

ATENCIÓN MÉDICA Y SUBJETIVACIÓN DESDE LAS NARRATIVAS DE PERSONAS TRANS*

MEDICAL CARE AND SUBJECTIVATION FROM DE NARRATIVES OF TRANS* PERSONS

Edith Villavicencio Castañeda*

Abraham Osorio Ballesteros**

Fecha de recepción: 24 de noviembre de 2022 • Fecha de aprobación: 10 de noviembre de 2023.

Resumen: El artículo identifica y analiza algunos de los saberes del discurso del modelo médico hegemónico que personas trans* del valle de Toluca incorporan o reproducen en sus narrativas luego de acceder a la terapia de reemplazo hormonal para conocer las implicaciones en los procesos de subjetivación en la transición de género. Se analizaron seis narrativas y se interpretaron teóricamente. Las reflexiones finales señalan que la sujeción al dispositivo médico configura un determinado modo de subjetivación orientado hacia la individualización y, por ende, menos politizado que incide en una escasa articulación política entre las personas trans* en la lucha por la despatologización. Estas circunstancias son terreno fértil para que el Estado y la industria farmacéutica generen estrategias biopolíticas encaminadas a la normalización, captura, integración y asimilación de las subjetividades trans*.

Palabras clave: atención médica; personas trans*; subjetivación; dispositivo; genealogía.

Abstract: The article identifies and analyzes some of the knowledge of the discourse of the hegemonic medical model that trans* people from the Toluca Valley incorporate or reproduce in their narratives after accessing hormone replacement therapy to understand the implications in the processes of subjectivation in gender transition. Six narratives were analyzed and theoretically interpreted. The final reflections point out

* Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (COMECYT)-Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX), México, edivicas@gmail.com.

** Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX), México, sub_abraham@yahoo.com.mx.

that the subjection to the medical device configures a certain mode of subjectivation oriented towards individualization and therefore less politicized, which affects a scarce political articulation among trans* people in terms of the struggle for depathologization. These circumstances are fertile ground for the State and the pharmaceutical industry to generate biopolitical strategies aimed at the normalization, capture, integration, and assimilation of trans* subjectivities.

Keywords: medical care; trans people; subjectivation; dispositive; genealogy.

Résumé: L'article identifie et analyse certaines connaissances du discours du modèle médical hégémonique que les personnes trans* de la Vallée de Toluca incorporent ou reproduisent dans leurs récits après avoir accédé à la thérapie de remplacement hormonal afin de comprendre les implications dans les processus de subjectivation dans la transition de genre. Six récits ont été analysés et interprétés de manière théorique. Les réflexions finales soulignent que l'assujettissement au dispositif médical configure un certain mode de subjectivation orienté vers l'individualisation et donc moins politisé, ce qui affecte une articulation politique rare parmi les personnes trans* en termes de lutte pour la dépathologisation. Ces circonstances constituent un terrain fertile pour que l'État et l'industrie pharmaceutique génèrent des stratégies biopolitiques visant la normalisation, la capture, l'intégration et l'assimilation des subjectivités trans*.

Mots-clés: soins médicaux; personnes trans; subjectivation; dispositif; généalogie.

No hay dos sexos, sino una multiplicidad de configuraciones genéticas,
hormonales, cromosómicas, genitales, sexuales y sensoriales.
No hay verdad del género, de lo masculino y de lo femenino,
fuera de un conjunto de ficciones culturales normativas.

Paul B. Preciado

Introducción

La creciente visibilidad de las personas trans*¹ en el ámbito público responde a un proceso de politización iniciado en México a mediados de la década de 1990² con las primeras organizaciones de activistas —como Eón— enfocadas en la lucha social.

A finales de la primera década del año 2000, el reconocimiento de la identidad de género se posicionó como una de las principales demandas de la población trans* hacia el Estado. Por esta misma razón, luego de años de lucha y del impulso de las organizaciones sociales, en el 2008, el Distrito Federal se convirtió en la primera entidad en el país en aprobar la Ley de Concordancia Sexogenérica, con la cual las personas trans* obtenían su acta de nacimiento acorde con su identidad de género, mediante un procedimiento judicial avalado por un peritaje médico, en el cual se hacían obligatorios distintos procedimientos médicos, como las intervenciones quirúrgicas, y las terapias psiquiátricas encaminadas al establecimiento de un diagnóstico patologizante. Cabe subrayar que el costo aproximado de tales procedimientos era de cincuenta mil pesos, que debían ser cubiertos por las personas interesadas.

Si bien en ese entonces esta ley significó un importante avance, indiscutiblemente el Estado y la ciencia médica desempeñaron un papel como reguladores de los cuerpos trans* al condicionar el otorgamiento de una nueva acta de nacimiento a cambio de un peritaje médico que reforzaba la concepción biologicista y dicotómica del sexo y del género. De ahí que el propio nombre de la ley fuese «concordancia sexogenérica», pues lo que se planteaba en ese entonces era que la corporalidad estuviera «acorde» con el género dispuesto en la nueva acta de nacimiento. Con todo, la aprobación de esa ley dio la pauta para que las autoridades expidieran otra, la Ley de Salud del Distrito Federal, donde se señalaba la creación de un «programa de atención especializada a la salud de las personas transgénero y transexual» como parte de las atribuciones de la Secretaría de Salud

capitalina (Medina Trejo 2018), que se puso en marcha en el 2009 en la Clínica Especializada Condesa.³

Para el 2014, la ley aprobada en el 2008 tuvo modificaciones y el procedimiento judicial pasó a ser solo un trámite administrativo al cual se le denominó Ley para la ratificación del reconocimiento de la identidad de género (Medina Trejo 2018). Con este ajuste se eliminó el peritaje médico y, lo más importante, se reafirmó la capacidad de autodeterminación de las personas trans* para acceder al reconocimiento legal de su identidad en el Distrito Federal.

En noviembre del 2015, los servicios se ampliaron con la inauguración de otra sede, la Clínica Especializada Condesa Iztapalapa - Dr. Jaime Sepúlveda Amor (Medina Trejo 2018). Ambas clínicas ofrecen atención en salud mental y consejería en experiencia de la vida real, endocrinología, radiología e imagen, medicina interna/infectología, detección de infecciones de transmisión sexual y ginecología (Sandoval Rebollo, Domínguez Cornejo y González Galarza 2019). Cabe destacar que, a diferencia de otros países, no se ofrecen intervenciones quirúrgicas.

En este nuevo contexto legal, y a partir de la experiencia desarrollada en la Clínica Especializada Condesa, en el 2017 se creó el *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lesbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específicas*, el cual contiene la *Guía protocolizada para la atención de personas transgénero*. En dicho documento se señalan tres objetivos del proceso de atención médica en el país: reducir el daño a la salud causado por las prácticas autoadministradas, identificar y tratar los problemas de salud, incluyendo los trastornos mentales comunes y metabólicos, y facilitar el acceso a los servicios de prevención y atención de la salud para una población vulnerable con alta prevalencia del VIH (CCINSHAE 2019).

En este protocolo se describe el modelo de atención médica dirigido a la población mexicana, y se explicita el proceso de evaluación de las personas trans*, el cual incluye dos fases: la evaluación de la salud mental de acuerdo a tres clasificaciones —la del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5)*,⁴ la *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)* y las *Normas de atención para la salud de las personas trans y con variabilidad de género*⁵— y la fase de evaluación endocrinológica (CCINSHAE 2019).

También durante el 2017, Nayarit y Michoacán presentaron iniciativas de ley de identidad de género en las cámaras de diputados estatales, y se convirtieron en las primeras entidades de la república mexicana en aprobar el cambio de género. Actualmente, en más de quince estados se garantiza este derecho, hecho que

representa un parteaguas dentro de las reivindicaciones políticas en los últimos cinco años porque el Estado reconoce en términos jurídicos la existencia de personas que no se identifican con el sexo asignado al nacer. Y lo más importante es que estos avances abren la puerta para que otros derechos sean garantizados, por ejemplo, en el estado de Jalisco, se aprobó la Ley de identidad de género en el 2020, y en ese mismo año el gobernador firmó un decreto por el cual se modifica el reglamento del registro civil, convirtiendo a la entidad en pionera en el reconocimiento de las infancias⁶ y las adolescencias trans*.

En octubre del 2021 se inauguró un segundo espacio de atención: la Unidad de Salud Integral para Personas Trans en la Ciudad de México, ubicada en la alcaldía Miguel Hidalgo, donde se brindan de manera gratuita los servicios de medicina general, urología, endocrinología, sexología, nutrición, trabajo social, especialidades en enfermedades de transmisión sexual, terapia de reemplazo hormonal (en adelante TRH),⁷ apoyo legal y acompañamiento psicológico. Esta unidad se diferencia de la Clínica Especializada Condesa porque la mayor parte de los servicios son brindados por personas trans* y porque atienden a las infancias trans*.

En cuanto a los servicios de atención en clínicas privadas, en estos se ofrecen cirugías plásticas, estéticas y reconstructivas que incluyen feminización de la cara, rinoplastia, implantes mamarios y de nalgas o cirugía de reasignación de sexo, mastectomía y faloplastía.

Las transformaciones legislativas nombradas en este apartado no han pasado desapercibidas en el campo de la investigación en ciencias sociales, pues se ha generado un interés gradual por indagar sobre los aspectos relacionados con esta población. Entre algunos estudios realizados, destacan temáticas como la identidad, la sociabilidad, la politización o la corporalidad de las personas trans* (Sandoval Rebollo 2011; Lamas Encabo 2012; Domínguez Cornejo 2012; Argüello Pazmiño 2013; Escobar Cajamarca 2016; Pons Rabasa 2016; Guerrero Mc Manus y Muñoz Contreras 2018; Gutiérrez Martínez 2022, etcétera).

Dentro de estas investigaciones, la de Alba Pons Rabasa (2016) aporta elementos para pensar en los procesos de subjetivación y encarnación sexo-genérica a partir del trabajo de campo realizado en un grupo de apoyo entre personas trans* de la Clínica Especializada Condesa en la Ciudad de México. Sin embargo, hacen falta más estudios que den cuenta no solo de las condiciones en las cuales se brinda la atención médica, sino que ayuden a entender en qué circunstancias y bajo qué lógicas se realizan los procedimientos de transición de género.

De ahí que el presente trabajo se centre en identificar los saberes del discurso del modelo médico hegemónico que las personas trans* del valle de Toluca incorporan o reproducen en sus narrativas luego de acceder al tratamiento médico de TRH en la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México o en instituciones privadas, para analizar cuáles son las implicaciones en sus procesos de subjetivación respecto a la transición de género.

Se parte del supuesto de que cuando las personas trans* acceden a la TRH tienden a asumir y, en ocasiones, a consolidar como propios ciertos saberes del discurso médico, aun cuando estos patologizan, estereotipan, medicalizan y refuerzan la concepción biologicista y dicotómica del sistema sexo/género, lo cual contribuye a su vez a la formación de un modo de subjetivación en la transición de género mediado por el dispositivo médico hegemónico.

Como se examinará en el apartado del análisis de las narrativas, los parámetros del modelo médico hegemónico se identifican en cada uno de los tres saberes, que circunscriben las corporalidades trans* a determinadas formas de subjetivación desde las cuales también la ciencia médica aborda la categoría sexo-género.

Subjetivación, dispositivo y genealogía: Un acercamiento teórico

Teóricamente, el trabajo se basa en las nociones de subjetivación, dispositivo y genealogía sugeridas por el filósofo francés Michel Foucault, en tanto se considera que las narrativas de las personas trans*, a analizar más adelante, forman parte de una red de significación discursiva que encuentra su asidero en dispositivos occidentales en torno a lo que la ciencia médica ha construido como una patología.

Para aproximarse a la noción de subjetivación, es necesario aclarar que se trata de un proceso construido socialmente, por lo cual no puede considerarse como algo meramente individual o psíquico. A su vez, se distingue de la conceptualización de identidad, que generalmente remite a un estado dado o a un estado del ser a donde llegar, por ello, el foco de análisis no se centra en indagar sobre quién es el sujeto, sino en cómo se constituye. De este modo, la subjetivación, remite a «... aquel proceso de construcción subjetiva atada a los dispositivos del poder, que en ocasiones se resiste férreamente y genera rebeldías. El proceso de subjetivación implica, entonces, la objetivación de la subjetividad en relación con los mecanismos de control...» (Roldan Tonioni 2021, 133). En otras palabras, cuando se habla de subjetivación se hace referencia a «la forma en que los individuos se constituyen y son producidos como sujetos. [...] [Ello debido a que] el sujeto

se constituye en relación con una verdad que tiene que descubrir en sí mismo, según ciertos rituales diversos a lo largo de la historia...» (Sauquillo 2017, 558).

En este sentido, «la subjetivación [...] [es conformada] por los procesos del saber, el poder, el trabajo sobre sí mismo y los juegos de la verdad» (Anzaldúa Arce 2020, 199), los cuales hacen que el sujeto se reconozca como tal y se construya de cierta manera. De ahí que a partir de esta noción se consideren distintos aspectos como los siguientes: las formas en que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de saber, en que se hace objeto de poder, en que se hace objeto de normatividades y regulaciones, y en que se hace objeto de moral, reglas y valores de su sociedad (Anzaldúa Arce 2020).

Sin embargo, la subjetivación para nada «es una adaptación dócil» (Anzaldúa Arce 2020, 215), pues, aun cuando el sujeto se construye dentro de los procesos mencionados, siempre hay resistencias por parte de este. Tanto es así que algunos autores ubican a la subjetivación como una especie de operación «entre la norma y el cultivo de sí, entre liberación y sujeción» (Roldan Tonioni 2021, 131).

Lo anterior deviene en parte del hecho de que el poder también habilita, genera efectos positivos, discursos de reconocimiento, prácticas, como el mismo Foucault (2003, 180) reconocía: «Hay que cesar de describir siempre los efectos de poder en términos negativos “excluye”, “reprime”, “rechaza”, “censura”, “abstrae”, “disimula”, “oculta”. De hecho, el poder [...] produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponden a esta producción».

Ahora, una manera de considerar los distintos procesos de subjetivación a través de los cuales la persona se construye es por medio del dispositivo, por lo que vale tener presente dos cuestiones centrales de este término que, como se sabe, Foucault (1984, 128) utilizó para referirse a «... un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas».

La primera cuestión por considerar del dispositivo es que opera como una especie de red, la cual se establece entre distintos elementos discursivos y no discursivos para producir «sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad. De ahí que la familia, la fábrica, el hospital, la escuela, el cuartel, la iglesia, el club de fútbol, el partido político, la universidad, son [...] [parte de ella], pero también lo son el teléfono celular, la televisión, la radio, el teatro, la literatura, y el cine. [Esto porque] Si bien cada [...] [uno] tiene

su función específica, conforman entre todos una “red de saber-poder” que los articula, los complementa y los potencia mutuamente» (García Fanlo 2011, 7).

Es importante destacar que, aunque un dispositivo «es el espacio donde se procesan tanto prácticas discursivas y no discursivas, no hay circularidad, [...] ni mucho menos una relación “base-superestructura”» (García Fanlo 2011, 4) entre todos los elementos, como se podría pensar, pues, como daría a entender el propio Foucault, entre ellos existen relaciones heterogéneas que incluso pueden llevar a contradicciones. Tan es así que es necesario asumir que un dispositivo «no es una cosa entendida como sinónimo de máquina, es decir que opera siempre reproduciendo el mismo mecanismo, sino algo que constantemente se está reconfigurando [...], que [...], por lo tanto produce distintos tipos de subjetividades en cada momento histórico» (5-6).

Este último señalamiento es de particular relevancia porque direcciona hacia la segunda cuestión que se quiere tomar en cuenta del dispositivo, y que es la referente a que este ha tenido determinadas características a lo largo de la historia, pues las urgencias o propósitos a los cuales ha respondido han sido diferentes.

En este sentido, y en consonancia con Foucault, un dispositivo responde a distintos problemas que se consideran importantes en un determinado momento, precisamente el propio autor y sus seguidores plantearon la necesidad de hacer su genealogía para dar cuenta de ello. Como se sabe, la genealogía constituye una apuesta metodológica orientada a la búsqueda de las emergencias y procedencias, así como de las condiciones de posibilidad de un fenómeno social, de un acontecimiento y de su atención, visibilizando aquello que ha sido marginado por los saberes hegemónicos. De esta forma, «la genealogía no se opone a la historia como la visión altiva y profunda del filósofo se opone a la mirada de topo del sabio; se opone, por el contrario, al desplegamiento metahistórico de las significaciones ideales y de las indefinidas teleologías. Se opone a la búsqueda del origen» (Foucault 2004, 13).

Lo interesante de esta apuesta radica en que, al aplicarlo al análisis de un fenómeno social, se pueden destacar las singularidades, las rupturas, los puntos de inflexión, las discontinuidades, las fuerzas y las disputas manejadas al momento de abordarlo y que muchas veces la historia, como se le conoce, se ha negado a contar o no ha otorgado suficiente atención. Sobre todo, porque es otra forma de hablar de la constitución de saberes, prácticas y discursos, a partir de los cuales se construyen de forma imbricada corporalidades y subjetividades. De allí que, incluso, en términos metodológicos, se plantee como necesario precisar el saber, es decir, los enunciados que han funcionado como objetos de verdad y el poder

que es lo que los ha hecho posible (Gonçalvez 2015), ya que «el saber requiere un entramado de poder para su concreción y a la inversa, siendo a su vez el saber un producto del poder» (Palazio Galo 2014, 96). Asimismo, a partir de la genealogía se puede considerar la idea de la transición para tomar en cuenta «la coexistencia entre lo que va dejando de ser actual [...] y lo que va deviniendo en actual [...] [así como la forma en] que unos dispositivos no son reemplazados por otros, sino que [...] son integrados a nuevas funciones de control» (García Fanlo 2011, 7) para crear procesos de subjetivación.

Este breve acercamiento a las nociones teóricas que sustentan el análisis de este trabajo permite una mirada compleja a la realidad de la condición trans*, toda vez que esta «... emergió en el marco de condiciones históricas —discursivas y tecnológicas— propias de la modernidad occidental en las que se entrecruzaron las prácticas de la medicina, el derecho, los activismos y las iniciativas de las personas trans en un marco cultural y simbólico que históricamente instauró al binarismo genérico como principal mecanismo de inteligibilidad corporal» (Farji 2022, 7).

Nota metodológica

En términos metodológicos, el trabajo forma parte de una investigación doctoral de corte etnográfico, la cual fue desarrollada entre el año 2017 y el 2020 con colectivos y personas trans* del valle de Toluca, Estado de México (Villavicencio Castañeda 2020). Este lugar se caracteriza por ser una zona conservadora que fue gobernada por un mismo partido por más de ochenta años y donde se implantó un modo particular de hacer política, que también impactó en el activismo de las disidencias sexuales, a diferencia de la Ciudad de México, donde su ciudadanía ha pasado por procesos de organización colectiva y de movilización social como el movimiento estudiantil del 68, entre otros.

A partir de la investigación doctoral mencionada, se retomó una serie de narrativas recopiladas en las ciudades de Toluca y Metepec, donde se relatan experiencias de personas que accedieron al tratamiento hormonal en la Clínica Especializada Condesa o en alguna institución privada tanto de la Ciudad de México como del Estado de México.

El criterio de selección fue por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio 2014), pues de las once entrevistas en profundidad realizadas en la investigación se escogieron seis narrativas que contenían un volumen

importante de información relacionada con tratamientos médicos en clínicas. Posteriormente a ello, fueron transcritas con un procesador de textos para, finalmente, ser revisadas e interpretadas con base en las aportaciones de Foucault, los resultados dieron lugar a la identificación de tres temáticas que serán presentadas de manera puntual en la siguiente sección.

En la identificación de estas temáticas se tuvo en cuenta una aproximación narrativa de investigación,⁸ con ello se buscó ubicar a la «subjetividad encarnada» (Martínez-Guzmán y Montenegro 2014, 116) como un elemento central en la producción de conocimiento, «situada en un contexto histórico y cultural específico [...] [que además posibilitara] visibilizar los entramados políticos naturalizados con respecto al sexo-género y a reconocer la agencia de los sujetos que narran...». (Martínez-Guzmán y Montenegro 2014, 115-16)

Así pues, la aproximación narrativa, a diferencia de la entrevista, no sigue el formato convencional de pregunta y respuesta, pues la persona toma la palabra y se constituye como sujeto de enunciación desde su propia perspectiva (Martínez-Guzmán y Montenegro 2014), lo cual no es común desde las investigaciones de corte positivista que generalmente terminan por objetivar la realidad de las personas investigadas.

Referente a los perfiles de las/los/les participantes, es importante mencionar lo siguiente: al momento de recopilar sus narrativas, las personas residían en tres municipios de la Zona Metropolitana del Valle de Toluca, una de ellas, por cuestiones de trabajo habitaba temporalmente en la Ciudad de México. Sus edades oscilaban entre 21 y 38 años. Su nivel educativo era desigual: secundaria inconclusa, preparatoria, licenciatura (tres contaban con dichos estudios) y el hombre trans* tenía licenciatura y una especialidad. En cuanto a la ocupación, una era activista y ejercía el trabajo sexual, otra era futbolista de un equipo de segunda división, otra más era animadora de TV, otra vendía diferentes productos en la calle, una más estudiaba y el hombre trans* era entrenador en un gimnasio.

A su vez, se autoidentificaban de diversas maneras: como hombre (sin hacer alusión a su condición trans*), como mujer transexual, dos más como mujeres trans* y, por último, dos como mujeres (igualmente sin hacer alusión a la condición trans*). Dos de ellas se encontraban en tratamiento hormonal en la Clínica Especializada Condesa, una más había iniciado su tratamiento ahí, pero decidió continuarlo en un consultorio privado, y las otras tres personas tuvieron acceso a consulta privada desde el inicio de su tratamiento.

La estrategia para contactar a las personas trans* y posteriormente invitarlas a participar en la investigación surgió luego de la observación *in situ* y de la

elaboración de un diario de campo, donde se registraron notas con los siguientes datos: lugar de observación, participantes (número aproximado y características generales), cronología de acontecimientos, entorno físico e interacciones (Angrosino 2012).

Esta observación *in situ* duró dos años, en los cuales se asistió a diferentes eventos, como conversatorios, presentaciones de libros, marchas del orgullo, etc. Finalmente, se decidió abordar únicamente a las personas que enunciaron su identidad públicamente haciendo uso de la palabra en algún evento, esto para minimizar los prejuicios que pudiese representar el dar por hecho que alguien es trans* solamente por su expresión de género, y también como una forma de minimizar lo abrupto que podía significar el abordar a una persona trans* para realizar una investigación. Por ello, el criterio de inclusión en ese momento fue de tipo intencional. Otros criterios fueron ser mayores de edad y que hubiesen accedido a un tratamiento hormonal.

Las narrativas de las personas trans*

A continuación, se presentan tres saberes provenientes del discurso médico hegemónico construidos a partir de las narrativas de las personas participantes en la investigación e interpretados desde las nociones teóricas de subjetivación, dispositivo y genealogía.

El apartado se divide en cuatro secciones, en la primera de ellas, se explica de manera muy breve en qué consiste el modelo médico hegemónico. Posteriormente, se interpretan de manera separada cada uno de los tres saberes, en el primero se aborda la disforia de género; en el segundo, el paradigma binarista y los ideales de feminidad/masculinidad, finalmente, en el tercero, la medicalización a través de la ingesta de hormonas.

Si bien con ello se problematizan las perspectivas manifestadas sobre el tratamiento hormonal, no se busca cuestionar las decisiones personales ni invalidar dichas elecciones, por el contrario, solo se intenta comprender por qué ocurre de tal forma; y en cierta medida cuáles son las condiciones de posibilidad en las que se configuran determinados modos de subjetivación en la transición de género.

El modelo médico hegemónico

La ciencia médica se instituye a través de una compleja red de relaciones de saber-poder, estas relaciones se van perpetuando históricamente produciendo y reproduciendo lo que Menéndez (1988) denomina el «modelo médico hegemónico» y que define como un «conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por los criterios científicos, como por el Estado» (1).

El modelo médico se operativiza en la cotidianidad a través de las prácticas, los protocolos y los discursos médicos, pero además cumple con algunas funciones específicas: cura, prevención, mantenimiento, control, normalización, medicalización, legitimación (Menéndez 1988); y es a partir de dichas funciones como se diseñan las políticas públicas en materia sanitaria.

El rasgo estructurante del modelo es su biologicismo (Isasi y Suárez 2016), el cual repercute especialmente en la atención médica que reciben las personas trans*, pues invariablemente «... el sistema de salud pública encarna entre sus funciones la dominación del sistema binarista y heteronormativo en tanto demuestra (ni tienen) intenciones de promover cambios estructurales» (3).

*El diagnóstico de la disforia de género encarnado en la subjetividad de las personas trans**

El proceso de atención médica en la Clínica Especializada Condesa, a diferencia de las clínicas privadas, inicia en el área de salud mental, donde psiquiatras y profesionales de la psicología realizan una valoración, como se ha establecido por medio de los discursos y prácticas desde el dispositivo médico hegemónico, encaminada a identificar la identidad de género, descartar la presencia de algún trastorno mental y valorar aspectos del desarrollo sexual y la capacidad de «adaptación» de la persona con el género con el cual se identifica (CCINSHAE 2019).

La finalidad de esta evaluación es determinar a través de su saber (considerado como verdad) si la persona presenta «disforia de género»⁹ o, mejor dicho, signos y síntomas relacionados con esta, como lo indica el saber anatomoclínico

(Estrada Mesa y Cardona Arias 2018), para luego, con base en el poder clasificatorio derivado de dicho saber, definir su futuro.

El término *disforia* fue propuesto desde inicios de la década de 1970 por el médico Norman Fisk para destacar el malestar entre la identidad de género y el «sexo biológico» (Mas Grau 2013). Con la categoría de disforia en contraposición a euforia, Fisk estableció la presencia del malestar psíquico como una condición para determinar si una persona puede ser considerada como trans*.

Solo si las personas trans* son diagnosticadas con disforia de género continúan con el proceso de evaluación médica y endocrinológica. Así lo refiere Atala,¹⁰ quien recibió el tratamiento en la clínica Especializada Condesa: «... pasé con un psicólogo, me ayudó a que me dieran el tratamiento porque no te lo dan si no te detectan la disforia de género, me la detectaron» (Atala, comunicación personal, 6 de marzo de 2020). Al preguntarle a la joven sobre el procedimiento que siguieron para darle tal diagnóstico, ella comentó: «... le platicué mi infancia, le platicué que desde niña yo deseaba ser una mujer, nada más que no me había atrevido, tenía muchos miedos, entonces al platicarle se dan cuenta...» (Atala, comunicación personal, 6 de marzo de 2020).

Como se advierte en la narrativa, en el caso de las personas adultas, los recuerdos de la infancia tienen un papel central durante la evaluación en el área de salud mental debido a que uno de los criterios del *DSM* estipula que las personas trans* deben manifestar que desde su infancia sintieron rechazo hacia sus genitales o un fuerte deseo de pertenecer a otro género.

En este sentido, durante sus entrevistas, los profesionales de la salud mental hacen una exploración sobre los juguetes elegidos en la infancia, como si se tratara de un indicador para asegurar la identidad de género: «Qué rol tomabas... este, esas pruebas, todas se basan en los juguetes masculinos o juguetes de niña y muchas mujeres trans no jugaron con juguetes de niñas y por algo por responder eso, resulta que no te den el tratamiento por eso» (Polette, comunicación personal, 15 de febrero de 2020).

Estos relatos de la infancia constituyen, entonces, signos considerados verdaderos por parte de profesionales de la salud mental para validar la producción de las subjetividades de las personas trans*, es decir, aprobar que son lo que realmente dicen ser, aunque con ello se invalide la diversidad de experiencias de otras personas que no necesariamente se identificaron como trans* desde la infancia, sino en etapas posteriores de su vida. Y es que, en el protocolo médico —en tanto parte de un dispositivo hegemónico, con un régimen de verdad, indiscutido—, se asume que la identificación con el género se lleva a cabo

únicamente en la infancia (entre los dos y los siete años), descartando otras posibilidades.

Por otro lado, aun cuando la palabra *disforia* es un término médico emergido en la psiquiatría, se ha convertido en una expresión ampliamente popularizada entre la población trans* para nombrar y caracterizar parte de sus malestares; en el estudio resultó ser una constante entre la mayoría:

Puedo decir que, por ejemplo, mi disforia es que, a pesar de que estoy en mi tratamiento, sigo creciendo o, a pesar de que tenga el tratamiento, eh, muchos de mis músculos siguen creciendo demasiado, entonces es mi disforia decir no quiero que pase esto, no quiero que pase esto, te genera inseguridad más que nada, te baja autoestima, empiezas a tener pensamientos negativos de este, no sé para qué lo hago si pasa esto, o sea, la disforia más que nada afecta ese sentimentalismo, ese, ese autoestima que tienes sobre ti mismo. Por eso, a veces es muy difícil verme al espejo, es como que te levantas y dices no es lo que yo pensé que estaría en este punto, digo ya llevo tres años en hormonas y aun así no es (Catalina, comunicación personal, 30 de enero de 2020).

... a veces siento disforia cuando mi rostro hay como ciertos rasgos como muy marcados, las cosas que son como más comunes en el rostro masculino, pero bueno no suele ser todo el tiempo... (Polette, 15 de febrero de 2020).

La disforia de género opera así como un aparato de verificación de la condición trans*, es decir, que las personas recuperan el relato creado por las *ciencias psi* (psiquiatría, psicología y psicoanálisis) y lo hacen suyo porque lo consideran como una precondition para asegurarse a sí mismas que efectivamente son trans*. Lo anterior no significa que el malestar o el sufrimiento no exista, es real, pero no proviene de las personas en sí, sino de la red de significados asociada al dispositivo médico hegemónico y de una sociedad transfóbica que constantemente oprime, rechaza, discrimina y violenta a las personas que no considera como «normales».

El hecho de que las personas asuman que tienen disforia de género implica la incorporación y validación de las pautas de los diagnósticos médicos, donde se manifiesta el ejercicio de las relaciones de poder-saber del dispositivo médico al encarnarse en los procesos de subjetivación trans*. Cuando a las personas se les incita a apropiarse de estas narrativas patologizantes mediante explicaciones científicas sesgadas, se les despolitiza y se les termina convenciendo de que sus problemáticas son asuntos meramente individuales, a los cuales estas terminan

por designar como «baja autoestima» o «pensamientos negativos», sin contemplar la trama social detrás de los malestares que experimentan.

Al preguntarle a una de las colaboradoras dónde había escuchado el término *disforia*, comentó: «Sí, fue mi endocrinólogo que dijo vas a pasar por estos fuertes puntos que le conocemos o se le conoce más como disforia que es como no tener un cambio, me lo manejó como un conflicto personal, te vas a enfrentar a tu cuerpo contra tu mente esa va a ser tu disforia enfrentar ambos, tu mente con tu cuerpo» (Catalina, comunicación personal, 30 de enero de 2020).

Argumentos como el de este médico condicionan las reacciones posteriores al proceso de hormonización, al tiempo que, por un lado, reproducen el dualismo cartesiano de mente-cuerpo y por el otro ponen en conflicto a la persona consigo misma. Esta especie de confrontación mente-cuerpo a la que la ciencia médica continúa sometiendo a las personas trans* emergió cuando en 1954 el endocrinólogo alemán Harry Benjamin, radicado en Estados Unidos, utilizó por primera vez el término *transsexual* para diferenciar a las personas que deseaban realizarse una cirugía de reasignación genital de las que no lo deseaban (Missé 2013). Para 1966, la expresión fue difundida mundialmente con la publicación *The transsexual phenomenon* (Mas Grau 2014). La divulgación de esta obra lo hizo merecedor al título de «el padre de las modernas teorías médicas sobre la transexualidad» (Pons Rabasa y Garosi 2016, 310). Benjamín consideraba que «si la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, es lógico y justificable intentar lo opuesto, esto es, ajustar el cuerpo a la mente» (Benjamin 1999, 53).

Los procedimientos seguidos en esta primera fase de la atención médica implican para las personas trans* el hecho de tener que aceptar un diagnóstico que patologiza su condición a cambio de recibir medicamentos que les permitan hormonizar su cuerpo. Las clasificaciones patologizantes han prevalecido en la ciencia médica por lo menos desde 1887, cuando el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing usó la expresión «metamorfosis sexual paranoide» en el texto *Psychopathia sexualis* en alusión a un cierto tipo de homosexuales¹¹ que se identificaban con el sexo opuesto y que deseaban alterar sus caracteres sexuales (Pons Rabasa y Garosi 2016). Recientemente, en junio del 2018, la Organización Mundial de la Salud (en adelante oms) se pronunció por dejar de considerar la condición trans* como un trastorno y sugirió llamarle «incongruencia de género» (o discordancia de género como se tradujo al español en la *Clasificación internacional de enfermedades CIE-11* publicada en el 2019), instando a los Estados miembros a adoptar esta definición a partir del 2022. Sin embargo, la connotación de

«incongruencia» sigue resultando problemática, pues pareciera que hay algo que no se ajusta a lo esperado.

Por lo anterior, es necesario enfatizar en cómo los diagnósticos patologizantes invalidan la libre autodeterminación de las personas trans* y reproducen con ello una lógica de tutelaje por parte de la medicina donde «la palabra del médico prevalece sobre la autodefinición de la persona» (Missé 2013, 93).

A pesar de ello, y como una forma de resistencia ante el discurso médico, algunas personas trans* ocasionalmente hacen uso del término «euforia de género», que es lo opuesto a la concepción de disforia, aquí un ejemplo: «Eh, es que es raro, o sea, porque en un momento dado sí, o sea, sí la tenía y hoy en día es muy intermitente, o sea, no es como una gripa que es constante, al menos yo lo vivo así porque hay días que tengo euforia de género» (Camila, comunicación personal, 8 de julio de 2019).

Refuerzo del paradigma binarista e ideales de feminidad/masculinidad

En la Clínica Especializada Condesa, la evaluación de la salud mental incluye la «experiencia de la vida real» (en adelante EVR), que el protocolo médico define como «la etapa de adaptación conductual, física y emocional a la identidad de género de la persona, por al menos seis meses de forma continua, en al menos dos áreas de su vida» (CCINSHAE 2019, 62). La EVR tiene sus orígenes en el «test de la vida real», una práctica ideada por el psicólogo John Money que consistía en someter a las personas a un periodo de prueba para evaluar su capacidad de vivir en el rol del género deseado (Mas Grau 2014) durante dos años aproximadamente.

De hecho, cuando algunas personas trans* inician las consultas en la clínica, ya tienen noción de que serán sometidas a ciertas evaluaciones, razón por la cual tratan de adecuarse: «... el día de la cita, obviamente tu apariencia si tiene que ser muy acorde de acuerdo con el género con el que te identificas... y también por lo mismo de la prueba real de vida, o sea, si en teoría tú ya tienes tiempo viviendo con el género que te identificas como por qué tu apariencia no sería acorde al género, es una señal muy clara para ellos de si estás o no estás preparado o preparada para el tratamiento hormonal» (Camila, comunicación personal, 8 de julio de 2019).

Este tipo de evaluaciones posibilita a psiquiatras o profesionales de la psicología operar como una especie de panóptico del género binario desde donde observa meticulosamente la apariencia, la vestimenta, los gestos, los movimientos

corporales, todo ello, con la finalidad de «medir el grado de feminidad o masculinidad» y, por tanto, decidir qué tan «apta» es la persona para vivir en el género con el cual se identifica. Al proceder de esta forma, los miembros del personal de la salud mental actúan como «guardianes del sistema binario hombre-mujer» (Missé 2013, 49).

La normalización de la *performance* de género (Pons Rabasa 2013) a través de la EVR reproduce una visión binarista de los géneros que termina siendo también sexista y estereotipada. El binarismo de género en la ciencia médica proviene del paradigma del dimorfismo sexual (Laqueur 1990) instaurado desde el siglo XVIII y vigente hasta nuestros días. Este clasifica las corporalidades en dos: mujeres y hombres, a partir de diferencias genitales, gonadales y cromosómicas que supuestamente se encuentran ancladas a la naturaleza y que biologizan la división entre géneros (Mas Grau 2014), excluyendo y, de paso, patologizando con ello otras corporalidades no normativas como las de las personas intersexuales.

El dimorfismo sexual se consolidó hacia la mitad del siglo XX en los hospitales con la asignación del sexo mediante la observación externa de los genitales, con lo cual también se naturalizó la idea de que se nace «mujer» u «hombre», aun cuando esto se trate de una clasificación arbitraria derivada de un paradigma médico emergido hace más de doscientos años.

La constante reproducción discursiva del binarismo de género en la atención médica no deja indiferentes o sin resistencias, como diría Foucault, a algunas personas trans* quienes asumen una posición estratégica para obtener el tratamiento, lo cual se refleja en diversas actitudes, como, por ejemplo, el hecho de mentir respecto a sus gustos e intereses para adecuarlos a los roles de género estereotipados, el encarnar una cierta performatividad de género normativa durante las consultas o el compartir consejos o tips entre las personas trans* respecto a qué contestar o no al personal médico.

Como se señalaba líneas atrás, la binariedad del género en Occidente es representada a través de estereotipos y lógicas sexistas donde se reproducen identidades corporales ideales definidas desde las industrias de consumo, belleza y publicidad (Esteban 2013) y que impactan de manera particular en la vida de las mujeres trans* como se evidencia en la siguiente narrativa:

O sea, hay días que me veo al espejo y digo: «¡Güey, estás hermosa!», o sea, me arreglo y me siento femenina, me siento bonita y voy por la calle y los chavos se me quedan viendo y me sonríen y me siento bien, me siento linda. Pero hay días que nada más no, que no me siento tan bonita, que veo una chava que a la mejor está como treinta veces más bonita que yo y digo: «¡Guau, está hermosa!»,

y tiene su ropa superincreíble», así como que va dejando una estela de arcoíris, de perfección, y de así: «No mames, soy Shrek frente a esa vieja», y es así como que no me siento tan bien, como que un ataque de disforia, vamos (Camila, comunicación personal, 8 de julio de 2019).

Sin lugar a duda, las expectativas puestas en el tratamiento médico van más allá de simplemente adquirir caracteres sexuales secundarios, como el aumento de mamas o la redistribución de la grasa corporal, a veces se desea obtener una determinada estética corporal hegemónica donde se exalta la delgadez como lo bello y lo deseable. Pero estas expectativas estéticas en las mujeres trans* no se tratan simplemente de reproducciones de los discursos dominantes, pues como bien señala Butler (2002) las dicotomías también engendran cuerpos inteligibles y cuerpos abyectos y la condición trans* ha sido asociada con lo abyecto y, por tanto, con el rechazo, el escarnio, la exclusión y la vejación, y ha sido objeto de una multiplicidad de violencias por no encarnar una corporalidad normativa. Esta situación lleva a muchas personas trans* a realizar esfuerzos considerables por alcanzar el *passing*, es decir, «vivir sin que se note» (Platero y Rosón 2017, 114), como una forma de escapar de las vulneraciones a las cuales son sometidas en contextos profundamente marcados por la transfobia, como es el caso de México, aunque ello implique que sean juzgadas por reproducir estereotipos, cuando esta visión proviene en muchas ocasiones del personal médico.

Medicalización a través de la ingesta de hormonas como producción del sexo verdadero/deseado

Una vez que las personas trans* concluyen la primera fase del tratamiento en el área de salud mental, la segunda y última etapa del procedimiento médico consiste en la valoración endocrinológica. Aunque la ingesta de hormonas no es exclusiva de las personas trans*, la TRH constituye uno de los procedimientos médicos más demandados por las personas trans*. El objetivo es generar cambios muy específicos en las corporalidades, por ejemplo, con la administración de estrógenos a mujeres trans* se espera la redistribución de la grasa, la disminución de la fuerza, la suavidad de la piel, la disminución de libido, la disminución de erecciones, el crecimiento de mama, menor volumen testicular, menor producción de esperma, caída de cabello terminal y cambios de voz. Los cambios esperados por el uso de la testosterona en hombres trans* son el crecimiento de vello, aumento de fuerza,

redistribución de la grasa, cese de menstruación, crecimiento de clítoris, atrofia vaginal, voz gruesa (Clínica Especializada Condesa 2019).

El valor asignado a las hormonas en esta fase opera como un régimen de verdad del sexo a partir de la ingesta de medicamentos que posibilitan el acceso al cuerpo deseado y en ocasiones idealizado. Ese cuerpo que no solo les permitirá verse a sí mismos, sino que también les permitirá presentarse en sociedad. Así lo expresa una de las entrevistadas:

... no quiero llegar a mis cuarenta y decir: «¿Por qué no lo hice? ¿Por qué no pude ser una mujer?». Una cosa es sentirse mujer y otra es expresarlo, yo siempre me sentí una mujer y no había nada ni nadie que lo iba a cambiar, pero cómo voy a llegar con el aspecto total de un hombre a decir a una persona: «Soy mujer». Te va a decir: «No, no yo veo un hombre con barba y todo un hombre, yo no veo una mujer». Entonces yo lo que quería era expresarlo y la única forma en que lo podía expresar era con las hormonas y con las cirugías y con nada más lo iba a poder expresar, aunque yo lo gritara, ¿no? (Atala, comunicación personal, 6 de marzo de 2020).

La afirmación de que «la única forma en que lo podía expresar era con las hormonas» expone la idea del sexo verdadero (Foucault 2007) como práctica inducida en el siglo XIX por la cual la ciencia buscó aniquilar la ambigüedad en los cuerpos de quienes en esa época eran nombrados hermafroditas. Como refiere Foucault (2007), la perspectiva biológica de la sexualidad, las concepciones jurídicas y el control del Estado moderno ha conducido a rechazar la idea de mezclar dos sexos en un solo cuerpo y con ello restringir la elección de las personas. Bajo esta lógica del sexo verdadero, una de las motivaciones para acceder a la hormonización es la de descartar cierta ambigüedad en la corporeidad, tal y como lo señala Patricio: «El gustarme más, el sentirme a gusto, el poder eliminar cualquier como morona de feminidad, así como no me gusta eso a mí, no me gusta, entonces quisiera como quitarlo, más por mi aspecto» (Patricio, comunicación personal, 7 de junio de 2019).

El deseo de experimentar cambios en la corporalidad a través de las hormonas también lleva a muchas mujeres trans* a situaciones de riesgo, como lo es la automedicación, una práctica recurrente tal y como lo afirma una de las entrevistadas: «... te digo que muchas de nosotras nos automedicamos, este con tal de estar hormonada, con tal de que se nos empiece a ver un poquito ahí las *boobies* de niña así, pues nosotras nos automedicamos y te digo, no sabemos qué consecuencias a la larga te causa el automedicarte, autohormonarte uno mismo, causa este..., en

algún momento causa estragos, complicaciones. Y un endocrinólogo privado solo la consulta te sale en 1500» (Nadia, comunicación personal, 25 de enero de 2020).

Pero, en realidad, lo que la ciencia médica ha concebido respecto a las hormonas ha sido puesto en jaque por la bióloga, feminista e historiadora de la ciencia Anne Fausto-Sterling en su texto *Cuerpos sexuados, la política del género y la construcción de la sexualidad*, donde cuestiona la naturalización de las hormonas como femeninas y masculinas a inicios del siglo xx, al señalar que «las hormonas, representadas sobre el papel como fórmulas químicas neutras, se convirtieron en actores principales en la moderna política de género» (Fausto-Sterling 2006, 209). Lo interesante es que la autora da cuenta del contexto sociopolítico de la época, enfatiza el revuelo generado por los movimientos de emancipación de las mujeres y del auge del incipiente activismo de grupos de la disidencia sexual como los entonces llamados homosexuales. Estos dos sucesos provocaron cierta preocupación por establecer un cierto orden respecto a los géneros, lo cual llevó a los investigadores financiados por corporaciones como Rockefeller a naturalizar el supuesto antagonismo sexual desde la endocrinología.

Esta perspectiva crítica de las hormonas también es sostenida por Preciado: «A partir de los años treinta, la clasificación hormonal se vuelve más compleja, parece claro por primera vez que no hay hormonas específicas de cada sexo, sino que todos los cuerpos producen tanto estrógenos como testosterona; la diferencia está en la cantidad variable de esa producción. Sin embargo, la terminología de hormonas masculinas y femeninas y su utilización técnica permanecen estables» (Preciado 2008, 134).

El papel de las hormonas no se reduce a cambios experimentados corporalmente, sino también a nivel emocional, así como lo señala la siguiente entrevistada: «Sí, el tomar hormonas, los medicamentos que voy viendo como, eh, en ciertas partes del cuerpo se me están moldeando, mi rostro ha cambiado, el vello se ha hecho más, menos grueso, o sea, sí hay muchos cambios con las hormonas, mentalmente también, también tengo muchos cambios emocionales, ya soy más sentimental, como que me afectan más las cosas, ya pienso un poco más como mujer» (Atala, comunicación personal, 6 de marzo de 2020).

Si bien se ha asegurado que las hormonas influyen en las emociones debido a la función del sistema endocrino, asociar rasgos como la emocionalidad o la ternura al estrógeno (la supuesta hormona femenina) y rasgos como la racionalidad y la potencia a la testosterona (la supuesta hormona masculina) es problemático porque significa que la feminidad y la masculinidad son únicamente el resultado de procesos fisiológicos en lugar de procesos de socialización.

Reflexiones finales

El análisis de las narrativas confirmó, en parte, el supuesto planteado en un inicio, en cuanto a señalar que el acceso a la TRH favorece que las personas trans* tiendan a asumir y, ocasionalmente, a consolidar como propios los saberes del discurso médico. Cuando se asumen estos saberes, se consideran como inherentes a la condición trans*, lo cual se pone de manifiesto particularmente en la manera en cómo las personas trans* se apropian del término *disforia de género* como si fuese parte intrínseca del proceso de transición de género. No obstante, también se encontraron resistencias, sobre todo en lo que respecta al paradigma binarista e ideales de feminidad/masculinidad.

Esta particular forma de sujeción al dispositivo configura un determinado modo de subjetivación acorde con la época y del cual se pueden destacar dos aspectos: la individualización y la propensión hacia una menor politización, lo cual se revela en la escasa articulación política entre las personas trans*, que les permita de manera colectiva generar estrategias para luchar contra la despatologización en el contexto investigado. Desde luego, esto no pone en tela de juicio algún tipo de organización por parte de las personas trans*, pues, como se señaló en el análisis, se dan *tips* y consejos cuando acuden a la atención médica, sin embargo, tanto las personas como los colectivos con quienes se llevó a cabo el estudio no contemplaban en ese momento una agenda donde se incluyera la lucha por la despatologización.

Como se encontró en las narrativas, algunas personas trans* experimentan constantemente diferentes tipos de malestares que las hacen odiar su corporalidad, experimentar rechazo hacia sí mismas, situación que en muchas ocasiones las lleva a tratar de ajustarse a las expectativas sociales de la cisnormatividad y a apelar a la inclusión dentro de un sistema sexo-género binario que no está pensado para ellas y donde constantemente son invalidadas.

Si bien en sus narrativas conciben el acceso al tratamiento como un logro o una forma de realización personal porque les permite efectuar las modificaciones corporales que desean, estos tratamientos se encuentran supeditados a los modelos de atención médica creados por personas cisgénero. Desde una lectura foucaultiana, se trata de una estrategia biopolítica encaminada a la normalización, captura, integración y asimilación de las subjetividades trans* por parte de un aparato institucional, subsidiado por el Estado o, en el caso de los consultorios privados, por la industria farmacéutica, que se ve beneficiada al capitalizar la insatisfacción y el malestar de las personas que son tratadas como mercado cautivo.

En México, la atención médica especializada dirigida a esta población es reciente e insuficiente, por lo que aún no se abordan abiertamente críticas por parte de quienes reciben los tratamientos, lo cual facilita la incorporación y reproducción de los saberes del discurso médico. Si bien las personas trans* han desarrollado algunas tácticas y resistencias que les permiten acceder al tratamiento hormonal aun cuando no cumplen con las exigencias marcadas en el protocolo médico, en la atención predomina la lógica binaria.

Como se evidenció implícitamente en las narrativas, el personal médico, así como las propias instituciones donde se brinda el servicio gozan de legitimidad; lo cual dificulta que denuncien el trato discriminatorio y violento que reciben en tanto continúan patologizando la condición trans*.

Con base en el análisis de las narrativas, es necesario señalar que los procedimientos médicos dirigidos a las personas trans* no garantizan sus derechos en tanto se menoscaba su autodeterminación, toda vez que es la ciencia médica quien asume un papel de tutelaje que obstaculiza el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

En este sentido, la autodeterminación implicaría para las personas trans* la libertad de manifestar su identidad sin que haya un diagnóstico psiquiátrico de por medio para acceder a la TRH o a los procedimientos médicos que se deseen realizar.

Referencias

- Angrosino, Michael. 2012. *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Anzaldúa Arce, Raúl Enrique. 2020. «Subjetivación en el entramado del saber y el poder». *TRAMAS. Subjetividad y Procesos Sociales*, 54: 195-221. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/920>.
- Argüello Pazmiño, Sofía. 2013. «Un fantasma ha salido del clóset: Los procesos de politización de las identidades sexuales en Ecuador y México, 1968-2010» (tesis doctoral, El Colegio de México). https://colmex.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/52COLMEX_INST/1265046940002716.
- APA (American Psychiatric Association [Asociación Estadounidense de Psiquiatría]). 1983. *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- _____. 1995. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- _____. 2013. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Balash, Marcel, y Marisela Montenegro. 2003. «Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas». *Encuentros en Psicología Social* 1 (3): 44-48.
- Benjamin, Harry. 1999. *The transsexual phenomenon*. Düsseldorf: Symposium Publishing. <http://www.mut23.de/texte/Harry%20Benjamin%20%20The%20Transsexual%20Phenomenon.pdf>.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós.
- Clínica Especializada Condesa. 2019. «Programa Transgénero». <http://www.condesadf.mx/personas-transgenero.htm>.
- Coleman, Eli, Walter Bockting y Marsha Botzer. 2012. *Normas de atención para la salud de las personas Trans y con variabilidad de género*. Estados Unidos: World Professional Association for Transgender Health. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf.
- CCINSHAE (Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad). 2019. *Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero e intersexual y guías de atención específica*. México: CCINSHAE. https://brujulaintersexual.files.wordpress.com/2017/06/protocolo_comunidad_lgbtti_dt_versi_n_iv_19__1_.pdf_versi_n_15_de_mayo_2019.pdf.
- Domínguez Cornejo, Matilde Margarita. 2012. «Cuerpos en tránsito: La construcción del cuerpo de un grupo de transexuales en Tijuana» (tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte). <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/2010933/>.
- Escobar Cajamarca, Manuel Roberto. 2016. *Cuerpos en resistencia: Experiencias trans en Ciudad de México y Bogotá*. Bogotá: Universidad Central-IESCO.
- Esteban, Mari Luz. 2013. *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. España: Edicions Bellarta.
- Estrada Mesa, Diego Alejandro y Jaiberth Antonio Cardona Arias. 2018. «La medicina en la obra de Michel Foucault: Meta-síntesis». *Revista Civilizar* 18 (34): 223-36. <https://www.redalyc.org/journal/1002/100258345017/html/>.
- Farji Neer, Anahí. 2022. «Actitudes profesionales en torno a la atención de la salud de la población trans (Área Metropolitana de Buenos Aires, 2014-2019)».

- Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México* 8 (1): 1-33. doi:10.24201/reg.v8i1.781.
- Fausto-Sterling, Anne. 2006. *Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- Foucault, Michel. 1984. *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- . 2003. *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- . 2004. *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-textos.
- . 2007. «El sexo verdadero». En *Herculine Barbin llamada Alexina B*, editado por Antonio Serrano, 11-20. Madrid: Talasa.
- García Fanlo, Luis. 2011. «¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben». *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, 74: 1-8. <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>.
- Gonçalves, Luis. 2015. «La metodología genealógica y arqueológica de Michel Foucault en la investigación en psicología social». <http://www.fadu.edu.uy/estetica-diseno-ii/files/2015/06/transitos-de-una-psicologia-social-genealogi%CC%81a-y-arqueologi%CC%81a.pdf>.
- Guerrero Mc Manus, Siobhan Fenella y Leah Muñoz Contreras. 2018. «Epistemologías transfeministas e identidad de género en la infancia: Del esencialismo al sujeto del saber». *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 4: 1-31. doi:10.24201/eg.v4i0.168.
- Gutiérrez Martínez, Ana Paulina. 2022. *Atmósferas trans: Sociabilidades, internet, narrativas y tránsitos de género en la Ciudad de México*. México: El Colegio de México.
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y María del Pilar Baptista Lucio. 2014. *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Isasi, Daniela, y Camila Suárez. 2016. «Construcciones corporales disruptivas: El conflicto con el sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo dentro del sistema de Salud Pública». Ponencia presentada en el *Congreso de la Asociación Argentina de Sociología Pre-ALAS 2016*, Universidad Nacional de Villa María, junio. http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=cmspage&pageid=9&cid_notice=29076.
- Lamas Encabo, Marta. 2012. «Transexualidad: Identidad y cultura» (tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). https://repositorio.unam.mx/contenidos/transexualidad-identidad-y-cultura_87287?c=4MP1wo&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0.
- Laqueur, Thomas. 1990. *La construcción social del sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra.

- Martínez-Guzmán, Antar y Marisela Montenegro. 2014. «La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: Construyendo nuevos relatos». *Quaderns de Psicologia* 16 (1): 111-25. doi:10.5565/rev/qpsicologia.1206.
- Mas Grau, Jordi. 2013. «La patologización de la transexualidad: Un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género». *QuAderns-e* 18 (1): 65-79. <https://www.raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/268917>.
- . 2014. «Subjetividades y cuerpos gestionados: Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero» (tesis doctoral, Universitat de Barcelona). <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/64043>.
- Medina Trejo, José Antonio. 2018. *Revolución arcoíris: Un proceso histórico vigente. Contribución del PRD*. México: Partido de la Revolución Democrática.
- Menéndez, Eduardo. 1988. «Modelo médico hegemónico y atención privada». Ponencia presentada en las *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, 30 de abril-7 de mayo.
- Missé, Miquel. 2013. *Transsexualidades: Otras miradas posibles*. Madrid: Editorial Egales.
- Palazio Galo, Edgard. 2014. «Michel Foucault y el saber poder». *Revista Humanismo y Cambio Social*, 3: 95-100. doi:10.5377/hcs.v0i3.4906.
- Platero, R. Lucas, y María Rosón. 2017. «Una genealogía trans, siglo XX». En *Trans: Diversidad de identidades y roles de género*, editado por Andrés Gutiérrez Usillos, 134-41. Madrid: Museo de América / Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Pons Rabasa, Alba. 2013. «El test de la vida real o la normalización de la *performance* de género: Un análisis etnográfico». Conferencia pronunciada en la Universidad de Buenos Aires, 27 de noviembre. <https://www.academica.org/000-063/47>.
- . 2016. «De las transformaciones sociales a las micropolíticas corporales: Un archivo etnográfico de la normalización de lo trans* y los procesos de corpusubjetivación en la Ciudad de México» (tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa). <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspum/presentatesis.php?recno=17773&docs=UAMI17773.pdf>.
- Pons Rabasa, Alba y Eva Garosi. 2016. «Trans». En *Conceptos clave en los estudios de género*. volumen 1, editado por Hortensia Moreno y Eva Alcántara, 307-25. México: Programa Universitario de Estudios de Género / Universidad Nacional Autónoma de México.
- Preciado, Beatriz. 2008. *Testo yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- Roldan Tonioni, Andrés. 2021. «Procesos de subjetivación (Foucault): El caso de don Quijote de la Mancha». *Utopía y Praxis Latinoamericana* 26 (92): 128-39. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/35052>.

- Sandoval Rebollo, Érica Marisol. 2011. «La convicción encarnada: Una mirada semiótica a las voces y relatos de vida de personas transexuales y transgénero en la Ciudad de México» (tesis doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social). <http://repositorio.ciesas.edu.mx/bitstream/handle/123456789/112/D191.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Sandoval Rebollo, Érica Marisol, Matilde Margarita Domínguez Cornejo y Édgar Ramón Rosales Galarza. 2019. *La situación de acceso a derechos de las personas trans en México: Problemáticas y propuestas*. México: Embajada de Estados Unidos en México. <https://almascautivasorg.files.wordpress.com/2019/02/la-situacion-de-acceso-a-derechos-de-las-personas-trans-en-mexico.-investigacion-completa.pdf>.
- Sauquillo, Julián. 2017. *Poder, saber y subjetivación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Villavicencio Castañeda, Edith. 2020. «Subjetividades encarnadas y luchas reivindicativas en personas trans* en el Valle de Toluca» (tesis doctoral, Universidad Autónoma del Estado de México). <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/109836>.

Notas

- ¹ Trans* es un término paraguas que «se refiere a las trayectorias vitales de personas que viven con un género que no es el que les ha sido asignado al nacer, independientemente de si se han sometido o no a modificaciones corporales» (Missé 2013, 14). Se usa la palabra trans* con asterisco para destacar la pluralidad de las experiencias situadas política y culturalmente (Pons Rabasa 2016).
- ² Si bien desde la década de 1970 se sabía de la existencia de grupos de personas travestidas organizadas en los colectivos *Mariposas rojas* y *Mariposas negras* (Pons Rabasa 2016), aún no politizaban su condición (Argüello Pazmiño 2013) de manera independiente, pues formaban parte del Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR).
- ³ La clínica se fundó en 1938, con el objetivo de brindar servicios especializados y gratuitos a personas de escasos recursos. En el año 2000 se enfocó en ofrecer tratamientos a personas con VIH/sida (Pons Rabasa 2016).
- ⁴ Las formas de nombrar la condición trans* han variado a lo largo de las distintas versiones de este manual editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA): «transexualismo» en el *DSM III* (APA 1983), «trastorno de identidad sexual» en los *DSM-IV* (APA 1995) y *DSM-IV TR* [texto revisado] (2002) y «disforia de género» en el *DSM-5* (APA 2013).
- ⁵ El documento plasma las directrices que rigen a nivel mundial los procedimientos de las terapias hormonales y las cirugías de reasignación de sexo. Es editado por la World Professional Association of Transgender Health (WPATH), anteriormente llamada Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, creada en Estados Unidos.
- ⁶ A partir de este hecho, la Asociación por las Infancias Transgénero promovió el 29 de octubre como Día de las Infancias Trans*.

- ⁷ La terapia de reemplazo hormonal es la «administración de hormonas sexuales para feminizar o masculinizar el cuerpo de las personas trans, adecuándolo a su identidad de género» (Sandoval Rebollo, Domínguez Cornejo y Rosales Galarza 2019, 135).
- ⁸ Esta aproximación se distingue claramente de la propuesta de las producciones narrativas (Balasch y Montenegro 2003), la cual consiste en un trabajo colaborativo entre quien investiga y quien participa y que se enfoca en la elaboración de un texto sobre un tema de estudio donde la/el/elle participante tiene la posibilidad de hacer modificaciones acordes a su punto de vista, por tanto, no se recogen las palabras literales, sino que se trabaja en un texto que exprese su visión sobre la temática estudiada (Martínez-Guzmán y Montenegro 2014).
- ⁹ El documento *Normas de atención para la salud de las personas Trans y con variabilidad de género* (Coleman, Brockting y Botzer 2012) plantea que, la «transexualidad» debe ser diagnosticada por un psiquiatra.
- ¹⁰ Para salvaguardar el anonimato de las personas entrevistadas, se utilizaron seudónimos.
- ¹¹ La palabra *homosexual* se usó por primera vez en 1869 por el escritor y poeta húngaro Karl-Maria Kertbeny (Missé 2013).