan la afirmación plena de su identidad en el entorno más cercano y emocionalmente relevante.

Pero es cierto que la familia no solo reproduce el estigma social, sino que también lo resignifica. En algunos casos, las actitudes de rechazo iniciales pueden transformarse con el tiempo, en la medida en que se generan nuevas interacciones, se incorporan otros relatos o se modifica el imaginario sobre lo que significa ser trans. Este cambio puede leerse como un desplazamiento de los marcos de interpretación predominante (Goffman, 2006), en donde el entorno familiar reestructura su comprensión del género y resignifica el atributo inicialmente considerado desacreditador:

Ahora, bien. Al principio nada bien, de hecho al principio me dijo mi padre que por qué se lo conté. Estuvimos en el coche de camino a casa porque venía de la universidad cuando se lo conté. Y me dijo: “¿por qué no te esperas a que me muera y entonces cambias?”. Y dije: “bueno, vale, supongo”. Pero luego estuve pensando de: “¿y si te mueres con 40 y muchos años? Yo no quiero estar más tiempo sin poder hacer absolutamente nada. ¿Por qué tengo que esperar a que

la gente se muera?”. Luego mi padre se arrepiente, ¿eh?, me lo dice muchas veces, pero es eso (Mujer trans, 27 años)

Al mismo tiempo, también emergen relatos donde la familia ha actuado como un lugar de contención, acompañamiento y afirmación. Algunas personas entrevistadas destacan el rol fundamental de ciertas figuras familiares que les brindaron apoyo emocional desde el inicio o tras un proceso de comprensión. Este tipo de respaldo, aunque no siempre generalizado a toda la familia, permite a la persona trans construir una identidad más sólida y menos expuesta a la invalidación constante del entorno. En estos casos, la familia actúa como un escudo frente al estigma social, facilitando la expresión libre de la identidad de género y reforzando la autoestima:

Durante todo el proceso estoy muy agradecido de mi madre, es una persona que, cuando empecé el tema de los médicos y todo eso, es una persona que intentaba, una persona extrovertida, vale, muy extrovertida, muy habladora, muy que se busca muy bien las habichuelas, y es como que intentaba siempre convencer a los médicos a tal, para que me diesen cita antes de tiempo (Hombre trans, 20 años)

Esta flexibilidad muestra que el vínculo familiar no está predeterminado, sino que puede ser un terreno de disputa, por tanto, el papel de la familia en la experiencia del estigma no puede reducirse a una dualidad entre aceptación o rechazo. Más bien se configura como un espacio en tensión, donde se negocia constantemente el derecho a existir, a ser nombrado y querido, en un contexto donde lo que se pone juego es la posibilidad misma de habitar una identidad reconocida como legítima. Esto se alinea con los modelos de afrontamiento del estigma donde el acceso a apoyos sociales actúa como factor amortiguador que reduce el impacto del estigma en la salud mental y emocional (Crocker y Major, 1989; Major *et al.*, 2003; Major y O'Brien, 2005; Miller y Kaiser, 2001).

Así, el apoyo familiar también se configura como uno de los factores más determinantes en la protección de la integridad y la autoestima de las personas trans. Al ser el primer espacio donde se articulan las categorías de género, la familia actúa como mediadora entre el orden social y la subjetividad emergente. Cuando existe apoyo (total o parcial) se generan condiciones para un desarrollo de la identidad más seguro, en el que la persona puede explorar, nombrarse y afirmarse con menor carga de estigma internalizado. Por el contrario, cuando la familia opera como agente de negación, se intensifican los efectos del estigma social, dando lugar a experiencias de aislamiento, culpa o autoexclusión. Este proceso puede entenderse a la luz del modelo de ambivalencia atributiva, según el cual el estrés, la baja autoestima o el deterioro del autoconcepto en personas estigmatizadas dependen en gran parte de cómo se interpretan las causas del rechazo o del fracaso (Crocker y Major, 1989; Major *et al.*, 2002). En este sentido, la familia, al actuar de forma temprana como un *otro significativo* (Mead, 1973 [1934]), adquiere un papel central en la forma en que se articulan estas atribuciones. Su apoyo puede reforzar una lectura estructural del malestar y proteger la autoestima, mientras que su negación contribuye a la internalización del estigma y a una lectura individualizante del sufrimiento.

Más allá del entorno familiar, el círculo de amistades aparece en numerosos relatos como un espacio clave para la validación y el reconocimiento de la identidad, pues en ellos muchas personas trans encuentran el primer entorno donde pueden expresarse con mayor libertad, experimentar con su nombre, su imagen o sus pronombres, y ser leídas sin juicio, y ofrecen, en ocasiones, un margen mayor para ensayar la identidad. Desde una perspectiva interaccionista, estos espacios actúan como escenarios donde la subjetividad se construye y se afianza mediante la interacción. Poder ser nombrado en los propios términos, sin correcciones ni cuestionamientos, constituye una forma de afirmación que tiene un impacto directo en la autoestima y en el sentimiento de pertenencia:

Mis amigos, cuando empecé a no poder volver al modo chica, ellos me dijeron, y eso ayudó mucho: “con nosotros prueba, si quieres, nos lo dices y te tratamos de chico siempre, y prueba a vivir así, a interactuar, digamos con gente, así, a ver

si te sientes mejor o peor, o te da igual". Y yo con mis amigos salí antes, digamos, porque no hacía falta que, que, tener passing, digamos, yo me podía presentar con vestido y me seguían tratando bien, como chico (Hombre trans, 27 años)

Nuevamente, se confirma el enfoque interaccionista, en donde la identidad no se constituye en aislamiento, sino en un marco de relaciones significativas que devuelven una imagen socialmente situada del yo (Goffman, 1970; Mead, 1973 [1934] ; Stryker, 1980). Al igual que la familia, el grupo de amistades se puede constituir en un *otro significativo*, cuya aceptación o reconocimiento influye directamente en el autoconcepto de la persona. Así, estos espacios favorecen la afirmación de la identidad y amortiguan los efectos del estigma, al permitir resignificar atributos antes vividos como desestabilizadores o ilegítimos (Goffman, 1970; Major y O'Brien, 2005; Smith, 1991).

No obstante, esta validación no está garantizada. Algunos relatos evidencian que el rechazo o la incompreensión también pueden surgir dentro de estos espacios, especialmente cuando el grupo carece de herramientas o sensibilidad hacia la diversidad de género, dejando a la persona en una situación de vulnerabilidad ante el estigma:

Todo este rollo me fue como, eso, fue un momento de un shock bastante, bastante fuerte para mí y para la gente también, porque muchos amigos míos en ese momento me dieron de lado, ¿sabes?, gente que sabía que me dedicaba a la prostitución y les daba igual (Mujer trans, 28 años)

Aun así, cuando el grupo de iguales opera como un entorno seguro, puede contrarrestar, y en ocasiones reparar, parte del daño producido por el estigma en otros ámbitos. Es decir, al igual que el familiar, este puede ser un espacio ambivalente, en donde la validación parcial o ambigua puede generar dudas sobre la legitimidad de la propia identidad, afectando la autoestima. En cambio, cuando el grupo actúa como espacio seguro, funciona como una protección frente al estigma (Crocker y Major, 1989; Major *et al.*, 2002).

3.2. El trabajo como espacio de reconocimiento negado

El trabajo no es solo un medio de subsistencia, sino un espacio de reconocimiento social, pues tener empleo permite el acceso a derechos, estabilidad y autonomía, proporciona relaciones sociales e implica beneficios psicológicos (Jahoda, 1987). Sin embargo, para muchas personas trans, el ámbito laboral es una de las principales fuentes de violencia simbólica, y a partir del cual emergen los testimonios en donde lo colocan como uno de los escenarios más significativos que reproduce el estigma, reflejando múltiples niveles de exclusión, desde la imposibilidad de acceder a determinados puestos hasta formas más sutiles, pero persistentes, de marginación dentro del propio entorno laboral. Estas dinámicas pueden leerse como manifestaciones claras, además fruto del estigma como atributo, también del proceso de estigmatización descrito por Link y Phelan (2001), que tiene lugar a partir de la identificación y etiquetado de una diferencia, la asociación de esa diferencia con atributos negativos, la separación simbólica entre “nosotros” y “ellos”, y, finalmente, la pérdida de estatus acompañada de discriminación. El ámbito laboral, en este sentido, opera como un escenario privilegiado donde estas dimensiones se materializan de manera habitual, negando el reconocimiento social pleno a quienes se alejan del marco cisnormativo:

Yo he buscado trabajo siempre. Y yo empecé buscar trabajo cuando no tenía ningún papel cambiado ni nada. Entonces, yo llegué a trabajar un par de veces. En Madrid, sí. Empecé a buscar en varios trabajos, trabajé para una marca de bolsos y cuando se dieron cuenta que era trans me echaron, y trabajé también para el Corte Inglés y me echaron. Pero bueno, pero nunca he trabajado para nadie como tal, entonces yo siempre he trabajado para mí. Entonces, una de las filosofías que tengo yo, como empresa, es que el 90% en plantilla son personas trans (Mujer trans, 33 años)

Así, lejos de ser un espacio neutral, encontramos que el trabajo actúa como un dispositivo de normalización, donde se exige no solo productividad, sino también adecuación a un imaginario cisnormativo y una conformidad con los códigos de género que regulan los cuerpos. Esta expectativa genera múltiples formas de exclusión, tanto explícitas como implícitas,

manifestándose en la dificultad para ser tratadas con el nombre o los pronombres correctos, en la reticencia a reconocer sus competencias profesionales o en el cuestionamiento constante de su legitimidad para ocupar determinados roles. Desde la teoría de los marcos, y sabiendo cómo se reproduce el estigma (Goffman, 1970, 2006), el entorno laboral puede entenderse como un espacio en el que rigen marcos de género normativos, que organizan las expectativas de comportamiento y reconocimiento, definiendo qué identidades son interpretadas como legítimas y cuáles como desviadas:

Y encuentro un trabajo en un Centro Especial de Empleo... , como maquinista de máquinas de logística, de estas de subir y bajar pallets. Para una campaña. Cuando acaba la campaña yo le digo al jefe de personal: “¿Cuándo acaba para empezar a buscar?”, “No, no busques que te quedas”. Esto con cincuenta y seis años, y que con cincuenta y seis años te hacen fija. Digo: “bueno”. Ahí ya llevaba parte de la transición hecha, no era visible, todavía no lo había dicho, pero bueno, a raíz de eso empiezo a hacerlo. Y en un principio: “Bueno, cuando tengas el cambio de nombre lo hacemos efectivo. Cuando tengas el cambio de género te dejamos entrar en los baños”. Toda esta parafernalia. Surge la pandemia, al final cojo una incapacidad temporal, larga, y de momento seguía en la empresa sin más. Me incorporo, y antes de acudir al trabajo me dicen que no vaya, que coja las vacaciones. Cojo las vacaciones y en el último día que acababa me llega la carta de despido, que ya no cuentan conmigo, que pero vamos, soy la misma persona que habían hecho fija con cincuenta y tantos años (Mujer trans, 59 años)

Uno de los elementos más relevantes en los relatos analizados es el miedo persistente a ser identificadas como personas trans en situaciones de interacción directa en contextos donde su identidad no ha sido previamente comunicada. Este temor se intensifica en momentos concretos, durante una entrevista de trabajo, o cuando deben presentar su documento de identidad y se produce un desajuste entre el nombre legal y la identidad de género. En ese gesto aparentemente corriente se condensa una tensión en la identidad profunda al exponerse ante la mirada de otra persona y quedar sujetas a su interpretación. Ante esta tesitura, algunas

personas entrevistadas relatan haber evitado activamente presentarse a ofertas laborales, principalmente cuando aún no habían modificado legalmente su nombre, para no enfrentarse a ese momento de revelación forzada, anticipando miradas que cuestionen su legitimidad. Otras, aunque finalmente deciden pasar por el proceso, lo hacen con una carga de ansiedad, esperando el juicio del entorno. Incluso en los casos en que no se produce una reacción negativa, el temor previo ya ha generado una forma de autocensura o vigilancia que afecta a su bienestar:

Me dijo mi jefe: “¿Me puedes pasar tu DNI y tu número de afiliación a la Seguridad Social?”. Y yo: “Sí”. Y yo: “Hala, qué miedo, a lo mejor le voy a decirle que soy una mujer trans”. Y yo decía: “No se lo voy a pasar”. Y yo decía: “Lo dejo colgado y a tomar viento”. Y dije, yo: “mira, a tomar por culo. Y le paso el DNI y el número de la Seguridad Social, y si no me quieren pues tomar por culo”, ¿vale? Ya. Se lo pasé No me dijo nada. Y sin problema. Y para adelante (Mujer trans, 23 años)

Es en estas situaciones cuando quedan patentes muchos de los conceptos traídos aquí sobre el estigma. Se comprueba de primera mano el desajuste entre la *identidad social virtual* que se desea proyectar en base a expectativas sociales, y la *identidad real* que corresponde a la identidad del sujeto, desencadenando la vivencia del estigma (Goffman, 1970), al quedar expuestas discrepancias que la mirada normativa interpreta como amenazas a un orden social (Crocker *et al.*, 1998; Greenberg *et al.*, 1986; Lerner, 1980; Sidanius y Pratto, 1993). Esta exposición puede situar al sujeto en la posición de *desacreditado*, cuando el estigma es visible o difícil de ocultar, o de *desacreditable*, cuando la información estigmatizante aún no ha sido revelada, lo cual obliga a gestionar cuidadosamente su presentación en la interacción social (Goffman, 1970). En ambos casos, y especialmente en contextos como el laboral, la visibilidad del estigma se convierte en una dimensión determinante que condiciona tanto la percepción externa como las estrategias de afrontamiento disponibles (Jones *et al.*, 1984). Ahora bien, tal y como se puede observar, la ocultación del estigma, aunque pueda proteger de la exposición inmediata al juicio social, conlleva también un elevado coste emocional, como la vigilancia constante, el temor a ser descubierto o el esfuerzo por sostener una imagen que no refleja la

identidad vivida, que puede deteriorar profundamente la autoestima y el bienestar psicológico (Goffman, 1970; Major y O'Brien, 2005; Smart y Wegner, 2000; Smith, 1991).

Desde una mirada microinteraccionista, este tipo de situaciones ponen en evidencia cómo el estigma opera en el plano de la interacción cotidiana, es decir, no es solo el mercado laboral como estructura el que excluye, sino la interacción misma como espacio donde se decide quién es leído como legítimo o como amenaza a la norma de género.

Además del miedo, el estigma también se manifiesta en la precarización estructural que sufren muchas personas trans al haber sido sistemáticamente excluidas del mercado laboral formal, incluso contando con formación académica o experiencia previa. Algunas entrevistadas señalan que las ofertas laborales dirigidas específicamente al colectivo trans están limitadas a trabajos no cualificados, reforzando la idea de que sus trayectorias vitales no son compatibles con el prestigio profesional. Esto genera una doble exclusión, por un lado, la falta de oportunidades laborales estables y bien remuneradas, y por otro, la invalidación de sus capacidades técnicas:

Siempre, o no siempre, pero en muchos casos lo que me decían, eso: “nos encantan tu currículum, está lleno de cosas porque has dado charlas en muchos sitios, has dado charlas incluso en la universidad. Y he hecho mil cosas, en cuanto a eventos”. Y me dicen: “es que está muy bien, tienes muchas cosas, además tienes la carrera, te estás sacando el máster y demás, pero normalmente el nivel de empleo que ofrecemos suele ser para cualificación baja” (Mujer trans, 27 años)

Particularmente, en el caso de muchas mujeres trans, los altos niveles de desempleo y la ausencia de redes de apoyo han llevado en ocasiones a recurrir al trabajo sexual como única forma de subsistencia. Esta situación no puede desvincularse del estigma estructural que las empuja hacia espacios de marginalidad, consolidando una imagen social que las asocia exclusivamente con ese ámbito (Amaro Quintas, 2010):

Luego, por circunstancias de la vida conocí, bueno, a una de estas chicas y como te decía, por circunstancias de la vida, por necesidad y tal, acabé trabajando en el mundo de la prostitución (Mujer trans, 32 años)

Me quedé sola en Madrid completamente, ¿vale? Mi madre, en ese momento, tampoco tenía yo mucha relación con ella, y comencé con el tema de la prostitución, drogas, pornografía, y hasta que conocí chicas trans en la calle (Mujer trans, 27 años)

Después vino el problema de encontrarme el trabajo, o sea, terminé la carrera de moda, hice dos másteres y empecé a hacer lo que era la transición. Y me encontré con dos problemas. Primero era la búsqueda de trabajo laboral, en plan de que la identidad del carnet no correspondía con la identidad que están viendo, o sea, ahí me han parado entrevistas mirando la foto del carnet mirándome a mí como si hubieran visto un dinosaurio, muy fuerte. O me habían echado de trabajo cuando se han dado cuenta, lo que sea. Y después también empecé como a perder un poco el, eh, las ganas de buscar trabajo, y pues nada: “pues a puta como todas” (Mujer trans, 33 años)

Desde una lectura interaccionista y estructural, esta doble exclusión no solo responde a decisiones individuales o circunstancias particulares, el estigma no reside en el atributo en sí, sino en la interpretación social que lo rodea (Goffman, 1970, 2006; Stryker, 1980), inscribiéndose dentro de un proceso más amplio de estigmatización social, donde se activan mecanismos simultáneos de etiquetado, estereotipado, separación y pérdida de estatus (Link y Phelan, 2001). Así, al quedar reducidas a ofertas laborales marcadas por la precariedad, se reproduce una narrativa implícita de inadecuación o inferioridad que socava su reconocimiento como sujetos legítimos en el campo profesional. Una lógica que se sostiene, en muchos casos, a través de diferentes ideologías de justificación (Goffman, 1970) que son reflejo de las dinámicas de poder (Link y Phelan, 2001), como pueden ser la creencia en un mundo justo (Lerner, 1980) o la ideología de la dominancia social (Sidanius y Pratto, 1993), que

tienen su fundamento en la naturalización de desigualdades estructurales, reforzando la idea de que la exclusión es consecuencia de una supuesta falta de capacidades o de una desviación del orden social legítimo (Goffman, 1970; Greenberg *et al.*, 1986; Lerner, 1980; Sidanius y Pratto, 1993).

No obstante, en los relatos analizados se observan importantes rupturas generacionales, que no solo se expresan en una superación progresiva del temor o las dificultades para acceder al mercado laboral, sino también en la transformación de los horizontes de posibilidad. Mientras que generaciones anteriores asociaban con mayor frecuencia la identidad trans con la prostitución, fruto de la imposibilidad de acceder a otros espacios laborales y sociales, las generaciones más jóvenes comienzan a desligarla de ese imaginario, entre otras razones, por haber tenido acceso a una formación académica que hace décadas les era vetada, y que ahora les abre posibilidades vitales. Cada vez más, aparecen experiencias de personas trans que acceden a entornos laborales inclusivos, donde su identidad es respetada y no constituye un obstáculo para su desarrollo profesional. Estos relatos ponen de relieve la importancia de los espacios seguros así como el valor de los cambios culturales que empiezan a abrirse paso. En este sentido, estos casos no solo representan mejoras individuales, sino que invitan a pensar en nuevas formas de reconocimiento social que superan el binarismo normativo. Como se observa aquí, los marcos sociales, al igual que los imaginarios que definen el género y el sexo, no son fijos, sino que se transforman progresivamente a través de nuevas prácticas, narrativas y formas de reconocimiento que reconfiguran los límites de lo posible (Goffman, 2006; Moscovici, 1984):

Estoy terminando la carrera y al mismo tiempo estoy haciendo las prácticas en un medio online, y también estoy trabajando tanto en una revista dedicada al manga y el anime, la cultura japonesa en general, y trabajo en una tienda los fines de semana (Persona no binaria, 21 años)

Yo soy bailaora de flamenco (Mujer trans, 23 años)

Actualmente estoy colaborando con el Equipo de Evaluación de la Universidad de La Laguna, para la evaluación del plan corresponsable en Canarias (Hombre trans, 25 años)

Soy física, acabé el máster, y tengo un contrato predoctoral para estudiar doctorado (Mujer trans, 23 años)

3.3. Violencia verbal y exclusión cotidiana

Las experiencias de violencia verbal en el espacio público aparecen como una de las manifestaciones más explícitas del estigma hacia las personas trans. Estos episodios no se limitan a lo anecdótico o excepcional, sino que forman parte de una cotidianeidad marcada por el riesgo de ser interpeladas, insultadas o ridiculizadas simplemente por existir fuera del marco cisnormativo. Dichas vivencias nos trasladan, nuevamente, a la materialización de las ideologías de justificación en los vínculos cara a cara y en cómo se canalizan a través del estigma (Goffman, 1970; Greenberg *et al.*, 1986; Lerner, 1980; Sidanius y Pratto, 1993). Sin embargo, también muestran cómo el grupo dominante reafirma sus límites, diferenciando de forma intencionada quién se ajusta a la norma y quién queda fuera de ella, lo que puede ser entendido como una estrategia de reforzamiento de la identidad social del endogrupo cisnormativo frente al grupo que se discrimina (Crocker *et al.*, 1998). Así, desde una mirada interaccionista, estas agresiones se inscriben en dinámicas sociales que pretenden restablecer el orden de género cuando este se percibe como amenazado, y el cuerpo trans se convierte en un cuerpo vigilado, sujeto al juicio y la corrección pública. El lenguaje, en este contexto, no solo actúa como un vehículo de agresión simbólica, sino como un mecanismo disciplinario que busca reafirmar las fronteras del género legítimo y expulsar lo que se percibe como desviado (Butler, 2007; Foucault, 2007b; Plummer, 1994). Así, esta violencia no solo afecta a nivel emocional, sino que también tiene efectos existenciales en el sentido de que niega la existencia misma de aquellas personas que son señaladas, buscando anular su posibilidad de ser en el espacio público:

También he tenido encuentros con vigilantes de seguridad, pues, de un centro comercial donde fui a los baños, y me sacaron empujones por meterme en un baño que no me respondía a juicio del del vigilante. Pero he llegado a sacar mi DNI y decir: “rectifica porque mi DNI me, me identifica como mujer y te estás equivocando. Si no rectificas, llamo a la Policía Nacional”. Y llamar a la Policía Nacional y ver cómo, de los dos policías que vienen, se quedan titubeando y uno dice: “tiro por apoyar al vigilante”. “No, pues yo tiro por apoyar al, a la del DNI” (Mujer trans, 46 años)

Como hemos dicho, las consecuencias de esta violencia no son solo emocionales o simbólicas, pues muchas personas trans modifican sus rutinas para evitar espacios donde han sido agredidas, dejan de acudir a determinados lugares, o ajustan su expresión de género para no llamar la atención. Este efecto de autocensura se convierte en una forma de exclusión indirecta, en la que la violencia verbal actúa como barrera para la participación social plena:

Porque es que si no, la, la sociedad te come. Si te dicen maricón o boyera, lo que sea, y te achicas, ya no sales a la calle. Te da miedo, no eres tú, no te expresas. Te cuesta encontrar pareja, te cuesta encontrar amigos, tienes miedo que te, mil cosas, de trabajo (Mujer trans, 27 años)

En definitiva, la hostilidad verbal no es una anomalía del sistema social, sino una forma de organización social, un mecanismo cotidiano a través del cual se reproduce el orden cisheteronormativo que pone de manifiesto quien puede hablar desde el insulto y a quien va dirigido este. Esta hostilidad a veces está muy interiorizada, no se explicita fácilmente, y su percepción se manifiesta en los relatos de forma velada, o simplemente como un deseo de que la identidad de género entrara dentro de los márgenes de la normalidad:

A mí me han preguntado en entrevistas que si volviese a nacer seguiría siendo trans, y yo he dicho que no, que para mí esto no es un plato de buen gusto aunque tenga que hacerlo, porque hormonarte, y al final, ser quién eres, o que el

mundo no te vea como tú te quieres ver, es difícil, ¿no? A mí me hubiera sido mucho más fácil haber nacido siendo una mujer cisgénero, ¿no? Qué está luchando porque hay mucha gente en la sociedad que no entiende lo que es una persona trans, lo ven como algo raro. Yo en general siempre he sido una chica que ha intentado pasar desapercibida (Mujer trans, 40 años)

Sin embargo, una de las cuestiones más relevantes que emerge del análisis de los testimonios recogidos es que la violencia, el estigma y la exclusión, no afectan por igual a todas las personas trans, no se reparten de forma homogénea dentro del colectivo, sino que se incrementan especialmente hacia quienes desestabilizan con más claridad los códigos cisnormativos de género, y por ello, hacia quienes el estigma es más notorio. Es decir, no se penaliza de forma homogénea la condición trans, sino que el castigo social se recrudece en los casos donde la expresión de género no se ajusta a los modelos hegemónicos de feminidad o masculinidad, un desajuste claramente más visible en las mujeres trans.

Posiblemente, sea en este contexto donde se evidencian con mayor claridad las dimensiones del estigma descritas por Jones *et al.* (1984), las cuales no actúan de forma aislada, sino que se entrelazan y potencian mutuamente. En los casos donde la expresión de género resulta más visible o disruptiva respecto a los códigos normativos, no solo se incrementa la exposición al estigma, sino que también se activa con mayor facilidad la tendencia a responsabilizar a la persona de su condición, reforzando las dimensiones relativas al curso y el origen. No obstante, nos parece especialmente importante cuando entra en juego la dimensión de apariencia física o estética, que provoca una respuesta más visceral al estigma. Así, la transgresión no solo se procesa desde una lógica racional, sino que activa respuestas mediadas por un fuerte componente afectivo, como la incomodidad, el rechazo o el miedo, reforzando la respuesta de castigo:

Porque sí que tenía un conflicto en el tiempo en el que yo obtuve el DNI, y antes incluso de obtenerlo, en el tiempo que yo tuve el nombre de [nombre] tuve roces sociales. Eh, por ponerte un ejemplo, pues, ya con la tarjeta sanitaria rectificada,

ir a la farmacia a buscar mi tratamiento hormonal y que me dijeran: “Mira, perdona, tiene que venir la, la propia paciente”. Cuando no es real, o sea, yo puedo ir con la tarjeta sanitaria de mi madre, de mi abuela, o la tuya mismamente, porque me están mandando allí a buscar el, tal. Pues me ha pasado en alguna en alguna farmacia de tener respuestas del tipo: “No, es que este tratamiento te va a hacer daño”. “Es que este tratamiento tiene que venir a buscar ella”. Decirme, incluso: “no hace falta que te disfraces para venir con la tarjeta sanitaria de otra persona” (Mujer trans, 46 años)

Eh, porque me hacían insultos, me insultaban diciéndome cosas como gatito lindo o cosas así. No los insultos homófobos tradicionales, pero sí cosas que hacían referencia al hecho de que pues, yo no era el más masculino. Fuera de eso fue, fue una etapa bastante estándar, supongo (Mujer trans, 23 años)

Esta lectura encuentra continuidad en el control histórico, observado en la revisión teórica, que se ha ejercido sobre los cuerpos feminizados, en los que ha recaído una mirada moralizante, correctiva y disciplinaria, no solo por salirse de la norma cisheteronormativa de feminidad, sino por ejercer una libertad de ser mujer fuera de los marcos permitidos (Butler, 2002a, 2002b, 2006, 2007; Foucault, 2003a, 2003b, 2007b; Hipócrates, 1986b; Laqueur, 1994). Desde esta perspectiva, las mujeres trans que no encarnan una feminidad legible, o adecuada a los parámetros cisnormativos, se convierten en blanco claro de múltiples formas de violencia, desde la burla o la sospecha, hasta la exclusión laboral o la agresión directa. Así, la violencia no se limita a quien es trans, sino que se intensifica cuanto más se percibe que ese cuerpo escapa a los marcos normativos que sostienen el orden cisheteropatriarcal. Así, la experiencia de las mujeres trans ilustra de manera paradigmática la complejidad en la que las desigualdades atraviesan a determinadas identidades, en lo que se ha definido como “interseccionalidad”, un enfoque que señala cómo operan sobre los cuerpos las dinámicas de poder y de privilegio. En este caso, el estigma y la discriminación que sufren las mujeres trans no derivan solo de su identidad de género, sino también de su posición como mujeres,

enfrentando formas específicas de exclusión y violencia por la concurrencia de ambas condiciones (Platero, 2012; Romero Bachiller, 2012).

3.4. Relaciones afectivas y sexualidad: entre el deseo y la exclusión

Las relaciones afectivas y sexuales constituyen uno de los espacios donde el estigma hacia las personas trans se vuelve especialmente palpable. Lejos de ser únicamente una esfera privada, la sexualidad se configura socialmente a través de normas que regulan quién es deseable, quién no, y bajo qué condiciones. En este sentido, la sexualidad es un dispositivo de poder atravesado por saberes normativos que organizan los cuerpos y los placeres (Butler, 2007; Foucault, 2007b). Esta normatividad se vuelve especialmente visible en el plano de la interacción cara a cara que acompaña a toda relación sexual o afectiva y que conllevan dinámicas de validación o estigmatización de la identidad. El cuerpo actúa como soporte de significados culturales y deja poco margen para gestionar una *identidad social virtual* distinta a la real (Goffman, 1970), especialmente cuando la visibilidad del cuerpo trans como atributo estigmatizante activa mecanismos inmediatos de evaluación social. En este contexto, se hacen especialmente evidentes, otra vez, varias de las dimensiones del estigma como la visibilidad o la apariencia física (Jones *et al.*, 1984), que intensifican la respuesta social y afectiva cuando se percibe que el cuerpo no se ajusta a las expectativas de género. En este terreno, la identidad trans suele ser vivida en los relatos como una frontera entre la posibilidad de ser reconocida como sujeto deseante y deseado y el riesgo constante de ser rechazado o fetichizado:

Y de hecho yo he tenido gente, o sea, yo he conocido gente que intentaba ligar conmigo de manera muy intensa, muy a saco, y cuando, eh, les contaba que era trans o ponía que era trans, cambia totalmente, si no me insultan (Mujer trans, 28 años)

¿Qué quieres saber? En el amor. Las personas trans en el amor, pues bueno, pues al fin y al cabo también es como yo digo. Tienes que tener muchos cojones. También influye mucho que el 90% de las personas trans son prostitutas, están

acostumbradas al rechazo, a la humillación, a que te den dinero por sexo. Entonces eres incapaz de buscar una relación basada en el amor. Yo, gracias a Dios, he tenido siempre muchísima facilidad al encontrar parejas (Mujer trans, 33 años)

En varias entrevistas emerge con fuerza el temor a no tener cuerpos deseables, que no siempre surge de experiencias concretas de rechazo explícito, sino de una expectativa constante de invalidez, que configura una anticipación del estigma en cada posible vínculo afectivo. Esta respuesta se alinea con vivencia del *estigma anticipado* (Hansson *et al.*, 2013; Jones *et al.*, 1984; Link, 1987; Link *et al.*, 2001; Thornicroft *et al.*, 2009; Van Brakel, 2006; Yanos *et al.*, 2008), según el cual el sujeto espera ser rechazado incluso en ausencia de experiencias previas, como con los procesos de autoestigma (Goffman, 1970; Michaels *et al.*, 2012; Rüsck *et al.*, 2005), en la medida en que el sujeto llega a asumir los prejuicios sociales que deslegitiman su cuerpo y su identidad, dificultando la construcción de una autoimagen deseable o válida dentro del marco relacional. La interacción se vuelve así un espacio de vigilancia emocional, donde el cuerpo y la identidad trans deben ser leídos en un código social que no siempre la contempla como legítima:

Sí, sí. Sí, pero yo lo veo, no sé, yo lo veo difícil. Bueno, también es porque llevo tiempo sin pareja, pero no sé por qué lo veo más difícil, porque bueno. Y es verdad que estos chavales que te digo yo, de internet, tienen la mayoría, tienen pareja. Que yo digo: “jolín, y la conocieron antes de empezar la transición, que les acompañó en todo el proceso”. Que no digo que sea imposible, que evidentemente es posible, pero tiene que ser alguien que, claro, que te quiera tal cual, con tus cambios y con tus cosas. Con tus procesos y, y que va a llevar tiempo. Que claro, yo llevo así y todavía no me han operado del pecho, voy a tardar todavía (Hombre trans, 37 años)

A esto se suma otro fenómeno habitual como es la hipersexualización del cuerpo trans, que da lugar a dinámicas de fetichización, especialmente en mujeres trans. Algunos relatos

exponen cómo su identidad es reducida a un objeto de deseo exótico, prohibido o marginal, generando una forma de acercamiento que no reconoce a la persona en su complejidad, sino que la instrumentaliza en función de una fantasía sexual cisnormativa. En estas situaciones, la intimidad se torna un terreno peligroso que conecta directamente con el autoconcepto y la autoestima, ya que es una lógica que se puede leer en términos ambivalentes (Crocker y Major, 1989; Major *et al.*, 2003), donde el contacto no implica necesariamente reconocimiento, sino una reafirmación del lugar estigmatizado que se les ha asignado:

Incluso a día de hoy he ido a fiestas de la revista Vogue, Woman o lo que sea, y la gente aun así me han preguntado cuánto cobro. Y yo le digo: “Mi amor, no hay dinero que valga lo que yo cuesto”, o como coño se diga. La gente sigue teniendo esa relación a la prostitución con lo transexual. Entonces, sigue estando ese morbo, ese vicio, aunque le digas que no, lo vuelvan a intentar (Mujer trans, 33 años)

Esto revela cómo el estigma no se limita a la exclusión, sino que también opera a través de formas de inclusión perversa, y que la tensión entre ser visible y ser visto con dignidad atraviesa así las relaciones afectivas. Frente a estas vivencias, algunas personas adoptan estrategias de autoexclusión, decidiendo voluntariamente no vincularse afectiva o sexualmente o retrasando la revelación de su identidad. Estas decisiones, lejos de ser señales de inseguridad individual, deben leerse como formas de protección frente a un entorno donde el deseo aún está fuertemente normativizado, y donde el reconocimiento afectivo sigue siendo un privilegio cis:

Y ha habido momentos de disforia donde he dicho: “No, es que no quiero tener relaciones sexuales, porque mi anatomía no me hace sentir cómoda”. Entonces, bueno, pues ahora estoy en un momento que dices: “a saber lo que viene”. Todavía está por descubrir. Y ya tocará (Mujer trans, 46 años)

Vemos el despliegue de estrategias de afrontamiento situadas, que conectan con el manejo de la identidad, a la hora de gestionar el riesgo emocional y preservar la integridad del yo frente a contextos de potencial daño (Compas *et al.*, 2001; Goffman, 1970; Lazarus y Folkman, 1984; Major y O'Brien, 2005; Miller y Kaiser, 2001; Miller y Major, 2000).

4. La anticipación al rechazo como seña de identidad del estigma

A partir del análisis de los relatos de vida, uno de los elementos más consistentes que emergen es la anticipación al rechazo, una forma de vivencia subjetiva del estigma que se materializa en la interacción social y que, al mismo tiempo, genera respuestas situadas de autoprotección. Muchas personas trans desarrollan desde etapas tempranas una vigilancia constante sobre su expresión de género, limitando su comportamiento, lenguaje corporal o vestimenta según el entorno. Esta hipervigilancia no es simplemente un acto individual de prudencia, sino una estrategia social de afrontamiento aprendida para minimizar el riesgo en contextos hostiles (Major y O'Brien, 2005; Smith, 1991; Goffman, 1970), un tipo de gestión que responde al manejo de la identidad frente a un atributo desacreditador que puede ser descubierto en cualquier momento (Goffman, 1970).

Pero la vigilancia también puede leerse como una forma de estigma internalizado o autoestigma (Goffman, 1970; Michaels *et al.*, 2012; Rüsck *et al.*, 2005), que opera incluso en ausencia de agresiones explícitas, enraizado en experiencias pasadas y en el conocimiento compartido sobre cómo la sociedad sanciona lo que percibe como desviado. No obstante, esta expectativa de rechazo no surge en un vacío social, sino que construye en la experiencia cotidiana de la interacción, en los gestos, los o comentarios velados o explícitos. Aquí se hace evidente el carácter relacional del estigma, donde las normas sociales se materializan (Goffman, 1970, 2006; Mead, 1973 [1934]; Stryker, 1980). Muchas personas entrevistadas describen haber desarrollado una instintiva capacidad de lectura del entorno, evaluando constantemente cómo deben actuar para pasar desapercibidas o si el contexto es lo

suficientemente seguro para poder relajarse. Esta capacidad de lectura es un mecanismo de supervivencia simbólica, pero también refleja lo que la literatura en salud mental ha definido como *estigma anticipado* (Hansson *et al.*, 2013; Link, 1987; Link *et al.*, 2001; Thornicroft *et al.*, 2009; Van Brakel, 2006; Yanos *et al.*, 2008), es decir, la expectativa internalizada de que el rechazo va a tener lugar, aunque no se haya producido todavía:

Yo no he tenido tanto amañamiento. Bueno sí, ahora sí, estoy más libre puedo gesticular con las manos y demás. Yo me acuerdo cuando intentaba salir un poco, mi hermano me decía: “pero bueno, ¿qué haces?” [...]. Y yo por no salirme de esa normalidad y por qué no me vieses como era yo, cometí ese error y me alejé, pero bueno, también me evité bullying, por así decirlo, yo intentaba evitar bullying e intentaba evitar, porque al final los niños son muy cabrones (Mujer trans, 40 años)

Y había un chiquillo, tenía alguna cosita en la cabeza, algún síndrome, y por lo que fuera se pintaba las uñas. Entonces iba al colegio con las uñas pintadas y yo recuerdo, por el hecho de llevar las uñas pintadas, lo metían en el cubo de la basura. Un cubo enorme de aquellos de plástico. A más si no recuerdo mal era verde, y lo metían en el cubo de la basura. Y yo me juré que a MÍ nadie me iba a meter nunca en un cubo de la basura. NADIE (Mujer trans, 50 años)

El miedo a ser leída como una identidad ilegítima, como alguien que no encaja o que rompe con la expectativa de coherencia entre cuerpo, género y apariencia, se traduce en una serie de decisiones prácticas, como son evitar determinados espacios públicos, modificar la forma de hablar, o incluso no afirmar la identidad propia ante personas desconocidas. Este tipo de estrategias, lejos de ser elección libre, son una forma de gestión del estigma en contextos donde la mirada social actúa como un dispositivo de regulación de la identidad. En este sentido, pueden entenderse como formas de respuesta situadas ante una amenaza a la identidad, en la que el individuo adapta su conducta como forma de preservar su autoestima

ante el riesgo constante de deslegitimación (Goffman, 1970; Major y O'Brien, 2005; Smith, 1991):

[en referencia al mercado laboral] Evitaba... , a mí por ejemplo me gusta mucho lo de actuar y tal, y yo evitaba cualquier cosa que implicase decir mi género. Estuve un año así y ahí es cuando dije: “dios, esto te lo tienes que mirar porque es una mierda”. La verdad (Persona no binaria, 24 años)

Las entrevistas también muestran cómo esta expectativa de rechazo varía según el contexto, habiendo espacios que se perciben como más seguros, en donde se pueden encontrar los círculos de amistades, y otros donde el riesgo se intensifica, como el transporte público, instituciones médicas, entornos laborales, etc. No obstante, esta vigilancia no solo responde al miedo al daño físico o simbólico, sino también al lugar que ocupa la persona trans en el orden social, pues las categorías de género conllevan implícitas jerarquías que no necesitan ser verbalizadas continuamente para poder operar. Así, la interacción social cotidiana se transforma en un espacio de tensión permanente, donde la persona trans debe anticipar posibles reacciones y ajustar su presencia en función de las normas no dichas que rigen el reconocimiento.

Esta manifestación cotidiana del estigma confirma la lectura interaccionista de Goffman (1970) y Mead (1973 [1934]), para quienes la identidad se valida en el cara a cara. Pero, igualmente, se vincula de forma clara con las dimensiones descritas por Jones *et al.* (1984), principalmente las de visibilidad, disruptividad o la apariencia física, en donde queda patente el mayor impacto del estigma cuando este está presente durante el proceso de comunicación.

5. Estrategias de resistencia y afrontamiento ante el estigma

Como ya se ha comprobado a lo largo del análisis, el estigma social que enfrentan las personas trans no sólo afecta sus trayectorias individuales, sino que se configura como una estructura simbólica que restringe posibilidades de existencia colectivas. Frente a estas vivencias, emergen prácticas de resistencia y afrontamiento que permiten no solo sobrevivir ante el estigma que provoca el salirse del sistema de sexo/género normativo, sino también cuestionar los conocimientos históricamente construidos, así como reafirmar la identidad y generar formas de vida más habitables. Estas estrategias no se interpretan como simples mecanismos de adaptación, sino como expresiones de agencia individual y colectiva que resignifican el lugar de las personas trans en el entramado social. Como señalan diversas teorías, se trata de procesos activos y situados que implican una lectura del contexto, así como una gestión de la identidad en función de los recursos personales y sociales disponibles (Compas *et al.*, 2001; Goffman, 1970; Lazarus y Folkman, 1984; Major *et al.*, 2003; Major y O'Brien, 2005; Miller y Kaiser, 2001; Miller y Major, 2000; Smart y Wegner, 2000).

De esta manera, en la mayoría de los relatos recogidos aparece una estrategia temprana de afrontamiento basada en la negación o evitación inicial de la identidad trans como forma de protegerse del estigma. Esto no significa que, aunque no haya sido nombrada o reconocida, no haya tenido lugar una vivencia interna de disconformidad o malestar con el género asignado, sino que responde a una combinación de factores estructurales como la ausencia de referentes positivos en la infancia o adolescencia, la falta de información disponible sobre identidades trans, y sobre todo, el rechazo social proyectado hacia quienes encarnan esas identidades. Así, algunas de las personas entrevistadas relatan que, incluso tras conocer a otras vivencias trans, evitaron identificarse con ellas por percibir que sus vidas estaban marcadas por la marginación, la violencia o la precariedad. En estos casos, el deseo de no reconocerse en dicho grupo social no implica rechazo hacia lo trans en sí mismo, sino hacia el imaginario estigmatizante que pesa sobre el colectivo. Algunas experiencias claras de negación de la identidad son:

Yo me acuerdo, cuando fui a la unidad de identidad de género, lo primero que dije fue que si me lo podía quitar de la cabeza, el levantarme todos los días y querer ser una mujer ¿no? (Mujer trans, 51 años)

Y le dije: “Mamá si de mayor yo quiero ser mujer, ¿a ti que te parecería?”. Entonces me dijo: “Ay, pues a mí me daría mucha pena”. Estamos hablando de etapa previa al 2000, no había la información que hay ahora. Porque tu decías que eras una mujer trans ¿y quién te venía a la cabeza? Cristina «La Veneno», era la única. Quiero decir, que ha hecho muchos hitos esta mujer, ¿no?, pero aun así la transexualidad se ligaba a la prostitución. Entonces, es lógico que unos padres no quieran eso para sus hijos, ¿no? Entonces, al decirme eso mi madre pues, yo, como buen hijo que era, en esa época pues cogí mi idea, la hice una bolita de papel y la tiré a la basura (Mujer trans, 28 años)

Era como una lucha constante de preguntas que no tenían..., tenían respuesta pero no se la quería, no quería escuchar esa respuesta, entonces iba como poniendo parches que, bueno, a mí me iba funcionando, yo me auto engañaba y me iba funcionando para ir tirando pa'lante. Entonces, ¿qué pasa?, que llega un momento en el que creí encontrar ese equilibrio entre la mujer que se suponía que debía ser y la mujer con la que digamos yo me sentía más cómodo (Hombre trans, 33 años)

Esta estrategia puede entenderse, en el momento en que se da, como una respuesta narrativa y emocional al discurso social hegemónico que presenta lo trans como un tipo de vivencia equivocada y, por eso, naturalmente discriminada (Missé, 2013; Missé y Coll-Planas, 2010). Así, en un primer momento, muchas personas construyen su identidad a través del silencio, la duda o el rechazo, no como negación esencial, sino como forma de supervivencia. Solo cuando emergen espacios de reconocimiento posibles, se abren grietas que permiten resignificar la experiencia y comenzar a nombrarse desde otro lugar. Así, esta estrategia aparece como una suerte de maniobra primaria de autoprotección, muchas veces

inconsciente, desde la que luego se van desplegando otras formas más conscientes o activas de enfrentarse al estigma.

Siguiendo el enfoque de Goffman (1970), se revela cómo el estigma actúa como un atributo desacreditador que contamina la identidad social del sujeto incluso antes de que este lo nombre o lo asuma explícitamente. Así, cuando los estereotipos negativos son muy intensos, la evitación inicial puede entenderse como un intento de preservar la autoestima y proteger el autoconcepto frente a la amenaza que supone identificarse con un grupo socialmente devaluado (Branscombe *et al.*, 1999; Crocker y Major, 1989; Goffman, 1970; Major *et al.*, 2003; Major y O'Brien, 2005; McCoy y Major, 2003).

En contextos altamente normativos u hostiles, donde las desviaciones respecto a las categorías binarias son fuertemente sancionadas, algunas personas desarrollan estrategias de resistencia más sutiles o defensivas que no pasan necesariamente por una afirmación explícita de su identidad trans, pero tampoco de negación. Una de ellas es la negación activa de los roles de género hegemónicos, que se expone en la elección deliberada de una expresión ambigua, neutra o disidente, alejada tanto de los códigos tradicionales de la masculinidad como de la feminidad. Esta forma de afrontamiento puede entenderse como una estrategia que permite mantener la subjetividad relativamente a salvo frente al estigma, en donde en lugar de ocupar un lugar definido dentro del sistema sexo-género, la identidad se coloca en los márgenes de lo permitido, construyendo un espacio simbólico desde el cual proteger su vivencia identitaria hasta que existan condiciones más seguras para afirmarla. Lejos de tratarse de una falta de identidad, esta neutralidad constituye una respuesta activa al carácter coercitivo del género, que permite, a quienes la ejercen, resistir la violencia de la mirada social sin exponerse completamente a ella. En este sentido, la ambigüedad no se presenta como un vacío, sino como una zona de resistencia estratégica que cuestiona la lógica binaria, y que muestra que la indefinición también puede ser una forma de agencia frente al estigma:

Durante mi niñez y adolescencia pues estuve un poco alejada del género. Me imponía mi familia unos ciertos cánones masculinos, por supuesto, pero los que

podía evitar los evitaba. Y los femeninos también, porque sabía que los iban a rechazar. Entonces, pues, eh, hubo años que solamente vestía de negro, porque era un color que no es ni masculino ni femenino (Mujer trans, 23 años)

Es decir, más allá de la negación, el ocultar una característica estigmatizante puede ser una vía de protección en contextos hostiles, pero, acorde con varias teorías, implica también un alto coste emocional, derivado del esfuerzo constante por controlar la información personal y del temor a que esta sea desvelada, del estrés ante la perspectiva de ser juzgado negativamente o la hipervigilancia hacia señales de discriminación (Goffman, 1970; Major y O'Brien, 2005; Smart y Wegner, 2000; Smith, 1991). Estrategias como la rumiación o la hipervigilancia, si bien constituyen respuestas involuntarias, que escapan al control consciente, aun así constituyen modos de respuesta al estigma (Compas *et al.*, 2001; Major y O'Brien, 2005; Smith, 1991). De forma más consciente, la tensión interna también encuentra eco en modelos como el de ambivalencia atributiva o amenaza a la identidad, que reconocen el potencial estresante del estigma, pero también la capacidad de los sujetos para activar mecanismos de afrontamiento de ocultación que protejan su autoestima (Crocker y Major, 1989; Major y O'Brien, 2005; Major *et al.*, 2003).

Pero encontramos que las experiencias descritas en los relatos destacan algunas estrategias de afrontamiento que se alejan de la negación o el ocultamiento y se orientan a la redefinición simbólica del yo frente a la discriminación como forma de resistencia subjetiva y social. Así, una de las estrategias más significativas de afrontamiento identificadas en los relatos es la reapropiación de la identidad trans, entendida como el proceso mediante el cual hay una resignificación de la vivencia de género y la construcción de un discurso propio frente a los marcos estigmatizantes que históricamente les han definido. Lejos de asumir la visión biomédica que ha situado la identidad trans como una anomalía o un desajuste a corregir, muchas personas entrevistadas elaboran narrativas contrahegemónicas que se fundamentan en la legitimidad de todas las formas de ser y de habitar el cuerpo. Esta estrategia implica un giro profundo hacia la autodefinición, en el que el género deja de estar mediado por criterios o validaciones externas, y pasa a ser entendido desde la experiencia vivida, el deseo personal

y el reconocimiento dentro de la comunidad. Esta reapropiación no es solo una forma de resistir al estigma, sino también una estrategia de empoderamiento que transforma los significados asignados a la identidad trans y desplaza el centro de autoridad desde las instituciones hacia las propias personas trans. En muchos casos, este proceso se vive como una afirmación individual, en otros, como un acto profundamente político que busca reconfigurar los marcos sociales de legitimidad. Así, la reapropiación identitaria se convierte en un recurso clave para enfrentar el estigma:

Pero he aprendido, primero que nada, a que existen muchos tipos de feminidades y que ser femenina no significa querer ser una mujer cis. Y a mí me ha costado mucho entender eso, porque claro, al principio cuando empecé la transición, pues yo quería tener las caderas grandes, pechos voluminosos, tener carita de porcelana y súper pulida, quería que cuando un tío me mirase no viese en mí una mujer trans, si no que viese una mujer hecha y derecha, hasta que entendí que yo ya soy una mujer hecha y derecha (Mujer trans, 32 años)

Porque a nada que estudies te darás cuenta de que existen las personas intersexuales, que también rompen de golpe con esta idea de que solo hay 2 sexos posibles. Y muestran que hay un abanico mucho más grande. Ahí es cuando creo que es, cuando la gente es consciente de esto, de estas diferencias que hay, tanto en género como en cultura, cuando sí que pueden sentirse cómodas para expresarse como, como son (Mujer trans, 27 años)

La autodefinición desde marcos propios permite minimizar el impacto del estigma sobre la autoestima, al atribuir el rechazo social a prejuicios estructurales y no a carencias individuales. De acuerdo con las teorías revisadas, esta operación simbólica también responde a una gestión del estigma como atributo desacreditador, cuyo peso se revierte al generar narrativas de orgullo y legitimidad (Crocker y Major, 1989, 1998; Major et al., 2002, 2003; Major y O'Brien, 2005; Miller y Kaiser, 2001). De hecho, esta legitimidad se vincula con la dimensión relativa al origen del estigma, de Jones *et al.* (1984), en la medida en que esta estrategia

desactiva las atribuciones de responsabilidad individual sobre la identidad trans, y desplaza el foco hacia las estructuras sociales que producen dicha desvalorización (Crocker y Major, 1998; Major *et al.*, 2002).

Una cuarta estrategia de afrontamiento se relaciona directamente con el hecho de que el estigma genera aislamiento, pero también da lugar a formas de organización colectiva que actúan como espacios de contención y fortalecimiento. Partimos de la premisa de que una persona que vive una identidad estigmatizada tiene una alta probabilidad de ser rechazada, invalidada o discriminada. En las entrevistas, muchas personas expresan que, ante ese temor al rechazo, tienden a esconder o a silenciar aspectos de su identidad, lo que puede derivar en autoaislamiento, ruptura con círculos familiares o sociales, o incluso en la renuncia a pedir ayuda profesional o institucional. No obstante, también está presente la experiencia de ser excluidas directamente de espacios educativos, laborales o comunitarios, es decir, un aislamiento que no solo es autoimpuesto, sino también socialmente impuesto. Ahora bien, ese mismo estigma que margina, también impulsa a buscar redes de apoyo alternativas donde puedan compartir sus vivencias sin miedo a ser juzgadas. Ahí es donde entran en juego las comunidades trans, que funcionan como espacios seguros y, sobre todo, como espacios de resistencia en donde es posible nombrarse, validarse y acompañarse. Pero en ellos no solo se encuentra contención emocional, sino también herramientas prácticas y colectivas para enfrentar el estigma, desde información sobre trámites legales o el sistema sanitario, hasta estrategias para hacer frente a la violencia o la precariedad. Estos espacios fortalecen el sentido de pertenencia, ayudan a recuperar la autoestima dañada por el estigma y a construir una identidad fuera del marco de exclusión:

Fuera de mi familia busqué algunos apoyos. Estoy en un grupo scout y mi grupo scout fue un muy buen apoyo. Un taller de escritura en el que participaba también. Eh, amigos, eh, las parejas que he tenido desde entonces, todas han sabido que yo era trans. Y, y bueno, y también durante un tiempo estuve yendo a, eh, bueno, a apoyo social y, no, apoyo social no, un grupo de apoyo y, eh seguimiento psicológico LGTBI (Mujer trans, 23 años)

Pero el tema de estar en asociaciones y cosas así, pues nunca había estado hasta ahora. O sea, y ahora sí que estoy como vicepresidenta de una asociación de chicas trans y, porque sí que es verdad que te das cuenta que se necesita muchas veces alguien que sepa que es lo que se puede y lo que no se puede hacer (Mujer trans, 40 años)

Las redes LGBTQ+, asociaciones, grupos de afinidad y círculos de amistad actúan como estructuras complementarias de protección que contrarrestan al abandono institucional. La comunidad no sólo sostiene, también es en ella donde muchas personas trans encuentran referentes, aprenden a nombrar sus experiencias y descubren formas posibles de ser. En este sentido, acorde con la teoría de la identidad social (Tajfel, 1981; Tajfel y Turner, 1979), estos grupos también funcionan como espacios de construcción de una identidad colectiva, donde el individuo es capaz de identificarse con un endogrupo positivo y significativo.

Si bien la organización colectiva funciona como un espacio de acompañamiento y contención ante el estigma, una de las formas más potentes de afrontamiento de esta que aparece en las entrevistas es el activismo, entendido no solo como militancia formal, sino como una práctica cotidiana de resistencia y producción de sentido. Para muchas de las personas entrevistadas, la vivencia del estigma no se detiene en el plano personal, sino que se convierte en motor de transformación; en algunos casos, este activismo toma la forma de participación en asociaciones LGBTQ+, proyectos comunitarios o iniciativas educativas, en otros, se despliega a través de la creación de contenido audiovisual, intervenciones en redes sociales o la toma de palabra en espacios públicos:

Pero que el hecho de mi labor, que activista es una palabra que no sé, se me queda como muy grande, o sea, yo me siento muy pequeño para una palabra así, pero el acompañar a otros chicos y otras chicas trans es primero, el darles ese apoyo que yo no tuve, de decir: “No estás solo, no estás sola”. Pero, por otro lado, es también: “Yo soy como tú, yo me he sentido como tú, he sentido esa

angustia, he sentido ese miedo, ese pánico y no pasa nada, no estás solo, yo estoy aquí contigo” (Hombre trans, 33 años)

O sea, yo si ahora tengo una motivación para hacer activismo es que a nadie le pase lo que a mí, o sea, intentaré que a nadie le pase, esto es, dar opciones a los menores que vienen de que sean como realmente quieran ser. Y la base principal de todo esto es el respeto, incluso también a los menores de edad, que también se merecen un respeto y la misma legislación que los mayores, que no tiene porqué la edad reflejar un rechazo a los derechos de las personas (Mujer trans, 59 años)

Lo que une a todas estas prácticas es su capacidad de reconfigurar la narrativa del dolor, así el sufrimiento generado por la discriminación, la exclusión institucional o la invisibilización social ni se oculta ni se convierte en una marca silenciosa, por el contrario, se enuncia y se politiza, convirtiéndose en denuncia, en pedagogía o en propuesta. Esta forma de activismo no solo busca la reparación individual, sino que se articula como una anticipación del futuro, un intento de abrir caminos para que otras personas no transiten los mismos márgenes.

Desde una perspectiva sociohermenéutica, este giro hacia lo político es también una relectura de la experiencia vivida, ya que en lugar de entender el estigma como algo que meramente se sufre, se reinterpreta como una estructura que puede ser desafiada desde un lugar donde el sujeto goza de capacidad de agencia. Es decir, en este tipo de contextos, cobran especial relevancia las estrategias de que señalan Major y O'Brien (2005) y Smith, (1991), y que se materializan en la vivencia de las personas entrevistadas, de búsqueda de apoyo en grupos de pertenencia, como las comunidades trans, los colectivos activistas y los vínculos de afinidad, que no solo ofrecen contención emocional, sino que permiten redefinir la experiencia estigmatizante desde un lugar de legitimidad compartida.

Como ya hemos visto, el afrontamiento no siempre implica una afirmación rotunda o inmediata, sino que muchas veces se construye como una respuesta situada, táctica y reflexiva

frente a un entorno potencialmente hostil en donde el sujeto no solo reacciona al estigma, sino que lo interpreta y actúa en base a sus consecuencias. Dentro de esta perspectiva, encontramos que una estrategia ampliamente observada en los relatos es la afirmación de la identidad de forma progresiva, en la que las personas trans deciden nombrarse o visibilizarse por etapas, en función del nivel de seguridad percibido en cada entorno. Esta modalidad de afrontamiento no debe leerse como señal de duda o debilidad individual, sino como una forma situada de agencia, que combina el deseo de reconocimiento con una lectura crítica del contexto, optando por secuenciar su visibilidad, iniciando el tránsito en espacios sociales seguros como los círculos de amistad, y ampliándolo progresivamente al ámbito familiar, laboral o educativo.

Esta forma de actuar puede entenderse como una estrategia de negociación identitaria, donde cada acto de visibilización es interpretado a la luz del riesgo y la viabilidad social, es decir, se desarrolla un saber práctico sobre cómo habitar el mundo cisnormativo sin exponerse completamente a sus mecanismos de exclusión. Esta estrategia evidencia que el afrontamiento ante el estigma no es solo una cuestión de fortaleza personal, sino que posee también un componente interactivo crucial, en donde se incluye la gestión de la comunicación, la lectura del entorno y construcción paulatina de espacios seguros. Así, las estrategias graduales revelan que la afirmación del yo se articula desde la autoprotección, pero también con la transformación paulatina del entorno, pues cada gesto de nombrarse, aunque sea comedido, contribuye a desbordar los límites de lo posible, abriendo caminos tanto para la propia vivencia como para el reconocimiento de otras subjetividades trans:

Poco a poco se lo vas contando a tus familiares, se lo vas contando a gente del trabajo y poco a poco ir haciéndote e ir soltándote al mundo. A partir de ahí, yo estuve un año contándolo porque fue muy poco a poco y tal y a partir de ese año empecé con la hormonación, cuando ya sabían que era [nombre] (Mujer trans, 40 años)

Pero es como te digo, yo también hablo desde un punto de vista ultra privilegiado porque salgo cuando sé que voy a estar a gusto, no salgo con la peña que no sé si voy a estar a gusto, y no sufro (Persona no binaria, 21 años)

Este tipo de estrategias pueden entenderse como formas complejas de manejo de la identidad, en donde la persona regula cuidadosamente qué aspectos de su identidad mostrar en función del contexto, del público y del nivel de riesgo percibido (Goffman, 1970). Este proceso de visibilización gradual es un ejemplo paradigmático de la lógica dramática señalada por Goffman, en la que el sujeto ajusta su *performance* en los distintos escenarios sociales, con el objetivo de sostener una identidad social coherente y minimizar el riesgo de descrédito (Goffman, 1981). En este juego entre el yo presentado y el yo percibido, se pone en tensión la distancia entre la *identidad social virtual*, aquella que se anticipa y se espera socialmente, y la *identidad social real*, que es la que encarna el sujeto y que, al revelarse, puede suscitar rechazo (Goffman, 1970). Así, el tránsito por diferentes entornos se convierte en una puesta en escena reflexiva, donde se equilibra el deseo de autenticidad con la necesidad de autoprotección frente al estigma.

Cada estilo de afrontamiento que hemos traído aquí puede ser leído como un mecanismo situado de gestión emocional ante una evaluación contextual, que puede ser más o menos voluntario en la medida en que exista una consciencia de enfrentarse a un estigma, y en las que entra el juego el percibir si se dispone o no de los recursos suficientes para afrontar las consecuencias de cómo este repercute en su identidad (Compas *et al.*, 2001; Lazarus y Folkman, 1984; Major y O'Brien, 2005; Miller y Kaiser, 2001).

En suma, las diferentes estrategias de afrontamiento y resistencia ante el estigma que emergen de los relatos analizados no deben entenderse como tácticas excluyentes, ni dentro de trayectorias lineales. Todo lo contrario, se articulan de forma complementaria, coexisten en distintas etapas vitales y se adaptan a los contextos cambiantes en los que las personas trans se desarrollan, y algunas emergen como formas primarias de autoprotección frente a un entorno hostil, y otras, en cambio, se consolidan con el tiempo como herramientas de

reapropiación o transformación. Esta diversidad de respuestas no solo refleja la complejidad de las experiencias trans, sino también las circunstancias que rodean cada vivencia, y la capacidad con la que cada persona negocia y redefine su identidad en diálogo con las estructuras sociales que la atraviesan, incluidos los intercambios cara a cara.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

¿Existe la felicidad plena? Esa es la pregunta. Por un lado, sí. Por un lado mi vida es feliz al cien por cien. Por un lado. Tengo la aceptación de mi familia, vivo mi identidad de género, soy la mujer que quiero ser, no me escondo, soy visible, trabajo para ello, tengo el trabajo que me gusta. Pero luego hay otro lado que no, que es la aceptación a la sociedad, estamos un poquito a remanente, ¿no? Pero bueno, poquito a poco se irá..., esperemos que vayan cambiando las circunstancias. Pero yo ahora mismo estoy muy bien, estoy muy feliz, estoy liberada, o sea, estoy tranquila, puedo respirar

Mujer trans entrevistada

A lo largo de la historia las diferentes culturas han determinado qué características definen a los cuerpos normativos, legítimos y comprensibles, si bien también hemos de entender que esto lo han construido excluyendo o marginando a aquellos otros que no encajaban en sus imaginarios. En este sentido, el sexo y el género no solo han operado como variables que organizan la vida social, sino que han actuado como una de las formas más profundas de inteligibilidad del ser humano, unas coordenadas que permiten a las sociedades clasificar, nombrar y otorgar sentido a los cuerpos. A través de ellas se define lo que una persona es y lo que se espera que sea. Pero, por mucho que se haya convenido así, la revisión histórica y discursiva que se ha llevado a cabo en este estudio nos lleva a interpretar que ni el sexo ni el género son realidades fijas o universales, sino que forman parte de una narrativa reiterada, situada y sostenida por instituciones, discursos y prácticas que hacen pasar por evidente lo que en realidad es una producción cultural. Sin embargo, esta necesidad de hacer legibles los cuerpos no es neutra, ha estado siempre atravesada por intereses históricos y políticos que han servido para organizar y jerarquizar el mundo social (Butler, 2002a, 2002b,

2006, 2007; Foucault, 2003a, 2003b, 2007b; Haraway, 1991a, 1991b; Laqueur, 1994), de ahí que cuestionar cómo se articulan el sexo y el género no es solo una disputa sobre identidades, sino que es, en el fondo, una interrogación radical sobre los marcos que hacen visibles a los cuerpos normativos o los que borran las identidades que se salen de esta norma. En definitiva, podemos deducir que el cuerpo nunca ha sido leído como una entidad puramente biológica, sino como un significante social, cuya interpretación está moldeada por los discursos hegemónicos que definen lo que puede ser considerado como legítimo o deseable.

La presente investigación ha permitido estudiar de manera integral la construcción histórica, filosófica, médica y vivencial de las identidades trans, en la medida en la que estas también han formado parte de la construcción del género —de ese otro género no normativo—, poniendo en diálogo los discursos institucionales que han contribuido a naturalizar su estigmatización, con las experiencias subjetivas de quienes habitan esas identidades. Así, se ha abordado el estigma hacia este colectivo desde una mirada histórica además desde una doble perspectiva analítica; por un lado, a través de un ACD aplicado a unas clasificaciones psiquiátricas que tradicionalmente han definido las desviaciones con el género normativo como una patología mental, y, por otro, mediante un análisis sociohermenéutico de los relatos de vida, que ha logrado evidenciar los mecanismos cotidianos de regulación y exclusión que han intervenido sobre los cuerpos e identidades trans. A partir de estos dos enfoques complementarios, hemos sido capaces de reconstruir una mirada integradora que nos ayuda a comprender cómo el estigma opera aparece y se reproduce como un sistema de exclusión estructural que permea en los discursos institucionales y que atraviesa las experiencias vividas, pero que también es posible que sea resignificado.

El análisis no solo de las clasificaciones psiquiátricas actuales, si no el examen de los antecedentes históricos de la enfermedad mental que contornan la emergencia de dichas clasificaciones, ha permitido mostrar cómo el estigma que envuelve a las identidades trans y su no conformidad con la división binaria de sexo y género, tiene raíces discursivas profundas; tan profundas que se adentran en la vieja construcción del modelo del cuerpo unisexuado de hace más de dos milenios y en la rígida definición que entonces ya se hizo de hombre y de

mujer (Laqueur, 1994; Foucault, 2003a, 2003b; Hipócrates, 1986b). No obstante, no sería posible entender en la actualidad todo lo construido en torno al paradigma de los dos sexos, ni a lo que después se definió como transexualidad, sin tener en cuenta cómo, a partir del siglo XVIII, ha tenido lugar una proliferación de un denso volumen de discursos científico-médicos sobre el cuerpo y la sexualidad, que han señalado como desviados y patológicos aquellos casos que no se ajustaban a los roles sexuales y prácticas hegemónicas establecidas como normales (Foucault, 2007b; Laqueur, 1994). Concluimos, así, que la consideración de diversas formas de expresión sexo-genéricas como perversiones o patologías, con la consecuente existencia de un sujeto sexualmente desviado o patológico, ha contado con un largo, ininterrumpido y controvertido recorrido, en donde la consolidación de la psiquiatría como disciplina científica ha supuesto la culminación de un proceso histórico que ha buscado, con vehemencia, la manera de legitimar la existencia de la degeneración en ciertos comportamientos sexuales y de género. Esta legitimación está presumiblemente basada, ahora sí, en un saber técnico que se ha desmarcado de supuestos arbitrarios, supersticiones y dogmas religiosos a la hora de estudiar la enfermedad mental. Pero pese a su proclamado cientifismo, en lo que a las sexualidades no normativas se refiere, las clasificaciones psiquiátricas han actuado como catalizadoras de todo un conjunto de precedentes ideológicos y morales, cuyos portavoces han utilizado a la ciencia para justificar como correctas o incorrectas ciertas prácticas sexuales y de género.

Desde esta perspectiva, las instituciones psiquiátricas, valiéndose de un discurso científico con estatus de verdadero (Foucault, 1979, 2007b) han ostentado una posición privilegiada para desarrollar, mediante sus clasificaciones, discursos basados en el dimorfismo sexual y el binarismo de género, legitimando y reproduciendo de forma tácita aquellas identidades que se consideran correctas, en tanto en cuanto de forma explícita en sus taxonomías han creado y perpetuado realidades sexo-genéricas patológicas. La implicación de que los manuales psiquiátricos solo hayan admitido los dos sexos hegemónicos como posibles, con sus características de género tradicionalmente asociadas, ha tenido como resultado el considerar científicamente que hombre y mujer abarcan el único espectro posible de lo que puede albergar la diferencia sexual, con lo que el sistema binario de sexo y género ha pasado a

operar como un dispositivo de normalización, creando identidades que quedan dentro y fuera de esta norma (Butler, 2006, 2007; Foucault, 1994, 2007b; Preciado, 2020). Como previenen diversos autores, no podemos partir de que el discurso científico simplemente describa el entorno de forma objetiva, de que su lenguaje sea inocuo y no performativo, o de que estas taxonomías reflejen una realidad ajena y externa a los valores de instituciones que las confeccionan o a las experiencias que interiorizan las personas a quienes describen (Butler, 2006, 2007; Crowe, 2000; Gergen, 2011; Hacking, 2002; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010). En este sentido, se observa cómo el estigma social, incluido aquel que perfila los marcos sexo-genéricos no normativos, es un fenómeno claramente anclado en estructuras de poder, las cuales ostentan la legitimidad de organizar la vida social e imponen jerarquías simbólicas. Estas estructuras son las que definen qué roles sociales quedan disponibles, y, con ello, quienes y cómo se pueden ocupar posiciones socialmente valoradas, y qué identidades quedan relegadas a los márgenes (Goffman, 2006; Link y Phelan, 2001; Stryker, 1980).

Por su parte, pese a la diversidad de trayectorias vitales encontradas, a las diferencias generacionales y contextos sociales, y, en definitiva, a las situaciones particulares, los relatos recogidos participan dentro de una gramática común, un hilo conductor de las vivencias analizadas que se podrían alinear en esa experiencia compartida de búsqueda y reconocimiento del yo (Bertaux, 2005; Pujadas, 2000). Dichas situaciones dan lugar al *hipertexto*, del que habla Pujadas, al hacer referencia a *“una interpretación compartida de los hechos, que adopta metafóricamente la forma de un hipertexto del que surgen narraciones personales que se alinean y dan detalles de unas vivencias de las que todos, con pequeñas variantes, se sienten copartícipes, aportando elementos de intertextualidad”* (Pujadas, 2000: 146). Este hilo conductor es, sin duda, la vivencia del estigma, la cual está marcada por la anticipación del rechazo, la vigilancia sobre el cuerpo, la experiencia con las situaciones de violencia o la exclusión material y simbólica. En este sentido, el estigma no solo deja huellas en las vivencias o en el propio cuerpo, sino que también traza un lenguaje común a través de ese dolor o la invisibilización de la identidad, como son los “tenía muchos miedos”, los “no

sabía quién era”, los “no ser lo suficientemente femenina”, los “intenté suicidarme”, pero también aparecen los “ahora sé quién soy”, o los “yo también tengo derecho”.

Así, los relatos han evidenciado que todos estos elementos no aparecen de forma aislada ni como episodios individuales, sino que se repiten, con matices, a múltiples voces revelando que el estigma no es una experiencia privada, sino una estructura compartida que atraviesa los vínculos, las instituciones y los espacios cotidianos. Sin embargo, estas repeticiones no se han interpretado únicamente como un indicio de regularidad, sino también un proceso de representación colectiva, pues el nombrar el estigma o el reconocer sus formas y consecuencias, permite resignificar la vivencia individual y entenderla como parte de una condición social compartida. Pero este reconocimiento compartido no implica resignación, muy al contrario, muchas veces constituye el primer paso para la elaboración de estrategias de afrontamiento, resistencia y reconfiguración de la propia identidad. El hecho de que haya una narrativa común no borra las diferencias, pero sí permite que lo vivido adquiera sentido más allá del sufrimiento personal. Así, tal y como manifestaban los resultados, lejos de poder entenderse como una vivencia puramente individual o psicológica, el sufrimiento que atraviesa la experiencia del estigma trans debe ser comprendido como un producto social, resultado de estructuras normativas que excluyen, silencian y patologizan la diferencia. En la misma línea, esta tesis ha mostrado cómo el estigma actúa no solo a través de discursos institucionales o clasificaciones diagnósticas, sino que se materializa a través de las interacciones cotidianas y en los vínculos más cercanos, generando una serie de obstáculos relacionales, afectivos y materiales que configuran un malestar situado. El dolor no surge de una falta de adecuación interna, sino de una constante exposición a normas que invalidan la existencia misma fuera del marco cisnormativo y a la transfobia como cualquier forma de violencia que sufre el colectivo trans. Por tanto, como ya alertaban diversos autores, se confirma que este sufrimiento no puede seguir siendo abordado desde un marco individualizante o clínico, sino desde una mirada crítica que reconozca su dimensión estructural y relacional. En este sentido, hablar del malestar en las personas trans es también hablar de los límites de la sociedad para albergar vidas diversas (Butler, 2006; García Nieto, 2017; Missé, 2013).

A lo largo de los relatos recogidos también se hace evidente que el estigma no es un fenómeno abstracto ni un atributo individual, sino que se encarna en el propio cuerpo y que parte de un proceso social que tiene como vehículo la interacción cotidiana (Crocker *et al.*, 1998; Goffman, 1970; Jones *et al.*, 1984; Neuberg *et al.*, 2000; Stafford y Scott, 1986). Desde una perspectiva interaccionista, coincidimos en que la identidad de género y su legitimidad no se constituye únicamente desde la vivencia interna, sino que se valida o se cuestiona en relación con los marcos de reconocimiento disponibles en cada contexto y en las respuestas de quienes nos rodean (Goffman, 1970, 2006; Mead, 1973 [1934]; Stryker, 1980). Partiendo de esta base, las experiencias de las personas trans entrevistadas muestran cómo la interacción social se convierte en el principal escenario donde se reproduce, se negocia o se desafía el estigma. Ya no hablamos solo de normas estructurales o discursos hegemónicos, sino de cómo esas normas se inscriben y se materializan en los vínculos que aparecen dentro de la familia, en la escuela, en el trabajo, en el espacio público o en las relaciones afectivas. Es en estos intercambios donde el estigma se manifiesta de forma más cotidiana, y donde, al mismo tiempo, pueden generarse estrategias de resistencia o transformación.

La reflexión conjunta de los discursos médico-psiquiátricos y de los relatos de vida de personas trans articulada desde sendas perspectivas históricas, permite comprender que las identidades de género no normativas no emergen en un vacío ideológico, sino que se constituyen como una construcción social y política que nos hace reconocer la arbitrariedad de las lógicas de exclusión que siguen vigentes, y ofrece claves para pensar que otras formas de existencia fuera del binarismo son posibles. Si bien se han dado pasos evidentes hacia el reconocimiento legal y médico de la diversidad de género, también hemos de tener en cuenta que el sistema de sexo/género binario no solo sigue configurando en la actualidad los marcos del conocimiento científico, sino que también condiciona las posibilidades de autoconocimiento y de agencia subjetiva, organiza los modos de imaginar el cuerpo, de ejercer la sexualidad, y regula quién puede existir, cómo puede hacerlo y qué forma se le concede para habitar el espacio público. Emerge aquí la constante tensión ya constatada entre los marcos normativos que producen vulnerabilidad, que integran tanto las macroestructuras

sociales como las interacciones cotidianas, y las prácticas de resistencia que generan agencia y comunidad, que ofrecen posibilidades de negociar y subvertir las identidades.

No obstante, cuando hablamos de que las identidades normativas de género no emergen en un vacío ideológico, nos estamos refiriendo concretamente a que existen ideologías que configuran el conocimiento científico. Pero tampoco hemos de hablar de ideologías en abstracto, sino de aquellas corrientes dominantes que, en virtud de su posición hegemónica, poseen capacidad estructurante (Goffman, 1970, 2006; Link y Phelan, 2001; Van Dijk, 1996, 2003, 2016). En el caso que nos ocupa, estaríamos ante ideologías que han consolidado el paradigma del dimorfismo sexual como referente normativo, clasificando como anómalas o patológicas aquellas corporalidades e identidades que se desvían de esa norma. De esta manera, en el proceso de reproducción del estigma hacia las identidades trans, desempeñan un papel crucial las ideologías de justificación, es decir, marcos de pensamiento que legitiman el orden social existente y que proporcionan argumentos para naturalizar las jerarquías de género, la discriminación y la estigmatización (Goffman, 1970). Estas ideologías se han explicado desde modelos mediante los que se justifica la discriminación, hasta otros que tienen a reforzar las normas sociales y legitimar las relaciones de poder que benefician al grupo mayoritario (Dovidio *et al.*, 2000; Greenberg *et al.*, 1986; Lerner, 1980; Major y Eccleston, 2005; Sidanius y Pratto, 1999). Pero tal y como se observa en los relatos, estas ideologías no operan únicamente como marcos abstractos, sino que se inscriben en experiencias concretas de exclusión, como la violencia verbal ejercida en el espacio público, la precarización laboral que relega a muchas personas trans a trabajos no cualificados, o la necesidad de cumplir ciertos estándares cisnormativos para acceder a derechos básicos o recibir un trato respetuoso. Así, se comprueba que no solo condicionan el acceso a recursos materiales, sino también las posibilidades mismas de reconocimiento y existencia en igualdad de condiciones. La difusión de estas ideologías da como resultado la reproducción sistemática del estigma en el colectivo trans, su legitimación como colectivo estigmatizado y discriminado, mediante un esfuerzo social que tiene interés en que eso siga así. Pero también se ha comprobado que estas ideologías no solo operan a nivel estructural o institucional, sino que, al ser dominantes, pueden ser internalizadas por las propias personas estigmatizadas, lo que

refuerza los efectos del autoestigma y dificulta la construcción de una identidad positiva (Goffman, 1970; Michaels *et al.*, 2012; Rüsck *et al.*, 2005). Así, el estigma no solo queda establecido en la mirada ajena, sino que también modela la forma en que las personas trans se piensan a sí mismas, confirmando teorías que hablan de cómo las etiquetas sociales influyen en la autopercepción y autodefinición de las personas etiquetadas (Becker, 2009; Hacking, 2002).

Otro de los hallazgos más relevantes de la tesis es el que nos muestra que la violencia ejercida sobre las identidades trans no es uniforme, sino que se distribuye de forma diferencial, según el contexto sociohistórico, y el grado de adecuación al binarismo de género. Tanto en las disertaciones filosóficas clásicas como en los discursos psiquiátricos actuales analizados, y su posterior articulación práctica con los relatos de las entrevistas, se constata que aquellas identidades que se han ajustado a los cánones cisnormativos de feminidad o masculinidad son más fácilmente reconocidas y legitimadas, mientras que quienes encarnan formas de género ambiguas, o consideradas menos convincentes, son más propensas a sufrir exclusión, violencia simbólica e institucional (APA, 1952, 1968, 1980, 1988, 1995, 2007, 2014; Butler, 2002a, 2002b, 2006, 2007; Foucault, 2003a, 2003b, 2007b; Hipócrates, 1986b; Laqueur, 1994; WHO, 1950, 1957, 1968, 1998, 2000, 2016). Esto revela que no se penaliza solo la condición trans en sí misma, sino especialmente la desestabilización que implica no representar adecuadamente los ideales de género hegemónicos. El género se convierte en una tecnología de violencia que actúa con mayor fuerza sobre aquellos cuerpos que, por su mera existencia, cuestionan la coherencia entre sexo, género y apariencia (Butler, 2002a, 2006, 2007). En este sentido, se evidencia que, en términos de Goffman, cuanto más visible es una identidad que transgrede las expectativas normativas del género, mayor es la probabilidad de sufrir descrédito social. Cuando una persona no puede ocultar su condición estigmatizada, se sitúa en la posición de *desacreditada*, lo que la expone de forma más directa al rechazo y la exclusión (Goffman, 1970). Esta situación queda perfectamente reflejada si partimos de la materialización de las dimensiones del estigma, especialmente en lo que respecta al impacto que ciertos atributos estigmatizados tienen en el proceso de comunicación, y, por ello, en las interacciones informales que puedan surgir. Cuanto más visible es el

estigma, o cuanto más se aleja de los cánones estéticos hegemónicos —en nuestro caso, de la normatividad corporal—, mayor es su potencial disruptivo en la relación cara a cara. Esta visibilidad no solo facilita el juicio y la categorización social inmediata, sino que tiende a activar respuestas afectivas negativas, como el rechazo, la incomodidad, o la violencia verbal, que limitan las posibilidades de reconocimiento legítimo (Jones *et al.*, 1984). Desde esta perspectiva, el enfoque dramaturgico de Goffman (1981) resulta especialmente útil para comprender cómo las personas trans deben gestionar de forma constante su presentación del yo en escenarios sociales marcados por una fuerte cisnormatividad.

Así, el análisis de los relatos nos lleva a comprender cómo la identidad se construye en diálogo con la sociedad (Goffman, 1970; Mead, 1973 [1934]; Stryker, 1980), y cuando esta impone normas rígidas, puede negar o invalidar identidades que no se ajustan a ellas, afectando tanto la vivencia interna como la validación externa. Estas categorías discursivas, entre las que se incluyen las del género, no son simples herramientas técnicas, no son neutrales, sino matrices de poder-saber que emanan desde posiciones dominantes, que producen, organizan y regulan la realidad social y las subjetividades, y que naturalizan la aparición y reproducción del estigma social (Foucault, 2007b; Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010; Mas Grau, 2017). Aquí entra de lleno el papel que cumplen las clasificaciones psiquiátricas en la definición de la vivencia trans como una condición fuera de la norma, que se materializa no solamente en las primeras clasificaciones, sino en las más actuales. Debido a su autoridad científica e influencia, dichas clasificaciones constituyen uno de los mayores exponentes institucionales, si no el principal, de la sistematización estas categorías discursivas, cuya su repercusión en la reproducción del sistema sexo/género tradicional es crucial (Butler, 2006; Crowe, 2000). Según lo que plasman estas taxonomías, incluso las más actuales, en lo que siempre se ha considerado normal y sano no deben coexistir atributos (deseos, preferencias, apariencias...) de ambos sexos, y todo lo que se aleja de esta premisa es susceptible de ser patologizado y estigmatizado. Igualmente, cabría advertir de la división tan rígida que sigue estando vigente sobre lo que se considera masculino y femenino, a juzgar por las características y criterios encontrados a la hora describir la vivencia de la transexualidad (APA, 2014). A pesar de los avances normativos y discursivos en las últimas décadas, incluida la eliminación de la

condición trans como trastorno mental en la CIE-11, persisten vestigios estigmatizantes en los discursos médicos y en las prácticas institucionales que siguen modulando las experiencias trans, y que no solo atañen a los marcos de interpretación profesional, sino que también se traducen en barreras concretas en el acceso a derechos, atención sanitaria y reconocimiento legal. Lejos de tratarse de un cambio ya consolidado, la supuesta despatologización convive con lógicas heredadas que perpetúan el estigma, reinstaurando la exclusión bajo nuevas formas discursivas. Por ello, es necesario seguir cuestionando no solo las clasificaciones diagnósticas, sino también las estructuras de poder que las sustentan y legitiman.

Sin embargo, aunque es cierto que el estigma sigue operando de forma estructural, y condicionando la experiencia trans, los relatos analizados también permiten entrever transformaciones significativas a lo largo del eje temporal y generacional. En ellos se cristalizan muchos de los avances jurídicos, médicos y sociales recogidos en la revisión teórica, especialmente en relación con la descentralización de las categorías cerradas de sexo y género como eje normativo, así como con la creciente diversidad de formas de vivir el cuerpo y de nombrar la identidad trans. Estos cambios pueden leerse no solo como un desplazamiento en los marcos interpretativos de la experiencia social (Goffman, 2006), que ya no operan exclusivamente desde el binarismo de sexo y género, incorporando nuevas formas de inteligibilidad del género, sino también como una transformación en las representaciones sociales del colectivo trans (Moscovici, 1984), que comienzan a reconfigurarse más allá del estigma y la patologización. Como señala José Antonio Nieto (1998), asistimos a un momento histórico donde el deseo individual comienza a ganar protagonismo frente al deseo impuesto por lo social, abriendo paso a nuevas formas de subjetividad que también reclaman su legitimidad. Esta pluralidad de las formas de habitar el género, aún en tensión con estructuras que las siguen limitando, revela una transformación cultural que afecta directamente a las formas de estigmatización y a las posibilidades de existencia.

A modo de cierre diremos que lo que conocemos actualmente por identidades trans, se corresponde con un ejercicio eminentemente dialéctico, en el que se ha concretado y perfilado

un comportamiento rechazado histórica y socialmente, que ha pasado por diversas fases de solapamiento y diferenciación de otros comportamientos también histórica y socialmente rechazados, y que cuya esencia estigmatizada ha permanecido constante con el paso del tiempo. Por eso, desmontar la estigmatización de las identidades trans no implica únicamente modificar los manuales diagnósticos o eliminar etiquetas estigmatizantes, sino que entraña repensar críticamente los marcos epistemológicos desde los cuales producimos conocimiento, y reconocer, a su vez, la autoridad en la producción de conocimiento de quienes han sido históricamente silenciadas. Sus relatos, prácticas y formas de resistencia constituyen un saber encarnado que interpela las formas tradicionales de autoridad científica, ampliando el horizonte de lo que puede ser conocido, dicho y vivido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, Theodore (1947). "The nature and use of biograms". *American Journal of Sociology*. No. 53, pp. 111-118.
- Agamben, Giorgio (2015.) *¿Qué es un dispositivo? / El amigo / La Iglesia y el Reino*. Barcelona: Anagrama (Colección Argumentos).
- Aguado Díaz, Antonio León (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre. (Colección Tesis y Praxis).
- Albani, Jenny P. (2019). "Beyond the Borders of Femininity: St. Eugenia and St. Athanasia in Byzantine and Post-Byzantine Art". *Actual Problems of Theory and History of Art: Collection of articles*. Vol. 9, pp. 306-317.
- Allport, Gordon W. (1942). "The use of personal documents in psychological science". *Social Science Research Council Bulletin*, No. 49.
- Almarcha, Amparo; Amando de Miguel; Jesús de Miguel y José Luís Romero (1969). *La documentación y organización de datos en la investigación sociológica*. Madrid: Fondo para la Investigación Económica y Social de la Confederación Española de Cajas de Ahorro.
- Alonso, Luis Enrique (1994). "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". En José Manuel Delgado y Juan Gutiérrez (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Alonso, Luis Enrique (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.

- Alonso, Luis Enrique (2013). "La sociohermenéutica como programa de investigación en sociología". *Arbor*, Vol. 189, No. 761: a035. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.761n3003>.
- Alonso, Luis Enrique (2015). "La entrevista abierta como práctica social". En Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (coords.) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Álvaro, José Luis y Alicia Garrido (2007). *Psicología social: perspectivas psicológicas y sociológicas*, 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill.
- Alvira, Francisco (1983). "Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No. 22, pp. 53-75.
- Alvira, Francisco y Araceli Serrano (2015). "Diseños y estrategias de investigación social". En Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (coords.) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Amaro Quintas, Ángel Manuel (2010). *Triplemente Vulnerabilizadas: Prostitutas, inmigrantes y transexuales. Vulnerabilidad en la salud, servicios de salud y contexto/s*. Alicante: Universidad de Alicante. Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/14020> [Último acceso: 18/12/2024].
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-II)*, 2ª Ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-III*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1988). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON S.A.

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON S.A.
- American Psychiatric Association (APA) (2007). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: ELSEVIER MASSON.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andersen, Martin M., Somogy Varga y Anna P. Folker (2022). "On the Definition of Stigma". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 28, No. 5, pp. 847–853. Doi: <https://doi.org/10.1111/jep.13684>.
- Angermeyer, Matthias C. y Beate Schulze (2001). "Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill". *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 24, No. 4–5, pp. 469–486. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00079-6).
- Antonelli, Carla (2005). "Situación legal del colectivo transexual y Ley de identidad de género". En *Trasversales*. No. 1, pp. 18-21. Disponible en: <https://www.trasversales.net/t01carla.htm> [Último acceso: 14/02/2025].
- Antonelli, Carla (2017). "La reforma de la Ley 3/2007 y el derecho a la propia identidad: una historia de lucha y resistencia TRANS". En Carolina Notario Zubicoa (coord.) *Trans*. Diversidad de identidades y roles de género*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Araneta Zinkunegi, Aitzole (2012). "Diversidades Cuestionadoras: La Campaña Internacional «Stop Trans-Patologización 2012»". *Feminismo/s*. No. 19, pp. 143-163. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4128295> [Último acceso: 18/12/2024].
- Aristóteles (2008): *Reproducción de los animales*. Traducción, introducción y notas de Ester Sánchez. Madrid: Gredos. (Colección Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 201).

- Aristóteles (2014). *Metafísica*. Prólogo y traducción de Tomás Calvo Martínez. Madrid: Gredos. (Colección Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 200).
- Åshede, Linnea (2015). *Desiring Hermaphrodites: The Relationships of Hermaphroditus in Roman Group Scenes*. Tesis doctoral. University of Gothenburg, Faculty of Arts, Department of Historical Studies. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2077/40657> [Último acceso: 13/11/2024].
- Austin, John L. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Bachvarova, Mary R. (2008). "Sumerian Gala Priests and Eastern Mediterranean Returning Gods: Tragic Lamentation in Cross-Cultural Perspective". En Ann Suter (ed.) *Lament: Studies in the Ancient Mediterranean and Beyond*. New York: Oxford University Press.
- Badallo Carbajosa, Adrián, Francisco Ballesteros Pérez, Antonio Bertina, Yaiza Cerezo Quintana, María Belén Magro Sánchez y Sonia Polvorinos Galán (2018). "La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana". *Revista Clínica Contemporánea*, Vol. 9, No. e1, pp. 1–9. Doi: <https://doi.org/10.5093/cc2018a3>.
- Bateson, Gregory (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Beauvoir, Simone de (2021) [1949]. *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Becker, Howard S. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belsué Guillorme, Katrina (2012). "La legislación en torno a la transexualidad en España: avances, debilidades y paradojas". *Feminismo/s*. No. 19, pp. 211-234. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4130087> [Último acceso: 18/05/2024].

- Beltrán, Miguel (2015). "Cinco vías de acceso a la realidad social". En Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (coords.) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Benjamin, Harry (1999) [1966]. *The Transsexual Phenomenon*. Düsseldorf: Symposium Publishing.
- Bennett, Judith M. (2009). "England: Women and Gender". En Stephen H. Rigby (ed.), *A Companion to Britain in the Later Middle Ages*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Berner, Peter (2000). "Austria". En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Bertaux, Daniel (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Bellaterra
- Bertaux, Daniel (2011) "El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades". *Acta Sociológica*, No. 56, pp. 61–93. Doi: <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29458>.
- Beuchot, Mauricio (2020). "Sobre el hombre como microcosmos". *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*, Vol. 42, No. 137, pp. 45–51. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/revista-institucional/article/view/2303> [Último acceso: 09/01/2025].
- Bianchi, Eugenia (2014). "Todo tiene un principio... Y el principio fue el DSM-III. El desbloqueo epistemológico y tecnológico de la Psiquiatría biológica estadounidense". *Culturas Psi*, No. 2, pp. 87-114. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36285> [Último acceso: 25/05/2024].
- Billings, Dwight y Thomas Urban (1998). "La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica". En José Antonio Nieto (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Bing, François (2000). "La teoría de la degenerescencia". En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Blazquez Graf, Norma (2011). *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*, México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Bonilla, Paula y Noemí López Trujillo (2023). “Cronología de la Ley trans y LGTBI: ¿cómo ha evolucionado la regulación de la autodeterminación de género?”, *Newtral*, 17 de febrero. Disponible en: <https://www.newtral.es/cronologia-ley-trans-y-lgtbi/20230217/> [Último acceso: 01/06/2024].
- Boswell, John (1998). *Cristianismo, tolerancia social y homosexualidad: los gays en Europa occidental desde el comienzo de la era cristiana hasta el s. XIV*. Barcelona: Muchnik.
- Bourdieu, Pierre (1989). “La ilusión biográfica”. *Historia y Fuente Oral*, No. 2, pp. 27-33.
- Bourdieu, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, Pierre (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Boyer, Amalia (2012). “Biopolítica y filosofía feminista”. *Revista de Estudios Sociales*, Vol. 1, No. 43, pp. 131–138. Doi:[10.7440/res43.2012.11](https://doi.org/10.7440/res43.2012.11).
- Braidotti, Rosi (1991). *Patterns of Dissonance: A Study of Women in Contemporary Philosophy*. Cambridge: Polity Press.
- Branscombe, Nyla R., Michael T. Schmitt y Richard D. Harvey (1999). “Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being”. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 77. No. 1, pp. 135–149. Doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135>.
- Brickman, Philip, Vita Carulli Rabinowitz, Jurgis Karuza Jr., Dan Coates, Ellen Cohn y Louise Kidder (1982). “Models of helping and coping”. *American Psychologist*, Vol. 37, No. 4, pp. 368–384. Doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.4.368>.
- Brisson, Luc (2002). *Sexual Ambivalence: Androgyny and Hermaphroditism in Graeco-Roman Antiquity*. Los Angeles, California: University of California Press.

- Brohan, Elaine, Rodney Elgie, Norman Sartorius, Graham Thornicroft, y grupo de estudio GAMIAN-Europe (2010). "Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study". *Schizophrenia Research*, Vol. 122, No. 1-3, pp. 232-238. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>.
- Brundage, James A. (1987). *Law, Sex and Christian Society in Medieval Europe*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bullough, Vern L. (1980). *Sexual Variance in Society and History*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bullough, Vern L. (1998). "La transexualidad en la historia". En José Antonio Nieto (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Butler, Judith (1995). "Las inversiones sexuales". En Ricardo Llamas (comp.), *Construyendo sidentidades. Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo XXI.
- Butler, Judith (1996). "Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault". En Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Butler, Judith (2001). "Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del «postmodernismo»". *Revista de estudios de género: La ventana*, Vol. 2, No. 13, pp. 7-41.
- Butler, Judith (2002a). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2002b). *Críticamente subversiva*. En Mérida Jiménez, Rafael M. (ed.) *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria.
- Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

- Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Bychowski, Gabrielle (2018). "Were there Transgender People in the Middle Ages?" [online] The Public Medievalist (serie Gender, Sexism, and the Middle Ages). Disponible en: <https://publicmedievalist.com/transgender-middle-ages/> [Último acceso: 18/06/2024].
- Bychowski, Gabrielle M. W. (2021). "The Authentic Lives of Transgender Saints: *Imago Dei* and *imitatio Christi* in the Life of St Marinos the Monk". En Alicia Spencer-Hall y Blake Gutt (Eds.) *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0cj4.14>.
- Callejo, Javier (1998). "Los límites de la formalización de las prácticas cualitativas de investigación social: la saturación". *Sociológica: Revista de pensamiento social*, No. 3, pp. 93-119.
- Cambrollé, Mar (2017). "Identidades trans, retos de futuro". En Carolina Notario Zubicoa (coord.) *Trans*. Diversidad de identidades y roles de género*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Campo-Arias, Adalberto, Heidi Celina Oviedo y Edwin Herazo (2014). "Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental". *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 43, No. 3, pp. 162–167. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>.
- Cañada, Manuel (2019). "El crimen de Azuaga", *El Salto Extremadura*, [en línea]. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/extremadura-/crimen-azuaga-diego-sanchez-molina-torturas-escandalo-publico-violencia-policia/> [Accedido el 4 de septiembre de 2024].
- Cantarella, Eva (1992). *Bisexuality in the ancient world*. New Haven, CT: Yale University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctt1ww3vwr>.
- Carlà-Uhink, Filippo (2017). "Between the human and the divine: Cross-dressing and transgender dynamics in the Graeco-Roman world". En Domitilla Campanile, Filippo

- Carlà-Uhink, and Margherita Facella (eds.) *TransAntiquity: Cross-dressing and Transgender Dynamics in the Ancient World*. New York: Routledge.
- Caro Baroja, Julio (2015). *Las brujas y su mundo*. Presentación de Francisco J. Flores Arroyuelo. Madrid: Alianza Editorial.
- Castel, Robert (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Cauldwell, David O. (2006). "Psychopathia Transexualis". En Susan Stryker y Stephen Whittle (eds.), *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Cea D'Ancona, Maria Ángeles. (1996). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC) (1998). "International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)". *Public-Use Data Files and Documentation*. National Center for Health Statistics. Disponible en: https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Publications/ICD-9/ucod.txt [Último acceso: 11/06/2024].
- Chodorow, Nancy (1978). *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. London: University of California Press.
- Choisy, François-Timoléon de (1999) [1862]. *Memorias. Abate de Choisy*. Introducción y traducción por María Pino. Barcelona: Leartes.
- Cirillo, Lidia (2002). *Mejor Huérfanas. Por una crítica feminista al pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Cisneros-Cacedo, Alicia Jacqueline, Johnny Jesús Urdánigo-Cedeño, Axel Fabián Guevara-García y Julio Enmanuel Garcés-Bravo (2022). "Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos que apoyan a la Investigación Científica en tiempo de Pandemia". *Dominio de las Ciencias*, Vol. 8, No. 1, pp. 1165-1185. Doi: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i41.2546>.

- Cixous, Hélène (1995). *La risa de la medusa: Ensayos sobre la escritura*. Prólogo y traducción de Ana M^a Moix. Barcelona: Anthropos.
- Cleminson, Richard M. y Ángel J. Gordo (1999). "Transgenerismo". *El viejo topo*. No. 135, pp. 30-34.
- Cohen, Elizabeth G. (1982). "Expectation States and Interracial Interaction in School Settings". *Annual Review of Sociology*, Vol. 8, pp. 209–235. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.so.08.080182.001233>.
- Coleman, Eli, Walter Bocking, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet De Cuypere, Jamie Feldman, *et al.* (2012). "Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7". *International Journal of Transgenderism*. Vol. 13, No. 4, pp. 165–232. Doi: <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
- Coleman, Eli, Asa Radix, Walter P. Bouman, George Richard Brown, Annelou L. C. de Vries., Madeline B. Deutsch, *et al.* (2022). "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8". *International journal of transgender health*. Vol. 23 (Suppl 1), S1–S259. Doi: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.
- Coll-Planas, Gerard y Miquel Missé (2014). "«Me gustaría ser militar». Reproducción de la masculinidad hegemónica en la patologización de la transexualidad". *Prisma Social: revista de investigación social*, No. 13, pp. 407-432. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5255481> [Último acceso: 11/06/2024].
- Coloma Aceña, Pilar (2022). "Lo personal es político. El surgimiento del feminismo radical en Estados Unidos (1967-1970)". *Filanderas. Revista Interdisciplinar de Estudios Feministas*, No. 7, pp.105-124. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8896095> [Último acceso: 30/07/2024].

- Comer, Richard J. y Jane A. Piliavin (1972). "The effects of physical deviance upon face-to-face interaction: The other side". *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 23, No. 1, pp. 33–39. Doi: <https://doi.org/10.1037/h0032922>.
- Comité de Ministros (2010). *Recomendación CM/Rec(2010)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las medidas para combatir la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género*. Disponible en: [1081st meeting – 31 March 2010](#) [Último acceso: 15/01/2024].
- Compas, Bruce E., Jennifer K. Connor-Smith, Heidi Saltzman, Alexandra H. Thomsen y Martha E. Wadsworth (2001). "Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research". *Psychological Bulletin*, Vol. 127, No. 1, pp. 87–127. Doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>.
- Congreso de los Diputados (2022). "Sesión Plenaria (06/10/2022)". *Congreso de los Diputados - Canal Parlamento*, YouTube, [en línea]. Disponible en: [Sesión Plenaria \(06/10/2022\)](#) [Último acceso: 15/01/2024].
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (2018). *La Unidad Multidisciplinar de Atención a Personas Transexuales presenta a los profesionales el circuito y los protocolos de atención* [Nota de prensa]. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/la-unidad-multidisciplinar-de-atencion-personas-transexuales-presenta> [Último acceso: 1/01/2024].
- Conway, Jill K., Susan C. Bourque y Joan W. Scott (1996). "El concepto de género". En Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Corbetta, Piergiorgio (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGrawHill.

- Corrigan, Patrick W. (2000). "Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change". *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 7, No. 1, pp. 48–67. Doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>.
- Corrigan, Patrick W., Frederick E. Markowitz, Amy C. Watson, David Rowan y Mary Ann Kubiak (2003). "An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness". *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 44, No. 2, pp. 162–179. Doi: <https://doi.org/10.2307/1519806>.
- Corrigan, Patrick W. y David L. Penn (1999). "Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma". *American Psychologist*, Vol. 54, No. 9, pp. 765–776. Doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>.
- Corrigan, Patrick W. y Amy C. Watson (2002a). "Understanding the impact of stigma on people with mental illness". *World Psychiatry*, Vol. 1, No. 1, pp. 16–20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/> [Último acceso: 15/01/2024].
- Corrigan, Patrick W. y Amy C. Watson (2002b). "The paradox of self-stigma and mental illness". *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 9, No. 1, pp. 35–53. Doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>.
- Cotter-Lynch, Margaret (2021). "Chapter 6. The Gender Genealogy of St. Mary of Egypt". En Will Rogers y Christopher Michael Roman (eds.), *Medieval Futurity: Essays for the Future of a Queer Medieval Studies*. Berlin, Boston: Medieval Institute Publications. (Colección New Queer Medievalisms, Vol.1).
- Cox, Cynthia (1966). *The Enigma of the Age: The Strange Story of the Chevalier d'Eón*. London: Longmans.
- Crandall, Christian S. (2000). "Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization". En Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl y Jay G. Hull (eds.), *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press.

- Crocker, Jennifer y Brenda Major (1989). "Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma". *Psychological Review*, Vol. 96, No. 4, pp. 608–630. Doi: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.4.608>.
- Crocker, Jennifer, Brenda Major y Claude Steele (1998). "Social stigma". En Daniel T. Gilbert, Susan T. Fiske y Gardner Lindzey (eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4.^a ed., vol. II). New York: McGraw-Hill.
- Crowe, Marie (2000). "Constructing normality: A discourse analysis of the DSM-IV." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 7, No. 1, pp. 69–77. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x>.
- Cucchiari, Salvatore (1996). "La revolución de género y la transición". En Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Dasen, Veronique (2002). "Multiple Births in Graeco-Roman Antiquity". En *Oxford Journal of Archaeology*, vol. 16, No.1, pp. 49-63.
- Dekker, Rudolf M. y Lotte van de Pol (2006). *La doncella quiso ser marinero. Travestismo femenino en Europa (siglos XVII-XVIII)*. Madrid: Siglo XXI.
- Del Olmo, Gemma (2019). "Traspassando límites. Lo personal y lo político en el feminismo". *Las Torres de Lucca*. Vol. 8, No. 15, pp. 63-80.
- Delcourt, Marie (1970). *Hermafrodita*. Barcelona: Seix Barral.
- Della Bianca, Mariana (2013). *Relaciones de poder desde la perspectiva de género en la Edad Media*. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.
- Denzin, Norman K. (1970). *The Research Act*. Chicago: Aldine.
- Deschner, Karlheinz (1993). *Historia Sexual del cristianismo*. Zaragoza: Yalde.

- Devine, Patricia G., Ashby Plant y Kristen Harrison (1999). "The Problem of 'Us' Versus 'Them' and AIDS Stigma". *American Behavioral Scientist*, Vol. 42, No. 7, pp. 1212–1228. Doi: <https://doi.org/10.1177/00027649921954732>.
- DeVun, Leah (2008). "The Jesus Hermaphrodite: Science and Sex Difference in Premodern Europe". *Journal of the History of Ideas*. Vol. 69, No. 2, pp. 193–218. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/30134036> [Último acceso: 15/12/2024].
- DeVun, Leah (2018). "Heavenly hermaphrodites: sexual difference at the beginning and end of time". *Postmedieval: a journal of medieval cultural studies*, Vol. 9 No. 2, pp. 132–146. Doi: doi:10.1057/s41280-018-0080-8.
- Diodoro de Sicilia (2004). *Biblioteca histórica. Libros IV-VIII*. Traducción y notas de Juan José Torres Esbarranch. Madrid: Editorial Gredos. (Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 328).
- Dion Casio (1989a). *Roman History. Books 61–70*. Traducción y notas de Herbert B. Foster y Earnest Cary. Cambridge, MA: Harvard University Press. (colección Loeb Classical Library, 176).
- Dion Casio (1989b). *Roman History. Books 71–80*. Traducción y notas de Herbert B. Foster y Earnest Cary. Cambridge, MA: Harvard University Press. (colección Loeb Classical Library, 177).
- Dover, Kenneth James (2008). *Homosexualidad griega*. Barcelona: Ediciones El Cobre.
- Dovidio, John F., Brenda Major y Jennifer Crocker (2000). "Stigma: Introduction and overview". En Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl y J Jay G. Hull (eds.), *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press.
- Driskell, James E. y Brian Mullen (1990). "Status, Expectations, and Behavior: A Meta-Analytic Review and Test of the Theory". *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 16, No. 3, pp. 541–553. Doi: <https://doi.org/10.1177/0146167290163012>.

- Duarte Cruz, José María y José Baltazar García-Horta (2016). “Igualdad, Equidad de Género y Feminismo, una mirada histórica a la conquista de los derechos de las mujeres”. En *Revista CS*, No. 18, pp. 107-158. Doi: <http://dx.doi.org/10.18046/recs.i18.1960>.
- Echols, Alice (2019). *Daring to Be Bad. Radical Feminism in America. 1967– 1975*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- EFE (2023). “Las personas no binarias y asexuales quedan fuera de la ley trans”. *Efeminista*, 16 febrero, [en línea]. Disponible en: [Las personas no binarias y asexuales quedan fuera de la ley trans](#) [Último acceso: 15/01/2024].
- Elbe, Lili y Niels Hoyer (2022) [1933]. *Lili. Retrato de la primera transición de género*. León: Uve Books.
- Elías, Norbert (1994). *Teoría del símbolo. Un ensayo de antropología cultural*. Barcelona: Península.
- Ellis, Havelock (2018a) [1927]. *Studies in the Psychology of Sex. Vol. 1: Sexual Inversion*. Londres: Forgotten Books.
- Ellis, Havelock (2018b) [1928]. *Studies in the Psychology of Sex. Vol. 7: Eonism and Other Supplementary Studies*. Londres: Forgotten Books.
- Elphick, Kevin C.A. (2021). “Juana de la Cruz: Gender-Transcendent Prophetess”. En Alicia Spencer-Hall y Blake Gutt (Eds.) *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0cj4.7>.
- Empédocles (1964). *Sobre la naturaleza de los seres: Las purificaciones*, Buenos Aires: Aguilar
- Eppinger, Alexandra (2017). “Hercules cinaedus? The effeminate hero in Christian polemic”. En Domitilla Campanile, Filippo Carlà-Uhink, and Margherita Facella (eds.) *TransAntiquity: Cross-dressing and Transgender Dynamics in the Ancient World*. New York: Routledge.

- Ergas, Yasmine (2000). “El sujeto mujer: el feminismo de los años sesenta-ochenta”. En George Duby y Michelle Perrott (dirs.). *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid: Taurus.
- Eribon, Didier (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama.
- Erlandson, David A., Edward L. Harris, Barbara L. Skipper y Steve D. Allen (1993). *Doing naturalistic inquiry*. London: Sage.
- Evans, Sara (2015). “Women’s Liberation: Seeing the Revolution Clearly”. *Feminist Studies*, Vol. 41, No. 1, pp. 138-149.
- Farina, Albert, Edward H. Fischer, Stanley Sherman, William T. Smith, Thomas Groh y Peter Mermin (1977). “Physical attractiveness and mental illness”. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 86, No. 5, pp. 510–517. Doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.5.510>.
- Fausto-Sterling, Anne (1998). “Los cinco sexos”. En José Antonio Nieto (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina: Barcelona.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) (2022) “¡Los derechos LGTBI+ en Castilla-La Mancha ya son Ley!”, *Prensa FELGTBI+*, 5 de mayo. Disponible en: <https://felgtbi.org/blog/2022/05/05/los-derechos-lgtbi-en-castilla-la-mancha-ya-son-ley/> [Último acceso: 15/01/2024].
- Feighner, John P., Eli Robins, Samuel B. Guze, Robert A. Woodruff Jr., George Winokur y Rodrigo Muñoz (1972). “Diagnostic criteria for use in psychiatric research”. *Archives Of General Psychiatry*, Vol. 26, No. 1, pp. 57–63. Doi: [10.1001/archpsyc.1972.01750190059011](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011).

- Fernández Aller, Marta (2016). "El homoerotismo femenino en la Grecia Antigua". En Rebeca Cordeiro Macenlle y Alia Vázquez Martínez (eds) *Estudos de Arqueoloxía, Prehistoria e Historia Antiga: chega dos novos investigadores*. Santiago de Compostela: Andavira.
- Firestone, Shulamith (1973). *La dialéctica del sexo*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Fiske, Susan T. (1998). "Stereotyping, prejudice y discrimination". En Daniel T. Gilbert, Susan T. Fiske y Gardner Lindzey (eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4.ª ed., vol. II). New York: McGraw-Hill.
- Flax, Jane (1995). *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia e Instituto de la Mujer.
- Foucault, Michel (1970). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, Michel (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Edición y traducción de Fernando Álvarez-Uría. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, Michel (1999). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2000). *Los anormales: curso de Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2003a). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2003b). *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2007a). *Herculine Barbin llamada Alexina B.* Traducción, selección y comentarios de Antonio Serrano, introducción de José Ignacio Lacasta Zabalza. Madrid: Talasa.

- Foucault, Michel (2007b). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. México D.F.: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2015a). *Historia de la locura en la época clásica I*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica Argentina (Colección Breviarios), [en línea]. Disponible en: [Historia de la locura en la época clásica, I](#) [Último acceso: 09/02/2025].
- Foucault, Michel (2015b). *Historia de la locura en la época clásica II*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica Argentina (Colección Breviarios), [en línea]. Disponible en: [Historia de la locura en la época clásica, II](#) [Último acceso: 09/02/2025].
- Fraser, Nancy (1997). *Iustitia Interrupta: reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*. Santa Fe de Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Freud, Sigmund (1979). *Obras completas, vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund (1984) [1921]. *Psicología de las masas y análisis del yo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, Sigmund (2009) [1905]. *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Friedan, Betty (2016). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra. (Colección Feminismos).
- Fuchs, Eduard (1996). *Historia ilustrada de la moral sexual. 1. Renacimiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fuentelapeña, Antonio de (1978) [1676]. *El ente dilucidado. Tratado de Monstruos y Fantasmas*. Edición de Javier Ruiz. Madrid: Editora Nacional.
- Gaines, Atwood D. (1992). "From DSM-I to III-R; Voices of self, mastery and the other: A cultural constructivist reading of US psychiatric classification". *Social Science & Medicine*, Vol. 35, No. 1, pp. 3-24. Doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90115-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90115-7).
- Galeno (2010). *Del uso de las partes*. Traducción, introducción y notas de Mercedes López Salvá. Madrid: Editorial Gredos (Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 389).

- Garaizabal, Cristina (1998). "La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante". En José Antonio Nieto (comp) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- García Guerrero, Marcos (2012). "Medicina y arte. La revolución de la anatomía en el Renacimiento". *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, No. 35, pp. 25-27.
- García Nieto, Isidro (2017). "Situación actual de las personas trans en nuestra sociedad. Discriminación, estigma y patologización de las identidades trans, y la importancia de la capacitación de los profesionales sociosanitarios". En Carolina Notario Zubicoa (coord.) *Trans*. Diversidad de identidades y roles de género*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Gatens, Moira (1983). "A Critique of the Sex/Gender Distinction". En Judith Allen y Paul Patton (eds.), *Beyond Marxism? Interventions after Marx*. Sidney: Intervention Publications.
- Gergen, Kenneth J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, Kenneth J. (2011). "The self as social construction." *Psychological Studies*, Vol. 56, No. 1, pp. 108-116. Doi: <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0066-1>.
- Gerlinger, Gabriel, Marta Hauser, Marc De Hert, Kathleen Lacluyse, Martien Wampers y Christoph U. Correll (2013). "Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions". *World Psychiatry*, Vol. 12, No. 2, pp. 155–164. Doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20040>.
- Giddens, Anthony (1984). *The Constitution of Society. Outline of Theory of Structuration*. Berkeley: University of California Press.
- Goffman, Erving (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorroutu.

- Goffman, Erving (1981). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving (2006). *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (Monografías, 227).
- Gómez-Gil, Esther, Isabel Esteva de Antonio, M. Cruz Almaraz, Nuria Asenjo, María Fernández Rodríguez, Felipe Hurtado, Jesús Pérez-Luis, Carmen Sanisidro, Laura Gallardo, Ángel Luis Montejo, Rosa Fernández-García y grupo GIDSEEN (2019). "Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: historia y evolución". En *Psicosomática y psiquiatría*. No. 11, pp. 63-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7483755> [Último acceso: 09/05/2024].
- González de Rivera, José Luis (1998). "Evolución histórica de la psiquiatría". *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, Vol. 19, No. 5, pp. 29-46.
- Gouldner, Alvin (1973). *La crisis de la sociología occidental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gourevitch, Danielle (2000a). "La psiquiatría de la antigüedad grecorromana". En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Gourevitch, Michel (2000b). "Esquirol y la nosografía". En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Greenberg, Jeff, Tom Pyszczynski y Sheldon Solomon (1986). "The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory". En Roy F. Baumeister (ed.), *Public Self and Private Self*, pp. 189-212. New York: Springer.
- Greenberg, Steven (2004). *Wrestling with God and Men: Homosexuality in the Jewish Tradition*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Guerreau Jalabert, Anita (1990). "El sistema de parentesco medieval: sus formas (real/espiritual) y su dependencia con respecto a la organización del espacio". En Reyna

- Pastor de Togneri (coord.) (1990) *Relaciones de poder, de producción y de parentesco en la Edad Media y Moderna: aproximación a su estudio*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Guidetti, Fabio (2017). "The hero's white hands: The early history of the myth of Achilles on Scyros". En Domitilla Campanile, Filippo Carlà-Uhink, and Margherita Facella (eds.) *TransAntiquity: Cross-dressing and Transgender Dynamics in the Ancient World*. New York: Routledge.
- Gussow, Zachary y George S. Tracy (1968). "Status ideology and adaptability to stigmatized illness: A study of leprosy". *Human Organization*, Vol. 27, No. 4, pp. 316–325. Doi: <https://doi.org/10.17730/humo.27.4.c0077788r2v3p2r7>.
- Gustafson, Michael (2017). "Degradation, dishonor, & the stigmatiferous slave: reckoning the weight of the Roman tattoo". En Irene Därmann y Thomas Macho (eds.), *Unter die Haut: Tätowierungen als Logo- und Piktogramme*. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Gutierrez Usillos, Andrés (2017). "Reflexiones en torno a la clasificación «biológica y cultural» de los sexos". En Carolina Notario Zubicoa (coord.) *Trans*. Diversidad de identidades y roles de género*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Habermas, Jürgen (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Hacking, Ian (2002). *Historical ontology*. London: Harvard University Press.
- Hammarberg, Thomas, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009). *Derechos humanos e identidad de género*. Disponible en: <https://rm.coe.int/derechos-humanos-e-identidad-de-genero-issue-paper-de-thomas-hammarber/16806da528> [Último acceso: 09/01/2025].
- Hansson, Lars, Sigrid Stjernswärd y Bengt Svensson (2013). "Perceived and Anticipated Discrimination in People with Mental Illness—An Interview Study". *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 68, No. 2, pp. 100–106. Doi: <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775339>.

- Haraway, Donna J. (1991a). "Manifiesto para *cyborgs*: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX". En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid: Cátedra.
- Haraway, Donna J. (1991b). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid: Cátedra.
- Hausman, Bernice L. (1998). "En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género". En José Antonio Nieto (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Hekma, Gert (1993). "A Female Soul in a Male Body: Sexual Inversion as Gender Inversion in Nineteenth-Century Sexology". En Gilbert Herdt (ed.), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.
- Heredia Urzáiz, Iván (2009). "Control y exclusión social: La Ley de Vagos y Maleantes en el primer franquismo". En Carmelo Romero Salvador Árbol y Alberto Sabio Alcutén (coords.), *Universo de micromundos. VI Congreso de Historia Local de Aragón*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- Heron, Onnaca (2000). "The Lioness in the Text: Mary of Egypt as Immasculated Female Saint". *Quidditas*, Vol. 21, artículo 3, pp. 23-44. Disponible en: <https://scholarsarchive.byu.edu/rmmra/vol21/iss1/3> [Último acceso: 09/09/2024].
- Hipócrates. (1986a). *Tratados hipocráticos II: Sobre los aires, aguas y lugares; Sobre los humores; Sobre los flatos; Predicciones I; Predicciones II; Prenociones de Cos*. Traducción, introducción y notas de A. López Férez y E. García Novo. Madrid: Gredos. (Colección Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 90).
- Hipócrates. (1986b). *Tratados hipocráticos III: Sobre la dieta; Sobre las afecciones; Apéndice A: Sobre la dieta en las enfermedades agudas; Sobre el uso de los líquidos; Sobre el alimento*. Traducción, introducción y notas de C. García Gual, J.M. Lucas de Dios, B. Cabellos Álvarez, I. Rodríguez Alfageme. Madrid: Gredos. (Colección Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 91).

- Hirschfeld, Magnus (1991) [1910]. *Transvestites. The Erotic Drive to Cross-Dress*. Buffalo, Amherst: Prometheus Books.
- Hirschfeld, Magnus (2006). "The Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress". En Susan Stryker y Stephen Whittle (eds.), *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Hodder, Ian (1994). "The Interpretation of Documents and Material Culture". En Norman K. Denzin y Yvonna S. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Huarte de San Juan, Juan (2012) [1575]. *Examen de ingenios para las ciencias*. Linkgua (Pensamiento). Disponible en [Univ. Complutense de Madrid - Examen de ingenios para las ciencias](#) [Último acceso: 21/01/2025].
- Ibáñez, Jesús (2015). "Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas". En Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (coords.) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Irigaray, Luce (1992): *Yo, tú, nosotras*. Madrid. Cátedra: (Colección Feminismos).
- Irigaray, Luce (2007). *Espéculo de la otra mujer*. Madrid: Akal.
- Jacquart, Danielle y Claude Thomasset (1989) *Sexualidad y saber médico en la Edad Media*. Barcelona: Labor.
- Jagose, Annamarie (1996). *Queer Theory: An Introduction*. New York: New York University Press.
- Jahoda, Marie (1987). *Empleo y desempleo: un análisis socio-psicológico*. Madrid: Ediciones Morata.
- Jones, Edward E., Amerigo Farina, Albert H. Hastorf, Hazel Rose Markus, Dale T. Miller y Robert A. Scott (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: W. H. Freeman.

- Jung, Carl Gustav (2023). *Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y en la ciencia (Obra Completa Vol. 15)*. Introducción de Enrique Galán Santamaría. Madrid: Editorial Trotta.
- Karras, Ruth Mazo y David Lorenzo Boyd (1996). “«Ut Cum Muliere»: A Male Transvestite Prostitute in Fourteenth-Century London”. En Louise Fradenburg and Carla Freccero (eds.), *Premodern Sexualities*. New York and London: Routledge.
- Kates, Gary (2001). *Monsieur d'Eon Is a Woman: A Tale of Political Intrigue and Sexual Masquerade*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Kendler, Kenneth S., Rodrigo A. Muñoz y George Murphy (2010). “The Development of the Feighner Criteria: A Historical Perspective”. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 167, No. 2, pp. 134-142. Doi:[10.1176/appi.ajp.2009.09081155](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081155).
- Kennedy, Hubert (1997). “Karl Heinrich Ulrichs. First Theorist of Homosexuality”. En Vernon A. Rosario (ed.), *Science and Homosexualities*. Nueva York: Routledge.
- King, Dave (1998). “Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad”. En José Antonio Nieto (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Krafft-Ebing, Richard von (1922). *Psychopathia Sexualis*. Ed. Rev. New York: Physicians and surgeons Book co.
- Krafft-Ebing, Richard von (2006). “Psychopathia Sexualis with Special Reference to Contrary Sexual Instinct: A Medico-Legal Study”. En Susan Stryker y Stephen Whittle (eds.), *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Kristeva, Julia (1984). *Revolution in Poetic Language*. New York: Columbia University Press.
- Kusukawa, Sachiko (2004). “Medicine in Western Europe in 1500”. En Peter Elmer (ed.) *The Healing Arts. Health, Disease and Society in Europe, 1500-1800*. Manchester: Manchester University Press.
- Laín Entralgo, Pedro (1987). *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial.

- Lamas, Marta (1996a). "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género"". En Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Lamas, Marta (1996b). "La antropología feminista y la categoría "género"". En Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Langlands, Rebecca (2006). *Sexual morality in ancient Rome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laqueur, Thomas (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Lauretis, Teresa de (1987). *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lauretis, Teresa de (1991). "Queer Theory: Lesbian and Gay Sexualities". *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, Vol. 3, No. 2, pp. 3–18.
- Lauretis, Teresa de (2000). *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y Horas.
- Lazarus, Richard S. y Susan Folkman (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- León, José de (2014). "¿Es científica la psiquiatría? Carta al residente de psiquiatría del siglo XXI". *Psiquiatría Biológica*, Vol. 21, No. 1, pp. 14-24. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.02.001>.
- Lerner, Melvin J. (1980). *The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion*. New York: Plenum Press.
- Levine, John M. y Donald H. McBurney (1977). "Causes and consequences of effluvia: Body odor awareness and controllability as determinants of interpersonal evaluation". *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 3, No. 3, pp. 442–445.

- Link, Bruce G. (1987). "Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection". *American Sociological Review*, Vol, 52, No. 1, pp. 96–112. Doi: <https://doi.org/10.2307/2095395>.
- Link, Bruce G., Francis T. Cullen, James Frank y John F. Wozniak (1987). "The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter". *American Journal of Sociology*, Vol. 92, no, 6, pp. 1461–1500. Doi: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/epdf/10.1086/228672>.
- Link, Bruce G. y Jo C. Phelan (2001). "Conceptualizing Stigma". *Annual Review of Sociology*, Vol. 27, pp. 363–385. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Link, Bruce G., Elmer L. Struening, Sheree Neese-Todd, Sara Asmussen y Jo C. Phelan (2001). "Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illnesses". *Psychiatric Services*, Vol. 52, No. 12, pp. 1621–1626. Doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.16>.
- Link, Bruce G., Lawrence H. Yang, Jo C. Phelan y Pamela Y. Collins (2004). "Measuring mental illness stigma". *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 3, pp. 511–541. Doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>.
- Livingston, James D. y Jennifer E. Boyd (2010). "Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis". *Social Science & Medicine*, Vol. 71, No. 12, pp. 2150–2161. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.
- MacDonald, Keith, y Colin Tipton (1993). "Using documents". En Nigel Gilbert (ed.) *Researching social life*. London: Sage.
- Maganto Pavón, Emilio (2007). *El proceso inquisitorial contra Elena/o de Céspedes (1587-1588) - (Biografía de una cirujana transexual del siglo XVI)*. Madrid: Método Gráfico.
- Major, Brenda y Cheryl R. Eccleston (2005). "Stigma and social exclusion". En Dominic Abrams, Michael A. Hogg y José M. Marques (eds.), *The Social Psychology of Inclusion and Exclusion*. New York: Psychology Press.

- Major, Brenda, Shannon K. McCoy, Cheryl R. Kaiser y Wendy J. Quinton (2003). "Prejudice and self-esteem: A transactional model". *European Review of Social Psychology*, Vol. 14, No. 1, pp. 77–104. Doi: <https://doi.org/10.1080/10463280340000027>.
- Major, Brenda y Laurie T. O'Brien (2005). "The social psychology of stigma". *Annual Review of Psychology*, Vol. 56, pp. 393–421. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>.
- Major, Brenda, Wendy Quinton y Shannon McCoy (2002). "Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances". En Mark P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 34). San Diego: Academic Press. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(02\)80007-7](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(02)80007-7).
- Margolis, Nadia (2003). "The Mortal Body as Divine Proof: A Spiritual-Physical Blazon of Joan of Arc". En Ann W. Astell y Bonnie Wheeler (eds.), *Joan of Arc and Spirituality*. New York: Palgrave Macmillan.
- Marsal, Juan Francisco (1972). *Hacer la América: biografía de un emigrante*. Barcelona: Ariel.
- Martín Casares, Aurelia y Magdalena Díaz Hernández (2016). "Nuevas reflexiones sobre 'Elena, alias Eleno de Céspedes', transgénero, redes sociales y libertad en la España del siglo XVI". *Bulletin for Spanish and Portuguese Historical Studies*, Vol. 41, No. 1, Artículo 2, pp. 27-41. Disponible en: <https://asphs.net/article/nuevas-reflexiones-sobre-elena-alias-eleno-de-cespedes-transgenero-redes-sociales-y-libertad-en-la-espana-del-siglo-xvi/> [Último acceso: 09/12/2024].
- Martín Morgado, Beatriz, Concepción Viñuela Villa, M^a Concepción Gutiérrez Montaña, Manuela Bobadilla del Pozo, Rafael Hernández Lavado, Javier Alonso de la Torre, Teresa Martínez Rey, Vicente Alonso Núñez (2019). *Protocolo de atención integral a personas trans* en el Servicio Extremeño de Salud (PAITEX)*. Junta de Extremadura. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio Extremeño de Salud. Disponible en: [Protocolo de Atención Integral a Personas Transexuales en el Servicio Extremeño de Salud](#) [Último acceso: 10/01/2025].

- Martin, Jack K., Bernice A. Pescosolido, Sigrun Olafsdottir y Jane D. McLeod (2007). "The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems". *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 48, No. 1, pp. 50–67. Doi: <https://doi.org/10.1177/002214650704800104>.
- Martínez, José (1993). "Entre la filantropía y la ciencia: la medicalización de la locura en la primera mitad del Siglo XIX". *Historia 16*, No. 211, pp. 56-65.
- Martínez, Ramón (2017). *Lo nuestro sí que es mundial: una introducción a la historia del movimiento LGTB en España*. Barcelona: Egales.
- Martínez-Guzmán, Antar y Lupicinio Íñiguez-Rueda (2010). "La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual: Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad". *Discurso & Sociedad*, Vol. 4, No. 1, pp. 30-51.
- Martos Montiel, Juan Francisco (1996). *Desde Lesbos con Amor: Homosexualidad femenina en la Antigüedad*. Madrid: Ediciones Clásicas.
- Mas Grau, Jordi (2014). *Subjetividades y cuerpos gestionados. Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. Facultat de Geografia i Història. Dpt. Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica.
- Mas Grau, Jordi (2017). "Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante". *Revista Internacional de Sociología*, Vol. 75, No. 2, pp. 1-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>.
- Matte, Nicolas, Aaron H. Devor y Theresa Vladicka (2009). "Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and Recommendations". *International Journal of Transgenderism*, No. 11, pp. 42-52.
- Mayer, Lawrence S. y Paul R. McHugh (2016). "Sexualidad y género". *The New Atlantis, A journal of technology & society*, No. 50, pp. 1-111.

- Mead, George Herbert (1973) [1934]. *Espíritu, persona y sociedad: Desde el punto de vista del conductismo social*. Introducción de Charles W. Morris. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Mead, Margaret (2006) [1935]. *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós (Colección Surcos, 32).
- Mejía, Norma (2006). *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Mercader, Patricia (1997). *La ilusión transexual*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Merton, Robert K., Marjorie Fiske y Patricia L. Kendall (1990). *The Focussed Interview: A Manual of Problems and Procedures*. New York: Free Press.
- Meyer, Walter, Walter O. Bockting, Peggy Cohen-Kettenis, Eli Coleman, Domenico DiCeglie, Holly Devor, et al. (2001). *Standards Of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version*. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Disponible en: <https://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/WPATHsocv6.pdf> [Último acceso: 03/06/2024].
- Mezo, Josu (2015). “Explotación de datos secundarios”. En Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (coords.) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Michaels, Patrick J., Marcelino López, Nicolas Rüsck y Patrick W. Corrigan (2012). “Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness”. *Psychology, Society & Education*, Vol. 4, No. 2, pp. 183–194. Doi: <https://doi.org/10.25115/psye.v4i2.490>.
- Mill, John Stuart (2022). “La emancipación de las mujeres”. En Harriet Taylor Mill y John Stuart Mill, *Textos clave del feminismo liberal: La esclavitud femenina / La emancipación de las mujeres*. Edición y traducción de Íñigo Lomana, prólogo de Tamara Tenenbaum. Madrid: Clave Intelectual
- Millett, Kate (2021). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.

- Miller, Carol y Cheryl Kaiser (2001). "A theoretical perspective on coping with stigma". *Journal of Social Issues*, Vol. 57, No. 1, pp. 73–92.
- Miller, Courtney T. y Brenda Major (2000). "Coping with stigma and prejudice". En Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl y Jay G. Hull (eds.), *The Social Psychology of Stigma*. Nueva York: The Guilford Press.
- Miller, John F. (2010). "Festivals, Roman". En Michael Gagarin (ed.) *The Oxford Encyclopedia of Ancient Greece and Rome*. Oxford: Oxford University Press.
- Mills, Charles Wright (1993). *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mills, Robert (2018). "Visibly Trans? Picturing Saint Eugenia in Medieval Art". *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, Vol. 5, No. 4, pp. 540-64. Doi: <https://doi.org/10.1215/23289252-7090017>.
- Miric, Marija (2016). *Microsociología del estigma: el papel de las leyendas contemporáneas en la construcción social del VIH y el SIDA en la República Dominicana*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Departamento de Psicología Social. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/27173> [Último acceso: 27/11/2024].
- Miric, Marija, José Luis Álvaro, Rafael González y Ana Raquel Rosas Torres (2017). "Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social". *Psicología e Saber Social*, Vol. 6 No. 2, pp. 172–185. Doi: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>.
- Mirowsky, John y Catherine E. Ross (1989). *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine de Gruyter.
- Missé, Miquel (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Barcelona: Egales.
- Missé, Miquel y Gerard Coll-Planas (2010). "La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas". *Norte de salud mental*, Vol. VIII, No. 38, pp. 44-55.

- Moliner, María (2007). *Diccionario de uso del español* (3.ª ed., vol. II). Madrid: Gredos.
- Momoitio, Andrea (2022). *Lunática*. Madrid: Libros del K.O.
- Money, John (1955). "Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings". *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, Vol. 96, No. 6, pp. 253–264.
- Money, John y Anke Ehrhardt (1972). *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money, John, John L. Hampson y Joan G. Hampson (1955). "An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism". *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, Vol. 97, No. 4, pp. 301-319.
- Money, John, John L. Hampson y Joan G. Hampson (1957). "Imprinting and the establishment of gender role". *A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry*, Vol. 77, No. 3, pp. 333–336. Doi: <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1957.02330330119019>.
- Montiel, Luis E. (2000). "España". En Jaques Postel y Claude Quételet (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno Conde, Margarita (2017). "La delicada frontera entre los sexos en la antigua Grecia". En Carolina Notario Zubicoa (coord.) *Trans*. Diversidad de identidades y roles de género*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.
- Moreno Jiménez, Bernardo (1990). *La sexualidad humana: estudio y perspectiva histórica*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Morgan, Robin (1970). *Sisterhood is powerful: An anthology of writings from the women's liberation movement*. New York: Random House.

- Morone, James A. (1997). "Enemies of the People: The Moral Dimension to Public Health". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 22, No. 4, pp. 993–1020. Doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-22-4-993>.
- Moscovici, Serge (1984). "The phenomenon of social representations". En Robert M. Farr y Serge Moscovici (eds.), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muessig, Carolyn (2013). "Signs of Salvation: The Evolution of Stigmatic Spirituality Before Francis of Assisi". *Church History*, Vol. 82, No. 1, pp. 40–68. Doi: <https://doi.org/10.1017/S000964071200251X>.
- Napoleon, Tony, Lauri Chassin y Richard David Young (1980). "A replication and extension of «Physical attractiveness and mental illness»". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 89, No. 2, pp. 250–253. Doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.89.2.250>.
- National Geographic (2017). "Género: la revolución". *Revista Oficial de National Geographic Society*, Vol. 4, No. 1, enero de 2017. Washington, D.C.: National Geographic Society.
- Neill, James (2009). *The Origins and Role of Same-Sex Relations in Human Societies*. Jefferson, North Carolina: McFarland & Company, Inc. Publishers.
- Neuberg, Steven L., David M. Smith y Toni Asher (2000). "Why people stigmatize: Toward a biocultural framework". En Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl y Jay G. Hull (eds.), *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press.
- Nicholson, Linda J. (1997a). "Early Statements". En *The Second Wave: A Reader in Feminist Theory*. New York: Routledge.
- Nicholson, Linda J. (1997b). "Whit and Against Marx". En *The Second Wave: A Reader in Feminist Theory*. New York: Routledge.
- Nieto, José Antonio (1998). "Transgénero/transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo". En José Antonio Nieto (comp) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.

- Nieto, José Antonio (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Nussbaum, Martha C. (2002). "The Incomplete Feminism of Musonius Rufus, Platonist, Stoic, and Roman". En Martha C. Nussbaum y Juha Sihvola (eds.) *The Sleep of Reason: Erotic Experience and Sexual Ethics in Ancient Greece and Rome*. Chicago: The University of Chicago.
- Oakes, Elizabeth H. (2002). *International Encyclopedia of Women Scientists*. New York: Facts On File Inc.
- Oakley, Ann. (2015). *Sex, gender and society*. Londres: Routledge.
- Ogden, Amy V. (2021). "St Eufrosine's Invitation to Gender Transgression". En Alicia Spencer-Hall y Blake Gutt (Eds.) *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0cj4.12>.
- Operario, Don y Susan T. Fiske (2001). "Ethnic identity moderates perceptions of prejudice: Judgments of personal versus group discrimination and subtle versus blatant bias". *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 27, No. 5, pp. 550–561. Doi: <https://doi.org/10.1177/0146167201275004>.
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Campaña para la reducción del estigma en salud mental. Haz tu parte*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte> [Último acceso: 21/10/2024].
- Ortega Arjonilla, Esther y Raque Lucas Platero (2015). "Movimientos feministas y trans* en la encrucijada: aprendizajes mutuos y conflictos productivos". *Quaderns de Psicologia*, Vol. 17, No. 3, pp.17-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1280>.
- Ostiz, Marta (2021). "Ley trans: Diez comunidades ya contemplan la autodeterminación de género". *Efeminista*, 26 de febrero [en línea]. Disponible en: <https://efeminista.com/ley-trans-diez-comunidades-autodeterminacion-genero/> [Último acceso: 27/01/2024].

- Ottati, Victor, Galen V. Bodenhausen y Leonard S. Newman (2005). "Social Psychological Models of Mental Illness Stigma". En Patrick W. Corrigan (ed.), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington, D.C.: American Psychological Association. Doi: <https://doi.org/10.1037/10887-004>.
- Ovidio (2005). *Las metamorfosis*. Traducción y edición de Consuelo Álvarez y Rosa Iglesias. Madrid: Cátedra (Letras Universales, No. 228).
- Paré, Ambroise (1993) [1575]. *Monstruos y prodigios*. Introducción, traducción y notas de Ignacio Malaxecheverría. Barcelona: Ediciones Siruela.
- Patton, Michael Quinn (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage.
- Pérez Miranda, Iván (2014). "Mito, género y sexualidad". En José Luis Hernández Huerta (coord.) *En torno a la Educación Social. Estudios, reflexiones y experiencias*. Salamanca: FahrenHouse.
- Perona, Ángeles J. (2005). "El feminismo liberal estadounidense de posguerra: Betty Friedan y la refundación del feminismo liberal". En Celia Amorós y Ana de Miguel (eds.) *Teoría Feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. 2. Madrid: Minerva Ediciones (Colección Estudios sobre la mujer).
- Pescosolido, Bernice A. y Jack K. Martin (2015). "The Stigma Complex". *Annual Review of Sociology*, Vol. 41, pp. 87–116. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>.
- Pettigrew, Thomas Fraser y Roel W. Meertens (1995). "Subtle and Blatant Prejudice in Western Europe". *European Journal of Social Psychology*, Vol. 25, No. 1, pp. 57–75. Doi: <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420250106>.
- Picco, Louisa, Shirlene Pang, Ying Wen Lau, Anitha Jeyagurunathan, Pratika Satghare, Edimansyah Abdin, Janhavi Ajit Vaingankar, Susan Lim, Chee Lien Poh, Siow Ann Chong y Mythily Subramaniam (2016). "Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem".

Psychiatry Research, Vol. 246, pp. 500–506. Doi:
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>.

- Pinto-Correia, Clara (1997). *The Ovary of Eve*. Chicago: University of Chicago Press.
- Platero, Raquel (2009). “Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización”. *Política y Sociedad*, Vol. 46, No. 1 y 2, pp. 107-128. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3141633> [Último acceso: 27/09/2024].
- Platero, Raquel (Lucas) (2012). “La interseccionalidad como herramienta de estudio de la sexualidad”. En Raquel (Lucas) Platero (ed.), *Introducción: Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Platero, Raquel (Lucas) (2014): *Trans*exualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Plinio el Viejo (2003). *Historia Natural. Libros VII-XI*. Traducción y notas de Encarnación del Barrio Sanz, Ignacio García Arribas, Ana M^a Moure Casas, Luis Alfonso Hernández Miguel, M^a Luisa Arribas Hernáez. Madrid: Editorial Gredos. (Biblioteca Clásica Gredos, Vol. 308).
- Plummer, Ken (1995). *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*. London: Routledge.
- Plummer, Ken (2004). “Prólogo”. En William I. Thomas y Florian Znaniecki (Edición de Juan Zarco), *El campesino polaco en Europa y en América*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Posada, Luisa (2002). “Prólogo”. En Lidia Cirillo (ed.) *Mejor Huérfanas. Por una crítica feminista al pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Posada, Luisa (2005). “La diferencia sexual como diferencia esencial: sobre Luce Irigaray”. En Celia Amorós y Ana de Miguel (eds.) *Teoría Feminista: de la Ilustración a la*

globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad. 2. Madrid: Minerva Ediciones (Colección Estudios sobre la mujer).

Postel, Jacques (2000a). “*Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (el tratamiento moral)*”. En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Postel, Jacques (2000b). “La demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Kraepelin”. En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Preciado, Paul B. (2020). *Testo Yonki. Sexo, drogas y biopolítica*. Barcelona: Anagrama (colección Argumentos).

Principios de Yogyakarta (2007). *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Disponible en: <https://yogyakartaprinciples.org> [Último acceso: 25/10/2024].

Pueyo, Víctor (2016). *Cuerpos plegables. Anatomías de la excepción en España y en América Latina (siglos XVI-XVIII)*. Woodbridge (UK): Tamesis.

Pujadas, Juan José (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (Cuadernos Metodológicos, No. 5).

Pujadas, Juan José (2000). “El método biográfico y los géneros de la memoria”. *Revista de Antropología Social*, No. 9, pp. 127-158.

Puleo, Alicia H. (1993). *La Ilustración olvidada. La polémica de los sexos en el siglo XVIII*. Barcelona: Anthropos.

Quérel, Claude (2000). “El problema del encierro de los insanos”. En Jaques Postel y Claude Quérel (eds.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2ª ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Radiotelevisión Española (RTVE) (2018a). *Nosotrxs somos. Capítulo 1: Amarillo. Peligrosos y enfermos*. 1.ª temporada. [En línea]. Disponible en: [Nosotrxs Somos - Episodio 1: Amarillo. Peligrosos y enfermos | Playz](#) [Último acceso: 01/12/2024].
- Radiotelevisión Española (RTVE) (2018b). *Nosotrxs somos. Capítulo 2: Verde. El camino a la igualdad*. 1.ª temporada. [En línea]. Disponible en: [Nosotrxs somos: Episodio 2: Verde. El camino a la igualdad](#) [Último acceso: 01/12/2024].
- Radiotelevisión Española (RTVE) (2023). “CONGRESO: La ley TRANS sale adelante pese a las diferencias de PSOE y UP sobre MENORES | RTVE”, *RTVE Noticias*, YouTube, [en línea]. Disponible en: [CONGRESO: La ley TRANS sale adelante pese a las diferencias de PSOE y UP sobre MENORES | RTVE](#) [Último acceso: 09/12/2024].
- Raming, Ida (2004). *A History of Women and Ordination. Volume 2: The Priestly Office of Women: God's Gift to a Renewed Church* (2ª Ed.). Lanham: Scarecrow Press.
- Ramos Cantó, Juana (2003). “Las Asociaciones de Transexuales”. En Antonio Becerra Fernández (comp.), *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Real Academia Española (2022). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.) [versión 23.8 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estigma> [Último acceso: 01/02/2025].
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2009). “Objetivos”. [en línea], Disponible en: [Objetivos | STOP PATOLOGIZACIÓN TRANS](#) [Último acceso: 07/11/2024].
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2010a). “Comunicados”. [en línea]. Disponible en: [Comunicados | STOP PATOLOGIZACIÓN TRANS](#) [Último acceso: 07/11/2024].
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español (2010b). “Manifiesto”. [en línea]. Disponible en: [Manifiesto | STOP PATOLOGIZACIÓN TRANS](#) [Último acceso: 07/11/2024].

- Richardson, Stephen A. (1969). "The effect of physical disability on the socialization of a child".
En David A. Goslin (ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research*. Chicago: Rand McNally & Company.
- Ricoeur, Paul (2013). "La hermenéutica y el método de las ciencias sociales". *Cuadernos de Filosofía Latinoamericana*, Vol. 34, No. 109, pp. 57-70.
- Robles García, Rebeca y José Luis Ayuso-Mateos (2019). "CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Vol. 12, No. 2, pp. 65-67. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.002>.
- Rodríguez Gervás, Manuel José (1994). "La vida de los emperadores infames Cómodo y Heliogábalo: a propósito de la Historia Augusta". En Carmen Blánquez Pérez, Jaime Alvar, Carlos G. Wagner (coords.), *Sexo, muerte y religión en el mundo clásico*. Madrid: Ediciones Clásicas.
- Rodríguez Magda, Rosa María (1999). *Foucault y la genealogía de los sexos*. Barcelona: Anthropos.
- Rodríguez, María José y José Ignacio Garrigós (2017). *Análisis sociológico con documentos personales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (Cuadernos Metodológicos, No. 57).
- Rolker, Christof (2013). "Double sex, double pleasure? Hermaphrodites and the medieval laws". Versión traducida al inglés disponible en: https://www.academia.edu/4101811/Double_sex_double_pleasure_Hermaphrodites_and_the_medieval_laws. Versión original en alemán publicada en Christof Rolker, "Der Hermaphrodit und Seine Frau. Körper, Sexualität und Geschlecht Im Spätmittelalter". *Historische Zeitschrift* 297, pp. 593–620 [Último acceso: 07/01/2025].
- Rolker, Christof (2014). "The two laws and the three sexes: ambiguous bodies in canon law and Roman law (12th to 16th centuries)". *Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte: Kanonistische Abteilung*, Vol. 100, No. 1, pp. 178-222. Doi: <https://doi.org/10.7767/zrgka-2014-0108>.

- Romero Bachiller, Carmen y Raquel (Lucas) Platero (2012). "Diálogos interseccionales sobre lo butch/femme, las diásporas queer y lo trans." En Raquel (Lucas) Platero (ed.), *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Roscoe, Will (1996). "Priests of the Goddess: Gender Transgression in Ancient Religion". *History of Religions*, Vol. 35, No. 3, pp. 195-230. Doi: <https://doi.org/10.1086/463425>.
- Rosenberg, Milton J. y Carl I. Hovland (1960). "Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes". En Milton J. Rosenberg y Carl I. Hovland (eds.), *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Rubin, Gayle (1996). "El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo". En Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Rueda Gámez, Belén (2020). "Mujeres y homoerotismo femenino en la Antigua Grecia. Del *oikos* a la *polis* y las grietas del sistema falocéntrico". *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, No. 08, pp. 39-47. Doi: doi.org/10.15366/jfgws2020.8.005.
- Ruiz Olabuénaga, José Ignacio y María Antonia Ispizua (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz Rodrigo, Cándido e Irene Palacio Lis (1990). *Higienismo, educación ambiental y previsión escolar: antecedentes y prácticas de educación social en España (1900-1936)*. València: Universitat de València.
- Rüsch, Nicolas, Matthias C. Angermeyer y Patrick W. Corrigan (2005). "Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma". *European Psychiatry*, Vol. 20, No. 8, pp. 529-539. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>.
- Sádaba, Igor (2012). "Introducción a la investigación social *online*". En Arroyo, Millán y Sádaba, Igor (coords.) *Metodología de la investigación social: técnicas innovadoras y sus aplicaciones*. Madrid: Síntesis.

- Salamanca Ballesteros, Alberto (2007). *Monstruos, ostentos y hermafroditas*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Sánchez, Esteban, Alicia Garrido y José Luis Álvaro (2003). "Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental." *International Journal of Social Psychology, Revista de Psicología Social*, Vol. 18, No. 1, pp. 17-33. Doi: <https://doi.org/10.1174/02134740360521750>.
- Sarabia, Bernabé (1985). "Historias de vida". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No. 29, pp.165-186.
- Scheff, Thomas J. (1998). "Shame in the Labeling of Mental Illness". En Paul Gilbert y Bernice Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. New York, NY: Oxford University Press.
- Schwartz, Charlotte Green (1957). "Perspectives on Deviance. Wives Definitions of Their Husbands Mental Illness". *Psychiatry*, Vol. 20 No. 3, pp. 275–291. Doi: <https://doi.org/10.1080/00332747.1957.11023095>.
- Scott, Joan W. (1996). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, Miguel Ángel Porrúa.
- Sennett, Richard (2002). *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Madrid: Alianza Editorial.
- Serra, Juan Pablo (2012). "Contexto histórico: cada cosa en su sitio". En María Lacalle (ed.) *Grandes libros I: Antígona y Gorgias*. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria.
- Setién García, Carla (2020). "El uso del término στίγμα (stigma) y su tradición latina en la literatura cristiana primitiva". *Revista de estudios latinos (RELat)*, No. 20, pp. 71-90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7701105> [Último acceso: 24/02/2025].

- Shulman, Alix Kates (1980). "Sex and Power: Sexual Bases of Radical Feminism". *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 5, No. 4, pp. 590-604.
- Sidanius, Jim y Felicia Pratto (1993). "The inevitability of oppression and the dynamics of social dominance". En Paul Sniderman y Philip E. Tetlock (eds.), *Prejudice, Politics and the American Dilemma*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Sierra González, Ángela (2008). "Una aproximación a la teoría *queer*. El debate sobre la libertad y la ciudadanía". *Cuadernos del Ateneo*, No. 26, pp. 29-42.
- Siller, Jerome, Linda Ferguson, Donald Vann y Bert Holland (1967). *Studies in Reaction to Disability. XII: Structure of attitudes toward the physically disabled: The disability factor scales-amputation, blindness, cosmetic conditions*. New York: New York University.
- Sillero Crovetto, Blanca (2014). "Del derecho a la identidad de género al tratamiento integral de la transexualidad (Normativa estatal y autonómica)". *Boletín del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes*. Año 68, No. 2170, pp. 1-31. Disponible en: <https://revistas.mjusticia.gob.es/index.php/BMJ/article/view/6298> [Último acceso: 24/01/2025].
- Smart, Laura y Daniel M. Wegner (2000). "The hidden costs of hidden stigma". En Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl y Jay G. Hull (eds.), *The Social Psychology of Stigma*. Nueva York: The Guilford Press.
- Smith, Craig A. (1991). "The self, appraisal, and coping". En Charles R. Snyder y Douglas R. Forsyth (eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Snyder, Laura J. (2017). *El ojo del observador. Johannes Vermeer, Antoni van Leeuwenhoek y la reinención de la mirada*. Barcelona: Editorial Acantilado.
- Sobel, Dava (1981). "Thousands with mental health insurance choose to pay own bill". *The New York Times*, 4 de agosto [en línea]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/1981/08/04/science/thosands-with-mental-health-insurance-choose-to-pay-own-bill.html> [Último acceso: 24/01/2025].

- Sobel, Dava (2012). *Un cielo pluscuamperfecto. Copérnico y la revolución del cosmos*. Madrid: Turner.
- Soler, Xoan A. (2023). “¿Cómo funciona la asistencia a las personas trans en la Unidad de Género de Galicia?”, *La Voz de Galicia*, 19 de enero [en línea]. Disponible en: [¿Cómo funciona la asistencia a las personas trans en la Unidad de Género de Galicia?](#) [Último acceso: 21/06/2024].
- Sontag, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Punto de Lectura.
- Spencer-Hall, Alicia y Blake Gutt (2021). “Introduction”. En Alicia Spencer-Hall y Blake Gutt (Eds.), *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0cj4.4>.
- Spitzer, Robert L., Jean Endicott y Eli Robins (1975). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*. New York: New York Psychiatric Institute.
- Stafford, Mark C. y Richard R. Scott (1986). “Stigma, deviance and social control: some conceptual issues”. En Stephen C. Ainlay, Gaylene Becker y Lerita M. Coleman (eds.), *The dilemma of difference: a multidisciplinary view of stigma*. New York: Plenum Press.
- Stangor, Charles y Christian Crandall (2000). “Threat and the Social Construction of Stigma”. En Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl y Jay G. Hull (eds.), *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press.
- Steadman, Henry J. (1980). “Assessing the sources of perceptions of the dangerousness of the mentally ill”. En Judith G. Rabkin, Lois Gelb y Jack B. Lazar (eds.), *Attitudes Toward the Mentally Ill: Research Perspectives. Report of an NIMH Workshop*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- Stoller, Robert (1968). *Sex and gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.

- Strong, Anise K. (2016). *Prostitutes and Matrons in the Roman World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stryker, Sheldon (1980). *Symbolic Interactionism: A Social Structural Version*. California: Benjamin/Cummings Publishing.
- Stryker, Susan (2006). "(De)Subjugated Knowledges: An Introduction to Transgender Studies." En Susan Stryker y Stephen Whittle (eds.) *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge.
- Stryker, Susan (2008). *Transgender history*. Berkeley, CA: Seal Press.
- Suárez, Margarita (2019). "Estudio preliminar". En Suárez Margarita (ed.) *Astros, humores y cometas. Las obras de Juan Jeronimo Navarro, Joan de Figueroa y Francisco Ruiz Lozano (Lima, 1645-1665)*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
- Suess, Amets (2011). "Despatologización trans y práctica arteterapéutica". *Arte y políticas de identidad*. Vol. 4, pp. 107-126. Disponible en: <https://revistas.um.es/reapi/article/view/146031> [Último acceso: 24/06/2024].
- Szabo, Felix (2021). "Non-Standard Masculinity and Sainthood in Niketas David's Life of Patriarch Ignatios". En Alicia Spencer-Hall y Blake Gutt (Eds.), *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography*. Amsterdam: Amsterdam University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0cj4.8>.
- Szczepanski, Jan. (1978). "El método biográfico". *Papers: Revista de Sociología*, No. 10, pp. 231-256.
- Tajfel, Henri (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, Henri y John C. Turner (1979). "An integrative theory of intergroup conflict". En William G. Austin y Stephen Worchel (eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

- Tanner, Leslie B. (1971). *Voices from women's liberation*. New York: New American Library.
- Taton, René (1972). *Historia General de las Ciencias. Volumen II. La ciencia moderna (de 1450 a 1800)*. Barcelona: Destino.
- Taylor Mill, Harriet. (2022). “*La esclavitud femenina*”. En Harriet Taylor Mill y John Stuart Mill, *Textos clave del feminismo liberal: La esclavitud femenina / La emancipación de las mujeres*. Edición y traducción de Íñigo Lomana, prólogo de Tamara Tenenbaum. Madrid: Clave Intelectual.
- Taylor, Steven J. y Robert Bogdan (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Thomas, William I. y Dorothy Swaine Thomas (1928). *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. Nueva York: Alfred A. Knopf. Recuperado de: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015031951406&seq=1> [Último acceso: 24/07/2024].
- Thompson, Becky (2002). “Multiracial Feminism: Recasting the Chronology of Second Wave Feminism”. *Feminist Studies*, Vol. 28, No. 2, pp. 336-360.
- Thornicroft, Graham, Elaine Brohan, Diana Rose, Norman Sartorius, Morven Leese y grupo de estudio INDIGO (2009). “Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey”. *The Lancet*, Vol. 373, No. 9661, pp. 408–415. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6).
- Tissot, Samuel-Auguste (2003). *El onanismo: ensayo sobre las enfermedades que produce la masturbación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Histórica.
- Torres, Mara (2024). “El escándalo de un delito de escándalos”, *El Faro* [podcast]. 21 de mayo. Cadena SER [en línea]. Disponible en: <https://cadenaser.com/audio/1716251891905/> [Último acceso: 24/02/2025].

- Tyler, Imogen (2018). "Resituating Erving Goffman: From stigma power to black power". *The Sociological Review*, Vol, 66, No. 4, pp. 744-765. Doi: <https://doi.org/10.1177/0038026118777450>.
- Valles, Miguel S. (1992). "La entrevista psicosocial". En Miguel Clemente (comp.): *Psicología social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Eudema.
- Valles, Miguel S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Valles, Miguel S. (2009). "Metodología biográfica y experiencia migratoria: actualidad del enfoque de los testimonios anónimos y de autor en el legado de Juan F. Marsal". *Papers*, No. 91, pp. 103-125.
- Valles, Miguel S. (2014). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, (Cuadernos metodológicos, No. 32).
- Van Brakel, Wim H. (2006). "Measuring health-related stigma—a literature review". *Psychology, Health & Medicine*, Vol. 11, No. 3, pp. 307–334. Doi: <https://doi.org/10.1080/13548500600595160>.
- Van Dijk, Teun (1996). "Discourse, power and access". En Carmen Rosa Caldas-Coulthard y Malcolm Coulthard (eds.) *Texts and practices: Readings in critical discourse analysis*. London: Routledge.
- Van Dijk, Teun (2003). "La multidisciplinaria del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad". En Ruth Wodak y Michael Meyer (comps.) *Métodos de Análisis Crítico del Discurso*. Barcelona: Gedisa.
- Van Dijk, Teun (2016). "Análisis Crítico del discurso". *Revista Austral de Ciencias Sociales*, No. 30, pp. 203-222.
- Vander, James W. (1990). *Manual de psicología social*. Barcelona: Paidós Studio.

- Vaquero, Carlos; María Lourdes del Río y Enrique San Norberto (2018). "Ambrosio Paré. Aportaciones a la cirugía". *Revista española de investigaciones quirúrgicas*. Vol. 21, No. 2, pp. 67-70.
- Vázquez García, Francisco y Richard Cleminson (2010). *Los Invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España, 1850-1939*. Granada: Editorial Comares.
- Vázquez García, Francisco y Andrés Moreno Mengíbar (1995). "Un solo sexo. Invención de la monosexualidad y expulsión del hermafroditismo (España, siglos XV–XIX)". *Daimon: Revista Internacional de Filosofía*, No. 11, pp. 95-112. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/8782> [Último acceso: 03/02/2025].
- Vázquez García, Francisco y Andrés Moreno Mengíbar (1997). *Sexo y razón. Una genealogía de la moral sexual en España (siglos XVI-XX)*. Madrid: Akal.
- Vázquez Jiménez, Lydia (2015). "La mujer y la sexualidad en la Edad Media y el Renacimiento". *Cuadernos del CEMYR*, No. 23, pp. 137-154.
- Velasco, Sherry (2000). *The Lieutenant Nun: Transgenderism, Lesbian Desire, and Catalina de Erauso*. Austin: University of Texas Press.
- Velasco, Sherry (2011). *Lesbians in Early Modern Spain*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Vout, Caroline (2007). *Power and Eroticism in Imperial Rome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Webb, Eugene J.; Donald T. Campbell, Richard D. Schwartz y Lee Sechrest (1966). *Unobstrusive measures: nonreactive research in the social sciences*. Chicago: Rand McNally.
- Weeks, Jeffrey (1993). *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.
- Weiner, Bernard (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.

- Wengraf, Tom (2001). *Qualitative Research Interviewing. Biographic narrative and semi-structured methods*. Londres: Sage.
- Wills, Thomas A. (1981). "Downward comparison principles in social psychology". *Psychological Bulletin*, Vol. 90, No. 2, pp. 245–271. Doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.90.2.245>.
- Wittig, Monique (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona: Egales
- Wodak, Ruth (2003). "De qué trata el análisis crítico del discurso (ACD). Resumen de su historia, sus conceptos fundamentales y sus desarrollos". En Ruth Wodak y Michael Meyer (comps.) *Métodos de Análisis Crítico del Discurso*. Barcelona: Gedisa.
- Wood, Joanne V. (1996). "What is social comparison and how should we study it?". *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 22, No. 5, pp. 520–537. Doi: <https://doi.org/10.1177/0146167296225009>.
- World Health Organization (WHO) (1950). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941> [Último acceso: 03/02/2024].
- World Health Organization (WHO) (1957). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: basada en las recomendaciones de la séptima conferencia de revisión, 1955 y adoptada por la Novena Asamblea Mundial de la Salud, en virtud de la reglamentación de la nomenclatura de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70940> [Último acceso: 03/02/2024].
- World Health Organization (WHO) (1968). *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: basada en las recomendaciones de la octava conferencia de revisión, 1965 y adoptada por la Decimonovena Asamblea*

Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70935> [Último acceso: 03/02/2024].

World Health Organization (WHO) (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326> [Último acceso: 03/02/2024].

World Health Organization (WHO) (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. (5ª ed)*. Ginebra: World Health Organization [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208> [Último acceso: 03/02/2024].

World Health Organization (WHO) (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Undécima revisión. Guía de Referencia (versión 14 de noviembre 2019)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en: [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf) [Último acceso: 03/02/2024].

World Health Organization (WHO) (2021). “CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Vers. 2021-05”. *World Health Organization* [en línea]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/?view=GO> [Último acceso: 03/02/2024].

World Health Organization (WHO). Division of Mental Health (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento: tablas de conversión entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10*. Madrid: MEDITOR, 1993 [en línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61595> [Último acceso: 03/02/2024].

Wright, Vanessa (2021). “Illuminating Queer Gender Identity in the Manuscripts of the Vie de sainte Eufrosine”. En Alicia Spencer-Hall y Blake Gutt (Eds.) *Trans and Genderqueer Subjects in Medieval Hagiography* (pp. 245–266). Amsterdam: Amsterdam University Press. Doi: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0cj4.10>.

- Yang, Lawrence Hsin, Arthur Kleinman, Bruce G. Link, Jo C. Phelan, Sing Lee y Byron Good (2007). "Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory". *Social Science & Medicine*, Vol. 64, No. 7, pp. 1524-1535. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>.
- Yanos, Philip T., David Roe y Paul H. Lysaker (2010). "The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness". *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 13, No. 2, pp. 73–93. Doi: <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>.
- Yanos, Philip T., David Roe, Keith Markus y Paul H. Lysaker (2008). "Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders". *Psychiatric Services*, Vol. 59, No. 12, pp. 1437–1442. Doi: <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.14>.
- Young, Allan (2001). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Pres.
- Zarco, Juan (2015). "El método biográfico: historias de vida". En Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (coords.) *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza

Legislación consultada

España. Ley relativa a vagos y maleantes. *Gaceta de Madrid*, núm. 217, de 5 de agosto de 1933, páginas 874 a 877 (4 págs.). Disponible en: [BOE-A-1933-6761](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1933-6761).

España. Ley de 15 de julio de 1954 por la que se modifican los artículos 2ª y 6ª de la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933. Jefatura del Estado. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1954-10923>.

España. Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. *BOE*, núm. 187, de 6 de agosto de 1970, páginas 12551 a 12557 (7 págs.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1970-854>.

España. Ley 77/1978, de 26 de diciembre, de modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y de su Reglamento. *BOE*, núm. 10, de 11 de enero de 1979, páginas 658 a 659 (2 págs.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-700>.

España. Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal. *BOE*, núm. 152, de 27 de junio de 1983, páginas 17909 a 17919 (11 págs.). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-17890>.

España. Ley Orgánica 5/1988, de 9 de junio, sobre modificación de los artículos 431 y 432 y derogación de los artículos 239, 566.5º, 567.1.º y 3.º y 577.1.º del Código Penal. *BOE*, núm. 140, de 11 de junio de 1988, páginas 18314 a 18314 (1 págs.). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1988-14327>.

España. Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. *BOE*, núm. 148, de 22 de junio de 1989, páginas 19351 a 19358 (8 págs.). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-14247>.

España. España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE*, núm. 281, de 24/11/1995. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>.

España. Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *BOE núm. 157, de 2 de julio de 2005, páginas 23632 a 23634 (3 págs.)*. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2005/07/01/13>.

España. Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. *BOE núm. 65, de 16 de marzo de 2007, páginas 11251 a 11253 (3 págs.)*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585>

España. Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España. *Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-91-1.PDF.

España. Informe de la ponencia sobre la Proposición de Ley para la reforma de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, para permitir la rectificación registral de la mención relativa al sexo y nombre de los menores transexuales y/o trans, para modificar exigencias establecidas en el artículo 4 respecto al registro del cambio de sexo, y para posibilitar medidas para mejorar la integración de las personas extranjeras residentes en España. *Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-91-5.PDF.

España. Proposición de Ley sobre la protección jurídica de las personas trans y el derecho a la libre determinación de la identidad sexual y expresión de género. *Boletín oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-220-1.PDF.

España. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. *BOE núm. 51, de 01/03/2023*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>.

ANEXO. GUION DE LAS ENTREVISTAS BIOGRÁFICAS

Tabla 7. Guion de entrevista

Preguntas centrales de investigación	Preguntas teóricas	Intervenciones de entrevista
Desarrollo de las principales etapas de la vida desde la perspectiva de la identidad trans, e implicaciones a la hora de construir su identidad y autoestima	Conciencia de ruptura con la identidad normativa asignada	<p>¿En qué momento sientes que no eres la persona que te dijeron que tenías que ser?</p> <p>¿Qué actividades te gustaba hacer?</p> <p>¿Cómo reaccionaba tu entorno cuando expresabas cómo eras y lo que te gustaba?</p> <p>¿Había ciertas cosas que no te gustaban y que tenías que hacer?</p> <p>¿Cuántos años tenías?</p>
	Rasgos principales de la etapa de la niñez y el colegio	<p>¿Cómo fue la etapa del colegio?</p> <p>¿Cómo eran los momentos en el recreo?</p> <p>¿A qué jugabas y con quienes jugabas?</p> <p>¿Te sentías cómoda en clase?</p> <p>¿Sentiste apoyo por parte del colegio?</p> <p>¿Recuerdas si alguna vez te tuviste que enfrentar a rechazo, burlas o insultos?</p>
	Vivencias más importantes de la adolescencia como etapa de cambio	<p>¿Cómo recuerdas tu etapa de la adolescencia?</p> <p>¿Cómo recuerdas tu cuerpo en aquella época?</p> <p>¿Cómo te afectaron los cambios corporales?</p> <p>¿Qué tal fue en el instituto, compañeros, profesores...?</p> <p>¿En quienes te apoyaste en esa época?</p>
	Momento en que hace partícipe de su situación a los principales círculos sociales	<p>¿En qué momento decides que es hora de compartirlo con alguien cómo te sientes?</p> <p>¿Con quién lo compartes primero?, ¿y en lo sucesivo?</p> <p>¿Te costó mucho?</p> <p>¿Cómo se lo tomaron?</p> <p>¿Qué personas siguieron a tu lado?</p> <p>¿Cambió algo?</p> <p>¿Tu familia te apoyó? ¿Amigos?</p>
	Afectación al mercado laboral	<p>¿Estabas trabajando cuando diste el paso de mostrarte como realmente eras?</p> <p>¿Afectó en algo a tu trabajo?</p> <p>¿Cómo reaccionó tu entorno laboral ante tu identidad trans?</p> <p>¿Seguiste en el mismo trabajo?</p>
Percepción del proceso de transición dirigido desde las instituciones médicas y repercusión en su vivencia del estigma y en el	Cumplimiento de los requisitos médicos	<p>¿Qué te pidieron cumplir para poder hacer tu transición?</p> <p>¿Es fácil cumplir los requisitos que piden?</p> <p>¿Tenías disposición para cumplirlo?</p> <p>¿La transición está al alcance de todo el mundo? ¿Estaba a tu alcance?</p>
	Valoración de los tiempos exigidos	<p>¿Cuánto tiempo llevas con tu transición?</p> <p>¿Te costó mucho empezar?</p> <p>¿Tuviste que pasar un examen psiquiátrico o psicológico? ¿Cómo te hizo sentir ese paso?</p> <p>¿Crees que los años de hormonación son asequibles?</p> <p>¿Cómo van las listas de espera para las operaciones?</p>

reconocimiento de su identidad no normativa	Descripción del proceso	<p>¿Me podrías describir cuáles fueron los pasos a seguir para hacer la transición?</p> <p>¿Es diferente el proceso que tuviste que hacer tú que el que se hace en otras Comunidades?</p> <p>Cuéntame exactamente lo que hiciste desde que decidiste hacer la transición</p>
	Adecuación del proceso a las necesidades personales	<p>¿Lo que te exigían es algo que realmente tú querías hacer?</p> <p>¿Te has sentido obligado a dar pasos que no querías?</p> <p>¿El proceso o el resultado valieron la pena?</p>
	Valoración personal del proceso de transición marcado desde la medicina	<p>¿Qué papel crees que puede o debe cumplir la medicina en este proceso?</p> <p>¿Crees que hay algo que debería cambiar en la transición que se plantea desde la medicina?</p> <p>¿Es adecuado que para adquirir una documentación legal, sea necesario un proceso de estos?</p>
Principales repercusiones personales y sociales de la estigmatización de las identidades trans	Aceptación personal	<p>¿Te costó reconocer tu identidad trans? ¿Cómo te sentiste cuando lo hiciste?</p> <p>¿En algún momento intentaste que fuera diferente?</p> <p>¿Aceptaste con normalidad lo que te estabas descubriendo?</p> <p>¿Cómo te afectó personalmente?</p> <p>¿Era fácil aceptarse?</p>
	Aceptación familiar	<p>¿Cómo lo asumió tu familia?</p> <p>¿Te apoyaron desde el principio?</p> <p>¿Les costó un tiempo aceptarlo o acostumbrarse?</p> <p>¿Vivías con ellos cuando se lo dijiste?</p> <p>¿Seguiste viviendo con ellos?</p> <p>¿Quiénes son los que más te han apoyado?</p>
	Aceptación por parte de sus amistades cercanas y otras personas conocidas	<p>¿Cómo se lo tomó la gente que conocías?</p> <p>¿Te apoyaron desde el principio?</p> <p>¿Les costó un tiempo aceptarlo o acostumbrarse?</p> <p>¿Quiénes son los que más te han apoyado?</p> <p>¿Has perdido a gente por el camino?</p>
	Reconocimiento legal	<p>¿Tienes ya tu DNI?</p> <p>¿Cuánto tiempo te falta?</p> <p>¿En qué ocasiones echas más en falta tener tu documentación legal?</p> <p>¿Puede suponer un problema tener una imagen y un nombre distintos de tu documentación?</p>
	Oportunidades laborales / discriminación laboral	<p>¿Tienes trabajo actualmente?</p> <p>¿Es un trabajo que te gusta?</p> <p>¿Has tenido que enfrentarte a algunas barreras para encontrar trabajo desde que iniciaste tu transición?</p> <p>¿Qué tal en tu trabajo?</p> <p>¿Te has visibilizado como persona trans o no es algo que creas necesario hacer?</p>

Fuente: elaboración propia basada en la propuesta de guion de Wengraf