

Disforia¹ de género: (El «Ideal regresivo» y sus destinos).

Gender dysphoria: The “regressive Ideal” and its destinies.

José M^a Erroteta.

Psiquiatra y Psicoanalista. Hospital Universitario de Cruces, Osakidetza. Bizkaia.

Resumen: Este texto realiza un recorrido conceptual sobre sexo, género, identidad de género y disforia de género. Reflexión sobre los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la Disforia de Género tratando de comprender ese proceso. Con detenimiento en el «Ideal», el «Ideal» en Psicoanálisis como progresivo o regresivo, donde la Disforia de género se identifica como Ideal regresivo.

Palabras clave: Género, Identidad de género, disforia de género, Ideal, psicoanálisis.

Abstract: This paper takes a conceptual tour about sex, gender, gender identity and gender dysphoria. Reflection on the criteria of the DSM-5 for the diagnosis of Gender Dysphoria trying to understand this process. In the Ideal, the Ideal in Psychoanalysis is stopped as progressive or regressive, where gender dysphoria is identified as regressive Ideal.

Keywords: Gender, gender identity, gender dysphoria, Ideal, psychoanalysis.

Sexo, Género e Identidad de género

Comencemos por estos tres conceptos que, a menudo, se confunden en nuestro lenguaje y que conviene aclarar antes de continuar:

- **Sexo:** Componente biológico determinista observable en el momento del nacimiento. Clasifica (anomalías aparte) a las personas en mujer y hombre. Etimológicamente, proviene del latín *secare* (seccionar, cortar en dos).
- **Género:** Conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que la cultura desarrolla desde la diferencia anatómica

entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es «propio de los hombres» (lo masculino) y «propio de las mujeres» (lo femenino). La palabra género proviene del latín *genus* y se refiere al género gramatical, estrechamente relacionado con el lenguaje; en cambio, el término anglonormando *gender* se aplica a los determinantes socioculturales de los roles masculino o femenino.

El género que, según el sexo cromosómico o anatómico, es asignado por el entorno desde el comienzo de la vida (“es un niño”, “es una niña”), deberá ser posteriormente corroborado por el propio sujeto, dando lugar a su identidad y sentimiento de pertenecer a uno u otro género.

- **Identidad de género:** Percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o

¹ Disforia: Emoción desagradable (tristeza, ansiedad, irritabilidad, inquietud) etimológicamente opuesta a la euforia. El término no está recogido en el diccionario de la lengua española (RAE).

femenina. La identidad estaría relacionada con la percepción que cada uno tiene de sí mismo, refiriéndose al género, independientemente del sexo biológico.

Hay quienes sostienen que la identidad de género es algo aprendido paulatinamente a lo largo del desarrollo; sin embargo, otros señalan que es algo que se construye en los primeros tiempos de vida y que, por tanto, no es susceptible de una gran influencia social.

A modo de resumen, el sexo supone la división de la sociedad en hombres y mujeres atendiendo a lo que biológicamente corresponde a cada uno; el género, es la construcción cultural de los roles y funciones que socialmente se atribuyen a cada sexo y, por último, la identidad de género corresponde a la percepción que cada uno tiene de sí mismo, independientemente de lo biológico y/o cultural.

Identidad, Identidad de género y diagnóstico de «Disforia de género»

Definiremos el concepto de «Identidad» como el conjunto de características individuales que conforman el ser de una persona, mediante las cuales se identifica y se distingue del resto de seres. La conformación de la identidad permite además, encontrar similitudes y diferencias entre los que nos rodean, condicionando nuestras relaciones. Una parte de esa identidad global del sujeto sería la identidad de género.

El concepto y la formación de la identidad de género se ha ido construyendo y matizando con los años y así, mientras unos definen la identidad de género como cuanto hace y dice una persona para indicar a los demás y a sí mismo el grado de varón o mujer que es,² otros, matizan y la definen como el sentido individual básico de hombre o mujer, implicando una conciencia y aceptación del sexo biológico.³

La visión más general actualmente, define la identidad de género como un proceso inconcluso que comienza en la infancia, se consolida en la adolescencia y puede variar el resto de la vida,

condicionado por las múltiples influencias que ejercen los diferentes marcos de acción, dentro de los cuales se desenvuelve el sujeto (apoyándose en que la base de la identidad sexual es el dimorfismo anatómico-fisiológico) y posteriormente, de manera fundamental, el ejercicio reflexivo que se produce dentro de una sociedad y de un espacio determinados.

La conformación de la identidad de género comienza a raíz de las relaciones que se establecen con el cuidador principal (objeto primario) durante los primeros años de la infancia: la crianza del niño parte generalmente de un progenitor que establece relaciones diferentes con él dependiendo de si es varón o hembra y, como consecuencia, se desarrollan diferentes patrones y características, dependientes del tipo de relación. Hay quien sugiere⁴ que, conforme los niños crecen como hombres, elaboran una identidad que define sus valores y vidas en términos de independencia, en tanto las niñas, al crecer como mujeres, elaboran su identidad en conexión con los demás, forjando sus valores y sus vidas en términos de relaciones interpersonales.

Sea como fuere, en conclusión, podríamos decir que en el inicio se produce supuestamente una aceptación del sexo al que pertenecemos, en relación con las similitudes y/o diferencias que encontramos con el cuidador principal y, a partir de aquí, construiríamos nuestra identidad. Las personas con disforia de género, sin embargo, tienen una incongruencia entre la identidad de género que adquieren (o intentan adquirir) y el sexo biológico. Ante la convicción de pertenecer al sexo opuesto y de tener un cuerpo que no les corresponde, asumen roles y patrones que, socialmente hablando, corresponden al género opuesto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la DSM-5 elabora el siguiente algoritmo diagnóstico para la disforia de género:

Criterios DSM-5 para el diagnóstico de «Disforia de Género»

Criterio A: Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el biológico-anatómico, de una duración mínima de seis

² Money & Ehrhardt, (1972).

³ Rathus, (1993).

⁴ Wood, (1997).

meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

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

Criterio B: El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Comprensión de la «Disforia de género»

Resumiendo todo lo anterior, el malestar o «distrés» significativo por la discordancia entre la identidad de género sentida y el sexo objetivo al nacer es lo que conocemos como «Disforia de género», término acuñado en 1972⁵ y que ha quedado ampliamente consolidado en el mencionado manual DSM-5.⁶

A mi juicio, conviene recordar que, previamente, han existido otros conceptos no precisamente comparables, pero sí precursores:

- La Homosexualidad, tan vieja como el ser humano, definida por el deseo sexual hacia las personas del propio sexo.
- El Travestismo, concepto surgido a comienzos del siglo XX⁷ para definir a quienes vestían ropa del sexo opuesto (hábito considerado como perversión clínica).
- La Transexualidad,⁸ cuya definición más precisa señala a quienes no se identifican con el género que les fue asignado al nacer, teniendo en cambio sentimiento de pertenencia al sexo opuesto.

La transexualidad, el travestismo y la homosexualidad, fueron considerados sin ambages como una desviación moral, e incluidos (1954) en la «Ley de vagos y maleantes», no siendo hasta 1979, cuando pasaron a considerarse trastornos mentales (lo que, en su momento histórico, fue un gran logro).

Hubo de llegar el año 2012 para que, en el País Vasco, se aprobase la ley de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. Con toda esta confusión entre la moral, la patología y las complejas diferencias humanas, no es de extrañar que la lucha actual en los diversos colectivos afectados, se centre en conseguir una despatologización completa de la disforia de género y que resulte políticamente incorrecto plantear cualquier cuestión de raíz «psicopatológica» respecto al origen y significado de esta realidad.

Hoy, en plena lucha por liberarse de diagnósticos, es muy difícil plantear a este colectivo que la evaluación psicológica y/o psiquiátrica no tiene por objeto estigmatizar a las personas que padecen la disforia, sino tratar de discriminar su estatus, descartar o evidenciar posibles trastornos psiquiátricos subyacentes o concomitantes y acompañar a cada persona en lo real, para ayudar a asimilar que la terapia completa de cambio de género (con hormonación y cirugía de reasignación sexual) es, no sólo un proceso largo y complejo, sino además irreversible.

⁵ Money & Ehrhart, *ibid* (1972).

⁶ DSM-5 (2015).

⁷ Hirschfeld, (1910).

⁸ Benjamin, (1953).

Dicho lo anterior y tratando en lo posible de evitar la fácil y jugosa ideologización del asunto, reivindicó el derecho de cualquier estudioso del psiquismo humano a seguir investigando, planteando hipótesis y buscando caminos por los que transitar sin dogmas, intentando encontrar sentido a estos desarrollos singulares y dolorosos, que nos interpelan sin descanso sobre su origen.

Algunos datos estadísticos

Aunque, en el momento actual, en el Hospital Universitario de Cruces superamos los 342 sujetos adultos y 140 menores de 16 años diagnosticados como «Disforia de género», quiero presentar algunos datos de un estudio realizado con 181 pacientes que consultaron entre 2009 y 2016:

- El 48,62% de las consultas fueron mujeres transexuales y el 45,30% fueron hombres transexuales. El resto (6,08%) fueron hombres, mujeres o sujetos ambiguos.

Se objetivó por consiguiente un mayor porcentaje de hombres biológicos en la Disforia de género. Actualmente la proporción es prácticamente del 50%.

- Un 58% presentaba antecedentes psiquiátricos, de los cuales el 66,67% correspondía a Trastornos de Personalidad y el 14,29% a Trastornos de Ansiedad. La Psicosis franca sólo aparecía en el 4,76% de los sujetos. Finalmente, llamaba la atención que el 8,70% de casos (todos ellos en mujeres transexuales) se dedicase a la prostitución.

Respecto a los factores de Distocia social, se objetivó la abundante presencia de estructuras familiares disruptivas: padres abandonantes del núcleo familiar, divorcios con migraciones posteriores, historias de violencia de género en el hogar, etc.

Y algunas conclusiones

- Las personas con disforia de género se encuentran en una posición más vulnerable frente a situaciones sociales adversas, especialmente frente a conductas de rechazo.
- La distocia social, guarda una amplia relación con la comorbilidad psiquiátrica que aparece.

- El trastorno psiquiátrico co-mórbido más frecuente es el trastorno de la personalidad.
- Tanto la distocia social como la comorbilidad psiquiátrica están estadísticamente relacionadas con conductas de abuso de sustancias.
- Una temprana atención en las unidades de Disforia de Género disminuye el riesgo de padecer distocia social y comorbilidad psiquiátrica.
- La proyección social, mediante la concienciación de que se debe acabar con las conductas de exclusión y rechazo, es esencial para terminar con parte de la problemática respecto a la disforia de género.
- La comorbilidad psiquiátrica no excluye (salvo en casos muy excepcionales) el acceso a los siguientes escalones de la terapia de cambio de género.
- A pesar de existir una identificación y posterior valoración psicopatológica, siguen existiendo abandonos del tratamiento.
- El apoyo psico-emocional del psiquiatra puede ser en muchos casos determinante para lograr el éxito de la terapia.

La pregunta que siempre permanece abierta entre nosotros es: la Disforia de género, por su propia entidad, ¿produce síntomas y clínica manifiestos? O por el contrario, ¿la clínica que observamos es previa y da lugar al diagnóstico de Disforia de género?

Pasemos pues, a partir de este momento, al núcleo más genuino de nuestra exposición: la búsqueda de posibles significados y correlaciones entre la disforia de género y los ideales. Para ello, antes de abordar el terreno propio de lo psicológico y, con más precisión, el específicamente psicoanalítico, me parece adecuado comenzar recordando el significado conceptual de «Ideal» en el diccionario:⁹

Definición de «Ideal»

El concepto «Ideal» muestra diversas acepciones, como sustantivo y como adjetivo.

⁹ Diccionario de la lengua española (RAE).

Sustantivo:

- Modelo de perfección que sirve de norma (canon).
- Meta u objetivo a alcanzar en el conjunto de ideas o creencias de alguien (aspiración).

Adjetivo:

- Perteneciente al mundo de las ideas, de la imaginación o del pensamiento (Filosofía).
- Que está muy próximo a un modelo o arquetipo de perfección (excelente, modélico).
- Que es adecuado para un fin determinado (óptimo).

En realidad, cualquiera de estos significados, usado en diferentes contextos, permite una aproximación adecuada al concepto de Ideal en Psicoanálisis.

El «Ideal» en Psicoanálisis

¿Qué es, de dónde procede el concepto, a dónde se encamina y qué significa psicoanalíticamente «Ideal»?

Reproduzco una cita freudiana¹⁰ esencial para entrar en materia:

(...) Hay tres factores en la causación de las neurosis que cobran relieve para nuestro entendimiento: uno biológico, uno filogenético y uno puramente psicológico.

El biológico es el prolongado desvalimiento y dependencia de la criatura humana. La existencia intrauterina del hombre se presenta abreviada con relación a la de la mayoría de los animales; es dado a luz más inacabado que estos. Ello refuerza el influjo del mundo real, (...), eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida. Así, este factor biológico produce las primeras situaciones de peligro y crea la necesidad de ser amado, de la que el hombre no se librará jamás (...)

Los seres humanos nacemos prematuramente. La prematuridad nos hace extremadamente desvalidos. El desvalimiento nos acompaña toda la vida. Nacemos prematuramente para hacernos cargo del mundo. No podemos cuidar de nosotros mismos ni de nuestras fuentes de provisión. No sabemos discernir dentro de nosotros qué supone un riesgo vital y qué puede admitir demora. No podemos comprender ni aceptar el no serlo todo y el centro del universo...

Si el ambiente nos fuerza a «saber» prematuramente, algo se romperá en nosotros, en nuestra autoestima en vías de construirse y desarrollaremos sistemas enfermos de defensa e idealización regresiva. No podremos soportar la realidad que ha sido intrusiva y, según un amplio abanico de posibilidades, desarrollaremos una patología personal más o menos paralizante.

Si tenemos un tiempo de gracia y de ignorancia protectora, «crearemos» un mundo de relación (que por supuesto nos habrá sido dado) y una imagen propia viva y satisfactoria. Saldremos al mundo con avidez de conquistadores y podremos tolerar la desilusión paulatina, hasta lograr mirar a la vida (¡y a la muerte!) de frente y comprender que no podemos perder el tiempo y que debemos andar el camino tratando de lograr nuestros sueños... Entre un relato y otro de aquellos seres humanos que acuden a visitarnos, nos movemos en nuestro quehacer cotidiano los psicoanalistas.

En definitiva, es seguro que cuanto más prematura sea la vivencia del desamparo inicial –nuestra «Hilflosigkeit»–, más allanado estará el camino para reactivarla y más probablemente lo «traumático» eclosionará en el sujeto.¹¹ De ahí en adelante, ni la autoestima se constituirá satisfactoriamente, ni la instancia Ideal se organizará evolutivamente, sino que procurará precisamente involucionar, atajar hacia atrás, simplificarse de forma «fanática», impidiendo que lo que verdaderamente debería ser complejo, se organice complejamente, única garantía de que pueda conseguir resolverse.

En la perspectiva psicoanalítica, habrá un momento mítico del desarrollo incipiente en el cual,

¹⁰ Freud, (1925 [1926]), pag.145-146.

¹¹ Erroteta, (2008).

cada bebé humano percibirá la realidad circundante y comprobará (antes o después) que no es autosuficiente... Un momento que, desgraciadamente para algunos, podrá ser vivido demasiado precozmente y resultar insoportablemente doloroso, o –por el contrario, en otros– eclosionará adecuadamente en tiempo e intensidad, posibilitando a partir de él proyectar la pretendida omnipotencia en las figuras parentales, dotándolas en la fantasía de todas las riquezas y capacidades deseadas. Ahí, en ese preciso momento, y dependiendo de la adecuación temporal a la realidad del pequeño ser humano, comenzará la existencia y andadura del Ideal progresivo o se enquistará malignamente el Ideal regresivo...

Ideal progresivo e Ideal regresivo

Lo que estoy tratando de subrayar es que el destino de los Ideales dependerá de su comienzo:

- Si la prueba de la realidad es excesivamente precoz, exigiendo al recién nacido saber de su desvalimiento («Hilflosigkeit») demasiado pronto para tolerar semejante afrenta, el pequeño ser humano negará la realidad, se dirá a sí mismo que es el mundo en su totalidad quien está mal hecho y perseguirá un Ideal regresivo fusional (al objeto primario) en el que no falte nada ni nada deba ser buscado y alcanzado... el relato psíquico se organizará sobre la premisa de que, en el origen, el bebé era perfecto y «algo» descarriló... por consiguiente, la solución se encaminará a recuperar lo perdido, lo fallido, lo estropeado... ¡Si hubo un error tras el nacimiento, *regresemos* al origen para subsanarlo y recuperar la completud!

Ideales surgidos de la insoportabilidad del desamparo, tratarán de negar y desmentir el horror de lo percibido y buscarán soluciones «mágicas», absolutas y totalitarias a su catástrofe interior.

- En el otro polo de la observación, si la verdad de nuestra enorme impotencia llegó atenuada por un período de ignorancia feliz y protegida, los Ideales nacerán adecuados al momento de desarrollo y, darán lugar a un camino jalonado de búsquedas, de sueños y de alicientes, para lograr ese «plus» maravilloso que el ser humano infantil ve reflejado en sus modelos grandes («grandiosos») de referencia y que, por consiguiente, anhela y busca *por delante* de sí mismo...

Y aquí surge una pregunta abierta: ¿Resulta suficiente con un traumatismo precoz para que el destino del Ideal se decante por un camino regresivo o progresivo?

Es una pregunta crucial, puesto que, según la respuesta, podremos suponer una vía mentalizable de desarrollo o sentenciaremos que tan sólo existirá un árido camino en lo real.

Como no quiero mantener una tensión artificial en nuestro encuentro, me voy a permitir dar una respuesta inmediata (mí respuesta): En mi opinión, además de que la realidad pueda resultar traumática por excesivamente precoz, es imprescindible que exista un foco «atractor» hacia el origen, de manera que el camino evolutivo quede cerrado y que ese foco irradie una luz, cegadora e hipnótica, que proponga el regreso al punto cero... Sin duda me decanto por pensar que es ahí donde el inconsciente parental habita y obtura el proceso.

Comprensión de la Disforia de género como Ideal regresivo

Mi propuesta para la reflexión y eventual discusión, se basa en que la Disforia de género supone una de esas situaciones mencionadas más arriba, en las que el pequeño ser humano ha tropezado con la cruda realidad demasiado precozmente y ello ha producido un anhelo involutivo, un ideal de regresión al origen, partiendo de una conclusión (aparentemente) no revisable e inamovible, que además ha sido refrendada por la(s) figura(s) parental(es): la naturaleza se ha confundido y ha construido un cuerpo equivocado para el sujeto que lo habita.

Ese ideal, (exigido desde diversos frentes) de retorno al origen, por su propia estructura acusatoria de «fallo en lo real» totalmente ajeno al sujeto, no resulta simbolizable «per se», es decir, no es modificable ni transformable mediante posibles metáforas, de manera que, inevitablemente, trata de forzar una respuesta radical: la «solución» anatómica. Es decir, ante lo «primario» del problema y debido a su aparentemente imposible fantasmaticación, será preciso cambiar ese cuerpo y «recuperar» el estatus que el torpe destino equivocó. Sólo así se restablecerá el equilibrio roto.

Pensemos detenidamente: ¿Cuál ha podido ser esa realidad insoportable...? ¿Cuál es el fallo que la naturaleza ha cometido...? ¿Cuál es el anhelo al que no se puede renunciar...? ¿Cuál es la solución que lo repara todo...? ¿En qué medida todo lo anterior está mediatizado por el momento histórico actual?

Vayamos punto por punto:

- ¿Por qué el propio cuerpo puede resultar insoportable?
- ¿Por qué nacer varón o mujer llega a ser considerado un error?
- ¿Por qué se tendrá por irrenunciable conseguir el otro sexo?
- ¿Por qué la solución ha de suponer amputaciones y «correcciones»?
- Y, finalmente, ¿por qué todo lo anterior, aun siendo ciertamente complicado, no puede ser vivido en el mundo psíquico y debe ser «actuado»?

Intolerancia a la complejidad mental y al dolor

Comenzaré por el final, porque pienso que así respondo a las otras preguntas... No creo que el choque con la realidad precoz sea irreversible, por muy intensa que haya sido su acción traumatizante. Reitero que para que el Ideal regresivo se vuelva inamovible e impida el posible camino de progresión (y «curación» en ese sentido), deben coincidir circunstancias inequívocas: Que el entorno (familiar y social) se «alíe» con el deseo involutivo, por ejemplo... En este sentido, me sorprende una y otra vez comprobar lo «comprensivas» que resultan algunas figuras parentales y lo dispuesto que está el medio social para acompañar a quien sufre la disforia de género por el camino que no tiene retorno.

Creo que si todo lo expuesto hasta ahora se ha organizado (y aglutinado, diría yo) para generar el «remedio médico» que estamos ofreciendo actualmente, es debido además al hecho de que la medicina actual puede «realizar» los deseos de las personas transgénero... y reitero que, con mucha frecuencia y salvo contadas excepciones, compruebo que quienes rodean al sujeto con dis-

foria de género, también se adhieren al «fallo original» y evitan así cualquier inquietante pregunta interna del tipo «¿qué responsabilidad puedo tener yo en este penoso sufrimiento de mi hija/o».

No se trata de que estos sujetos no hayan existido en otras épocas de la historia próxima y remota... pero la realidad les exigía una solución menos fáctica y, por consiguiente, mucho más costosa (y dolorosa!) –y rica mentalmente!–: vivir la contradicción en la fantasía, producir síntomas psíquicos, buscar posibles remedios paliativos, mantener la esperanza de encontrar parejas de sesgo similar, sufrir una gran soledad en las familias de origen... sentir, sentir, isentir... ! Soñar, soñar, isoñar...!

En definitiva, la imposibilidad de la «solución» radical, obligaba a realizar permanentes rodeos... y los rodeos, paradójicamente, exigían un camino hacia adelante, como el que he conceptualizado para los ideales progresivos.

Aunque no resulte políticamente correcto, pienso que los avances de la medicina pueden usarse –como cualquier logro humano– también en un sentido involutivo y que, en este sentido, «construir» neo-vaginas o neo-penes no tiene por qué resultar más progresista ni más saludable para el ser humano que acompañarle a buscar en el mundo interno la manera de resolver (o paliar) las supuestas carencias –o los supuestos «excesos»– anatómicos por la vía mental.

Nacer con un pene y sentirse mujer (o nacer con vagina y sentirse varón) pueden ser el comienzo de extraordinarias historias humanas, sumamente complejas, jalonadas de anhelos, expectativas, desilusiones, dolor, sueños realizados o rotos... como lo es siempre la historia humana, pero con las vicisitudes idiosincrásicas de la transexualidad añadidas al conjunto. Resolver la cuestión con hormonas y un «corta-pegar» quirúrgico no tiene por qué ser el mejor de los sistemas, aunque sea el que nos ha tocado vivir y «recomendar» en este momento de la historia.

Tener síntomas mentales (angustia, rituales, conversiones, disociaciones, fobias o parafilias sexuales...) no es un destino peor que quedar «restringido a» y «prisionero de» un cuerpo «standard», pero artificial.

Mi impresión es que, los sujetos con disforia de género, sufren otra disforia más clandestina, mucho más silenciosa: la insoportabilidad de sentirse y saberse humanos-limitados, susceptibles de percibir un mundo interior bien repleto y cuajado de «problemas». Creo que es ese y no otro el genuino «Ideal» regresivo latente: El anhelo de un mundo psíquico «puro», desprovisto de conflictos, de ambigüedad y de ambivalencia, en el que reine «por decreto» un cierto orden «Ideal» y enigmático (tal vez, presuntamente, instaurado desde mucho antes del nacimiento...).

Una de las cuestiones que más me impactan en las entrevistas exploratorias con quienes acuden a la Unidad de Identidad de Género del Hospital, es su intolerancia y aversión a percibirse como homosexuales... ¡Todos/as son heterosexuales, puesto que es la (madre) naturaleza quien se equivocó!

No deja de ser una irónica paradoja que, en el siglo XXI, liberados del estigma del vicio, la perversión y la «ley de vagos y maleantes», haya tal horror a mantener una inquietante (pero rica) complejidad mental y a saber –y a decir– por ejemplo que un varón, puede sentirse extremadamente femenino y anhelar el recio, posesivo y penetrante abrazo de otro varón o que una, mujer, puede percibirse extraordinariamente masculina y desear cubrir y dominar a otra mujer... Ciertamente, el mundo del deseo humano, en muy gran medida inconsciente, no es políticamente correcto, como nos recordaba en Bilbao (hace ya más de un año) un colega de la Sociedad Psicoanalítica de Francia.¹²

Algunas reflexiones propias (y otras prestadas)¹³

La existencia de sujetos con una biología determinada y un sentimiento de pertenencia al género opuesto, pone en entredicho la afirmación de Freud de que «la anatomía es un destino»¹⁴. Para los transexuales, parece que otras cuestiones diferentes a la anatomía y demás factores biológicos han tenido más fuerza a la hora de consolidar su identidad de género.

Merece la pena estudiar el proceso de construcción de la identidad en la infancia, partiendo de la acción psíquica necesaria para la instauración del sentido de «sí mismo» (self), es decir, la función de espejo materno. En este sentido, es muy importante señalar la bi-direccionalidad del proceso identificatorio, ya que en el proceso de identificación se incluye tanto el «identificarse con» como el «ser identificado por». Y no olvidemos que, desde el comienzo, somos identificados como varón o mujer...

La madre, lo queramos o no, es el testigo constitutivo del verdadero self, porque el ser humano sólo puede comenzar a mirar si primero se ve a sí mismo y, para verse, necesita ser mirado. La percepción es un agregado, una consecuencia de la apercepción, y ésta no puede desarrollarse sin la premisa de ser percibido. La madre es necesariamente el espejo en el que el hijo puede mirarse¹⁵ (y conocerse) y debe devolver al niño su propio sentimiento de que existe y de que es libre para seguir mirando. El self se hace real a través del reconocimiento.

Resulta fundamental en este punto plantear la cuestión de los «significantes enigmáticos», implantados por el adulto en el inmaduro psiquismo del bebé... (Por ejemplo, aquellos sujetos a los que se les atribuyó intra-útero una identidad de género determinada, incluyendo un nombre, que no se correspondería ulteriormente con el sexo al nacer).

No podemos obviar la repercusión de estos procesos en la construcción de la identidad básica y de la identidad de género, ya que los primeros pasos sitúan al feto y al neonato en una posición pasiva, tanto en lo que respecta a la asignación de género como a la implantación de otros significantes por parte de los objetos primarios.

Lo que no pudo ser mentalizado en los padres (por intolerancia a saber del propio conflicto), pasará en cualquier caso a los hijos de manera traumática, con la imposibilidad absoluta de ser representado y, mucho menos, de poder ser dicho.¹⁶

¹² André, (2018).

¹³ Betancor, (2017).

¹⁴ Freud, (1924).

¹⁵ Winnicott, (1967).

¹⁶ Duña (2015).

Nota final

Quiero hacer constar que todas mis dudas, preguntas e hipótesis, con respuestas más o menos pertinentes (y siempre transitorias), no han obstaculizado ni mucho menos impedido mi acompañamiento sereno y afectivo a cada una de las personas que se han acercado a la «Unidad de Identidad de género» para realizar el cambio transgénero.

Cuando he percibido que mi interlocutor podía, deseaba y necesitaba pensar, le he propuesto preguntas con respuesta abierta... Pero cuando su decisión estaba tomada y cerrada, no me he sentido con autoridad para desacreditar su demanda y, sencillamente, –ilo que no es sencillo en absoluto!– he aceptado acompañarle en su camino...

Contacto

José M^a Erroteta ✉ JOSEMARIA.ERROTETAPALACIO@osakidetza.eus

Bibliografía

- André, J. (2018) Jornada sobre Identidad de género e infancia. Una perspectiva psicoanalítica. Bilbao, febrero 2018.
- Benjamin, H. (1953). <https://es.wikipedia.org/wiki/HarryBenjamin>
- Betancor, D. (2017) *Estudio sobre identidad de género y representaciones parentales*. Tesis doctoral-Universidad del País Vasco (Director: Artaloytia, J.F.)
- DSM-5 (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la lengua española*.
- Duña, E. (2014). Lo fallido y desligado (el objeto fantasma). *Revista de Psicoanálisis de la APM* n^o 72. 2014.
- Erroteta, J. M. (2008). Hilflosigkeit. El proceso de duelo por el desvalimiento humano. *Revista de Psicoanálisis de la APM* n^o 54.
- Freud, S. (1984). El sepultamiento del complejo de Edipo (1924). En *El Yo y el Ello y otras obras* (1923-1925) (2^a Ed., vol. XIX, 177-188). BBAA. Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1926 [1925]) Inhibición, síntoma y angustia. pp. 145-146. (2^a Ed., vol. XX pp. 177-188). BBAA. Amorrortu Ed.
- Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten: eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb*. Clare L Taylor (2003) *Women, writing and fetishism, 1890-1950 female cross-gendering*. Oxford University Press.
- Money J., Ehrdhart A. (1972) *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1972.
- Rathus S. (1993). *Sexualidad humana* (2005). Madrid. Pearson Educación S.A.
- Winnicott, D. W. (1967). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*. En "Realidad y juego". Gedisa, Barcelona, 1979.
- Wood W. (1997). Habit in Personality and Social Psychology. *Personality and Social Psychology Review* (2017).

- Recibido: 15/11/2019.
- Aceptado: 30/12/2019.