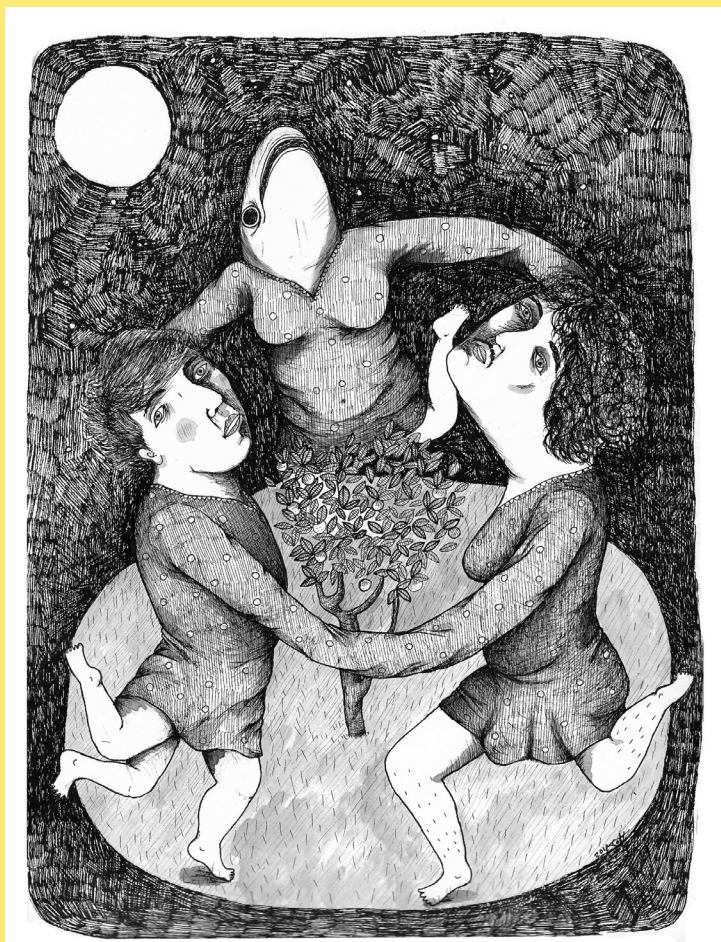


M<sup>a</sup> TERESA CLIMENT CLEMENTE y MARTA CARMONA OSORIO (Coords.)

# TRANSPSIQUIATRÍA. ABORDAJES QUEER EN SALUD MENTAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
AEN DIGITAL

# **TRANSPSIQUIATRÍA. ABORDAJES QUEER EN SALUD MENTAL**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
AEN DIGITAL / 5

COORDINADORAS:  
M<sup>a</sup> TERESA CLIMENT CLEMENTE y MARTA CARMONA OSORIO

# **TRANSPSIQUIATRÍA. ABORDAJES QUEER EN SALUD MENTAL**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
MADRID  
2018

## Nota de las coordinadoras

En congruencia con la multiplicidad de formas de entender los géneros y las formas de reflejar lo ideológico sobre lo escrito, se ha decidido respetar el criterio de cada autor/a/x para reflejar lenguaje inclusivo. Asimismo se ha respetado el uso de asteriscos (por ejemplo, trans\*) para significar lo intrínsecamente incompleto de cualquier término que se quiera utilizar, para reflejar un espectro tan continuo y cambiante como la identidad de género en transición. Confiamos en que quienes leen, sabrán ver en esta aparente disparidad, un humilde ejercicio de recoger y respetar la diversidad de criterios.

## Agradecimientos:

De ambas a todxs quienes han participado, de una u otra manera, en la gestación y parto de esta publicación. A Coco Guzmán, artista visual, por la imagen de portada. Su trabajo está en clara sintonía con la filosofía de nuestra publicación (<http://www.cocoriot.com/>).

De Maite

A X., mi sostén invisible. Porque este trabajo también es fruto de situaciones que hemos sentido y pensado juntas.

De Marta

A Belén, por arrastrarme a transformar las ideas en acciones. A quienes me hacen la revisión de pares, de textos y vital.



*Ilustración de portada:* Coco Guzmán.

*Edición:* Asociación Española de Neuropsiquiatría

Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.

28015 Madrid, España.

Tel. 636725599. Fax 918473182.

ISBN: 978-84-95287-87-8.

*Maquetación:* Gráficas Marí Montañana

Av. Blasco Ibáñez, 22. 46132 Almàssera (Valencia)



# Índice

|                                                                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Nota de las coordinadoras</b>                                                                                                                                                                        | 4   |
| <b>Índice de autorxs</b>                                                                                                                                                                                | 6   |
| <b>CAP. 1.- QUEER COMO VERBO</b><br>Marta Carmona Osorio                                                                                                                                                | 7   |
| <b>CAP. 2.- LA INVENCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD</b><br>Fefa Vila Núñez                                                                                                                                      | 18  |
| <b>CAP. 3.- VIAJE TEÓRICO Y PRÁCTICO POR EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD</b><br>Iker I. Louzao Rojas                                                                                                      | 26  |
| <b>CAP. 4.- SEXUALIDADES NO NORMATIVAS Y SU PROBLEMATIZACIÓN.<br/>UNA APROXIMACIÓN SEXOLÓGICA</b><br>Bruno Martínez Santiago y Juncal Martínez de las Heras                                             | 53  |
| <b>CAP. 5.- ESTRÉS DE MINORÍA Y PERSONAS TRANS*. HERRAMIENTAS PARA<br/>EL ACOMPAÑAMIENTO AFIRMATIVO</b><br>Marina de la Hermosa Lorenci                                                                 | 77  |
| <b>CAP. 6.- PEDAGOGÍAS DE LA DIVERSIDAD EN SALUD. DIÁLOGOS<br/>ENTRE ACTIVISMOS TRANS E INTERSEX Y DISCIPLINAS PSI.</b><br>(S.) García Dauder.                                                          | 100 |
| <b>CAP. 7.- ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CON HIJAS E HIJOS<br/>CON IDENTIDADES TRANS: UN ACERCAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA<br/>FAMILIAR Y PROFESIONAL DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL</b><br>Cristina Soler Polo | 143 |
| <b>CAP. 8.- APUNTES PARA UNA ‘SALUD MENTAL’ INCLUSIVA: DUELO A<br/>LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y RECONOCIMIENTO DE LA HETEROGENEIDAD<br/>DE LA EXPERIENCIA</b><br>Margot Pujal i Llombart                    | 159 |
| <b>CAP. 9.- HOMBRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL:<br/>HEGEMONÍA DEL PODER</b><br>Pablo Nieva Serrano                                                                                              | 208 |
| <b>CAP. 10.- ¿ES LA PSICOTERAPIA AMATONORMATIVA?</b><br>Marina de la Hermosa Lorenci                                                                                                                    | 222 |
| <b>CAP. 11.- INTERSECCIONALIDAD EN SALUD MENTAL</b><br>Maite Climent Clemente                                                                                                                           | 249 |

**Bruno Martínez Santiago**

Sexólogo y activista BDSM/Kink. Diplomado en Ciencias de la Religión por U. Deusto. Máster en sexología por Incisex.

**Cristina Soler Polo**

Trabajadora Social. Recursos de rehabilitación psicosocial y género de la Comunidad de Madrid

**Fefa Vila Núñez**

Profesora y activista Queer-feminista. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid.

**Iker I. Louzao Rojas**

Ldo. en Psicología por U. Deusto y Medicina por UAM. Residente de Psicología en H.U. La Paz.

**Juncal Martínez de las Heras**

Sexóloga y activista BDSM/Kink. Máster en sexología por Incisex.

**Marina de la Hermosa Lorenci**

Psiquiatra y psicoterapeuta. Hospital Dr. R. Lafora (Madrid).

**Margot Pujal i Llombart**

Psicóloga social feminista. Departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Pablo Nieva Serrano**

Psicólogo especialista en género y atención a menores víctimas de violencia de género. Colegio Oficial de la Psicología de Castilla la Mancha.

**(S.) García Dauder**

Psicólogo social y activista feminista. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

**Coordinadoras:****M<sup>a</sup> Teresa Climent Clemente**

Psiquiatra feminista. Servicios de Salud Mental de Alcobendas- San Sebastián de los Reyes (Madrid).

**Marta Carmona Osorio**

Psiquiatra feminista. Hospital Universitario Severo Ochoa. Colectivo Silesia.

## 1. QUEER COMO VERBO.

Marta Carmona Osorio.

**¿Por qué una publicación sobre salud mental y teoría queer?**  
**¿Por qué el concepto transpsiquiatría?**

---

Queer es un término de difícil traducción pues, antes de su reapropiación, se utilizaba en la lengua inglesa para múltiples significados que tenían en común la rareza, la extrañeza o la ilegitimidad (Barker, 2017). Un ejemplo es Mycroft, el hermano de Sherlock Holmes; que es descrito como *queer* en alguna de las novelas, por su extravagancia y amaneramiento. Hay asimismo múltiples refranes o frases hechas en inglés donde aparece la palabra queer; la traducción más ajustada al castellano quizá sería “rarito/a/x”. Lo relevante del término queer, y por lo que acabará dando nombre a la(s) teoría(s) de deconstrucción de la identidad y del sistema género-sexo es que a lo largo de los años 70 y 80 se produce una *reapropiación* de ese término. Fundamentalmente en territorio anglosajón pero también en nuestro medio, desde el activismo callejero producido por los sectores más oprimidos del sistema (excluidos a su vez de los colectivos que se enfrentaban a la opresión exclusivamente desde la lucha de clases (Grupo de trabajo queer, 2005)) se produce una serie de reapropiaciones de términos peyorativos, convirtiéndolos en instrumento de lucha. Maricón, bollera, *nigger* (en España el activismo antirracista/anticolonial llegaría unas décadas más tarde, pero en el mundo anglosajón discurre temporalmente muy paralelo a las reivindicaciones queer, al igual que la aparición de los feminismos negros y chicanos (Bernárdez, 2015), son términos inicialmente peyorativos e insultantes que son redefinidos por aquellos a quienes pretendían designar, hasta convertirlos en una bandera identitaria. Algo parecido podemos ver en las iniciativas del Mad Pride u Orgullo Loco, en el que un sector del activismo

antipsiquiátrico/de supervivientes de la psiquiatría ejerce esa reapropiación sobre el concepto locura (LeFrançois, 2013).

Queer entonces aparece para designar lo que no se puede designar, para todo aquello que se escapa de la norma, concretamente la heterocisnormatividad, es decir, ese conjunto de normas y códigos sociales que nos educan asumiendo que seremos heterosexuales y que no seremos trans (lo que desde estos movimientos se ha dado en llamar “ser cis”<sup>1</sup>). Queer define la identidad de quienes se escurren por los márgenes, de quienes escapan de esas políticas de identidad. Esta aparente paradoja identidad-no identidad se resuelve entendiendo queer como un verbo (a veces traducido como queerizar o cuirizar) (Barker, 2017); queer implica una *acción* continua de deconstrucción de las categorías y la creación de categorías paraguas que abarcan muchos conceptos (y personas) dentro de sí. Este fenómeno de reapropiación de términos e identidades surge desde los activismos pero inmediatamente entra en la academia y constituye una línea teórica muy importante desde la década de los 80 a la actualidad. Si bien fue Teresa de Lauretis la primera en utilizar el término Teoría Queer es fundamentalmente Judith Butler (Butler, 2007) quien desarrollará en profundidad este campo, a partir del postestructuralismo. Butler plantea el concepto “proliferación de géneros” a partir del concepto performatividad, entendiendo que el género es una construcción que se representa de forma continua. No existe algo esencialmente masculino, o femenino, o hetero o gay, o cis o trans, sino que continuamente representamos qué es lo masculino, qué es lo femenino, etc. Esas representaciones están atravesadas por una serie de normas culturales y sociales que se pueden ir modificando desde el cuestionamiento de las mismas. Para que Butler pueda llegar a esta conclusión es preciso que el feminismo, o mejor dicho, ya para entonces los feminismos, hayan pasado en las décadas anteriores por una serie de etapas y procesos con un resultado altamente transformador a nivel social (Butler, 2016).

Así tras la primera ola del feminismo, con las vindicaciones de Wollstonecraft (1792) y de Gouges (1789) y la declaración de Seneca Falls y el subsiguiente movimiento sufragista, discursos como el de Beauvoir en *El segundo sexo* (2005) o Friedan en *La mística de la feminidad* (2016) nos permiten com-

---

<sup>1</sup> Cis-trans es el nombre de los estereoisómeros de determinadas moléculas, las que no son trans son cis. De ahí que se escoja esta palabra para designar a lo “no trans”, tratando de escapar de la dualidad trans vs normal.

prender cómo las diferencias entre los géneros no se basan únicamente en desigualdades legislativas (como el derecho a la propiedad o al voto) sino también en cómo prescribe la sociedad cómo han de ser las mujeres y lo femenino. En las décadas siguientes las feministas liberales, con sus propuestas de erradicar esas diferencias entre géneros mediante acciones políticas y las feministas radicales, con su propuesta contracultural y antisistema de reformular la sociedad tal y como la entendemos ya que ésta se fundamenta en la opresión a la mujer. El feminismo cultural en EEUU y el pensamiento de la diferencia sexual en Francia e Italia añadieron, cada uno a su manera, la necesidad de crear referentes distintos, sentando las bases para la teorización de la ética de los cuidados (Gilligan, 2016). Tras dos décadas de desarrollo de esta segunda ola se produce una cierta institucionalización del feminismo, que se instala en la academia y en las políticas sociales de múltiples gobiernos a partir de los 70-80.

Es posteriormente a esta transformación social mediada desde las instituciones cuando surge la tercera ola del feminismo. Por una parte los feminismos negros, chicanos y anticoloniales vienen a reclamar cómo la perspectiva feminista de las mujeres burguesas blancas excluye de forma sistemática a otras mujeres, reproduciendo los mecanismos de opresión (racistas y clasistas) del patriarcado. Por otra parte los activismos queer cuestionan la heteronorma pero también la propia naturaleza del sujeto político mujer.

¿Por qué creemos que esto está relacionado con la salud mental?

“Disciplina que se niega a ser disciplinada” o “aquello que se escurre por los márgenes” son definiciones que aplican, como acabamos de ver, a lo queer pero que no nos son nada ajenas en salud mental, puesto que siempre que se trata de definir la locura se acaba llegando a ese *salirse del surco* (Colina, 2001), a la otredad, al extrañamiento, a la expulsión de lo social y también a las contradicciones inherentes a la práctica psiquiátrica. No es de extrañar que la teoría de la abyección de Kristeva (1982) pertenezca a la vez al campo del psicoanálisis y al del feminismo, puesto que esta expulsión del orden simbólico es accesible desde ambos campos. Sin que se puedan asimilar por completo los paradigmas feminista y psiquiátrico, sí existen una serie de paralelismos en su desarrollo y su relación con el contexto sociopolítico (Carmona, 2017b); la existencia de múltiples líneas teóricas enfrentadas dentro de cada uno de los dos corpus teóricos, significadas como muestra de debilidad teórica y no de

enriquecimiento (como sí sucede en otros paradigmas), la necesidad continua de renegar de las posturas previas por resultar anacrónicas (las peticiones perfectamente lícitas de las sufragistas en su contexto histórico resultan claramente insuficientes a día de hoy, asimismo el abandono progresivo de ciertas prácticas terapéutico-punitivas por parte de la psiquiatría sustituyéndolas por otras prácticas coercitivas (desde el TAI a “los nuevos manicomios”) (García, 2011) fueron éxitos históricos en su momento que en las décadas siguientes van desvelándose como insuficientes o perpetuadores de las dinámicas previas, etc.).

Cabe destacar también que el periodo de alianza con las instituciones es parecido en ambos contextos, siendo así la década de los 80 muy importante para el feminismo liberal y sus acciones políticas pero también para la puesta en práctica de la reforma psiquiátrica.

Pero más allá de estos paralelismos resulta interesante buscar en la historia de los feminismos y en particular en el desarrollo de la tercera ola, con su aparición del concepto conocimiento situado (Haraway, 1995), algunas de las respuestas a los cuestionamientos y retos teóricos a los que se han enfrentado la psiquiatría y el resto de abordajes al sufrimiento psíquico, particularmente a raíz de la aparición de la antipsiquiatría y los movimientos de supervivientes de la psiquiatría. Asimismo en un contexto social (no sólo para aquellas personas diagnosticadas sino para el conjunto de la población) cada vez más individualista, narcisista (Timimi, 2015) y que utiliza los diagnósticos como puerta de acceso a las prestaciones sociales; los conflictos ideológicos que surgen en los distintos campos (asistencial, activista, teórico) no son tan diferentes entre sí y pueden contribuir entre ellos a esclarecer sus respectivas sombras.

Valga de ejemplo cómo el activismo trans ha llevado a cabo durante décadas una intensa campaña para conseguir despatologizar su identidad. Pero el contexto social en el que despatologizan es el mismo en el que, por ejemplo, la única forma de ausentarse del trabajo sin perder recursos y derechos es una incapacidad temporal sancionada por unx médicx de atención primaria. Es decir, si una mujer desbordada por el cuidado de un gran dependiente y las tareas domésticas necesita no acudir a su trabajo en una empresa de limpieza, que es a su vez la única fuente de recursos económicos de su unidad familiar, la única forma de avalarlo es una baja médica bajo un criterio diagnóstico; probablemente síndrome ansioso-depresivo. Si un niño de carácter inquieto y circunstancias familiares turbulentas necesita apoyo curricular en su centro escolar se le requerirá una etiqueta clínica, probablemente de TDAH, para

poder otorgársela. Una persona cuyo sufrimiento psíquico resulte intensamente destructurante, categorizado como trastorno mental grave en el contexto clínico, podrá acceder a una valoración de minusvalía y a un acceso a través de ésta a empleo protegido (Carmona, 2017a). Sin embargo cada vez más vemos cómo esta figura (minusvalía y acceso a empleos con mayor protección) se aplica también a otras formas de sufrimiento psíquico, menos destructurantes, que en muchas ocasiones son secundarios a las propias condiciones socioeconómicas precarias. Es decir, una persona con ansiedad y depresión crónicas recibe la certificación de minusvalía para acceder a un empleo menos precario. Ahora bien, esas etiquetas “ansiedad” y “depresión” respondían al sufrimiento generado por condiciones laborales precarias, de las que la persona no podía salir por la intersección entre sus características de clase, género, raza, etc. que habían condicionado su desigualdad de base ante la supuesta igualdad de oportunidades en las que se basa nuestro sistema. Hemos respondido a este fallo estructural del sistema con la maquinaria diagnóstica, que si bien palia algunas partes de ese fallo genera su propia iatrogenia (medicalización y sobremedicación, cosificación de la subjetividad, psiquiatrización de la vida, etc)

Nuestro contexto patologiza la necesidad porque lo clínico y lo patológico son uno de los campos por donde aún puede accederse a las medidas pro estado de bienestar que se está procediendo a dismantelar en las décadas que atravesamos. Quien despatologiza en ese contexto desvela algunas de las contradicciones de nuestro sistema. No se trata entonces de buscar desde esta contradicción argumentos para no despatologizar lo trans, sino aprovechar el desvelamiento de las contradicciones del sistema que genera una despatologización (“si se despatologiza la transexualidad, ¿bajo qué argumento se les da acceso a los tratamientos para la transición<sup>2</sup>?”) esto es, ¿por qué es necesario un diagnóstico, es decir, una etiqueta de sufrimiento-fallo, para acceder a lo que también podemos entender como un derecho?

Tengamos en cuenta que, en palabras de Timimi (2017), en salud mental no utilizamos diagnósticos sino clasificaciones ya que, a excepción de las demencias, las categorías patológicas que conocemos no obedecen a noxas concretas sino a abstracciones consensuadas sobre presentaciones clínicas; puras etiquetas sobre lo que en cada momento creemos ver. No sólo en lo que a los trastornos se refiere, sino a nuestra misma teorización sobre la base on-

<sup>2</sup> Término de elección frente al más extendido “cambio de sexo”.

tológica en la que acontecen esos trastornos. El capítulo de Iker Louzao de esta publicación ofrece un extenso recorrido por cómo hemos transformado una y mil veces uno de los conceptos con los que trabajamos, “personalidad”. Las etiquetas sobre esa categoría y la categoría en sí han sido una y mil veces reconstruidas. Nuestros “diagnósticos” es decir, nuestras clasificaciones, han sido una y mil veces criticadas dentro de nuestro propio paradigma (Colectivo Stop DSM, 2017). Ahora bien, ¿no resultaría interesante asomarnos al corpus teórico que más claramente se ha dedicado a la deconstrucción de las etiquetas en torno a las subjetividades y las identidades? La teoría de Butler y su “proliferación de géneros” para ese aspecto inefable de la identidad como es el género, ¿no pueden iluminar nuestra proliferación de etiquetas para comprender la subjetividad?

Qué es locura y qué es cordura, qué es sano y qué es enfermo, qué consideramos “adaptado al medio” y qué “desadaptaciones” son tolerables y cuáles no, son constructos arbitrarios y en continuo cambio con los que trabajamos cada día. Llorar desconsoladamente en las horas siguientes a una ruptura de pareja se considera congruente y adaptado; algo menos si se hace en el medio laboral; se considerará nada adaptado si ese llanto desconsolado se produce, máxime en el medio laboral, por una desgracia lejana, como una guerra en un territorio distante. Esto no es exclusivo de la clínica sino que está presente en todas las relaciones sociales. Incluso en las reivindicaciones hay un espectro procedente/improcedente, podemos aceptar que una diputada lleve a su bebé lactante al congreso de los diputados (apoyemos o no la acción) pero nos resultaría extrañísimo que otra diputada apareciera con su abuela aquejada de alzheimer avanzado y con dependencia completa. A nivel grupal ponemos en entredicho el *statu quo* pero sólo hasta cierto punto. A nivel individual cambiamos nuestro modo de presentarnos ante el entorno, también hasta cierto punto. A partir de ese punto, de esa “capacidades para adaptarse al medio”, aparecen las etiquetas patológicas. Las etiquetas se transforman una y otra vez, pero también las representaciones del sufrimiento psíquico sobre las que se ponen esas etiquetas. Tanto en el discurso y en cómo las enunciamos “la depresión de caballo” sustituyendo al término tristeza, la “fobia social” como nombre de la timidez, y la progresiva psiquiatrización de la vida cotidiana (Ortiz, 2013); como en la misma presentación, que también se transforma, así la neurosis de guerra desaparece y se transforma en estrés postraumático, las catatonías se desvanecen tras el cierre de los manicomios y los desmayos histéricos dejan de ser el síntoma

estrella de las patologías neuróticas. Las personas sufrimos y representamos ese sufrimiento ante el Otro. Esa representación, repetida una y otra vez, se empaqueta del contexto cultural y a su vez construye el contexto cultural. Entender esa performatividad ayuda a entender ese sufrimiento representado.

A su vez la figura del vínculo terapéutico, de la relación profesional-usuario, es performada una y otra vez. La figura de experto en primera persona en los dispositivos sanitarios o de rehabilitación o el vínculo de los grupos de apoyo mutuo suponen representaciones diferentes del vínculo-sostén terapéutico. La postpsiquiatría (Ortiz, 2017), en su intento de poner al usuario y su discurso y necesidades en el centro de la cuestión permiten ampliar los límites de esa representación y cuestionar la línea profesional-no profesional; primera persona- persona ajena. Es importante además que podamos poner el amplio conocimiento desarrollado en nuestro campo a disposición de estos movimientos, repetimos, altamente transformadores a nivel social. Por el momento en dichos sectores las reivindicaciones en torno al sufrimiento psíquico tienden a estructurarse en torno al concepto “neurodiversidad”, cuya esencialización biologicista chocaría frontalmente con los propios principios del movimiento y parece fruto de lo mucho que ha permeado el discurso biocomercial (de la Mata, 2003) a todos los niveles, incluso los reivindicativos. Cabe también plantearse si los profesionales no hemos acaparado nuestro saber en círculos exclusivamente profesionales, escasamente accesible al resto de la población.

En los capítulos que siguen se plantean diversos ejemplos de cómo el paradigma queer ofrece alternativas diagnóstico-terapéuticas aplicables al resto de nuestro trabajo como profesionales de la salud mental. Así, en el capítulo de Marina de la Hermosa “¿Es la psicoterapia amatonormativa?” se nos plantea, entre otros muchos aspectos, una forma distinta de recoger y comprender las relaciones interpersonales del usuario/a al que acompañamos en su crisis vital; una forma que permite salirse del esquema patriarcal que coloca a la familia en el centro de las relaciones y por ende asigna, de forma más o menos explícita/voluntaria, las cargas de cuidado a las mujeres, los roles de producción/provisión a los hombres, etc. El capítulo de Bruno Martínez y Juncal Martínez ilustra cómo desde la sexología sustantiva se ha conseguido trabajar desde la peculiaridad sin necesidad de patologizarla; sirviendo lxs therapeutxs como ayudadorxs en el proceso del sujeto de narrar y comprender esa peculiaridad; apostando porque una mejor comprensión del hecho sexual humano generará formas más sanas y carentes de sufrimiento en la alosexación de los sujetos en el futuro. S.

Dauder, en su capítulo en torno a las pedagogías de la diversidad en salud así como Cristina Soler en su capítulo sobre acompañamiento a familias de menores trans y Marina de la Hermosa en su capítulo en torno a las identidades trans, abren la puerta a una deconstrucción profunda del rol profesional y del lugar de saber más allá del mero ejercicio teórico; valga de ejemplo la experiencia de aquellos familiares/activistas que han conseguido aprender a acompañar a las personas sin asumir el mandato social de que toda persona ha de tener un género asignado desde el nacimiento. Cómo las intersexualidades y los fenómenos trans nos han obligado a aprender a cuestionar esos mandatos y a proporcionar acompañamientos sanos y saludables pese a la incertidumbre resulta fácilmente asimilable al acompañamiento, indisoluble de la incertidumbre, que se da en toda relación terapéutica. Esa tolerancia a la incertidumbre, al no saber qué será de la persona a la que acompañamos en algo tan relevante como si es hombre o mujer/ si será capaz de vivir “adaptado al medio” o no, nos facilita alejarnos del *furor diagnosticandi* que irremediablemente atraviesa nuestra práctica. Los capítulos de Margot Pujal y Pablo Nieva van más allá de la mera relación clínica y cuestionan el propio funcionamiento del aparato diagnóstico así como las relaciones interprofesionales, atravesando ambos análisis desde el conocimiento situado. Maite Climent, en su capítulo, desgana la enorme utilidad del concepto interseccionalidad para la práctica clínica.

Una limitación clara del modelo queer aplicado a la atención profesional al sufrimiento psíquico es que el modelo de atención que entendemos y conocemos, basado en el estado de bienestar y en la equidad en el acceso a las condiciones y cuidado de la salud, es un concepto esencialmente moderno, mientras que la teoría queer es un ejercicio claro de reflexión posmoderna. La deconstrucción diagnóstica completa desde lo individual del terapeuta o de puertas a dentro de la consulta choca irremediablemente con el diagnóstico como llave de acceso a las prestaciones sociales, o a tratamientos, o a lugares especializados de cuidado; así como a la propia profesionalización de esos lugares de cuidado.

Si la psiquiatría es realmente postpsiquiatría y se deconstruye por completo a sí misma deja de ser psiquiatría tal y como la entendemos (Carmona, 2017b). Ese discurso (presente en ciertos sectores del activismo antipsiquiátrico contemporáneo) no es el que sostenemos aquí. Lo que proponemos es aplicar queer en su acepción como verbo, como acción; queerizar la mirada hacia la atención a la salud mental, un reino protagonizado por las etiquetas y la subjetividad, por el acompañamiento pero también el cuidado-coerción.

No significa esto que consideremos que esa mirada queer pueda proporcionar todas las respuestas a todas las contradicciones, dudas y cuestionamientos dentro del ejercicio de la salud mental. De hecho, el sólo planteamiento de que lo queer pueda dar respuestas absolutas se sale del concepto queer en sí mismo, que cuestiona los absolutos y las respuestas completas.

Entendemos entonces que el corpus teórico en el que nos movemos, en constante ebullición y transformación, que se ve obligado a cambiar sus categorías diagnósticas cada pocos años y que cuenta con líneas teóricas tan enfrentadas entre sí puede comprenderse mejor con esa queerización de la mirada. Así podemos huir de los esencialismos y resignarnos a que la teorización y los acompañamientos son contruidos y representados y no por ello son menos válidos o menos transformables, o describen peor las injusticias sociales y las desigualdades en salud, que innegablemente existen. No se trata de negar la existencia del sufrimiento psíquico o la necesidad de la organización profesional cuidados; sino de importar herramientas que nos ayuden a resolver las contradicciones y a cuidar de forma más justa.

La dicotomía servicios modernos – teorización posmoderna pareciera contradictoria pero como señaló Sandra Harding (1986) la colisión modernidad- posmodernidad que encontramos en nuestro medio no es obligatoria. Entendemos esa colisión como colisión por el paradigma patriarcal en el que vivimos que, entre otras cosas, se basa en la continua dicotomización (cuando no enfrentamiento) de todo lo que nos rodea. Una transformación de la sociedad que, por ejemplo, pusiera los cuidados en el centro del sistema permitiría derruir, al menos parcialmente, esa verticalidad, ese “despotismo ilustrado” que aparece de forma inherente a los servicios de asistencia (clínica o social). Lo profesional podría relacionarse de otra forma con las redes de cuidado no estrictamente privadas y familiares; los lugares profesionales podrían dar más cabida a los no profesionales (como ya empiezan tímidamente las contrataciones a expertos en primera persona), etc (Martín, 2017). En suma, si en trescientos años la psiquiatría (y sus campos profesionales interconectados) se han visto obligados a una transformación permanente, entra dentro de lo prudente entender que esas transformaciones continuarán en las próximas décadas y siglos. Poder deconstruir nuestra mirada y a quienes miramos, entendiendo mejor cómo nuestra mirada intersecta en múltiples ejes con nuestras condiciones de vida puede ser una herramienta harto útil a la hora de construir un contexto profesional más humano, más útil, más justo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barker, Meg-John y Scheele, Julia. (2017). *Queer, una historia gráfica*. Alcobendas: Melusina.
- de Beauvoir, Simone. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Bernárdez Rodal, Asunción (2015) *Mujeres en medio(s). Propuestas para analizar la comunicación masiva con perspectiva de género*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, Judith y Fraser, Nancy (2016). ¿Reconocimiento o redistribución? Un debate entre marxismo y feminismo. Madrid: Traficantes de sueños. Recuperable en: [https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/documentos\\_nlr\\_3\\_web.pdf](https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/documentos_nlr_3_web.pdf)
- Carmona Osorio, Marta (2017a). Nuevas periferias en tiempos neoliberalas. *Boletín AMSM*, 41.
- Carmona Osorio, Marta (2017b). Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132)
- Colectivo Stop DSM (2017). El manifiesto: para terminar con el yugo del DSM. Recuperado de <https://stop-dsm.com/es/el-manifiesto-para-terminar-con-el-yugo-del-dsm/>
- Colina, Fernando (2001). *El saber delirante*. Madrid: Síntesis.
- de la Mata Ruiz, Iván y Ortiz Lobo, Alberto (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 23(86)
- Friedan, Betty (2016). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.
- García López, Ramón, Rendueles Olmedo, Guillermo y Hernández Monsalve, Mariano (2011). Nuevas formas de institucionalización en salud mental. Mesa redonda organizada Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN). Programa recuperado de <http://aen.es/wp-content/uploads/2011/10/JorArVIfolleto.pdf>
- Gilligan, Carol (2016). *In a different voice*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- de Gouges, Olympe (1789). *Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana*. Recuperado de <http://clio.rediris.es/n31/derechosmujer.pdf>
- Grupo de trabajo queer (ed.). (2005). *El eje del mal es heterosexual*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Haraway, Donna J. (1995). *Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Ciencia ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harding, Sandra (1986). *The Science Question in Feminism*. Nueva York: Cornell University Press.
- Kristeva, Julia (1982). *Powers of Horror: an Essay on Abjection*. Nueva York: Columbia University Press.

- LeFrançois, Brenda A, Menzies, Robert y Reaume, Geoffrey (2013). *Mad Matters*. Toronto: Canadian Scholar's Press.
- Martín López-Andrade, Laura (2017). Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *e-Atopos*, 3. Recuperado de <http://www.atopos.es/images/eatopos3/6eatopos3.pdf>
- Ortiz Lobo, Alberto (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Ortiz Lobo, Alberto (2017). Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132)
- Rivera, Sylvia y Johnson, Marsha P. (2015). "S.T.A.R." *Acción Travesti Callejera Revolucionaria*. Salamanca: Editorial Imperdible.
- Timimi S. (2015). La Macdonalización de la infancia: la Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos*, 16, 15-34.
- Timimi, Sami (2017). *La macdonalización de la salud mental en la infancia y el mito del progreso*. Intervención en las Jornadas AEN 2017. Recuperado de: <https://youtu.be/qTR0mLQn7zk>
- Wollstonecraft, Mary (1792). *A Vindication of the Rights of Woman with Strictures on Political and Moral Subject*s. Londres: J. Johnson. Recuperado de <http://oll.libertyfund.org/titles/wollstonecraft-a-vindication-of-the-rights-of-woman>

## 2. LA INVENCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD.

**Fefa Vila Núñez.**

La palabra inglesa “queer” significa raro, torcido aunque por extensión designa todo lo que sexualmente o desde el punto de vista de la identidad de género no es normativo, como por ejemplo maricón o bollera. Es, por tanto, un término que identifica lo abyecto dentro del régimen dominante que codifica la heteronormatividad, por lo tanto tienen connotaciones ofensivas, opera como un insulto con el que se intenta descalificar a aquel al que se le atribuye, describiéndole como alguien anormal, como una desviada o un degenerado.

Sin embargo, a finales de los ochenta del siglo pasado surgieron en la costa Este y Oeste de los Estados Unidos una serie de grupos activistas que decidieron apropiarse de este término injurioso. Y en ese proceso de “inversión performativa” emergieron lo que se ha denominado de forma genérica movimiento o cultura queer, definiendo un nuevo “espacio político” en el que se denuncian los efectos normativos de toda formación identitaria -no sólo de las sexuales y de género, también de las referidas a la raza o a la clase social- y se plantea que la distinción binaria entre lo masculino y lo femenino, entre hombre y mujer, entre homo y hetero no están inscritas en la naturaleza ni basadas en una “verdad natural o pre-discursiva”, sino que son fruto de una construcción sociocultural, de la aplicación de un conjunto normas y repeticiones que operan sobre nuestro cuerpos como dispositivos ideológicos.

Desde un punto de vista político, las teorías y prácticas queer se han articulado en torno a una doble resistencia. Por un lado, han propiciado una revisión crítica del feminismo clásico que al buscar la igualdad entre el sujeto político hombre y el sujeto político mujer (feminismo de la igualdad) o definir a la mujer en clave esencialista (feminismo de la diferencia) excluye de su discurso emancipatorio a ciertas minorías -lesbianas, transexuales, maricpnes, transgénero, intersexuales...- que de algún modo consideras como “malos sujetos femeninos”. Frente a ese feminismo esencialista, heterosexual y ligado a

las clases medias y urbanas, el movimiento queer apuesta por un feminismo “radicalmente situado” y descentrado (“ex-céntrico”, en palabras de Teresa de Lauretis) que ponga en cuestión los binarismos y la distinción clásica entre sexo y género y muestre que la diferencia sexual no es algo naturalmente dado sino el resultado de una operación performativa, en términos butlerianos.

Por otro lado, las llamadas teorías queer surgen en respuesta a la aparición y consolidación (primero en Estados Unidos y después en algunos países de Europa, entre ellos España) de políticas identitarias que posibilitan la integración social de gays y lesbianas siempre y cuando éstos cumplan ciertos requisitos normativos. De este modo, estas políticas distinguen entre buenos y malos sujetos homosexuales, estos serían maricas, locas, travestis, sidos+s, etc. A los primeros se les permite acceder a derechos y privilegios de los que antes carecían, logrando su normalización en un espacio social heteronormalizado y en un espacio económico capitalista, mientras a los segundos, una inmensa mayoría de minorías, se les sigue marginando.

Por lo tanto no cabe pensar que el **objetivo de la teoría queer no es la construcción de una “identidad queer”** (“no tiene sentido definirse o describirse como queer”) sino, por el contrario, configurar un proyecto discursivo multidisciplinar problemático y transversal que detecte los distintos niveles de exclusión que generan los procesos de construcción de identidades en cada contexto cultural. Se trata, por tanto, de un movimiento postidentitario que en su aproximación analítica a las dinámicas de sumisión y dominio intenta escapar de una lógica binaria, ya que considera que no nos enfrentamos a una estructura de dominación vertical y sin fisuras -donde a un lado están los hombres y al otro las mujeres, a un lado los heterosexuales y al otro los homosexuales, a un lado los poderosos y al otro los oprimidos...-, sino a un sistema complejo que pone en marcha múltiples relaciones de poder y que también activa la agenda política de los llamados sujetos vulnerables.

Este movimiento tiene todavía una gran agenda por delante, pues aunque ya ha efectuado una importante labor teórico-crítica (y también estética) sigue estando en una fase (casi) embrionaria. En este punto recordar que el origen del “conjunto de intervenciones críticas” que se engloban dentro de lo se ha denominado teoría queer radica, en gran medida, en la interpretación que realizó el feminismo norteamericano de la segunda ola del estudio genealógico de la producción discursiva de la sexualidad en la civilización occidental que llevó a cabo Michel Foucault en su obra *Historia de la sexualidad*.

*“En cualquier caso en la gestación y posterior evolución de la teoría queer también jugó un papel muy importante la aplicación de ciertas ideas formuladas por autores como Jacques Derrida, Pierre Bourdieu o paradigmas como el psicoanálisis a la investigación de los modos en que históricamente se ha construido, y se sigue construyendo, la diferencia sexual y la identidad de género”.* (Preciado, 2007)

En su primer tomo de la *Historia de la sexualidad* (titulado La voluntad de saber), Foucault asegura que el poder, que para él no es una instancia concreta, sino algo difuso, fragmentado, ubicuo..., un “*biopoder*” que impregna todas las esferas de la vida de los ciudadanos, utiliza la regulación de la sexualidad como una de las herramientas con las que trata de ejercer un “*control total sobre los cuerpos vivos*”. A juicio del autor de *Vigilar y castigar*, que establece una diferencia histórica entre sociedades soberanas, disciplinarias y de control, en la segunda mitad del siglo XIX se produjo un giro epistemológico que propició que esa regulación se intentara imponer cada vez más mediante una “*interiorización de la norma*” y no sólo a través de la aplicación de mecanismos coercitivos. En este proceso la institución médica psiquiátrica tendría un papel protagonista. Hay que tener en cuenta que en esa época, diversos estudios asociados a las ciencias médicas fijaron por primera vez la distinción lingüística y conceptual entre homosexualidad y heterosexualidad, generando la emergencia de un nuevo régimen visual de la sexualidad que concebía los órganos genitales como el elemento clave de la diferencia sexual.

Siguiendo las teorías feministas y posestructuralista, la teoría queer considera que el conocimiento nunca es neutral, no es una descripción de la realidad así como los procesos de producción, organización y transmisión del saber siempre están condicionados por una serie de paradigmas cognitivos y factores contextuales que determinan, por ejemplo, qué elementos y fenómenos deben ser analizados, cómo se deben realizar esos análisis o quiénes son los sujetos que tienen que hacerlo. A su vez, se pondrá en evidencia la idea de que existe una especie de jerarquía natural de los saberes, de forma que el conocimiento científico, sobre todo el ligado a las ciencias naturales o puras, tendrían una relación más directa con la verdad y con lo real que los demás tipos de conocimientos. Los enunciados queer prestarán especial atención a los discursos científicos y desvelarán que no son en sí mismo más objetivos y válidos que cualquier otro discurso, ya que todos ellos estarían

condicionados y producidos en gran medida por prejuicios históricos y culturales y operarían como “ficciones políticas”.

Si se hace una interpretación literal de este razonamiento, se puede caer en un relativismo cultural de cuño posmoderno que podría justificar una ética del “todo vale”. Pero para la teoría queer, el hecho de que los discursos científicos sean “ficciones”, no implica que no estén relacionados con lo real y con la verdad. Lo que ocurriría es que no es una relación ontológica, sino performativa. Es decir, todo saber produce verdades culturales que algunas llegan a materializarse y otras no, a producir la realidad que enuncian. El movimiento y la teoría queer han desplegado un conjunto de operaciones analíticas que han posibilitado desbordar la noción de género y cuestionar el supuesto origen biológico de la diferencia sexual y todas sus nefastas consecuencias haciendo toda una serie de relecturas y reescrituras que permiten nuevos imaginarios para otros cuerpos sociales.

### **Crianza queer/cuir<sup>1</sup>**

---

Es un modo de especial relación con la infancias desde un amor radical a las diferencias de género como posibilidad de ampliar lo vivible en un mundo marcado por la violencia heteropatriarcal y la prevalencia del binomio hombre/mujer. Conlleva una suerte de riesgos y una conciencia y, así como una convivencia sobre y con el fracaso, como posibilidad de articular políticamente otras formas de sociabilidad. Alude a los estilos parentales o de crianza que van más allá del binarismo, supone repensar las maneras de formar familia o redes de afectos otras, convertir una vivencia sobre ser lesbiana, transexual, transgénero, queer, intersexual o tener una expresión de género que no es típica en el seno de la práctica de la crianza en un cuestionamiento de la normalidad y de los roles que se dan por hecho tradicionalmente, dando valor a lo extraño, infrecuente, torcido y lo que se puede entender como fracaso de una norma socialmente aceptada. El fracaso como motor de cambio donde lo nuevo y lo deseable se redefine y permanece en

---

<sup>1</sup> Este artículo ha sido publicado inicialmente en *Barbarismos queer y otras esdrújulas* por AA.VV.; Esther Ortega Arjonilla; María Rosón; Raquel (Lucas) Platero Mendez. Ed. Bellaterra. Barcelona, 2017.

el horizonte. El fracaso como alegría y ruptura, frente al triunfo banal y desposeído de futuro de la familia nuclear tradicional empeñada en replicar su imparable declive.

## La crianza queer como fracaso<sup>2</sup>

Aunque se lleva hablando y teorizando mucho sobre la teoría y las prácticas políticas queer, la confusión es enorme. Es un eco que rebota en oleadas, produciendo cacofonías ininteligibles para el común de los mortales. Siendo el ruido especialmente insoportable cuando viene acompañado de un deseo intencionado para que no se oiga, para que no se escuche y así distanciarse de la comprensión y de la conversación.

Si donde hay poder hay resistencia, uno de los aspectos más relevantes que dan muestra de la misma es que *los bárbaros* han sido rápidos en su trabajo tanto a la hora de polemizar, definir y redefinir el significado de queeridad/cuiri-dad/queerness en los últimos veinte años, como en poner en marcha toda una serie de conexiones y prácticas que se abren a “lo real”. Hay crianzas cuir. Hay, a pesar de las embestidas, una sociabilidad cuir que permea la existencia. Lo extraño, lo raro, ya sea por saturación, por exceso, por hiperrealidad, es lo de siempre, lo que podría ser visto como el comienzo del ocaso de los normales.

Estos desplazamientos identitarios son debidos a que cuir nunca, o en menor medida, se ha referido tanto a una identidad como a un modo particular de crítica política y resistencia. A saber, una crítica política al heteropatriarcado y resistencia a las normas, opresivamente respetables, relativas al género y la sexualidad. Así por ejemplo, Jack Halberstam (2005) ofrece una redefinición de la identidad política refiriéndose a una vida queer como en la cuerda floja de lo que se considera respetable y seguro. Un difícil equilibrio que se comparte con “otros inadecuados”. Asimismo, la historiadora Lisa Duggan (2004) señala

<sup>2</sup> Esta reflexión está inspirada en las propuestas que realiza Ward, Jane (2011), *Queer Parenting for Heteros (& anyone else who wants to teach kids that being queer is awesome)*. Accesible en: <http://feministpigs.blogspot.com.es/2011/10/queer-parenting-for-heteros-anyone-else.html> 5/10/2011 (último acceso, 20/03/2017). También es una reflexión encarnada y conectada con mi propia experiencia de tanta alegría en convivencia con el fracaso <[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/14/actualidad/1355510303\\_479412.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/14/actualidad/1355510303_479412.html)> y <<https://www.diagonalperiodico.net/libertades/maternidades-lesbicas-luchan-por-reconocimiento.html>>.

que las experiencias políticas queer en los noventa desafían la hegemonía de la familia nuclear, las reglas que conlleva el contrato matrimonial y el ascenso social que abre la puerta a relaciones burguesas marcadas por el consumo y los símbolos de prosperidad, que representan mayoritariamente el privilegio y la supremacía blanca.

Activistas y teóricos queer, de aquí y de allá, como las ya citadas Lee Edelman, Lucas Platero, Heather Love, José Muñoz, Carmen Romero, Javier Sáez, Ricardo Llamas, Paul Preciado, Paco Vidarte entre otras muchas, me han sugerido directa o indirectamente que ser rara es ser *trágica* e implica fracasar, ser una persona fracasada<sup>3</sup>. Nuestras vidas queer están forjadas en el fracaso, no como depresión o imposibilidad de ser, sino como un continuo devenir abierto a la confrontación como forma de existencia. Un cúmulo de fracasos que nos dotarían no sólo de una especial resistencia frente a la adversidad, sino también de herramientas para el acceso al goce. Y sería esta tensión la que tendría dimensiones políticas en todos los órdenes, también en el ámbito de la crianza.

Aunque ya se han dicho y escrito algunas cosas sobre la crianza y la maternidad y la paternidad queer en los últimos años (ver por ejemplo Green y Friedman, 2015), la mayoría de los análisis al respecto tiende a igualarla con la ejercida por las personas LGTB (Ward, 2011). Pero ¿qué sucede cuando intentamos aplicar las ideas de la teoría queer a nuestras relaciones con la infancia en general y con nuestras criaturas en particular?

Siguiendo a Jane Ward, podemos conceptualizar la crianza queer como una manera de relacionarse con las criaturas que puede estar centrada en dos posibles intervenciones, aunque sin duda hay muchas más. En primer lugar, desligando las nociones de “madre” y “padre” de los cuerpos femenino y masculino, de los roles habitualmente asociados y de las expectativas depositadas. En segundo lugar, cultivando y respetando las diferencias de género de las criaturas y mostrándoles con orgullo escenarios más amplios de relaciones significativas, de relaciones de parentesco, de acceso a los imaginarios simbólicos a través del juego, del consumo, de la vestimenta y que celebren en toda su potencialidad la diferencia de género. Las personas adultas necesitamos mos-

---

<sup>3</sup> Este giro hacia el fracaso hacia lo errático y lo trágico ha sido inspirado en parte por Quentin Crisp, a través de una de sus frases más célebres “si al principio no tienes éxito, el fracaso puede ser tu estilo.”

trar activamente la cuiridad en su camino por lo menos en dosis suficientes para igualarla a la cantidad de heteronormatividad con la que se topan en cada esquina que habitan. Un conjuro familiar que desplace lo normativo sin que ello se convierta en un corsé del que no se pueda salir ni en un esnob *leitmotiv* de la “nueva familia”.

Y en tercer lugar, añadido, la crianza cuir sólo puede existir reactualizándose, imaginando nuevas posibilidades de relación y vínculo, respetando el modelo familiar de parentesco elegido, problematizando las lógicas sociojurídicas y simbólicas heteropatriarcales. Bajo este marco queer, todas las personas, independientemente del tipo de prácticas sexuales que tengan o con quién practiquen, tienen el potencial de crear o formar parte de una familia queer. Introducir, normalizar y celebrar la cuiridad con nuestras criaturas es respetar una estructura familiar diferente que se concibe como ajena a los dictámenes que regulan históricamente las relaciones familiares nucleares heteronormativas. Esto supone enunciar un sistema moral, una filosofía política y un derecho propios. Se trata de alimentar y expresar un amor muy particular por la diversidad sexual y de género, siendo este tipo de diferencias un valor en sí mismo. Y un riesgo también en sí mismo, por la fragilidad con la que vivimos nuestras propias relaciones como queers y por la debilidad con la que demasiado a menudo nos aventuramos a transitar por estas nuevas realidades y establecer vínculos necesariamente fuera de la ley (de la ley del padre que instauró el derecho romano).

Esto implica algo profundamente diferente a creer que todo se reduce a decirle a una hija o un hijo que soy gay, lesbiana o trans\*, o a reconocer a tu criatura como tal. La crianza queer es algo muy distinto, implica un cuestionamiento encarnado que se practica desde la cotidianeidad. La crianza queer es un fracaso necesario.

## BIBLIOGRAFÍA

- Duggan, Lisa (2004). *The Twilight of Equality: Neoliberalism, Cultural Politics, and the Attack on Democracy*. Boston: Beacon Press.
- Green, Fiona J. y May Friedman (eds) (2010). *Buscando el final del arco iris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género*. Barcelona: Bellaterra.
- Halberstam, Jack (2005). *In a Queer Time and Place Transgender Bodies, Subcultural Lives*. Enskede: NYU Press.
- Halberstam, Jack (2010). *The Queer Art of Failure*. Durham [NC]: Duke University Press.
- Preciado, Paul B. (2007). *Introducción, teorías y prácticas queer. Encuentro crítica queer. Narrativas disidentes e invención de subjetividad*. Encuentros organizados por la Universidad Internacional de Andalucía entre los días 23 y 26 de mayo de 2007. Recuperado de [http://ayp.unia.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=96](http://ayp.unia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=96)

### **3. VIAJE TEÓRICO Y PRÁCTICO POR EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD.**

**Iker I. Louzao Rojas.**

La categorización es parte imprescindible de nuestra percepción personal y de nuestro contexto social. Desde la paleolítica configuración de los primeros clanes, una vez superada una primera fase (de varios millones de años) de hordas fugaces en pos de la alimentación y la defensa, entendiendo ambas como necesidades a cubrir en relación a la autoconservación individual; la categorización cognitiva cumple funciones más allá del simple ordenamiento del mundo modificando nuestra percepción social para aumentar las diferencias con los otros y disminuirlas para con los nuestros. Ese intento transcultural y pancronológico de categorizarlo todo es subsidiario de observación en cada una de las ciencias técnicas y humanas.

María Montessori, pedagoga –y entre otras muchas cosas, primera mujer italiana en doctorarse en medicina-, artífice del cambio de postulados pedagógicos de principios del siglo XX, nos expone en su obra varias tendencias relativamente estables del ser humano en lo concerniente a su desarrollo. La exploración, entendida más allá del mundo que nos rodea y liberada del yugo de la lucha por la supervivencia, nos lleva a la elaboración de disquisiciones filosóficas, creativas y espirituales. Dichas elaboraciones, de lejos arbitrarias o caprichosas, responden a nuestro impulso casi innato, probablemente de origen filogenético, de ordenar y categorizar aquello encontrado en nuestra particular exploración. Llegado el momento entonces, en algún punto muy lejano, comenzamos a mirar hacia dentro en un intento por categorizarnos a nosotros mismos.

---

Comencemos el viaje remontándonos al origen. Conforme se complejiza la configuración sociodemográfica y se revelan los secretos más escondidos del orden natural, surge la imperativa de enfocar el esfuerzo intelectual en el pro-

pio individuo. Partiendo del término latino “*persona*”, prestado desde el griego *prósōpon* (refiriéndose a las máscaras de resonancia que conferían al actor de teatro una personalidad distinta de la propia) se elaboran ciertas nociones filosóficas dentro del pensamiento teológico.

En el primer Concilio de Nicea, en el 325 dC, para muchos primera convención ecuménica de la iglesia católica, y en un intento de disponer de nuevas herramientas para complejizar el diálogo cristológico, se gesta, además de la Santísima Trinidad (estableciendo la consustancialidad que aún gobierna el pensamiento teológico de la relación intratrinitaria entre Dios-Padre, Dios-Hijo y Dios Espíritu) la noción de *persona* surgida del cuestión relacional de la comunidad amorosa entre el *Logos* (pongamos *lo natural*) y Dios Padre.

Desde esta base, el filósofo romano Boecio nos habla de “sustancia individual de naturaleza racional” y Santo Tomás de Aquino varios siglos más tarde y partiendo de las ideas de Boecio, nos resalta en su extensa obra el carácter de “ser sustancial completo” imposible de abarcar desde las ciencias naturales, sembrando el comienzo de la antropología filosófica.

El nominalismo filosófico, en su afán por ensalzar lo particular y negar la universalidad, influye en los autores modernos instándolos a abordar el tema del individuo y la persona. Así, Descartes comienza a hablar del “yo” (en sustitución de la persona) y de su autosustancialidad en tanto cuerpo y pensamientos son evidencias indubitables. En contraposición, Leibzig, filósofo alemán de disposición escolástica y aristotélica, a inicios del siglo XVIII, describe al ser humano desde una perspectiva panpsiquista como entidad en sí misma, fuente de raciocinio no entendible desde su relación con los otros sino desde su ser individual e indivisible (en contraste con el dualismo cartesiano).

Posteriormente Kant recuperará la idea de libertad individual para aunar las perspectivas empirista y racionalista estableciendo al individuo como una entidad racional libre bajo leyes morales (anteriores y diferentes a la experiencia sensible). Esta concepción de ser racional y libre se recupera con el existencialismo hasta más allá del “nacimiento” del estudio de la personalidad, anteponiendo el ser consciente, independiente y responsable de sus actos -la existencia- frente a la categorización y descripción del mismo -la esencia-, a sus ojos arbitraria y falaz.

Vamos a desviarnos ligeramente de las cuestiones estrictamente filosóficas para abordar el surgimiento de la nueva disciplina psicológica que se bifurca (aunque manteniéndose paralela a ella) a finales del siglo XIX.

El interés y surgimiento del estudio de la personalidad, entendiendo personalidad como término similar a temperamento humano o a carácter (que no lo es), no puede entenderse sin la aportación de las dos corrientes anteriores (fenomenología y existencialismo) que crean el caldo de cultivo para el desarrollo de las grandes teorías de la personalidad que abordaremos posteriormente. Entendamos estas corrientes, entonces, en un contexto temporo-social de tendencias reduccionistas con el método científico como eje transversal que articula todo lo que *merece ser estudiado*.

En primer lugar la fenomenología de finales del siglo XIX y en concreto la fenomenología de Husserl (autor postkantiano), que aboga por acercar los planteamientos filosóficos a los científicos. En su vertiente más psicológica impera en el momento la pura descripción, sujeta a la reducción eidética que permite el estudio de los fenómenos libres de interpretaciones o juicios con el fin de llegar a la comprensión del fenómeno en sí. Por otro lado, el existencialismo y la condición individual como objeto de estudio en respuesta a una sociedad cada vez más despersonalizada por el materialismo mecanicista, en una Europa donde florecen los regímenes autoritarios y totalitarios que anulan cualquier conato de pensamiento individual desde su posición hegemónica y paranoide.

Por si no estuviera la mujer o el hombre de finales del S. XIX suficientemente abocado a la desaparición individual, Fromm nos narra de manera sublime como la inmersión en un proceso de fiera capitalización, en el que atrás quedó el refugio comunitario, obliga al repliegue individual y despojo de lo propio en pos de la supervivencia. Como respuesta, el existencialismo es acogido con interés y entusiasmo en respuesta al racionalismo y se desarrolla (si no se ha estado desarrollando ya desde la Grecia clásica) con impulso renovado a través de una Europa destruida por ambas guerras mundiales.

En esta línea, a principios de siglo un filósofo de inspiración naturalista, Ludwig Klages teoriza tres elementos del carácter: la materia (las facultades y los talentos), la naturaleza (los impulsos cualitativos) y la estructura (la afectividad, el temperamento y la capacidad de exteriorización de las emociones) del carácter, que se repetirán posteriormente en repetidas ocasiones a lo largo de varios teorías.

El momento histórico de las guerras mundiales, es punto de inflexión para la aparición de la psicología de la personalidad, como para tantas otras disciplinas. Durante la primera se desarrollan multitud de rudimentarios instrumentos de clasificación y selección de las personas en función de su constitución

temperamental si bien la disciplina no se acota y concreta hasta la década de los años 30 con los estudios de Allport y Murray.

Es precisamente este intento de delimitación de la “personología” el que agencia a Allport el título de “padre de la psicología de personalidad”. Gordon Allport (hermano de Floyd Allport, uno de los padres de la psicología social) fue un psicólogo estadounidense que desarrolló su teoría en torno a los años 30. Opositor declarado del psicoanálisis y del conductismo por considerarlos demasiado profundo el uno y superficial el otro, desarrolla una teoría que hoy podríamos enmarcar dentro de las fenoménicas, de carácter eminentemente idiográfico, ensalzando el valor individual de la persona. A grandes rasgos, la teoría de Allport, hoy por hoy con mucho más valor teórico que clínico, nos habla de una disposición dinámica de diferentes sistemas psicofisiológicos que producen determinados patrones de conducta. Así, tendríamos una serie de elementos estructurales (el yo corporal, la identidad, la autoestima, la autoimagen...) que se configuran en un conjunto de rasgos que nos permiten percibir grupos de estímulos como subsidiarios de producir la misma respuesta conductual. Esta teoría está, así, a medio camino entre la concepción innatista y la situacional, siendo cuasi interaccionista en su desarrollo, de corte estructuralista y con intentos de acercamiento a lo más procesual – es decir, con un poco de todas las corrientes que recorreremos en este viaje-

La idea de rasgo como elemento que permite percibir un conjunto de estímulos como similares y generar una conducta ante ellos, adquiere especial importancia para las teorías de corte estructuralista y sobre todo las más relacionadas, como luego veremos, con el análisis factorial.

En la segunda guerra mundial, y con el objetivo de dar respuesta a los problemas clínicos derivados de los traumas del conflicto bélico, continúa el desarrollo de la disciplina poniendo énfasis en el desarrollo de programas de intervención clínica pero también fijándose en cómo un serie de características individuales llevan a diferentes reacciones, a la elaboración (o no) del trauma o la posibilidad (o no) de recuperación, estableciéndose las bases para el estudio de los fenómenos no observables que influyen en la conducta.

A lo largo de todo el siglo XX se suceden diferentes teorías explicativas del carácter y la personalidad desde diferentes postulados explicativos que conceptualizan la personalidad desde diferentes ópticas: poniendo en relevancia diferentes aspectos a la base de la conducta observable en función

de una u otra corriente. De esta manera, encontramos desarrollos paralelos que ponen el énfasis en el aspecto estructural de la personalidad bien entendiendo dicha estructura como resultado de una disposición neurobiológica determinada, bien entendiéndola como formada por elementos sensibles a la exploración estadística en forma de rasgos con relación directa y aditiva entre las conductas y los procesos. Frente a esta postura, encontramos otra línea protagonizada por las teorías psicoanalíticas y fenomenológicas que resaltan la importancia de los planteamientos procesuales y enfatizando la naturaleza dinámica de los mecanismos afectivos y cognitivos del individuo. Por otro lado, en contraposición a estas ideas internalistas, el conductismo y las teorías de aprendizaje social dibujan un paisaje mucho más determinado por las variables situacionales que por las estructuras o procesos propios del individuo. La tendencia a finales del siglo pasado y a inicios de éste es a desarrollar perspectivas más eclécticas poniendo el interés en una concepción dialéctica o interaccionista de acuerdo a la tendencia en otras disciplinas dentro del estudio de la *psique*.

La finalidad de este capítulo no es realizar un mero recorrido histórico de lo antes mencionado, sino entender cómo se ha ido configurando y transmutando un constructo determinado: pongamos “personalidad”, a lo largo del tiempo y el espacio. Hagamos pues el ejercicio de trasladarnos a dichos momentos y concepciones en el estudio de un sujeto transtemporal –Marta para ver cómo hubiera sido categorizado, siendo ella inmutable –congelada en cinco líneas de texto–, de una u otra manera. Entendamos con esto lo en ocasiones valioso, en ocasiones fútil de una clasificación o concepción determinada acerca de un aspecto complejo y multivariante.

*“Marta es una mujer en la veintena, alegre, jovial y pansexual. Cercana a sus amigos, empática cuando éstos lo requieren, no duda en acudir en su ayuda. Protectora del grupo, presenta reacciones explosivas en forma de enfado y reproche cuando la decisión grupal es incongruente con su voluntad o cuando se siente excluida, si bien es capaz de recapacitar y pedir perdón una vez ha conseguido su propósito. Aficionada al flirteo, disfruta de su sexualidad con escasa habilidad para el compromiso amoroso”* ¿Cómo es la personalidad de Marta? Empecemos el viaje.

---

## **De cuando Marta era sanguínea**

---

Platón establece la primera clasificación sobre el psiquismo humano al distinguir inteligencia y apetitos (irascible y concupiscible), cada uno con sendas localizaciones corporales. Sin embargo, la práctica totalidad de autores en personalidad coinciden en señalar a su contemporáneo Hipócrates de Cos como primer “teórico” de la personalidad, al establecer y tipificar cuatro “modos” de conducta a través de la teoría de los humores. Partiendo de las ideas de Empédocles acerca de los cuatro elementos básicos del universo (Zeus el Fuego, Heras el Aire, Aidoneus la Tierra y Nestis el Agua) y de su propia observación y experiencia sensible como médico, Hipócrates explica la salud y la enfermedad en términos de equilibrio-desequilibrio de los cuatro humores fundamentales constituyentes del ser humano. Así, cada persona presenta una disposición única de dichas sustancias (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema) con predominio de uno de ellos que, teniendo en cuenta su variación con la temperatura (se relacionan así con cada una de las estaciones) dan lugar a un equilibrio (o no) que se muestra a la base no solo de la aparición de la noxa sino también responsable de las características fisionómicas y temperamentales del individuo.

Estos postulados, eminentemente biologicistas, se aplican también (no siendo éste el objeto de estudio principal de Hipócrates) a las dolencias del alma, estableciendo así una primera y rudimentaria clasificación de lo que siglos más tarde vendría a llamarse carácter o personalidad.

Veamos cómo desde esta óptica, nuestra paciente sería descrita como una mujer (probablemente no hubiera sido descrita por su condición biológica femenina) de temperamento sanguíneo. Se espera de ella una robustez que impregna cara y cuerpo, con labios carnosos y prominente frente, de físico fuerte y carácter impetuoso. Animada, inquieta, cae en momentos de intenso pesar y desesperación que marcan un temperamento influenciable e inestable, siendo líder natural del grupo pero cuyo mandato ordenado y empático tiende a quebrarse en momentos de irascible dictatorialidad y despotismo.

Vemos así que la fisionomía se liga de forma ahora impensable al temperamento, no pudiendo entender el uno sin el otro, fruto de un momento histórico en el que no se concibe anomalía sin explicación naturalística, aún a siglos de los planteamientos más positivistas.

Algo más de dos siglos después en los que, entendemos, Marta hubiera sido sanguínea y nada más que sanguínea a efectos caracteriológicos (en todo caso de apetito irascible si optáramos por las convicciones platónicas) Galeno realiza varias modificaciones a la teoría hipocrática complejizándola al establecer nuevas categorías dentro de los temperamentos (fundamentalmente con criterios cuantitativos) y señalando las diferencias entre los espíritus animales (sensibilidad y movimiento), y vitales (sangre y nutrición). Pese a la “actualización” teórica, los postulados fundamentales del modelo médico permanecen intactos en esta nueva versión. Así, en el caso que nos compete, nuestra paciente presentaría un temperamento sanguíneo de igual manera pero, por ejemplo, de características débiles.

Conforme se llevaba a cabo todo un complejo desarrollo histórico en el campo de la filosofía en lo referido al estudio del individuo, sobre todo a partir del siglo XVII, la doctrina biomédica continuaba postulándose como válida en lo referente al estudio del temperamento. Así, durante varios siglos permanece vigente la teoría de los humores como paradigma de la explicación temperamental, eso sí, con sucesivas variaciones conforme a los nuevos avances en el descubrimiento del cuerpo humano. Son entonces varios los autores que comienzan un baile histórico de diferentes y misteriosos fluidos que atraviesan igual de diferentes y misteriosas vías anatómicas (se conducen por los músculos, se irritan por la piel...) a lo largo de los siglos hasta que, pasada la edad media, época casi prohibida para las artes y sobre todo para las ciencias, comienzan a surgir nuevos paradigmas estrechamente derivados de aquellos que tenían relación con la teoría humoral.

Veamos entonces como Marta, nacida ahora en la Alemania de finales del siglo XVIII, no estaba descrita con mayor precisión que mil años antes. Wilhelm Wundt, comúnmente conocido como el padre de la psicología experimental, desarrolla una serie de diseños experimentales en el Leipzig de finales de siglo, introspección mediante, tras graduarse con una tesis acerca del tacto en paciente histéricas en la Universidad de Heidelberg. Recuperando (si alguna vez se fue) la concepción mecanicista del cuerpo humano, desarrolla un modelo estructural que no difiere en fondo de las teorías galénicas, estableciendo varias categorías temperamentales en función de dos parámetros: la excitabilidad emocional y la intensidad de dicha respuesta. Wundt abandona así, al igual que Galeno e Hipócrates (aunque éstos no por introspección, sino por desconocimiento) la tesis que coloca lo mecánico-anatómico a la base del estudio del carácter para centrarse en las explicaciones y descripciones fisioló-

gicas experimentales y establece la actividad nerviosa como objeto de estudio creando el germen de las corrientes de corte estructuralista.

Nuestra paciente germana es ahora, ya no sólo sanguínea, sino un individuo experimental de cuyo análisis fisiológico, en este caso, una rápida excitabilidad emocional y una débil respuesta asociada, puede inferirse el temperamento descrito.

### **De cuando Marta era pícnica**

---

Continuamos repasando los múltiples análisis de nuestra paciente tipo, haciendo un repaso de varias corrientes que comparten con las anteriores la visión médico-biológica y la perspectiva internalista como explicación del temperamento observable.

Ya situados en el contexto filosófico de la dualidad mente cuerpo, pero estableciendo una relación unidireccional cuerpo à mente, encontramos las teorías de corte constitucionalista que enuncian, como las anteriores, la plausibilidad (certeza en ocasiones) del estudio caracteriológico mediante la disposición anatómica.

Como hito fundacional encontramos la mal avenida craneología o frenología de Franz Joseph Gall, que criticada tanto por Iglesia como por emperador, encontró sus acólitos más allá de las fronteras del imperio alemán, en Francia e Inglaterra. La frenología, nacida de la idea romántica que envuelve a la personalidad a finales del S.XVIII y la creencia omnipotente de que la neurofisiología podía dar cuenta de la conducta, establece la relación causal unidireccional de los rasgos del carácter (e incluso de la conducta criminal) con las características anatómicas de cráneo y los rasgos y facciones de la cabeza, detalladamente descritos. Así, estas medidas traducen las conductas y las capacidades intelectuales del sujeto en cuanto reflejan la morfología cerebral. Es precisamente el enunciado de la relación cerebro-conducta, el que rescata la frenología del oscuro mundo de las pseudociencias olvidadas (por recordada, no por ciencia). Conforme se desvanecen sus apoyos, comienza a describir bajo sus preceptos la inferioridad de las razas no europeas (sobre todo de los amerindios), en línea con el férreo racismo imperante en la Europa occidental del 1800, si bien ni tan siquiera una justificación supuestamente empírica-positivista de las con-

ductas racistas de la burguesía europea permiten su pervivencia a la luz de la antropometría moderna.

Si queremos estudiar a Marta, pongamos en el Edimburgo de 1820, con el objetivo de describir su personalidad, tan solo tenemos entonces que medir sus protuberancias del cráneo (y correlacionar, claro está, los resultados con las capacidades asociadas a dichas mediciones).

En la línea anterior, y en ocasiones al abrigo del positivismo comtista, van apareciendo una serie de teorías con énfasis en la conducta patológica más que en la descripción de las vicisitudes del temperamento, que la relacionan de forma implícita o explícita con una degeneración subyacente bien nerviosa bien física. Así, Briquet a mediados del siglo XIX describe cómo la histeria se relaciona con una degeneración nerviosa, o Kraepelin -a su vez influenciado por las ideas de Wundt-, a inicios del XX, enfatiza la inferioridad de los enfermos al situar el sí-mismo en la base de la propia alteración.

Influenciado por las ideas de los anteriores, sobre todo en relación a la existencia de un continuum entre lo sano y lo patológico y apoyándose en el método científico, Ernst Krestchmer, psiquiatra y neurólogo alemán desarrolló varias ideas de importancia notable en el campo de la nosología psiquiátrica. Aunque ha perdurado hasta nuestros días la magnífica descripción del delirio de referencia, aún útil en el campo de la descripción fenomenológica, una gran parte de su obra se basa en la descripción detallada de la constitución física como forma de entender el temperamento humano. Así, Krestchmer entiende que el comportamiento patológico no es más que el resultado de una exageración de ciertas disposiciones físicas presentes en toda la población. Describe así tres tipos constitucionales característicos que relaciona con diferente patología mental: el tipo leptosomático que relaciona con la esquizofrenia, el tipo pícnico del lado contrario, que relaciona con la psicosis maniaco depresiva y el tipo atlético como forma intermedia. De esta manera dispone diferentes manifestaciones psicopatológicas correspondientes a un tipo temperamental a lo largo de todo el continuo.

De forma análoga, W. H. Sheldon desarrolla una serie de “somatotipos” en el continente americano basándose en el trabajo de Krestchmer, con una idea subyacente casi idéntica pero determinando que todos los individuos presentan constituyentes de los tres tipos, variando entonces la proporción en la que éstos están presentes. Se desecha así, una vez más, la influencia del ambiente o las variables situacionales en la conducta observable. Sheldon realiza una

descripción análoga a la de su maestro diferenciando un somatotipo mesomorfo, de predominancia somatónica y que describe temperamentalmente como similar al tipo leptosomático krestchmeriano; uno endomorfo, de predominancia viscerotónica similar al pícnico, y uno ectomorfo, de predominio cerebrotónico, similar al atlético.

Veamos desde estas nuevas aportaciones cómo nos referiríamos a la personalidad de nuestra paciente. Pongamos que Marta vive en la segunda década del siglo XX en Europa. Según la descripción dada y recorriendo el camino contrario a las descripciones de Kretschmer, deberíamos encontrarnos probablemente en el lugar que describe como ciclotimia, dentro del tipo pícnico. Así, Marta es por obligatoriedad de rostro ancho, aspecto recio y opulento, bajos los hombros y tórax abotargado, con huesos débiles, con cambios de humor frecuentes que no atienden al exterior, sociable e impulsiva. Acorde con lo anterior, si Marta hubiera sido descrita en el continente americano, hubiera sido categorizada casi con toda seguridad como viscerótoma, con tendencia a la comodidad y a la afabilidad, glotona de dulce y persona y de constitución endomorfa con grandes vísceras y pequeños músculos. Si bien puede forzarse una superposición de ambas teorías, encontramos, al estudiarlas en profundidad, diferencias significativas, sobre todo en las descripciones temperamentales, encontrando que nuestra paciente es categorizada de forma desigual en uno u otro continente. Valga esto para decir que en la actualidad estas descripciones se antojan insuficientes para dar cuenta de la diversidad temperamental.

De lo referido hasta ahora puede desprenderse una total inutilidad del clínico a la hora de abordar los problemas, que nada puede hacer frente a las disposiciones naturales de Marta, probablemente determinadas de forma innata en cuanto tiene la cabeza así, o los huesos de este otro modo.

### **De cuando Marta era soviética y “fuerte, equilibrada e impulsiva”**

---

Continuando con las teorías de corte médico-biológico encontramos ahora la división del estudio de los determinantes neurológicos en dos grandes bloques coincidentes con la división cultural de la época entre el mundo soviético y el mundo “occidental”. De ambos bloques se desprenden relativamente fieles a la concepción original del temperamento, multitud de autores y estudios que han llegado hasta nuestros días.

Entremos primero a analizar el bloque soviético y entendamos a Marta como sujeto de estudio del fisiólogo ruso Iván Pávlov. Pávlov, figura indiscutible de inicios del siglo XX y mucho más conocido por el enunciado de la “ley del reflejo condicional” (mal traducido reflejo condicionado) que por sus planteamientos caracteriológicos. Figura impertérrita ante la revolución bolchevique y entendiendo la llegada del nuevo orden más como un experimento sociológico que como una convicción política, es nombrado director del departamento de fisiología de la Academia de Ciencias de la URSS tras la revolución de octubre, donde observa las propiedades de excitación e inhibición en el Sistema Nervioso Central de los perros. En un intento por trasladar sus resultados neurofisiológicos al temperamento humano y con la teoría galénica-hipocrática como guía de su trabajo, describe diferentes patrones de actividad cerebral dibujando con cierto acierto dos procesos (uno excitatorio, uno inhibitorio) similares a los actuales sistemas simpático y parasimpático. De sus estudios experimentales, que se limitan prácticamente a diseños neurofisiológicos con perros, extrae tres propiedades básicas de dichos procesos fisiológicos: la fuerza (la capacidad general de trabajo neuronal), el equilibrio (entre excitación e inhibición) y la movilidad (o velocidad del proceso en cuestión). De la combinación de estas propiedades va estableciendo una clasificación con ciertas dosis de arbitrariedad de diferentes patrones de conducción nerviosa que tienden aparecer juntos.

Estudiemos a nuestra paciente habitante de una recién estrenada URSS a inicios del siglo XX. Su carácter alegre y sociable nos hace pensar en un sistema fuerte, con un buen equilibrio entre la excitación y la inhibición, pero con predominio de impulsos por ambas vías, su temperamento decidido y en ocasiones explosivo nos trasladan más al neurotipo “fuerte, equilibrado e impulsivo”. Y aún podemos ir más allá, dentro de este tipo, encontramos dos subtipos diferentes (que intenta coincidir con los tipos sanguíneo y flemático hipocráticos), encontrando que nuestra paciente sería de “subtipo vivo”. El sistema nervioso, y así el carácter, de Marta es entonces de predominio saltatorio entre ambas vías con ligera tendencia a la excitabilidad.

Como Pavlov, los discípulos de esta corriente defienden el determinismo neurobiológico en general, y neurológico en particular a la hora de explicar la conducta observable de los individuos, en unas ideas que llegan hasta nuestros días de la mano de diversas escuelas en el lado este del telón de acero, con diferentes reformulaciones que intentan sortear aquellos aspectos que Pavlov no

podía explicar. Como uno de los más recientes exponentes de este modelo encontramos a Jan Strelau desarrollador de un instrumento psicométrico que relaciona SNC con diferentes categorías o rasgos propios del bloque occidental.

### **De cuando Marta era Extravertida en Londres y Afectiva e Impulsiva en Boston**

---

En concordancia con el bloque soviético, el bloque occidental, a su vez influenciado por los trabajos de Pavlov, estudia también las bases neurobiológicas y determinantes del temperamento humano. No podemos entender los trabajos de este cuerpo de teóricos, sin embargo, sin la contribución en el campo del estudio de la inteligencia, a inicios del siglo XX, de Spearman y sus trabajos sobre inteligencia y el factor g. Con un método ligeramente más sofisticado que la medición craneal desarrollada por Broca y Galton, Binet desarrolla un instrumento de medición de capacidades cognitivas a propuesta del gobierno francés de finales del XIX, con el noble propósito de optimizar los recursos educativos, señalando a aquellos que necesitarían un apoyo extra a la escolarización. Con estos antecedentes, Spearman realiza un trabajo eminentemente estadístico desarrollando el método basado en la inter correlacionalidad llamado “análisis factorial”. El análisis factorial es rescatado algo más de una década más tarde por Webb y Garnett, que lo trasladan al estudio de otros factores que parecen más relacionados con el temperamento y la conducta. La posibilidad del estudio estadístico-factorial de los rasgos de personalidad, y de su relación con el sustrato neurológico, se erige entonces como uno de los métodos de acercamiento al estudio de la personalidad de los personólogos estructuralistas hasta nuestros días, y en ella se basan teorías tan famosas como la vigente “Teoría de los Cinco Grandes” bajo la que analizaremos a nuestro sujeto de estudio posteriormente. De la mano de estas teorías y posibilitado por el método estadístico y psicométrico, aparecen entonces una ingente cantidad de pruebas e instrumentos de medición de la personalidad auto o heteroaplicados, que se sitúan a la base no sólo del estudio clínico, sino también de la mercantilización del estudio del individuo estableciéndose como “útil” por ejemplo, en el cribado de la selección de personal.

Eysenck y Cattell son dos de los autores clásicos del modelo factorial, uno en Inglaterra (de origen alemán), el otro en Estados Unidos (de origen británi-

co), ambos desarrollan sus teorías y sus instrumentos de medida al abrigo del análisis factorial.

Eysenck, a mediados de siglo, sigue la línea de Pavlov y cree que las diferencias individuales son el resultado de diferentes patrones de funcionamiento neurológico. Crea entonces un modelo biofactorial utilizando el análisis factorial para establecer una jerarquía de niveles (respuestas específicas, respuestas habituales, rasgos y tipos) que descubren tres dimensiones básicas de la personalidad que denominó superfactores y que enuncia en forma de ejes continuos: neuroticismo-estabilidad emocional, extraversión-introversión y psicoticismo-normalidad. Cada una con sus características diferenciales pero factorialmente estables intragrupo. Tras estos estudios, su esfuerzo se encamina a establecer los mecanismos nerviosos subyacentes llegando a postular la relación entre el cerebro visceral y el neuroticismo, el sistema reticular activador ascendente para la extraversión y la homeostasis general de todo el SNC para el psicoticismo.

Así, nuestra británica paciente sería descrita (“puntuaría”) como:

1. Moderada en cuanto al neuroticismo al ser una joven ni frecuentemente preocupada y deprimida, ni de un tono afectivo estable y monótono, con cierta dificultad para volver a la línea base de activación aunque con cierta despreocupación.
2. Fuerte en relación a su extraversión en cuanto es sociable y vivaz.
3. Baja en psicoticismo puesto que no es cruel, ni hostil, ni extravagante.

Claro está, esta descripción se acompaña de su correlato neurológico y así, solo con lo anterior, podemos inferir una elevada activación del sistema reticular y del cerebro visceral, con una homeostasis adecuada a nivel general.

En Estados Unidos (aunque se doctora en Inglaterra) encontramos a Raymond Cattell, químico y psicólogo, discípulo de Spearman primero y de Thorndike después, rechaza la doctrina estructuralista de la personalidad de acuerdo al funcionalismo americano reinante en los Estados Unidos de mitad de siglo y que sería probablemente el caldo de cultivo del desarrollo del conductismo skinneriano. El funcionalismo tiene como antecedentes la idea darwinista de la supervivencia de los más aptos, los avances de la medición de cualidades y aptitudes y el desarrollo de métodos estadísticos en el estudio de la psicología, y está influenciado por el pragmatismo americano y el evolucionismo inglés. De acuerdo con esta nueva corriente, Cattell rechaza la que llama “teorización verbal” y defiende el método científico como única forma de aproximación al

estudio de la personalidad. Describe los rasgos como tendencias no medibles que presuponen una forma relativamente estable de actuar y desarrolla, de nuevo análisis factorial mediante, una teoría (y como sus contemporáneos, un instrumento de evaluación) en la que integra los estudios previos de inteligencia y que encuentra tras varios procesos (revisión de literatura, panel de expertos y estadística) 16 grandes factores de personalidad.

La categorización de nuestra joven americana comienza entonces a completarse, encontrando que Marta, sujeto de estudio de la Universidad de Harvard de mediados de siglo, se puede describir en términos de alta afectividad, mediano razonamiento, baja estabilidad, alta dominancia, importante impulsividad, baja conformidad grupal, medio atrevimiento y sensibilidad, baja suspicacia, moderada imaginación, baja astucia, mínima culpabilidad, relativa rebeldía y autosuficiencia, bajo autocontrol y leve tensión. Esta suerte de receta de personalidad, eso sí sin correlato neuroanatómico asociado, encontró su utilidad cuando nuestra paciente quiso entrar en el ejército, ya que los instrumentos de evaluación de Cattell fueron ampliamente usados (y en ocasiones deliberadamente desarrollados para ello) como screening caracterial de acceso a los cuerpos militares estadounidenses.

### **De cuando Marta es extravertida, amable y falta de responsabilidad**

---

Unas palabras sobre el estado actual de la cuestión. El modelo de los cinco factores esbozado por Fisker y desarrollado por Costa y McCrae mediante un modelo léxico-factorial (análisis de adjetivos) es probablemente hoy en día, de dudosa utilidad para los que no compartimos las bondades del factorialismo, el modelo explicativo más popular a nivel mundial, quizás sólo a la sombra de las estructuras de personalidad freudianas.

Marta ya no era entonces, es hoy, en cualquier lugar del mundo occidental, una mujer descrita en términos de extraversión, neuroticismo, amabilidad, falta de responsabilidad y relativa apertura a la experiencia, cuya personalidad es fácilmente accesible por medio de un cuestionario de algo más de 150 respuestas tipo Likert.

Como último apunte y cierre del ciclo estructuralista-factorialista, decir que en línea con los autores anteriores encontramos teorías más modernas

como la de Cloninger, que basándose en los trabajos de Eysenck y en el análisis factorial establece tres dimensiones determinadas genéticamente y neuromediadas como la búsqueda de novedad (dependiente de dopamina), evitación del dolor (dependiente de serotonina) y búsqueda de la recompensa (dependiente de la noradrenalina).

En la actualidad, si realizamos una revisión de la literatura, los esfuerzos se centran en establecer paralelismos entre los cinco grandes factores y otras dimensiones, rasgos o conceptos expuestos por otras corrientes, así como en la búsqueda a nivel genético de los responsables de la aparición de los rasgos y así las conductas derivadas de estos.

### **De cuando Marta era y es de estructura neurótica**

---

Hasta ahora hemos recorrido teorías que establecen que el grueso de nuestra conducta puede ser explicado desde unidades relativamente estables que nos habitan. Cambiemos entonces a otro grupo de teorías que enfatizan lo procesual en detrimento de lo más puramente estructural. Entre las teorías procesuales más estudiadas a tenor de los estudiosos de la personalidad encontramos la teoría psicoanalítica y las teorías fenomenológicas. Ambas ponen de manifiesto la dinámica de los procesos a la base de la conducta, unas empujadas de forma histórica por el conflicto, las otras por la motivación intrínseca al crecimiento.

Freud —me ahorro las presentaciones— no deja en su modelo topográfico mucho espacio para conceptualizar la personalidad tal como se concibe por los personólogos más modernos en cuanto el mayor peso de la conducta observable es atribuible al inconsciente. No es hasta su tercer modelo estructural con la disposición del yo, el ello y el superyó cuando abre la puerta, por medio del estudio del yo, a corrientes psicoanalíticas menos radicales que pueden abordar el tema que nos ocupa. En su teoría y bajo la idea omnipresente de que “el yo es el precio que pagamos por la civilización” describe una serie de mecanismos de defensa, véase procesos, que median entre nuestros más primitivos instintos y nuestro desempeño observable en un intento de no sentirnos absorbidos por la angustia.

El multidisciplinar suizo Carl Gustav Jung, colaborador de Freud en sus inicios y fundador de la escuela de psicología analítica, desde la idea de que

lo inconsciente presenta una composición de aspectos individuales y colectivos, presenta unos “arquetipos” que se dibujan como patrones emocionales y de conducta que moldean nuestra forma de procesar imágenes, sensaciones y percepciones de acuerdo a experiencias y recuerdos de nuestros antepasados. Estamos así ligados a nuestra herencia cultural de una forma íntima que imposibilita nuestro desarrollo en aislamiento. Con estos patrones como el Ánimos (lo masculino en lo femenino), el Ánima (lo femenino en lo masculino), la Sombra (lo que queremos mantener oculto) o el Héroe (lo que vela porque lo mantengamos oculto) desarrolla una compleja teoría que explica mediante la interacción de estas figuras heredadas nuestra percepción del mundo y nuestros actos en consecuencia.

Más interesante a efectos de este capítulo, son las teorías basadas en el estudio de la dinámica de las relaciones objetales. Otto Kernberg, autor actual, austriaco formado en Chile y desempeñado en Estados Unidos intenta tender un lazo entre la teoría clásica pulsional y las relaciones de objeto. Si bien acepta el carácter hereditario-genético de las pulsiones, determina que estas también se establecen por la relación del niño con su madre y otros objetos tempranos. Por medio de lo que llama “entrevista estructural” establece una clasificación a caballo entre lo dimensional y lo categórico, explicando diferencias cualitativas y cuantitativas entre individuos. Para encuadrar al sujeto dentro de una organización estructural, estudiamos entonces tres criterios: la identidad del yo, el juicio de realidad y los mecanismos de defensa.

La identidad del yo, en términos de relaciones objetales, se refiere al concepto integrado del sí mismo a través del tiempo y de diferentes contextos situacionales. El juicio de realidad se refiere a la capacidad de distinguir el sí mismo de los otros, diferenciar lo intrapsíquico de los estímulos externos. En el caso de los mecanismos de defensa, se observa el carácter primitivo (devaluación, negación primitiva, escisión...) frente a los mecanismos más “avanzados” (proyección, intelectualización, racionalización...). En función de este análisis establece tres tipos de estructura, a saber, neurótica, limítrofe y psicótica en orden de gravedad.

Entendiendo que una categorización fidedigna en términos psicoanalíticos de nuestra paciente no es posible con una descripción de varias líneas –y sin historia biográfica-, entendemos que si la sometemos a evaluación estructural obtendríamos algo similar a lo que sigue: Marta se describe como alegre y protectora de manera genuina, de forma bastante estable a lo largo del tiempo

y en diferentes contextos. Nos niega y no vemos, además, fenómenos que nos hagan pensar que su mundo intrapsíquico se confunde con el exterior y al ser estudiada respecto a sus enfados se defiende en términos de proyección y racionalización de sus conductas. Entendemos entonces que Marta es de estructura neurótica.

### De cuando Marta era única e irrepetible

---

En la línea de los planteamientos más procesuales en la explicación de la personalidad, encontramos, junto a las aproximaciones psicodinámicas, las teorías psicológicas fenomenológicas. Partiendo de la base de la filosofía fenomenológica (transcendental de Husserl y del espíritu de Heidegger) mencionada anteriormente y desde la idea de que el mundo es lo que percibe el individuo y se interpreta en relación dichas percepciones y experiencias, surge el interés por el estudio de los fenómenos de la conciencia desde la experiencia subjetiva. Dicha corriente entonces se encargó de reducir o purificar los fenómenos del mundo en el que vivimos en base a unos principios, no presupuestos, expuestos de una manera clara y concisa teniendo así como meta las necesidades y generalidades esenciales y los fenómenos conscientes.

Veamos los planteamientos de Carl Rogers, autor iniciador junto a Maslow de la psicología humanista e importante exponente de la psicología fenomenológica. Rogers se percata, desde la interacción con sus clientes, que el problema fundamental de la mayoría es no haber descubierto *quiénes* son, en el sentido de que no consiguen descubrir cómo es su percepción de ellos mismos y del mundo que los rodea, y observó cómo estos se mostraban satisfechos cuando llegaban a ser ellos mismos de una manera más auténtica. En contraposición a la idea del conflicto como instigador de la conducta y huyendo del determinismo conductista, Rogers explica una teoría que resalta la motivación positiva intrínseca en el ser humano (en concreto en el sí mismo) para lo que viene a denominar auto-realización. Esta motivación única permitirá al individuo desarrollar todo su potencial, estableciendo como único límite las restricciones ambientales. Rogers cree que las personas son buenas y creativas de forma innata y la desviación de los comportamientos congruentes con esto, atienden a un pobre auto-concepto. La idea del buen auto-concepto es clave en su teoría, estableciendo que la con-

secución del mismo pasa por ajustar las conductas a la idea del Yo Ideal propia de cada individuo. Si un “cliente” no se comporta de acuerdo a sus ideales, se empobrece al auto-concepto en detrimento del proceso de auto-actualización. El ser auto-actualizado así, es alguien en cambio y crecimiento constantes, en contacto con las experiencias subjetivas que recibe de dentro y fuera. Esto es lo que vino a ser llamado una persona plenamente funcional.

En cuanto al tema que nos atañe, la constitución de la personalidad se desarrolla sobre el eje vertebrador del auto-concepto. Para una adecuada evolución personal, autoconcepto, autoimagen y yo ideal deben ser congruentes y desde esa unión permitir la auto-actualización y la adquisición del potencial humano que todos los individuos llevamos dentro.

Desde esta óptica, no describiremos a la cliente en función de los rasgos estructurales, ni biológicos, ni factoriales sino que Marta será en función de los procesos y las interacciones en el seno individual (no accesible más que por ella misma) entre auto imagen, autoconcepto y yo ideal. Hagamos la tentativa de entrar en la mente de nuestra cliente para observar sus –in-congruencias: En el yo ideal de la cliente hay lugar para exigirse querida, imaginándose en congruencia absoluta cuando un amigo le confía su seguridad y sus secretos más íntimos erigiéndola como alguien apreciado y respetado. Sin embargo, se ve a sí misma como líder del grupo y mujer atractiva, su yo ideal se encuentra entonces también en esta propuesta, y cae en discusión con la autoimagen y el auto-concepto que percibe cuando se siente relegada o rebatida. Fruto de esta discordancia puede en ocasiones bloquear su auto-actualización y su cambio positivo, estando en otras motivada para su crecimiento personal.

---

### **De cuando Marta no era y hacía según percibía**

---

Frente a toda una serie de disposiciones y versiones de nuestro sujeto de énfasis internalista, véase, que priorizan una serie de estructuras o procesos internos en la explicación de la conducta observable, encontramos otra gran rama de estudio de origen predominantemente conductista que prioriza las variables situacionales y que establece la conducta con fin último de la observación y el estudio y no como mero instrumento para descubrir otra serie de procesos o estructuras internas.

La aparición de las corrientes conductistas radicales, fruto del funcionalismo antes mencionado y de la filosofía de la ciencia, que huía de los pensamientos que dependen de sub-estructuras metafísicas, sienta las raíces de los modelos situacionistas en la explicación de la personalidad. Con el auge del conductismo radical de Skinner, se pone el énfasis en el estudio del comportamiento mediante el método experimental. Desde la teoría del condicionamiento operante, bajo la idea simplista de que el premio incrementa la probabilidad de la respuesta y el castigo la hace disminuir, desarrolla un sistema teórico en el que distingue conducta respondiente (o automática a un estímulo determinado) y operante (aprendida, en ausencia de dicho estímulo) describiendo una serie de mecanismos como el reforzamiento y el modelamiento. Para Skinner y el conductismo radical, la personalidad no existe, y si lo hace es en forma de una especie de recipiente vacío que “soporta” las conductas aprendidas. Entonces, huyendo de consideraciones que consideraba abstractas y alejadas de la ciencia, describe los comportamientos sanos y patológicos como respuestas condicionadas por el ambiente. Huye de la descripción de las conductas estables para centrarse en la especificidad situacional estableciendo la variabilidad como algo riesgoso e innecesario.

El austriaco Walter Mischel, como uno de los pioneros de los planteamientos situacionistas, explica en la segunda mitad de siglo que los teóricos del rasgo no consiguen demostrar una suficiente estabilidad comportamental transituacional, criticando el constructo de rasgo, y remarcando que la conducta no es más que la respuesta a determinadas exigencias del ambiente y buscando la consistencia comportamental en el análisis del ambiente y cómo éste es percibido para el sujeto. Lo que uno hace, así, está delimitado por diferentes variables como la “personalidad de conducta” que describe como la habilidad individual para poner en práctica habilidades y conductas aprendidas en situaciones pasadas que resultaron adecuadas frente a un entorno determinado; las “estrategias de codificación y categorización” que hace referencia a como se perciben el mundo, las emociones y las actitudes, la “ejecución de la conducta” el conocimiento de las conductas y de la resolución de problemas, y la “valoración subjetiva de la situación” o cómo el sujeto analiza esa conducta determinada en función de emociones y expectativas. Establece así una suerte de conductismo mejorado en el que da cabida a cierta capacidad interna para establecer normas que auto-regulan el comportamiento, y que son independientes del medio externo. Introduce de esta manera cierto contenido cogni-

tivo que otorga algo más de control al sujeto en su interacción con el medio y aplana el camino para la entrada de las propuestas dialécticas que abordaremos posteriormente.

Estudiemos a nuestro sujeto a la luz del conductismo radical e imaginemos a una Marta cercana a Skinner (esperemos que no tan cercana como su hija, a la que crió en una “cuna de aire” para controlar los estímulos ambientales a los que era sometida), nacida cual *tabula rasa* aristotélica, vacía de estructura, es ahora lo que el medio hizo de ella. Describamos su personalidad entonces: no tiene o si acaso, podríamos hablar de un esquema de conductas aprendidas, por ejemplo acercarse a sus amigos porque se entretiene, gritar para obtener lo que desea... que, castigadas, reforzadas, encadenadas, generalizadas, e incluso extintas, nadan aisladas en una psique construida a base de canales nerviosos cuyo funcionamiento se modula con el estímulo externo. Si adelantamos a nuestra paciente varias décadas en el tiempo y la analizamos en función de la teoría de Mischel, encontramos de nuevo una Marta, o más bien tantas como entornos y situaciones la rodean, pero no tan vacía de contenido, con ciertas tendencias a controlar ella con quién quiere o puede enfadarse para conseguir esto o aquello, o a quién tiene que acercarse o a quién no para no ser castigada.

Si bien estas perspectivas de algún modo suponen un “vaciamiento” del individuo, sí plantean una posibilidad que se valoró como muy rica en la segunda mitad de siglo y que consiste en la posibilidad de la modificación de conducta. En tanto la conducta responde a lo externo, modificando lo externo podemos realizar cambios sustanciales sobre el comportamiento de los individuos. Esta idea, tan acorde a la mentalidad pragmática norteamericana, se convierte entonces en una corriente clínica que tiene su auge tras el desarrollo de las teorías antes mencionadas (si bien en forma de “lavado de cerebro” se viene usando, al menos de forma documentada, desde tiempos de la Inquisición).

### **De cuando Marta no era, y actuaba según su necesidad de cariño y de liderazgo**

---

Es un clásico en el estudio de la personalidad el conflicto entre los situacionistas y los internalistas, ya claro a estas alturas de la lectura. Existe pues, una serie de autores que fueron y son capaces de limar las asperezas entre ambas posturas y suavizar a los radicales para postular teorías de corte más interac-

cionista o dialéctica que presuponen la importancia tanto de las variables personales como de las ambientales en la explicación de la conducta observable y que colocan esa interacción, y no el peso de cada componente, en el foco de estudio de la personalidad. Es en esta interacción dentro-fuera donde radica para ellos la explicación de los verdaderos patrones de estabilidad conductual y la que es capaz de explicar comportamientos tan complejos como el altruismo o la sumisión que no pudieran ser explicados por planteamientos aditivos o unidireccionales como los de los autores anteriores.

En una época de exaltación conductista, dos autores, el neoyorquino Julian B. Rotter y el canadiense Albert Bandura desarrollan las teorías de aprendizaje social, consideradas por muchos la semilla del interaccionismo. La teoría del aprendizaje social de Rotter, planteada en términos conductistas, cree sin embargo en la posibilidad de estudio de los actos mentales vinculados a la cognición y emoción y nos habla de unas necesidades psicológicas (el reconocimiento, el liderazgo, la independencia, el afecto, la protección y el bienestar) que funcionan como motivación, por medio de conceptos eminentemente cognitivos como “expectativas” y “locus de control”, para realizar una conducta determinada una vez analizado el medio. Por su parte la homónima teoría de Bandura basada en el determinismo recíproco: la idea de que el ambiente material y la persona son causa recíproca, va añadiendo variables psicológicas individuales combinando las ideas de aprendizaje por observación (modelado) y autorregulación (como el sujeto controla y regula el comportamiento).

Al rechazar estas teorías los planteamientos estructuralistas, de rasgos o neurobiológicos, no resulta tan fácil categorizar a nuestro sujeto de estudio, entendiendo a la luz de estos autores que los individuos no son clasificables. Marta entonces, mujer de buen autoconcepto, cuando evalúa que sus expectativas no van a ser cumplidas, en ese momento en el que sus amigos parecen de acuerdo en que la opción más adecuada para pasar la tarde es A (cuando ella desea B desde hace ya unos días), actúa de manera arrolladora, movida por cierta necesidad de liderazgo y cierto miedo a la frustración, y argumenta con enfado porque B es, obvio, mucha mejor opción. Realiza esto recordando cómo sus amigos han cedido en otras ocasiones a sus peticiones (así como lo hacían sus padres y sus abuelos cuando se enfadaba). Sin embargo, minutos después, también movida por la necesidad de liderazgo y de afecto, se muestra empática con un amigo que, desgracia en la boca, se pone a llorar en su regazo al ofrecerse escuchadora y accesible, fundiéndose en un abrazo de determinis-

mo recíproco. Marta no es, Marta “suele” tener un estilo atribucional interno y ciertas necesidades y expectativas de liderazgo y afecto que atraviesan cada una de las situaciones que le demandan actuación para generar un comportamiento fruto tanto de la situación como del análisis interno de ésta.

### **De cuando Marta es, hace en consecuencia, y vuelve a ser**

---

Hemos llegado hasta hoy, momento de auge dialéctico entre los teóricos de la personalidad, de las teorías sociocognitivas e integradoras como modelos explicativos complejos de cómo es la “materia, naturaleza y estructura” de la personalidad, citando los postulados del filósofo Klages para cerrar el círculo. Las teorías interaccionistas, muy dispares entre sí, se basan en una serie de postulados básicos que pueden resumirse en varias ideas fundamentales:

- La conducta sería resultado de la interacción bidireccional entre las variables más internas personales y las variables situacionales, en la concepción interaccionista clásica o bien variables de ambos tipos y conducta se interrelacionan afectando así la persona a la situación, viceversa, ambas a conducta y ésta a su vez a la diada persona-situación (es decir, un todos con todos) en lo que vino a llamarse las teorías de interacción recíproca o transaccionistas.
- El sujeto es, en cualquier caso y cualquier teoría, un sujeto eminentemente activo e intencional en todo el proceso, resaltando los aspectos situacionales que más le interesan, procesándolos a su antojo y dirigiendo toda la actividad.
- Las variables personales más determinantes en la conducta son las variables cognoscitivas, tanto en lo que se refiere a la potencialidad de la conducta (la capacidad cognitivo-conductual para construir la realidad) como a la ejecución de la misma (expectativas, creencias y valor de los refuerzos)
- La variable situacional determinante es la propia percepción de la situación y el significado que damos a la misma, y nunca las características ambientales per sé.

Los postulados recién enunciados son el eje vertebrador de los trabajos de Endler y Magnusson en los años 70, ambos considerados como unos de los au-

tores más representativos de la corriente dialéctica de personalidad, en cuento marcan su origen moderno.

Desde esta perspectiva Marta quedaría descrita, en términos de personalidad, de manera relativamente similar a como quedaba bajo el abrigo de las teorías de Rotter y Bandura, dado que conforme se complejiza el estudio teórico de la personalidad, mayor esfuerzo nos requiere la categorización clínica del individuo, como no podría ser de otra manera (si se simplificara la clasificación clínica nos encontraríamos ante una teoría probablemente inválida). Marta mira a su alrededor, ve que en el grupo está la mujer por la que se siente sexualmente atraída, sabe que en otras ocasiones mostrarse agresiva y decidida, caracteres con los que se siente identificada le ha granjeado varias conquistas, tiene la expectativa de tener sexo esta noche, está rodeada de buenas amigas y amigos que ya prevén este tipo de reacciones y en el momento en el que plantean la posibilidad de abandonar el bar rumbo a casa, Marta se acerca y susurra a la presa si quiere tomar una copa en su casa. Camino a casa se relaja y se muestra dulce y locuaz, tranquila, pero manteniendo un aire decidido. Esta viñeta, claro está, no nos permite un acercamiento real a la personalidad de Marta (si a estas alturas sabemos lo que es eso) pero sí nos muestra cómo la situación percibida, las expectativas y las creencias influyen en la conducta, que a la vez modifica las expectativas, el nivel de activación y cambia la situación. Ejemplifica así, un acercamiento interaccionista a nuestro sujeto de estudio.

### De cuando Marta era Ashanti

---

Recorridos parte de los planteamientos principales en psicología de la personalidad y visto cómo en un tiempo u otro, en un lugar u otro, bajo una idea o bajo otra, definir “personalidad” es decir una cosa u otra bien distinta, hagamos una breve reseña de cómo incluso la personalidad puede ser diferente para uno mismo en función del orden social.

Más allá de la perspectiva transcultural de la personalidad que estudia lo nomotético, las leyes universales o *dimensiones éticas* que compartimos con independencia de raza o grupo social, centrémonos en la perspectiva cultural, mucho más rica en cuanto su descripción de las características individuales o *dimensiones énicas* de cada grupo y de tradición predominantemente cualita-

tiva. Entendamos ahora el self desde una perspectiva cognitivista, como un conjunto de esquemas de autorreferencia para entender el mundo y construido en la interacción con el medio.

En las culturas llamadas individualistas o idiocéntricas, pongamos el mal llamado “mundo occidental” como máximo exponente, las personas se describen como autónomas y completas y se mueven hacia dicha independencia, levantando muros frente a los demás para preservar su individualidad y autosuficiencia, valores en alza. Predominan los planteamientos internalistas, siendo autopercebidos con diferentes rasgos de relativa estabilidad e inmutabilidad frente a diferentes situaciones. De esta concepción de la cultura idiocéntrica se desprende que el mundo es cambiante, propiciando una suerte de ilusión de control interno –primario– y que las relaciones juegan un menor papel a la hora de configurar la identidad y son valiosas en cuanto alimentan el propio self.

Por contra, en las culturas llamadas colectivistas o allocéntricas, sobre todo en contexto rural de Asia, África, el este de Europa... los individuos se perciben como interdependientes de los demás, como no solo actores de los deseos propios sino también partícipes del cumplimiento de los de los demás. Tienden a percibirse más similares al “otro” intragrupal, viéndolo y percibiéndolo como un fin en sí mismo. El self es menos rígido, fluyendo a través de un mundo percibido como casi inmóvil, teniendo que ajustarse a sus demandas inmutables.

Entonces, ya libres de las teorías clásicas de personalidad, analicemos el caso de la madrileña Marta y su alter ego la ghanesa Ashanti. Marta, residente en Madrid, se muestra cómoda en su ambiente grupal, claras sus metas, se siente cómoda cuando los demás hacen lo que ella dispone y aunque una vez cedido su enfado, piensa que no es de su agrado la discusión, cree que ha merecido la pena ser coherente con su deseo. Ashanti, residente en una aldea del norte de Ghana, sin embargo, ante la misma situación de interacción no tolera que finalmente el grupo haga lo que ella individualmente ha propuesto y siente resentimiento permanente por no haber podido ver el deseo del resto de compañeros y no haber sido capaz de adaptarse, sin enfado, a la voluntad del grupo. De una y otra sensación se desprende que ambas llegarán a sentimientos, sensaciones y conductas dispares y encontradas.

---

Esto no pretende ser ni una guía ni un ensayo sobre psicología de personalidad sino más bien un ejemplo, bastante simplista, de cómo un mismo objeto

de estudio en nuestro ámbito, en función de cómo se concibe, en qué contexto y en qué momento, puede ser abordado y entendido de muy diferentes maneras, como si observáramos al centinela a cada una de las horas del día y desde cada una de las celdas del panóptico.

Después de este pequeño análisis solo cabe decir que la personalidad es tan sólo uno de incontables de ejemplos de cómo, más allá de los fines académicos o teóricos, los constructos que usamos para categorizar –toda- la realidad son cuanto menos, altamente susceptibles a mutación en función de lo personal, lo social, lo económico y lo político. Sirva todo lo anterior como ejemplo de que incluso las disposiciones asumidas de forma centenaria se pueden antojar asimismo igual de cambiables que el movimiento electrónico de los átomos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Allport, Gordon (1970). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós
- Allport, Gordon; Vernon Phillip.E. "The field of personality". *Psychological Bulletin*. 27 677-730 1930.
- Ash, Mitchell G. (1980a) 'Academic politics in the history of science: experimental psychology in Germany, 1879-1941' *Central European History* 13: 255-86.
- Bermúdez, José (1996). Teoría personalística de G.W. Allport. En Bermúdez, J.(Ed.) *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Frenandez Rius, Lourdes (2009). *Pensando en la personalidad*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Psicológicas. Guayaquil, Ecuador.
- Fadiman, James V. H.; Frager Robert (1999). *Personality and personal Growth*. 6th Ed. Oxford University Press.
- Fierro, Alfredo (2002). *Personalidad, persona, acción: un tratado de psicología* (Vol. 78). Anaya-Spain. Madrid.
- Foucault, Michel. (1954; reed. en 1962, trad. de 1984) *Maladie mentale et personnalité / Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Barcelona 2010.
- Hayek, Friedrich A. (2008) *Camino de servidumbre. Textos y documentos*. Madrid: Unión Editorial.
- Hofstede, Geerts (2001). *Culture Consequences: comparing values, behaviours, institutions and organizations across nations*. (Productos culturales: comparando valores, comportamientos, instituciones y organizaciones entre naciones). Londres, UK. Sage editions.
- Hui, Christopher; Triandis Harry C (2008). Individualism-Colectivism. A study of cross-cultural researchers (Individualismo-Colectivismo. Un estudio de investigadores transculturales). *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 17, 225-48.
- Kernberg, Otto F. (1995, ed 2005). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós Ibérica, Barcelona, 2005.
- Leahey, Thomas Hardy (2013). *Historia de la psicología* 7ª Ed. Prentice Hall (Pearson Education).
- Leary, David E. (1978) 'The philosophical development of the conception of psychology in Germany, 1780-1850', *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 14: 113-21
- Martí, Gabriel (2005). "La noción de persona en Santo Tomás de Aquino. El estatuto ontológico del alma separada." *Debate sobre las Antropología. Thémat. Num.* 35, 343-48.
- McCrae, Robert R., Costa, Paul T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.
- Moreno, José, Pérez García, Ana María, Ruiz Caballero, Jose Antonio, Sanjuán Juárez, Pilar y Rueda Laffond, Beatriz (2012). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Editorial UNED.

- Pelechano, Vicente (1996). *Psicología de la personalidad: (I) Teorías*. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, Vicente (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel
- Pervin, L.A., Ral, J.M.T. La ciencia de la personalidad. McGraw-Hill, Madrid. 1998
- Pervin, L., John, O. (1998). Personalidad: Teoría e investigación. México: Manual Moderno
- Schmidt, Vanina, Firpo, Luzmila, Vion, Daiana, de Costa Oliván, Maria Emilia, Casella, Lucas, Cuenya, Pedrón (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11(2), 2.
- Schultz, Duane P., Schultz, Sidney E. (2003). *Teorías de la personalidad*. Thompson. México.
- Staats, Arthur V. (1986). Behaviorism with a personality: the paradigmatic behavioral assesment aproach. *Conceptual Foundations of behavioral assesment*. R.O.Nelson and S.C. Hayes Eds.
- Thurstone, Louis Leon (1965). Multiple-factor analysis. Chicago: The University Chicago Press.
- Wiggins, Jerry (1982) Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York. P.Kendall and J. Butchers Eds.

## 4. SEXUALIDADES NO NORMATIVAS Y SU PROBLEMATIZACIÓN. UNA APROXIMACIÓN SEXOLÓGICA.

**Bruno Martínez Santiago.**

**Juncal Martínez de las Heras.**

*"We are sworn that no boy or girl, approaching the maelstrom of deviation, need make that crossing alone, afraid, or even in the dark ever again."*

The Mattachine Society, 1951.

*["Nos juramos que jamás volverá a haber niño o niña que al acercarse al abismo de la desviación tenga que cruzarlo en solitario, con miedo o ni tan siquiera a oscuras"]<sup>1</sup>*

*Dedicado a Mr. Sebastian, que ahora vuela con los ángeles.*

### Introducción

---

La historia de la relación entre las habitualmente llamadas "sexualidades no normativas" y la práctica psiquiátrica está íntimamente ligada a la idea del control y la represión en nombre de conceptos como normalidad y salud. Desde los albores de la psiquiatría ha existido una clara intención de contener y anular una serie de deseos, fantasías y prácticas que se consideran patológicas y aberrantes desde el punto de vista médico-psicológico sin tener en cuenta las

---

<sup>1</sup> Todas las traducciones del texto son de los autores.

vivencias de los sujetos que tenían relación con ellas. Desde el punto de vista de la Sexología sustantiva esta aproximación patologizadora de la diversidad inherente al hecho sexual humano resulta no solo un error, sino una clara demostración de la dispositivación de la medicina y la psicología como herramientas de control social y de mantenimiento del *statu quo*. Por ello, y dado que estos sentires fuera de la norma han sido considerados peligrosos por los gestores del control social, nos referiremos a dichas expresiones del hecho sexual humano como “sexualidades disidentes” a lo largo del siguiente capítulo.

Además los firmantes de este artículo queremos pedir perdón de antemano por el tono del mismo, pese a nuestra intención de escribir un capítulo aséptico y de tono científico acorde con el de la publicación en la que va a presentarse hemos decidido escribir algo más cercano a nuestra vivencia del tema. Dado que además de sexólogos pertenecemos no sólo a una sino a varias de estas categorías parias de la sexualidad, y realizamos activismo sobre este tema, creemos que presentando un texto de género bastardo entre lo científico y lo (ligera-mente) ideologizado, asumiendo lo que se conoce en la pedagogía sexológica como *actitud de combate*, podemos lograr mejor nuestros humildes objetivos y generar un cambio de actitud en nuestros lectores desde una *actitud prescriptiva* hacia una *actitud de cultivo*. Asumimos así que solo un texto de carácter liminal puede iluminar las vivencias de sujetos liminales.

---

### Una somera genealogía de la moral (Psicosexual)

---

Probablemente la obra que ha sentado las bases de la patologización de toda aquella práctica que no entrase dentro de los cánones de lo que hoy en día se conoce como “heteronormatividad coitocéntrica”, y la sexología como *teoría del locus genitalis* (Amezúa, 1999), más estricta es la famosa *Psychopatía Sexualis* de Richard von Krafft-Ebing, publicada en 1886. En ella Krafft-Ebing realiza un esfuerzo hercúleo para generar una taxonomía exhaustiva de lo que él considera aberraciones sexuales, prestando especial atención a la homosexualidad masculina y generando una nomenclatura que ha llegado hasta nuestros días gracias a términos acuñados por él como *sadismo*, *masoquismo* o *fetichismo*. Es probable que la *Psychopatía Sexualis* de Krafft-Ebing sea la obra sobre el tema más benigna de su tiempo en cuanto al tratamiento que reciben los sujetos cuyos relatos

de vida expone, no como la obra homónima de Heinrich Kaan que cuarenta años antes había condenado a los fuegos del infierno a todo aquello que él consideraba aberrante; sin embargo su influencia ha llegado hasta nuestros días en forma de una nomenclatura cargada de sesgos y de juicios a priorísticos.

*“Modern civilized man, insofar as he is untainted, may exhibit a weak and rudimentary association between lust and cruelty. In persons known to have an abnormal (degenerative) predisposition, however, the occurrence of such association may kindle monstrous manifestation of lust driven cruelty.”*

Krafft-Ebing (1886)

*[“El hombre civilizado moderno, mientras permanece inmaculado, puede exhibir una rudimentaria asociación entre lujuria y crueldad. Sin embargo en las personas en las que se constata una predisposición (degenerativa) anormal, la concomitancia de dicha asociación puede despertar manifestaciones monstruosas de una crueldad movida por la lujuria”]*

Esta cita es un claro ejemplo de cómo nace el paradigma psicopatológico de la sexualidad humana. La terminología empleada por Krafft-Ebing nos muestra claramente cómo su idea de aberración sexual o comportamiento aberrante está sustentada por la Teoría de la Degeneración. Ideología hoy nominalmente olvidada pero cuyos postulados siguen permeando la idea de sexualidad que manejamos tanto en el ámbito médico-psicológico como en la cultura popular. La Teoría de la Degeneración es presentada por primera vez en 1857 en la obra del psiquiatra francés Bénédict Morel *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Trabajo en el que, esencialmente, dictamina que toda aberración en el comportamiento o la moral humana es fruto de la degeneración de la especie y hereditaria. Esencialmente Morel realiza una traducción al lenguaje médico de la época del mito veterotestamentario del Pecado Original y asume que los sujetos de la especie humana cargan con los pecados, vicios, de sus progenitores y esto les lleva a comportamientos aberrantes. Morel cambia el Mito de la Caída y el pecado cristianos por la idea de la degeneración progresiva de la especie y de la salud de la misma. El virtuoso deviene en sano, y el pecador en enfermo. Éste y no otro es el pilar en el que se apoya la psicopatología en su nacimiento.

Krafft-Ebing nos regaló una serie de nombres que los autores de este artículo consideramos innecesarios e inútiles y que, excepto en los casos en los

que han sido reclamados en forma de *inversión simbólica* o *détournement situationista* por parte de los sujetos y grupos sociales estigmatizados por ellos, han generado un daño enorme en aquellos sujetos a los que se ha marcado con estos términos. Y marcado es la palabra adecuada, pues como Caín es marcado en Génesis 4 y condenado a ser “*errante y extranjero en la Tierra*” aquellos grupos o individuos que aun a día de hoy son enmarcados en estas categorías sufren un estigma social extraordinariamente lesivo, y que sólo puede ser comparado con el tradicionalmente sufrido por lesbianas y gays.

*“Minority sexual communities are like religious heretics. We are persecuted by the state, the mental health establishment, social-welfare agencies, and the media. When you are a sex pervert, the institutions of society do not work for you, and often work against you. Sexual dissenters face an endless stream of propaganda that rationalizes abuses against them, attempts to impair their self-esteem, and exhorts them to recant.”*

Rubin (1984)

*[“Las minorías sexuales son como los herejes religiosos. Somos perseguidos/as por el estado, el establishment de la salud mental, los servicios sociales y los medios de comunicación. Cuando eres sexualmente pervertido/a las instituciones sociales no trabajan para ti e incluso habitualmente trabajan contra ti. Los/as disidentes sexuales se encuentran una inagotable propaganda en su contra, que racionaliza que se les agrede, los intentos para dañar su autoestima y que les exhorta a retractarse.”]*

Suponemos que no es necesario citar la obra *Tres ensayos sobre teoría sexual* de Sigmund Freud de 1905, pero nos gustaría recordar a nuestros lectores que, pese a su carácter comprensivo en comparación con sus predecesores, la teoría freudiana sobre el desarrollo psicosexual de los sujetos no deja de ser una herramienta radical de normativización de las eróticas personales y las prácticas amoratorias. Además de generar ese mito lesivo que es la idea del orgasmo vaginal y su relación con la madurez sexual de la mujer, Freud nos presenta un recorrido obligatorio en los encuentros amoratorios, recorrido que culmina obligatoriamente en la práctica coital heterosexual y en la orgasmación de los sujetos partícipes de ella en nombre de un correcto desarrollo y madurez psicosexual. Tan convencido está Freud de la necesidad obligatoria de la culminación coital que llega a afirmar en el tercer ensayo, *La metamorfosis de la pubertad*, que “Muchas perversiones no son, en efecto, sino tal detención en los actos preparatorios del proceso sexual”. La vigencia de la idea de este “camino al coito

heterosexual” que Freud propone como idea de madurez sexual se encuentra, tal y como recalca Kai (2014: 21), claramente explicitada en la definición que el DSM-II (APA, 1968) hace de las de las desviaciones sexuales:

*“Sexual Deviation (302.6) This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily towards objects other than people of the opposite sex, towards acts not usually associated with coitus, or towards coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism, and fetishism.”*

*[“Desviaciones sexuales (302.6). Esta categoría atañe a individuos cuyo interés sexual se dirige de forma primaria hacia objetos en vez de hacia personas del sexo opuesto; hacia actos no asociados habitualmente con el coito; o hacia coitos realizados bajo circunstancias extrañas, como en la necrofilia, el sadismo y el fetichismo.”]*

Este modelo freudiano del encuentro, sumado a la taxonomía desarrollada por Krafft-Ebing, sienta las bases no solo del modelo psicopatológico moderno, encarnado por manuales diagnósticos como el DSM de la APA o la CIE de la OMS, sino también del imaginario colectivo referente al Hecho sexual humano, y sus fenómenos derivados, en el que nos hayamos culturalmente inmersos.

La historia del desarrollo de los manuales de diagnóstico es un buen lugar donde rastrear las corrientes culturales subyacentes al pensamiento médico sobre el hecho sexual humano. Así, resulta llamativo que sea en el DSM-III-R (APA, 1987) el manual en el que la palabra parafilia comience a ser utilizada para denominar aquellas condiciones anteriormente tratadas como desviaciones sexuales y que en esta edición encontremos que la lista de categorías aumenta de 60 a casi 300. Evidentemente el aumento de categorías diagnósticas, incluidas las relativas al Hecho sexual humano, está íntimamente relacionado con la pretensión de R. Spitzer y la denominada *Task Force* de mantener la compatibilidad del DSM-III (1980) y su revisión DSM-III-R(1987) con la edición de 1978 de la CIE y la incorporación del sistema multiaxial ya utilizado por Rutter en Europa (Kai, 2014); sin embargo es imposible para los autores del artículo no sorprenderse por el aumento exponencial de categorías relacionadas con las así llamadas parafilias. Blanchard (2011) aporta un dato especialmente significativo para entender los problemas que tenemos los autores de este texto con el DSM a la hora de tratar el Hecho sexual humano:

*“The field trials for DSM-III, which were sponsored by the National Institute of Mental Health, included three patients with paraphilias. That’s it. Paraphilia diagnoses were not included in the field trials for DSM-III-R (APA, 1987) or for*

*DSM-IV (see O'Donohue, Regev, & Hagstrom, 2000, p 98). Thus, the sum total of patients who have been studied in conjunction with revising the DSM diagnostic criteria for the paraphilias is 3. That is fewer than half the number of paraphilias diagnoses listed in the DSM. That means that most of the paraphilias diagnostic criteria were never looked at with a single patient as part of the DSM production ever."*

*["Los trabajos de campo para el DSM-III, financiados por el Instituto Nacional para la Salud Mental, incluyeron tres pacientes con parafilias, nada más. Los diagnósticos de parafilias no se incluyeron en los trabajos de campo para el DSM-III-R (APA, 1987) o el DSM-IV (ver en O'Donohue, Regev & Hagstrom, 2000, p 98). Es decir, la suma total de pacientes estudiados para revisar los criterios diagnósticos del DSM fue tres. Es menos de la mitad del número total de parafilias enunciadas en el DSM. Lo cual implica que la mayoría de los criterios diagnósticos para las parafilias no pudieron observarse presentados de forma aislada en ningún momento de la elaboración del DSM."]*

Curiosamente, pese al evidente sesgo ideológico en el trato de las categorías parafilicas y de la problemática derivada, incluida legal, de diagnósticos relacionados con estas categorías, que aparece ampliamente representada en extensas encuestas realizadas por entidades como la NCSFS (<https://www.ncsfreedom.org/resources/bdsm-survey/2008-bdsm-survey-fast-facts>), Krueger (2010) recoge cómo algunos profesionales relacionados con la elaboración de ediciones del DSM anteriores a la de 2013 siguen negando cualquier tipo de problema derivado de estas categorías diagnósticas:

*"Spitzer (2005) responded to the above saying that the concept of "medical disorder" could be applied to human behavior, and doubted that anyone had been hurt by being given a diagnosis of a paraphilia. Fink(2005)maintained that it was important to retain diagnoses to differentiate between normal and abnormal ways in which people become aroused and that retaining paraphilic diagnoses was important "to save some people from jail and others from themselves"(p. 118)."*

*["Spitzer (2005) respondió a lo anterior diciendo que el concepto de "enfermedad/trastorno" se podía aplicar al comportamiento humano y que no creía que nadie hubiera sufrido daño alguno por haber sido diagnosticado de parafilia. Fink (2005) sostuvo que era importante conservar los diagnósticos para diferenciar las formas normales en las que las personas se excitan sexualmente y las formas anormales, y que conservar los diagnósticos de parafilia era importante para "salvar a algunas personas de la cárcel y de sí mismos" (p. 118)."]*

Quizás fuera conveniente analizar los cambios culturales producidos años transcurridos entre la edición anterior de 1968 y la edición revisada de 1987 para entender este aumento en la cantidad de categorías diagnósticas, pero eso merecería un análisis propio. Sin embargo no estaría de más recordar que en 1987, año de la publicación del DSM-III-R, se produjeron movimientos ultraconservadores como el religioso *Moral Majority* ligado a Jerry Falwell y el gobierno de Ronald Reagan; que el feminismo de segunda ola se había escindido en dos polos enfrentados en las famosas *Sex wars* generando una retórica virulenta en contra de la disidencia erótica por parte de autoras como Andrea Dworkin o Susan Leigh Star (Duggan y Hunter, 1995); o que el fenómeno llamado *pánico moral*, conocido en el mundo anglosajón como *Satanic Ritual Abuse* (SRA) que ligaba comportamientos sexuales no normativos con acusaciones de abuso de menores y prácticas rituales estaba en pleno apogeo (Flowers, 1997). Es decir, el DSM-III-R fue publicado en un momento en que la derecha religiosa se encontraba movilizada culturalmente de una manera en que no había estado en toda su historia y cierto sector del feminismo norteamericano copaba los medios de comunicación con un mensaje claramente contrario a la libertad sexual. Los movimientos cristianos conservadores, predominantemente de denominación evangélica, generaron un clima de guerra cultural y lograron cierta posición hegemónica en la cultura popular que se manifestó especialmente a través de su oposición a los derechos reproductivos de las mujeres y a los derechos de las comunidades lésbicas y gays en EEUU.

Además de las críticas de Blanchard (2011) encontramos pertinentes las de Krueger (2010) respecto a la idea psicopatológica del sadismo erótico y su tratamiento en las diversas ediciones del DSM, específicamente en su cuarta edición de 1994 y revisión del año 2000:

*“Campbell (1999) criticized all of the DSM-IV because of lack of interrater reliability data. In later books, Campbell (2004, 2007) reviewed the use of the DSM in the forensic assessment of sexual offenders and concluded that there were many issues, including lack of interrater reliability.*

*In a review of issues relevant to sexology, McConaughy (1999) pointed out that the DSM-IV made the statement that the severity of sadistic acts increased over time, but said that, while this may apply to serial or sadistic murderers, the evidence for the usual practitioners of S&M, who presented only rarely for medical treatment, suggested that this was not the case for them. Yet, he indicated that in*

*the DSM-IV the statement regarding progression was made with respect to sadism in general. He suggested that, in view of the lack of a relationship of S & M with psychiatric pathology, that sado-masochism, like homosexuality, should not be classified as a DSM disorder."*

*["Campbell (1999) critica todo el DSM-IV por su escasa concordancia interobservador. En libros posteriores Campbell (2004, 2007), revisando el uso del DSM en las valoraciones forenses de los delincuentes sexuales, encontró múltiples áreas conflictivas, incluyendo la escasa concordancia interobservador.*

*En una revisión de aspectos relacionados con la sexología, McConaughy (1999) señaló que el DSM-IV afirmaba que la gravedad de los actos sádicos se incrementaba con el tiempo pero esto, que podía aplicarse a los asesinatos en serie o los asesinatos sádicos, no parecía cumplirse en quienes realizaban prácticas sadomasoquistas de forma habitual (muy poco presentes en la clínica habitual). Señaló que pese a ello, en el DSM-IV esa afirmación en torno al curso progresivo del sadismo se hacía en torno al sadismo en general. Sugirió entonces que, vista la escasa relación de las prácticas sadomasoquistas con la patología psiquiátrica, el sadomasoquismo al igual que la homosexualidad no deberían figurar clasificados como trastornos en el DSM."]*

Además Krueger (2010) hace referencias específicas de otros trabajos que critican la categoría de parafilia y cómo es gestionada en las ediciones del DSM previas a la edición de 2013:

*"Moser and Kleinplatz (2005) reviewed the paraphilic diagnoses in all of the DSMs, and argued that paraphilias did not meet the definition of a mental disorder and that the DSM presented "facts" to substantiate various assertions in the text, but they found little evidence to support these assertions. They opined that the paraphilias section was so flawed that it should be removed from the DSM. They suggested that an alternative would be to change the definition of a mental disorder or of paraphilia or both, correct factual statements, adjust criteria for inclusion of a diagnosis, and add safeguards to prevent the misuse of the diagnoses."*

*["Moser y Kleinplatz (2005) revisaron los diagnósticos de parafilia en todos los DSMs y concluyeron que las parafilias no cuadraban dentro de la definición de trastorno mental y que el DSM presentaba "hechos" para justificar diversas afirmaciones a ese respecto en el texto, pero que había pruebas muy escasas para refrendar dichas afirmaciones. Consideraban que la sección acerca de las parafilias*

*era tan poco consistente que debía ser retirada del DSM. Propusieron entonces como alternativas modificar la definición de trastorno mental, la definición de parafilia o ambas; corregir la argumentación de base, ajustar los criterios para cada diagnóstico y añadir salvaguardas para proteger frente a la mala utilización de dichos diagnósticos.”]*

Probablemente el siguiente hito, sólo comparable a la despatologización de la homosexualidad en 1973, en la medicalización del hecho sexual humano sea la publicación en 2013 del DSM-V y su distinción entre *parafilia* y *desorden parafilico*. Evidentemente esto abre la puerta a una despatologización efectiva de las sexualidades disidentes, pero los problemas conceptuales que como sexólogos vemos en la medicalización del hecho sexual humano siguen presentes.

Según el estudio de Joyal y Carpenter, publicado en el número de julio de 2016 del *Journal of Sex Research*, la mitad de los adultos canadienses encuestados expresaban interés erótico en una de las parafilias que aparecen en el DSM-V, y al menos un tercio de ellos había participado en una práctica erótica susceptible de ser categorizada como parafilica. Consideramos que esta estadística es especialmente problemática por dos razones; por un lado muestra la variedad inherente al hecho sexual humano y lo innecesario a todos los niveles de la taxonomía parafilica, y por otro es especialmente peligrosa por el uso que a nivel legislativo y judicial se hace de los diagnósticos psicopatológicos. Kai (2014) incide en cómo de acuerdo al estudio, anteriormente nombrado, de 2008 de la *National Coalition of Sexual Freedom*, realizado entre poblaciones autoidentificadas como pertenecientes a alguna minoría erótica, un 11,2% de los encuestados habían sufrido la pérdida de la custodia de sus hijos en juicios de divorcio por sus prácticas eróticas no normativas, especialmente si eran participantes de la subcultura BDSM. No debemos olvidar que manuales como la CIE o el DSM son de uso habitual en el mundo legal anglosajón y cómo hasta el DSM-V sus categorías diagnósticas relativas a la sexualidad podían ser extremadamente perjudiciales para determinados sujetos en situaciones referidas al ámbito jurídico. Así, asumiendo una visión foucaultiana, la acción del poder disciplinario, encarnado por el dispositivo clínico, y del poder soberano, encarnado por el dispositivo legislativo y judicial, han actuado tradicionalmente de forma conjunta en menoscabo de los derechos de los sujetos relacionados con las sexualidades disidentes.

## Patologización y cultura popular

---

Es necesario tener en cuenta que esta terminología médico-psicológica de raíz decimonónica hace mucho tiempo que traspasó las fronteras del ámbito científico y entró de lleno en el campo de la cultura popular. Pensemos por un momento como un sujeto en edad formativa puede vivenciar el descubrimiento de su erótica y sexualidad en un ámbito cultural en que estas palabras corren de boca en boca y aparecen en medios de comunicación de masas en los que son tratadas de forma jocosa cuando no directamente insultante. Los adolescentes y jóvenes pertenecientes a uno de estos grupos disidentes se enfrentan desde muy temprana edad al miedo a ser señalados como extraños, enfermos y raros.

*“In contrast to conventional sexual activities (or “vanilla sex”), the practice of BDSM/kink stands out as the aberrant “other” that experiences formal and informal social control of various kinds. Sadism and masochism, which BDSM practitioners refrain from using as identity markers, have long been listed as sexual and psychological perversions by psychiatrist in their professional diagnostics manuals...” (Kai, 2014)*

*“En contraste con las actividades sexuales convencionales (o “sexo vainilla”) la práctica BSDM/Kink es relatada como ese “Otro aberrante”, que recibe distintos tipos de control social, oficiales y no oficiales. El sadismo y el masoquismo, que quienes practican BDSM evitan utilizar de forma identitaria, ha sido tradicionalmente considerado como una perversión por los psiquiatras en sus textos profesionales...”*

La cita anterior contiene un elemento significativo, y es el uso del término “Otro aberrante” en relación a los sujetos practicantes de BDSM, por sus connotaciones culturales las prácticas asociadas al comúnmente llamado sado-masoquismo y sus practicantes son vistos con especial sospecha por nuestra cultura. Aquellos sujetos cuyas eróticas incluyen prácticas en las que el dolor, sea físico o psíquico, está presente viven con especial ansiedad la presión cultural y en base al sexo al que pertenezcan se enfrentaran a diferentes formas de opresión y violencia que explicaremos más adelante.

Baste decir que las experiencias de un sujeto sexuado mujer que actúa como parte dominante en una relación BDSM heterosexual son muy diferentes a las de su homólogo sexuado hombre, y que este caso es un ejemplo significativo

de la transversalidad de las opresiones y privilegios que atraviesa toda expresión del hecho sexual humano y se manifiestan claramente en la praxis tradicional de psiquiatras y psicólogos.

Otro ejemplo de la perniciosa relación entre sexo, psicopatología y cultura popular es la persistencia de términos provenientes del ámbito psiquiátrico en el imaginario colectivo es el encarnado por las categorías diagnósticas encargadas de sancionar y regular la frecuencia de los encuentros amorios mantenida por los sujetos. Así pese a que los términos ninfomanía y satiriasis se encuentran en desuso en la práctica psiquiátrica uno de ellos pervive de forma perversa en nuestra cultura. Nos referimos, evidentemente, al término ninfomanía, diagnóstico de extrema dispoitividad que sigue actuando como herramienta de control social sobre el deseo de las mujeres a un nivel popular. Así, el estigma de la ninfomanía actúa como regulador de la cantidad de encuentros y amantes que las mujeres pueden mantener a riesgo de entrar en una categoría supuestamente patológica que no es sino una nueva máscara del control patriarcal sobre la sexualidad femenina.

De esta manera, pese a que los nuevos manuales diagnósticos como el DSM-V comiencen a abrirse a la idea de la no regulación de las eróticas y amorios de los sujetos, nuestra cultura ha absorbido y asumido estos conceptos patologizadores y los ha transformado en una efectiva forma de control social y de clasificación dicotómica de los sujetos entre normales y raros, sanos y perversos, santos y pecadores, dignos e indignos. Quizás, y es la intención de este artículo, ha llegado la hora de que los profesionales de la salud mental asuman su parte de culpa en la construcción de este panóptico social (Foucault, 1975), y comiencen a ver como en ocasiones la práctica psiquiátrica y psicológica ha sido una herramienta más en el mantenimiento de ciertos privilegios y opresiones al ejercer un poder de carácter disciplinario. No es que los autores pretendamos que se recomiende el *cross dressing* y el *spanking* en las consultas de los psicólogos, simplemente buscamos que todo sujeto que acude a estas sea tratado con la misma diligencia y dignidad sea cual sea su erótica y su expresión de la misma.

Alejémonos por un momento de los árboles e intentemos ver el bosque. La psiquiatría y la psicología son partícipes de la creación de un modelo de regulación total de las relaciones eróticas entre los sujetos; se han convertido en la cara disciplinaria del poder que alimenta con datos y razones a la cara de la soberanía (Foucault, 1975; 1984). Este modelo regulatorio se encuentra basado

en categorías enfrentadas y que se muestran prístinamente en la dicotomía anteriormente mencionada de digno e indigno. Tan es así, que se ha regulado absolutamente la interacción erótica entre los sujetos en base a este modelo, desde qué sujetos son dignos de interacción en base a su edad, sexo o condición física, a qué partes del cuerpo son dignas de participar en la interacción erótica, o qué formas de interacción entre los cuerpos del son dignas y cuáles no. Pensemos por un momento en algo aparentemente banal pero muy revelador: jamás ha existido una categoría psicopatológica para denominar al hombre heterosexual amante de los pechos femeninos, sin embargo nadie dudaría en denominar a este sujeto como fetichista si la parte del cuerpo femenino que erotizara preferentemente fueran los pies. Este hecho de apariencia insignificante en realidad nos dirige claramente al centro del problema, el modelo de sexualidad tradicionalmente propuesto por la psicopatología no es más que una máscara más del modelo reproductivo y patriarcal tradicional. Sólo es digno y libre de sospecha aquel comportamiento que sirva al fin último de la reproducción humana, todo lo demás es sospechoso de perverso o inmaduro, siendo así un problema social al no favorecer las lógicas reproductivas que sustentan al patriarcado y al capitalismo.

---

### **Amas y esclavos. Herejes de nuevo cuño**

---

Probablemente los dos arquetipos de la sexualidad humana que mejor ejemplifican el funcionamiento del dispositivo de control en que nos hayamos inmersos sean el de la mujer dominante en prácticas de Dominación/sumisión, D/s, y el del hombre sumiso. En nuestra opinión el carácter de las eróticas de estos sujetos es el que mejor pone en entredicho la lógica patriarcal de la sexualidad humana. Ambos representan modelos antinomianistas de gestión del deseo, y al hacerlo invierten los roles tradicionales de las relaciones entre los sexos generando un *Ars Amandi* propio que desafía toda convención social y que, performado de manera consciente e intencionada, puede llegar a suponer un ejercicio de libertad y ruptura con el orden patriarcal de un valor inmenso.

Tal y como diáfaramente expresó Simone de Beauvoir (1949) en *El Segundo Sexo* y, años más tarde hicieran Pascal Bruckner y Alain Finkielkraut (1977) en *El Nuevo desorden amoroso*, el control sobre la sexualidad de la

mujer ha sido tradicionalmente una cuestión dialéctica entre capacidad para desear y obligación de ser deseada. Es decir, el orden tradicional presuponía a la mujer como un sujeto no deseante que a la vez estaba obligada a ser extremadamente deseable para los sujetos sexuados hombres. El deseo era pues una cuestión de los hombres, que eran más o menos libres de desear a cuantas mujeres quisieran y de manifestar su deseo abiertamente; mientras que a la mujer se le asignaba un papel de “presa” en las relaciones entre los sexos. La mujer debía así negar su propia esencia como sujeto deseante y convertirse de forma voluntaria en objeto de deseo. En los últimos 40 años, gracias al feminismo, la sexualidad de la mujer se ha visto en parte liberada de este yugo, sin embargo nos estaríamos llamando a engaño, y uno muy peligroso, si creyéramos que la capacidad para desear de las mujeres no se encuentra aún extremadamente regulada en nuestra sociedad.

El caso anteriormente citado de la persistencia de la idea de ninfomanía en el imaginario colectivo es un claro signo de esto, las mujeres pueden desear dentro de un marco regulatorio concreto, deben seguir unas normas relativas a cuantos sujetos desean o dejan de desear si no quieren ser marcadas como ninfómanas en el mejor de los casos, o “putas” en el peor. Además deben ser discretas en su deseo, la idea de la mujer cuyo deseo no es gestionado de forma humilde, cazadora y no presa, es aún más denostada a nivel social, basta citar como ejemplos a dos películas bien conocidas como son *Instinto Básico* (Verhoeven, 1992) y *Atracción Fatal* (Lyne, 1987). Ambos largometrajes tienen un elemento común, una mujer emancipada a nivel sexual que en un principio fascina al incauto protagonista, *hijo sano del patriarcado* según ciertos eslóganes feministas o *sujeto integrado* según la teoría cultural de Umberto Eco (1964), y que cual lamia o la *Belle Dame sans Merci* esconde terribles secretos que están cerca de llevar a la ruina a nuestros queridos buenos chicos. El mensaje es claro, la mujer cuyo deseo se encuentra plenamente emancipado es sospechosa de criminal y probablemente una enferma mental. De nuevo la sombra de la patologización, poder disciplinario, y de la ruptura de la ley, poder soberano, aparece en la cultura popular.

Y es aquí donde la figura de la mujer dominante entra en escena, pues este arquetipo, la Dominatrix o Ama, representa en esencia la idea de la mujer que ha tomado totalmente las riendas de su deseo y que, no sólo lo lleva a término cuantas veces quiera y con quien ella desee, sino que además lo gestiona mediante la demanda: ella manda y ordena, y realiza una serie de prácticas erótico

amatorias en las que los varones se convierten en la parte pasiva de interacciones corporales consideradas indignas tanto por cómo se realizan como por qué partes del cuerpo toman parte en ellas. La mujer dominante así deviene en lo que Cohen (1972) denomina *“folk devils”* en su teoría sobre el pánico moral, o Baumeister (2014) llama *“myth of pure evil”*. Categorías análogas en el mundo de la sociología, y que nos remiten a la conceptualización del mal en nuestra sociedad, el chivo expiatorio, y en último término al problema de la *teodicea* y la gestión de la Otredad.

La idea tan naif del *pegging* (penetración anal con un arnés por parte de una mujer a un hombre), tan habitual en las relaciones D/s entre Mujeres y hombres sigue teniendo un tremendo poder simbólico en nuestro mundo. Que una mujer sodomice a un hombre es una ruptura total con la regulación del hecho sexual humano, y si esto es realizado por una mujer que de forma ritualizada domina eróticamente a un hombre nos encontramos con un fenómeno que potencialmente, y usado de manera intencionada, tiene una inmensa capacidad para mostrar la problemática cultural existente respecto al deseo de la mujer. Por todo esto la Dómina es potencialmente el Adversario de la moral sexual imperante, y por ello es tratada como tal, denostada y temida.

Por el contrario el hombre sumiso es visto básicamente como un “pelele”, alguien que ha renunciado a sus privilegios masculinos como parte activa, como alguien demandante en la gestión del deseo y como un perdedor que no puede asimilar las lógicas patriarcales y capitalistas de la interacción entre los sexos. No sólo no es deseante de forma activa sino que se presta ser “usado” en una relación sexual por una mujer. El hecho de que el consenso sea central en las relaciones BDSM hace de esto algo aún peor, pues a ojos del panóptico del control social el hombre sumiso es un traidor a su sexo al haber cedido voluntariamente su poder como macho. Curiosamente un análisis no necesariamente profundo de relatos de vida de sujetos sexuados hombre auto identificados como sumisos en relaciones de Dominación Femenina/Femdom muestra que el prejuicio habitual con el que se encuentran no está tan centrado en la patologización de su comportamiento como en la problematización de su hombría.

Como si el hecho de vivenciarse hombre pudiera ser medido por factores externos, los hombres sumisos son habitualmente sospechosos de falta de masculinidad. Si ellas son “malas” o “locas”, ellos son “poco hombres” y,

curiosamente, sospechosos de homosexualidad. Este último punto muestra también claramente cómo homosexualidad masculina y cierto grado de feminización siguen siendo ideas que van de la mano en el imaginario colectivo. En el ámbito norteamericano ciertos adjetivos parecen ser habituales en experiencias negativas de “salida del armario”, especialmente *sick*, enfermo, *depraved*, depravado, o *sissy*, afeminado (Bezreh, Edgar y Weinberg, 2012)

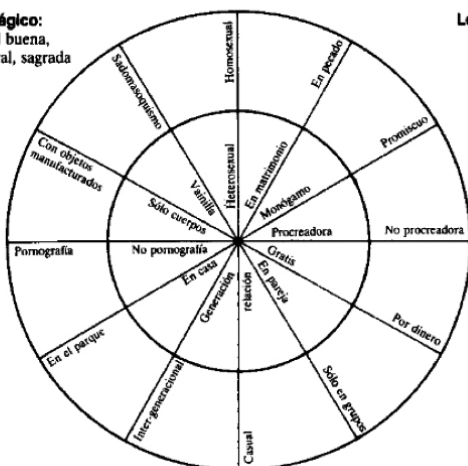
La conflictividad cultural de estos arquetipos se encuentra claramente relacionada, además de por sus prácticas de índole antinomianista, con su carácter culturalmente intersexual. Ambos son miembros de un sexo pero toman atributos tradicionalmente propios del otro, lo que los convierte en lo que antropólogos como Turner (1974) o Horvath (2009) categorizarían como liminoides o liminales. Es decir, sujetos cuyas características no se encuentran en ninguna de las categorías aceptadas por las normas sociales y que por tanto se ostentan papeles ambiguos respecto a estas, serían pues en palabras de Douglas (1992) “materia fuera de lugar”. Así, Turner (1974) establece que estas posiciones liminales de ciertos sujetos en sociedades concretas supondrían una fuente de poder pero de carácter cuanto menos peligroso. Especialmente el personaje de la Dominatrix se convierte en análogo moderno de la bruja clásica por su carácter liminal y simbólico como puerta a otro mundo fuera del orden natural (Pedraza, 2014) que necesita ser contenido por la cultura y disciplinado en ciertas ocasiones.

Creemos que no hace falta hacer hincapié en que los términos que la psicopatología ha utilizado para denominar los deseos propios del mundo del BDSM/Femdom y a sus practicantes son parte de esta conceptualización cultural como el “Otro aberrante” o el “Otro ambiguo” de los miembros de esta sexualidad disidente. Sadismo, masoquismo, fetichismo y todos los términos que se han aplicado a estas prácticas y sujetos han ayudado a deslegitimar sus vivencias y, en muchos casos, han construido armarios de los que para muchos sujetos es difícil y doloroso salir.

En su obra de 1984 *Thinking Sex* la antropóloga feminista Gayle Rubin propone un modelo para medir y predecir los prejuicios que encontraría una determinada práctica erótica o forma de deseo en nuestra cultura. Este modelo denominado por ella *Sacred Circle of sexuality*, en su traducción castellana más habitual Círculo mágico, muestra cómo, a más se aleja un comportamiento o deseo concreto del centro más en peligro de ser percibido como negativo tiene.

**El círculo mágico:**  
La sexualidad buena,  
normal, natural, sagrada

Heterosexual  
En matrimonio  
Monógamo  
Procreadora  
No comercial  
En parejas  
En una relación  
Entre miembros  
de la misma  
generación  
En privado  
No pornografía  
Sólo cuerpos  
Vainilla (suave)



**Los límites exteriores:**  
La sexualidad  
mala, anormal,  
antinatural, maldita

Homosexual  
Sin matrimonio  
Promiscua  
No procreadora  
Comercial  
Sólo o en grupos  
Esporádico  
Intergeneracional  
En público  
Pornografía  
Con objetos manufacturados  
Sadomasoquista

Si atendemos a la lista de valores positivos del círculo interior es inevitable darnos cuenta de que todos ellos están íntimamente relacionados con las prácticas reproductivas o su simulacro. Los encuentros entre sujetos que pueden procrear entre sí, en un ámbito propicio para la procreación, y bajo un marco legal (matrimonio) que permita una transferencia efectiva de la herencia a los sujetos fruto del encuentro, se encuentran en una posición privilegiada social y culturalmente respecto a las demás expresiones de la sexualidad. Así un encuentro homosexual, intergeneracional, grupal y sadomasoquista es conceptualizado como menos digno que su homólogo heterosexual, mostrando lo sutil del sistema de control en el que nos encontramos. De no estar realizando algo que favorezca la procreación al menos debemos aparentar que lo hacemos.

Un ejemplo de la relación entre las categorías negativas del círculo y la psicopatología es la invención del término *cronofilia* por el psiquiatra John Money en su obra de 1986 *Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity*. Money utiliza este término para nombrar una *parafilia* (sic) relacionada con la diferencia de edad entre el sujeto deseante y el sujeto al que desea, y realizar una taxonomía de las relaciones homosexuales masculinas en base a la diferencia de edad de los sujetos participantes.

Pese a que la *cronofilia* de Money sea una categoría en absoluto desuso y que apenas tuvo trascendencia en su momento los autores de este artículo

realmente nos preguntamos qué necesidad tiene un psiquiatra de dar nombre y categorizar cada aspecto y expresión del hecho sexual humano y del deseo. Realmente sólo se nos ocurren dos explicaciones plausibles: o el psiquiatra es presa de un furor taxonómico digno de un entomólogo en el Amazonas o realmente la misma raíz de la psicopatología moderna contiene un sesgo que lleva a listar a todos aquellos sujetos cuya sexualidad es considerada indigna y así poder categorizarlos como “los otros”, los parafilicos, los pecadores.

### **Una primera propuesta desde la Sexología sustantiva: parafilia vs. peculiaridad**

---

Frente al paradigma psicopatológico tradicional la sexología propone un modelo de pensar el sexo en el que la categorización de los individuos en base a su sexualidad se hace extremadamente complicado. Contra las listas generalistas y las categorías impuestas desde una autoridad exterior la sexología fomenta una forma de actuar que prime el relato biográfico de los sujetos y la autonomía de estos para auto identificarse y cultivar su sexualidad.

La primera de las nociones sexológicas que consideramos de importancia es la de peculiaridades eróticas. Según la Sexología sustantiva (Amezua, 1999; 2006) las peculiaridades son el último nivel de concreción e individuación del mapa del hecho sexual humano de un individuo concreto, es decir, representan todos los gustos, anclajes y formas de actuar de un sujeto sexuado concreto. No existe una jerarquía de peculiaridades, dentro de esta categoría entran tanto prácticas y eróticas tradicionalmente patologizadas y estigmatizadas como prácticas privilegiadas. No existe diferencia entre una práctica de preferencia y otra. Es una categoría que invalida la idea de parafilia o fetichismo, dado que abandona la idea de normalidad, estadística o normativa, por la de la singularidad única de las eróticas y amatorias de los sujetos.

En la lógica sexológica da igual que un sujeto erotice una parte del cuerpo socialmente aceptada como erotizable o una que no lo es. Ambos gustos son peculiares, y lo son porque son fruto del proceso de sexuación único que ha sufrido este sujeto a lo largo de su biografía. Y es solamente en esta biografía concreta, en este sujeto sexuado único, donde cobran sentido y valor. Valor en

cuanto a que son parte de la erótica o la amatoria del sujeto y pueden ayudarlo a vivenciarlas en plenitud si las cultiva, y sentido en tanto que nos muestran que cada sujeto es único en su proceso de sexuación. Seamos sinceros, las categorizaciones generalistas de prácticas eróticas y deseos ayudan en poco a que los sujetos se vivan plenamente, y nos dicen aún menos sobre éstos.

Al asumir que podemos categorizar y listar las eróticas de los sujetos estamos asumiendo que todos los deseos similares tienen un origen común, y al categorizar y listar solo ciertas eróticas y deseos muy determinados estamos diciendo que en el fondo creemos que estos deben ser corregidos de alguna manera. Volvamos al comienzo del texto y preguntémosnos por una de las categorías diagnósticas que usualmente se manejan en los manuales de psicopatología, concretamente preguntémosnos por el parcialismo. La definición de parcialismo según el recurso profesional online Psychology Dictionary (<http://psychologydictionary.org/partialism>) es la siguiente:

*“noun. a form of paraphilia wherein an individual attains carnal gratification from contact with a body part of the carnal partner varied from the commonplace erotic areas like genitalia, lips, and breasts.*

*Partialism is differentiated from fetishism wherein an item, like a shoe, substitutes the carnal partner.”.*

*[“nombre. Una forma de parafilia en la que el individuo presenta gratificación carnal por el contacto con una parte del cuerpo del compañero carnal distinta de las habituales áreas eróticas, como los genitales, los labios y los pechos.”.]*

Es decir, sentir cualquier tipo de atracción erótica por una parte del cuerpo del sujeto deseado que no está íntimamente ligada con el hecho reproductivo se considera una parafilia. En concreto, el parcialismo más habitual parece ser la atracción erótica por los pies, técnicamente conocida como podofilia y en el lenguaje de la calle como fetichismo de pies. La pregunta que hace la Sexología sustantiva a la psicopatología es por qué hay zonas dignas de ser consideradas naturalmente erotizables y zonas indignas. Realmente los sexólogos nos preguntamos donde están los fetichistas de los pechos femeninos en la literatura médica. La respuesta es fácil, simplemente no están, y no lo están porque nadie considera que sean una rareza a corregir, no hay necesidad de aplicar una acción disciplinaria en este caso. Sin embargo, la sexología sustantiva sí sabe dónde están los fetichistas de las pechos femeninos fuera de la literatura psicopatológica, no están en ningún sitio como tampoco lo están los fetichistas de los pies. La sexología

sustantiva también sabe dónde están los sujetos sexuados cuyas peculiaridades incluyen formas de erotización de los pechos y los pies, están en la calle y tienen nombre y apellidos y cada uno de estos sujetos sexuados, mujeres u hombres, erotiza estas partes del cuerpo no por inmadurez o degeneración sino por su biografía, única totalmente y tan digna como la de cualquier otro sujeto sexuado.

Según el modelo que Amezúa (1999) propone del hecho sexual humano no hay posibilidad de generar un “Otro aberrante” ya que todos los sujetos sexuales se convierten en peculiares, todos ellos son “Otros” pero en lugar de aberrantes son únicos, compatibles y compartibles. El modelo sexológico no solo es despatologizador, sino que anima a los sujetos a tener una “actitud de cultivo” (Amezúa, 2014) que les permita gestionar su biografía de forma autónoma y vivenciar su erótica y amatoria de una forma en la que prime la satisfacción personal.

### Una segunda propuesta sexológica: la noción de Intersexualidad

---

La conceptualización del hecho sexual humano está centrada en dos nociones interrelacionadas íntimamente, la intersexualidad de todos los sujetos sexuados y el Continuo de los sexos. La noción de intersexualidad sexológica no tiene ninguna relación con la definición clínica de intersexualidad y sus ideas de pseudohermafroditismo y hermafroditismo, y es recogida por Amezúa (1999) directamente de la obra de Magnus Hirschfeld. En su obra de 1908 “Über Sexualwissenschaft” Hirschfeld se pregunta lo siguiente:

*“Así como la separación de los sexos en esperma y óvulo, en hombre y mujer, favoreció la formación de caracteres sexuales secundarios y terciarios [...] así, a través de la siempre repetida unificación de ambos, se impidió una diferenciación demasiado fuerte de los sexos en aspectos somáticos y psíquicos. La transmisión hereditaria atraviesa de nuevo la sexual. Junto al concepto de hombre y mujer se impone el concepto de masculino y femenino. Ambos no se superponen completamente en ningún caso. La exacta sexología no deja más de lado la constatación de ¿qué es femenino?, ¿qué es viril?, una de las definiciones más difíciles en nuestra disciplina, y que no es definida en absoluto mediante la oposición de incubo y súcubo, activo y pasivo, inventar y sentir”*

Así frente a la habitual visión dimórfica de la especie humana la sexología afirma que todo sujeto sexuado es intersexual, que no existen dos categorías cuantificables sino que existen tantas categorías intermedias como sujetos hay. Existen tal cantidad de caracteres sexuales secundarios y terciarios y tal cantidad de factores sexuantes (tanto biológicos como ambientales) que cada ser humano es sexuado de una manera única, y con una configuración específica y singular de caracteres considerados tradicionalmente masculinos y femeninos por el ámbito científico y la cultura popular. Frente a un modelo dimórfico y binarista que no deja más salida a los sujetos que elegir entre A o B, la sexología propone un modelo en que los sujetos no han de elegir sino compartir características. Amezúa (2006) considera no solo que todo sujeto sexuado contiene categorías masculinas y femeninas a todos los niveles, sino que además se encuentran mezcladas entre sí.

*“Pese a que lo parezca no hay dos modos (dimorfia) –el ándrico y el gínico– de la sexuación, sino un proceso que a través de múltiples acciones se hace en cada individuo en la una y en la otra dirección, y en ambas al mismo tiempo, aunque con diferentes intensidades y en distintos niveles. Así que, la sexuación es intersexual...” (Landerroita Jauregi, 2000)*

Desde el punto de vista sexológico sería más correcto afirmar que un carácter sexual concreto de un sujeto se haya feminizado o masculinizado más o menos que denominarlo como masculino o femenino. Tal y como afirma la sexóloga Almudena Herranz en su ponencia para el II Encuentro estatal de Chrysallis de 2014 (<http://chrysallis.org.es/almudena-herranz>):

*“...se hacía referencia a que tanto lo femenino como lo masculino forman parte siempre de cada individuo, en diferente grado y cantidad para cada sujeto, y que esto es precisamente lo que produce la enorme variedad de maneras de ser y estar en el mundo de mujeres y hombres. Que no hay una O disyuntiva, con sus fronteras, territorios y exclusividades, sino una Y copulativa, con sus conveniencias, complicidades y compa(r)tilibilidades.”*

*“En otras palabras, una vulva, una falda, abundancia de vello facial, la espalda ancha, los pies grandes, la voz aguda, la mandíbula ancha, enamorarte de un hombre... Todas estas y mil más que con caben aquí serán de mujer si están presentes en una mujer y de hombre si lo están en un hombre.”*

Así la sexología afirma que mediante el proceso de sexuación que se produce a lo largo de toda la vida de los sujetos estos devienen no en hombres y mujeres

genéricos, sino en las mujeres y hombres concretos que son, cada uno de ellos con una mezcla única de caracteres asociados por la cultura a uno u otro sexo. Así un determinado enfoque sexológico afirma que la pertenencia a uno de los sexos no es por tanto algo tangible y ponderable sino una cuestión vivencial y por tanto fenomenológica, asumiendo las tesis de Paul Ricoeur (1984-1988) en cuanto a la "identidad narrativa". La identidad íntima de los sujetos, el ser (o quizás "estar" dado el carácter evolutivo del proceso de sexuación) hombre o mujer no está regida por sus caracteres sexuales sino por la experiencia personal de su proceso de sexuación. Es el sujeto quien mediante su narrativa biográfica, vivencia íntima de su proceso de sexuación a todos los niveles, se declara de uno u otro sexo, pese a ser masculino Y femenino, no por los prejuicios culturales o la opinión de un experto.

Landarroitajauregi (2000) realiza una interesante aportación al generar una nueva noción, *sexación*, que pese a estar implícita en la idea de sexuación de Amezáa es interesante señalar específicamente a la hora de entender la problemática de determinados sujetos y sus formas concretas de intersexualidad como las anteriormente señaladas. Landarroitajauregi (2000) define como *sexación* a los "hechos de clasificación, de categorización y/o de etiquetación sexual", y considera que existen dos actos básicos de *sexación*: la *autosexación*, y la *alosexación*.

*"Con el término autosexación me refiero al acto de categorización sexual de uno mismo, cuyo resultante –al menos en humanos– es la convicción de que uno es hombre o es mujer. Sobre esta convicción se irá construyendo evolutivamente la que denominamos identidad sexual; y sobre ésta, biográficamente, la sexualidad de este ser sexuado: su modo personal e intransferible de ser el hombre o la mujer que de hecho es."* (Landarroitajauregi, 2000)

*"La alosexación es actividad interactiva que requiere en principio de un otro-distinto-de-mí que actúe como objeto sexable. Luego en todo acto de alosexación hay dos ACTORES: el sujeto alosexador y el objeto alosexado. Ahora bien, aunque normalmente el sujeto alosexador y el objeto sexado son diferentes, también puede ser el mismo. Pues como ya he dicho más arriba, yo puedo alosexarme a mí mismo..."*

*(Landarroitajauregi, 2000)*

Los autores de este artículo consideramos que la existencia de sujetos culturalmente liminales por su intersexualidad, como los anteriormente nombrados, y su problemática deriva directamente de su alosexación en base a los caracteres sexuales terciarios (culturales, circunstanciales y normativizadores) que pese a no ser producto de la sexuación tienen un gran valor alosexante.

La alosexación es inherente al ser humano, sin embargo la Sexología sustantiva en su vertiente más pedagógica podría ayudar a que no se convierta en una fuente de problematización. Quizás sea una idea naif, y puede que no aceptada por todos los sexólogos, pero creemos que una comprensión básica del hecho sexual humano a nivel colectivo podría devenir en formas de alosexación menos problemáticas. Si aceptamos que esta vivencia íntima de los sujetos de su sexuación, autosexación, es la única válida quizás llegue el día en que la forma básica de alosexación sea preguntar a los demás de qué manera se viven, si como mujeres u hombres.

Devenimos como sujetos sexuados en una ecuación entre la vivencia íntima de nuestro proceso de sexuación y cómo decidimos presentarnos al mundo. Somos seres narrativos, inmersos en una biografía a la que sólo nuestro relato personal puede dotar de sentido.

Como hemos indicado anteriormente, consideramos que el concepto de intersexualidad de poder ser aplicado en una educación sexual efectiva sería una buena vacuna contra algunos de los males del hecho sexual humano, como son la homofobia, la transfobia o los problemas de las comunidades eróticamente disidentes. Pero también creemos que de ser adoptado tanto por los profesionales de la salud mental como por los de la intervención social se podría mejorar inmensamente la calidad de vida de los sujetos sexuados que pasen por sus manos. Al considerar a cada sujeto como único en su “hombría” o “mujeridad” que sólo puede ser definida por el sujeto mismo le devolvemos la dignidad inherente a cada individuo, le empoderamos al hacerle el único capaz de autonarrarse y evitamos males producidos por asumir categorías externas a su vivencia para definirlos.

La sexología propone una idea sencilla y desproblematicadora. Todos somos una mezcla de masculinos y femeninos que solo puede ser encuadrada en una u otra categoría en base a la narrativa de nuestra vivencia íntima y que, por tanto, no es cuantificable. No se puede ser “más o menos hombre o mujer” dado que no hay una mujer o un hombre, hay tantos y tantas como sujetos sexuados se identifiquen así y cada uno de ellos encarna un modelo único de serlo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amezúa, Efigenio (2014) Educación sexual desde las ideas. La asignatura de los sexos. *Revista Española de Sexología*, nº 185-186.
- Amezúa, Efigenio (2003) El sexo: historia de una idea. La letra pequeña de la episteme sexológica. *Revista Española de Sexología*, nº 115-116.
- Amezúa, Efigenio (2006) Sexologemas. Cuando los genitalia no dejan ver el sexo, *Revista Española de Sexología*, nº 135-136.
- Amezúa, Efigenio (1999) Teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología. *Revista Española de Sexología*, nº 95-96.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed. rev.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. rev.) Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington DC: APA.
- Baumeister, Roy (1999) *Evil: Inside Human Violence and Cruelty*. NY: Holt Paperbacks.
- Blanchard, Ray (2011) A brief history of field trials of the DSM diagnostics criteria for paraphilias. *Archives of Sexual behavior*. 40(5): 861-862.
- Bezreh, Tanya Edgar, Timothy y Weinberg, Thomas S. (2012) BDSM Disclosure and Stigma management: Identifying Opportunities for Sex Education. *America Journal of Sexualidad Education*, 7:37-61.
- Bruckner, Pascal y Finkielkraut, Alain (1977) *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona. Anagrama 2001.
- Cohen, Stanley (1972) *Folk Devils and Moral Panics. The creation of Mods and Rockers*. NY: Routhledge.
- De Beauvoir, Simone (1949) *El Segundo Sexo*. Madrid: Cátedra.
- Duggan, Lisa & Hunter, Nan D. (1995) *Sex Wars: Sexual Dissent & Political Culture*. Londres: Psychology Press.
- Douglas, Mary (1992) *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. Londres: Routhledge. University Press.
- Eco, Umberto (1964) *Apocalípticos e Integrados*. Madrid: Lumen. 1986.

- Flowers, S (1997) *Lords of The Left Hand Path. A History of Spiritual Dissent*. Austin: Runa Raven Press.
- Foucault, Michel (1976) *Historia de la sexualidad, 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI, 2005.
- Foucault, Michel (1984) *Historia de la sexualidad, 3: La inquietud de sí*. Madrid: Siglo XXI, 2005.
- Foucault, Michel (1975) *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI y B. Nueva, 2012.
- Hirschfeld, M (1910) *The Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*. NY: Prometheus Books, 1991.
- Horvarth, Agnes (2009) Liminality and the Unreal Class of the Image-making Craft: An Essay on Political Alchemy. *International Political Anthropology*. Nov. 2009, 2º vol.
- Joyal, Christian y Carpentier, Julie (2016). The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: a provincial survey. *Journal of Sex Research*, julio, 3, 1-11.
- Kai, Lin (2014) *The demedicalization of kink: Social change and shifting contexts of sexual politics*. Newark: University of Delaware.
- von Kraft-Ebing, Richard (1886) *Psychopathia Sexualis*. Neully Sur Seine: Ulan Press. 2012.
- Krueger, Richard B. (2010) The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Archives of Sexual behavior*. 39(2): 325-345.
- Krueger, Richard B., & Kaplan, Meg S. (2001). The paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 391-403.
- Landarroitajuregi, Joserra (2000) Homos Y Heteros. Aportaciones para una teoría de la sexualidad cerebral. *Revista Española de Sexología*, n 97-98.
- Landarroitajuregi, Joserra (2000) Términos, conceptos, y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Anuario de Sexología*, Nº 6, 79-126.
- Leach, Edmund (1976) *Culture and communication: the logic by which symbols are connected*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mancini, Elena (2010) *Magnus Hirschfeld and the Quest for Sexual Freedom: A History of the First International Sexual Freedom Movement*. Londres: Macmillan.
- Money, John (1986) *Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity*. NY: Prometheus Books
- Pedraza, Pilar (2014) *Brujas, sapos, y aquejarres*. Madrid: Ediciones Valdemar.
- Ricoeur, Paul (1983, 1984, 1985) *Time and narrative, 3 vols*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rubin, Gayle (1984) *Thinking Sex. Deviations. A Gayle Rubin's Reader*. Durham: Duke University press. 2011.
- Shabaz, Caroline y Chirinos, Peter (2017) *Becoming a Kink aware therapist*. New York: Routledge.
- Turner, Victor (1974) *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. NY: Cornell.

## 5. ESTRÉS DE MINORÍA Y PERSONAS TRANS\*. HERRAMIENTAS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO AFIRMATIVO.

**Marina de la Hermosa Lorenci.**

*“Las palabras son herramientas para comunicarnos,  
para pensarnos, para dar sentido a nuestra vida.  
Aun así, hace falta recordar siempre que nosotros no somos las palabras.”*  
Miquel Missé. (*Transexualidades. Otras miradas posibles*)

La psicología y la psiquiatría han sido depositarias históricamente, a través del diagnóstico, de la responsabilidad de dar acceso o no a las personas trans\* a los procesos médicos que algunas de ellas necesitan para vivir vidas habitables en una sociedad estructuralmente transfoba, que las agrede cuando su identidad y expresión de género no son las mismas que se asocian en el imaginario colectivo al género asignado al nacer. Aunque en algunos contextos se está comenzando a utilizar modelos de asistencia basados en el consentimiento informado (WAPTH, 2012, Garaizábal, 2016) y no en la tutela médica, gran parte de la literatura referente a la atención a las personas trans\* versa, históricamente, sobre las formas de diferenciar identidades transexuales falsas y verdaderas, cómo realizar el diagnóstico, la inclusión o no de las personas trans\* en los manuales psiquiátricos y los requisitos necesarios para el acceso a los procesos médicos (De la Hermosa, 2013a) .

Sin embargo, encontraremos menos bibliografía, especialmente en castellano, que atienda a cómo realizar un acompañamiento afirmativo de sus procesos, aspecto en el que creo que el trabajo de profesionales de salud mental sí puede estar indicado y ser beneficioso cuando las personas lo necesiten. Este desconocimiento y falta de referencias hace que, muchas veces, cuando una persona trans\* llega a nuestras consultas, podamos sentir desorientación y no

saber muy bien cómo acompañarla, por lo que el objetivo de este texto será relatar algunos aspectos de este proceso y estrategias de acompañamiento afirmativo en el mismo.

## **Introducción. Respondiendo a ¿quién? y ¿por qué?**

---

Como refiero en otro capítulo de este libro, considero que cuando vamos a emitir un discurso es importante tener como referencia la idea del conocimiento situado de Donna Haraway (1995), que nos recuerda que hacer visibles nuestras condiciones respecto a la raza, la clase, el género o la procedencia es necesario para que los ejes interseccionales de privilegio que nos atraviesan se hagan presentes, y nuestro discurso no parezca provenir desde un lugar neutral y anónimo respecto al poder y al privilegio. Por ello, creo que es importante reflejar aquí que es mi condición de mujer cis, blanca, europea y universitaria la que posiblemente facilite que pueda producir este discurso ahora. Este discurso estará además atravesado de mi formación como psiquiatra, pero también por mis aprendizajes sobre género en los feminismos y por la experiencia adquirida en el acompañamiento a personas trans\* en sus procesos.

En mi formación en medicina nunca escuché hablar de personas trans\*, ni tampoco durante mi formación como residente en psiquiatría. Fue el contacto con estas personas en los feminismos, y haber tenido la oportunidad de escuchar sus relatos sobre el trato que recibían en los sistemas de salud el que hizo que comenzara a formarme y a investigar, haciendo este proceso de formación a la vez con las fuentes disponibles en la bibliografía médica, y con la bibliografía, muchas veces crítica, producida por las propias personas trans\*. Ambas perspectivas atraviesan también este discurso. Considero importante visibilizar también que mi perspectiva respecto a las identidades trans\* es claramente despatologizadora, estando a favor de realizar acompañamientos basados en el consentimiento informado y las necesidades de la persona, y no en realizar una tutela psiquiátrica o psicológica de sus procesos identitarios. Desde una perspectiva psicoterapéutica, considero que los modelos basados en la tutela entorpecen desde la base la posibilidad de una construcción conjunta de un vínculo terapéutico, al colocar al profesional de salud mental como cancerbero de procesos médicos que las personas trans\* pueden necesitar, en algunos casos, de forma vital.

## Algunas definiciones

---

Hablaré en este texto de **personas trans\*** utilizando este concepto como término paraguas, en el que incluyo a personas que se identifican como transexuales, y también personas cuya identidad es diferente a la del género asignado, pero que se identifican de formas distintas (**transgénero, genderqueer, personas trans no binarias, personas de género fluido...**) expresando experiencias que pueden trascender en ocasiones el binario hombre/mujer. **Personas cis** son aquellas cuya identidad de género es la misma que se les asignó al nacer.

Conforme las personas trans\* se han ido acercando a los servicios de salud y han ido pudiendo relatar sus narrativas identitarias y de vida, hemos podido aprender que hay diversidad de formas de vivir una experiencia trans\* e identificarse en ella, más allá del concepto médico y la narrativa única de la transexualidad. Así, hay personas que se sienten cómodas identificándose como transexuales, y otras que preferirán identidades que se encuentran en algún lugar del continuo masculino/femenino, o que cuestionarán ese mismo binario. Hay personas que decidirán identificarse públicamente como personas trans\*, y otras que se identificarán como hombres y mujeres, sin tener porqué visibilizar su proceso identitario. Algunas personas trans\* necesitarán realizar procedimientos médicos, y otras no, pero ninguna de estas opciones debe suponer un cuestionamiento de su identidad.

Hablamos de **identidad de género** como la convicción íntima que cada persona tiene de pertenencia a un género, y de **expresión de género** como la presentación que la persona tiene en relación con las normas de género imperantes en su contexto (estas normas varían en el tiempo y también dependiendo de la cultura). Por último, al hablar de **género asignado** nos referiremos a la asignación de la persona a un género u otro en el momento de la ecografía prenatal o al nacimiento, en relación con el aspecto que tengan sus genitales externos.

Evitaré en este texto referirme a la identidad de las personas trans\* como **“identidad sentida”**, utilizando únicamente identidad. Tomo esta decisión entendiendo el lenguaje como performativo (Butler, 2007), dado que considero que al hablar de identidad sentida estamos creando un binario artificial entre la identidad de las personas cis, que también sería una identidad sentida pero no se adjetiva, y la identidad de las personas trans\*, haciendo aparecer en

el lenguaje una como real, natural y neutra, y la otra como relacionada con los sentimientos de la persona.

## La responsabilidad de desarrollar competencia cultural

---

Competencia cultural es un concepto que se utiliza especialmente en contextos anglosajones. Se puede definir como la adquisición de unos conocimientos específicos, unas habilidades y unas actitudes con los que poder ofrecer un tratamiento adecuado, individualizado y culturalmente sensible (Qureshi y Collazos, 2006). Los colectivos minoritarios en muchas ocasiones desarrollan, precisamente por las experiencias de exclusión del contexto cultural normativo y la falta de referentes con los que identificarse, sus propios contextos culturales. Considero que, de la misma forma en que es nuestra responsabilidad como profesionales de salud realizar actualizaciones de las técnicas que utilizamos, lo es también trabajar nuestras narrativas culturales dominantes para no correr el riesgo de imponerlas a las personas con las que trabajamos, y adquirir competencia cultural para poder dar la mejor y más respetuosa atención posible, especialmente cuando trabajemos con colectivos minoritarios.

Tomando la definición que propone Miquel Missé (2013), podemos definir la **transfobia** como una opresión que sufre toda la sociedad y que se traduce en la presión para que los hombres sean masculinos y las mujeres femeninas, y que incluye una discriminación de la sociedad en general hacia las personas trans, que éstas pueden también incorporar, produciéndose rechazo entre ellas, o rechazo hacia sí mismas. Dado que nos hemos educado en un contexto social estructuralmente transfobo, es normal que, a no ser que hayamos trabajado en ello, hayamos incorporado narrativas y actitudes de este tipo en nuestra forma de relacionarnos. Por tanto, el primer paso para adquirir esa competencia cultural es aprender sobre transfobia, sobre cómo funciona en el contexto social y sobre cómo puede afectar a las personas que la sufren, siendo imprescindible trabajar nuestras propias narrativas y actitudes transfobas de forma que no corramos el riesgo de reproducirlas inadvertidamente en el contexto terapéutico.

Considero además importante el trabajo y reflexión sobre cuestiones de género, pero no sólo de forma teórica, sino también aplicando esta reflexión y aprendizaje a nuestra propia identidad y expresión de género. Ambos aspectos

suelen darse por sentados, especialmente cuando vivimos en un contexto normativo y nos identificamos como personas cis. Cuanto más cerca estén nuestra identidad y expresión de género de la norma, menos habremos sentido la necesidad de reflexionar sobre ellas. Si no realizamos este trabajo de cuestionamiento y autoconocimiento sobre nuestro propio proceso individual en relación con el género, el trabajo con personas trans\*, cuya identidad puede cuestionar por sí misma las normas sobre el género en las que nos hemos construido como personas cis, podría generar una contratransferencia negativa al sentirnos en cuestionamiento respecto a nuestra propia identidad, que podríamos llegar a actuar si no somos conscientes.

Por último, acercarnos a los contextos culturales de las personas trans\* puede incluir el aproximarnos a sus comunidades y aprender el lenguaje en el que se nombran estas personas, las narrativas que emiten en primera persona sobre sus experiencias vitales (que podemos encontrar en artículos, vídeos, libros, cómics, blogs o redes sociales...) (Labelle, 2018, Florenciapmarano, 2013, Missé, Coll-Planas, 2010, Llopis, 2017) conocer referentes positivos de diferentes experiencias trans\*, dentro y fuera del sistema médico, los recursos de atención disponibles (recursos de salud, pero también asociaciones, grupos de apoyo...) (programa LGTBI, Crhysallis, Transexualia, El hombre transexual, Familias transformando...), la situación legal de las personas trans\* en nuestro contexto, las políticas trans\* que se están llevando a cabo... cuanto más cultura trans\* tengamos, mejor podremos acompañar a las personas con las que trabajemos.

Contar con el apoyo de profesionales que les acompañen y apoyen respetuosamente es un factor de protección en sí mismo para el estrés de minoría. Carecemos de datos en nuestro contexto, pero en un estudio realizado con personas trans\* por Kattari et al. (2016) encuentran una asociación consistente entre tener profesionales de salud mental formados para atender a personas trans\* y menores tasas de depresión y suicidio en las personas que atienden.

---

## El primer paso es no malgenderizar

---

Imagina que vas a una consulta médica, y la persona que te atiende lo hace todo el tiempo en un género distinto al tuyo, a pesar de tus múltiples correc-

ciones. Si te identificas como mujer, tómate un momento para imaginar que te tratan insistentemente en masculino aunque expreses tu incomodidad. Si te identificas como hombre, piensa en cómo sería que te trataran todo el tiempo en femenino, a pesar de tus protestas. Si te identificas fuera del binario, imagina que te malgenderizan también. Posiblemente, en una situación así sentirás confusión, frustración y enfado con la persona que te está malgenderizando, y esto es exactamente lo que les ocurre a las personas trans\* cuando insistimos en tratarlas en su género asignado y no conforme a su identidad.

Dado que normalmente no tenemos preparación para manejar la disonancia cognitiva que nos puede producir tratar a alguien en un género diferente al que tenemos asociado culturalmente con su aspecto, aprender a manejar la inquietud que nos puede generar es uno de los primeros trabajos que tenemos que hacer como profesionales para poder trabajar con personas trans\*. Hemos de ser conscientes de que algo que puede producirnos algo de incomodidad, pero suponer un aprendizaje en diversidad desde nuestro lado, puede suponer una agresión para las personas con las que trabajamos. Por tanto, al inicio de las consultas es importante preguntar a la persona qué nombre y pronombre prefiere, y a partir de ese momento tratarla de esta forma. Este es el primer paso para que el contexto terapéutico sea un contexto lo más seguro posible.

---

## **Estrés de minoría**

---

Podemos definir el estrés de minoría como el estrés añadido extra al estrés de la vida habitual de una persona como consecuencia de formar parte de una categoría social estigmatizada y minoritaria (Meyer, 1995). Por ejemplo, si imaginamos un chico cis que va por primera vez a la universidad, podemos pensar que se preocupará por las clases, quién conocerá, si le gustarán los temarios... si se trata de un chico trans\*, además de estas preocupaciones habrá que añadir la duda sobre si hablar o no sobre su identidad, qué nombre aparecerá en las listas de clase, si va a ser excluido o agredido, si en caso de que no quiera hablar sobre su identidad alguien le conocerá de otro contexto y lo revelará sin su consentimiento... todas estas preocupaciones extras forman parte del estrés de minoría.

Según este modelo propuesto por Meyer, podemos identificar diferentes estresores formando parte del estrés de minoría:

1. En primer lugar estarían las **experiencias reales de violencia y discriminación** (Reisner et al, 2016), que en el caso de las personas trans\* pueden ser por ejemplo experiencias de exclusión, agresiones verbales y físicas, llegando en algunos casos al asesinato por motivo de su identidad, bullying en los colegios e institutos, mayor riesgo de negligencia y abuso tanto físico como sexual en la infancia, mayor riesgo de violencia en las relaciones de pareja...
2. En segundo lugar, aparecerá el **estigma**, que supone una expectativa de rechazo y discriminación como consecuencia de las experiencias previas de violencia que genera hipervigilancia especialmente en el espacio público y las interacciones sociales. Por ejemplo, si una niña trans\* ha tenido experiencias de acoso en el colegio, es posible que, como consecuencia de esa hipervigilancia, comience a tratar “preventivamente” a sus pares de forma defensiva, y a veces agresiva. En estas situaciones, es frecuente que llamen a los padres del colegio porque su hija está siendo agresiva, y cuando se explore la situación previa haya habido un historial de bullying. Esta expectativa de agresión (fundamentada en la experiencia), puede dificultar mucho la interacción social para estas personas.
3. Por otra parte, las personas trans\* en nuestro contexto también viven en un entorno social transfobo, en el que pueden recibir de forma continua mensajes descalificadores sobre su identidad que pueden terminar interiorizando, asumiendo estereotipos negativos sobre sí mismas. Pueden llegar a pensar que están enfermas, defectuosas, rotas, que son inmorales, antinaturales o inherentemente malas, y sentir una gran culpa por el malestar que su identidad está haciendo sentir a sus familias y entorno (según esta lógica, dado que no es su identidad, sino la transfobia en el contexto social lo que produce este malestar). Esto es lo que llamamos **transfobia interiorizada**.
4. Por último, muchas personas vivirán con **miedo** en los contextos en los que no se sepa que son trans\* a que alguien que no lo desean conozca su identidad y la comunique sin su consentimiento o las agrede por este motivo.

## Consecuencias negativas del estrés de minoría en la salud mental de las personas trans\*

---

La exposición continua al estrés de minoría puede afectar a la salud mental de las personas trans\* de diversas formas, las que podremos encontrar de forma más frecuente serán las siguientes:

1. Como consecuencia de las experiencias de agresión y la hipervigilancia, es frecuente que aparezcan síntomas de **ansiedad social** (Berguero-Miguel, 2016), haciendo que las situaciones sociales se intenten evitar o se vivan con mucha ansiedad cuando se producen.
2. Podemos encontrar síntomas de **depresión y ansiedad** (Connolly, 2016, Wilson, 2016) en diversas partes del proceso, en mayor medida cuantas más experiencias de exclusión y agresión previas haya tenido la persona, y con mayor riesgo si éstas han sido recientes.
3. También son frecuentes los **trastornos de alimentación** (Vocks, 2009). Éstos se dan tanto en chicos como en chicas trans\*, y especialmente en la preadolescencia y adolescencia. Esto podría estar relacionado con las experiencias de rechazo al propio cuerpo, y también con que la desnutrición es una forma eficaz, aunque dañina, de retrasar o evitar que los caracteres sexuales secundarios aparezcan en la pubertad, y se produzca una sexualización no deseada.
4. Por otra parte, la experiencia continuada de exposición a abuso, negligencia, acoso o agresiones físicas y sexuales puede tener como consecuencia la manifestación de síntomas de **estrés postraumático complejo** (Reisner, 2016, Hermán, 2004). En relación con esto, podemos ver especialmente en este colectivo episodios de autolesiones (Claes, 2015), mayor consumo de tóxicos y abuso de sustancias y la aparición de ideas de suicidio.
- a. Las **ideas de suicidio** (Tomicic, 2016) también pueden aparecer en el contexto de episodios depresivos, relacionadas con la transfobia interiorizada, y especialmente con la falta de apoyo familiar y social en el proceso. Las experiencias de abuso o negligencia infantil, y las agresiones transfóbicas o el acoso también son un factor de riesgo añadido, especialmente si las últimas están cercanas en el tiempo. En el proceso de algunas personas puede darse un momento de riesgo añadido si se pasa por un episodio

de negación de la identidad en el que la persona intenta adecuarse a la expectativa social según su género asignado. Esto ocurre especialmente en la preadolescencia y adolescencia, cuando la presión social del entorno para adecuarse al género asignado es más intensa. En este punto, tenemos que ser conscientes de que la dilación en el acceso a los procedimientos médicos que pueden necesitar tanto personas trans\* adolescentes como adultas puede prolongar la exposición de estas personas a agresiones por su identidad, así como al malestar que pueden sentir con su cuerpo si éste está presente, lo que tendrá como consecuencia un mayor sufrimiento psíquico y por tanto mayor riesgo de suicidio<sup>1</sup>. En las Normas de Atención para la Salud de las personas Trans y con Variabilidad de Género (WPATH, 2012), manual de referencia para la atención a las personas trans\*, editado por la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH en inglés) se refiere que: *“La interferencia con la implementación de intervenciones médicas oportunas para adolescentes podría prolongar la disforia de género y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización. Ya que el nivel de abuso relacionado con el género se asocia fuertemente con el grado de sufrimiento psiquiátrico durante la adolescencia (Nuttbrock et al., 2010), la obstrucción de la supresión de la pubertad y de la posterior terapia hormonal de feminización o masculinización no es una opción neutral.”*

## Otras consecuencias en la salud mental

---

En ocasiones se refleja en los medios una idea victimizadora de las personas trans\*, especialmente cuando son jóvenes, representándoles como pequeños héroes y heroínas que van a tener que enfrentarse a grandes dificultades en la vida, y se transmiten narrativas sobre lo dramáticas y difíciles que son sus vidas, y todas las experiencias negativas y dificultades que van a tener por el hecho de

---

<sup>1</sup> Cuando escribo esto, hace un día que se ha hecho público el fallecimiento por suicidio de Ekai, un adolescente trans\* de 16 años, que se encontraba batallando para conseguir la terapia de bloqueo hormonal que necesitaba y que no llegó para él. En 2015 fue Alan (Álvarez, 2015), de 17 años, el que se quitó la vida tras años de acoso. Son sólo algunos ejemplos de las posibles consecuencias de la transfobia.

vivir como trans\* en una sociedad que no les respeta. Sin negar que vivir una experiencia trans\* en un contexto social transfobo puede ser una experiencia desafiante y difícil, creo que si sólo atendemos a esa parte de la experiencia podemos caer, citando a Chimamanda Ngozie Adichie (2009), en “El peligro de la historia única”, transmitiendo una idea plana, unidimensional y centrada en lo negativo de las experiencias trans\*. Es por esto que también quiero reflejar aquí otros aspectos de estos procesos que pueden afectar, en muchos casos de forma positiva, a la salud mental de estas personas.

El primer y más importante aspecto positivo de este proceso es la resiliencia (Platero, 2014a), a veces muy creativa, que se puede desarrollar durante la experiencia. En muchos casos, las personas trans\* desarrollan estrategias diversas para enfrentarse a situaciones estresantes, que les servirán también en otros momentos de sus vidas.

En el caso de las personas más jóvenes, al tener que enfrentarse a situaciones emocionalmente e intelectualmente complejas, y dar respuestas a preguntas que muchas personas adultas no se hacen, es frecuente que nos encontremos con casos de madurez adelantada. Esto tiene el aspecto positivo de la adquisición temprana de habilidades que les van a servir a lo largo de la vida, pero también supone el riesgo de perderse algunos aspectos de la niñez y la adolescencia que es importante vivir.

Por otra parte, la experiencia trans\*, especialmente cuando se realiza en contacto con asociaciones y grupos de apoyo, tiene como consecuencia el desarrollo de valores positivos compartidos con una comunidad, como el respeto a la diversidad o la importancia del apoyo mutuo. En algunos casos, la propia experiencia puede vivirse desde el orgullo trans\* (Corrigan, 2013), siendo posible resaltar los aspectos positivos y enriquecedores del proceso, tanto para la persona trans\* como para su entorno. En este sentido, recuerdo por ejemplo a un chico trans\* de 16 años explicando en un grupo que se le daba muy bien acercarse a las chicas, porque él había tenido la oportunidad de estar a los dos lados del género. O a la madre de un activista trans\* explicando en un encuentro de familias cómo ella consideraba una suerte haber tenido un hijo trans\* y una hija lesbiana, porque eso le había permitido aprender, y hacerse cuestionamientos sobre el género y la identidad que no se hubiera hecho en otro caso.

## **Acompañamiento afirmativo. Herramientas para disminuir el efecto negativo del estrés de minoría**

---

### **1. Exploración de la identidad**

En algunos casos, las personas que solicitan acompañamiento tienen dudas respecto a su identidad, pero aún no han encontrado una forma de nombrarse. En este caso, nuestro trabajo consistirá en acompañar a la persona en ese proceso de exploración, intentando facilitar un entorno lo más seguro posible.

Cuando se trate de niños y niñas pequeños, en muchos casos la intervención tendrá que centrarse especialmente en las personas adultas alrededor, dados los miedos y angustias que puede generar ver que no se cumplen las expectativas de género. Es importante explicar que intentos de coartar las exploraciones en los juegos, la ropa, o la expresión de género no sólo no van a cambiar la identidad, sino que pueden producir daño (Platero, 2014b). En primer lugar, la persona percibirá que lo que quiere o le produce curiosidad es algo negativo, que está mal y no lo debería hacer, induciendo de esta forma transfobia interiorizada desde edades muy tempranas. Además, dañará el vínculo de confianza con las figuras de cuidado, de forma que posiblemente continuará la exploración, pero a escondidas. Y este daño en el vínculo puede hacer que posteriormente sea más vulnerable si recibe acoso en el colegio o instituto, porque habrá muchas menos posibilidades de que lo transmita a las personas adultas que tiene alrededor, o incluso puede ocurrir que lo perciba como algo merecido por sentir que es o está haciendo algo malo. Tenemos que tener en cuenta que tener el apoyo de las figuras de cuidado supone un factor de buena evolución en la salud mental de las personas trans\* (Wilson, 2016, Olson, 2016).

Sí podemos explicar que no todos los entornos son igual de seguros para explorar la identidad y que va a haber lugares donde esta exploración no sea entendida. A la vez que podemos trabajar activamente en facilitar entornos más seguros en colegios o institutos (Platero, 2014b) (asesorando y coordinándonos con el profesorado, haciendo formaciones o intervenciones con el alumnado), podemos negociar que la exploración se lleve a cabo por etapas, haciéndola primero en entornos que pueden ser más seguros, como la consulta, o el domicilio, e ir extendiéndola posteriormente a otros cuando la persona

se vaya sintiendo más segura. Esta estrategia se puede utilizar también en el caso de las personas adultas.

Por otra parte, no todas las personas que de pequeñas expresaron su género de una forma no normativa se identificarán como trans\* en la edad adulta (Steensma 2011), pudiendo construirse identidades a través de una identificación homosexual más adelante, o de masculinidades femeninas (Halberstam, 2008) o feminidades masculinas independientes de la orientación sexual. Aun así, a veces corremos el riesgo de hacer un “ranking de identidades” no nombrado cuando transmitimos la idea de que no todas las personas que expresan variabilidad de género en la infancia van a ser trans\*, como si esto fuera un alivio. Creo que es crucial que recordemos aquí que ninguna identidad es mejor o peor que otra, y lo importante es que cada persona realice el proceso identitario que necesite, y en el que pueda tener una vida habitable.

## 2. Acompañamiento en el proceso de compartir la identidad con otras personas

En otros casos, la persona llegará a nuestra consulta encontrándose segura de su identidad, y puede necesitar un acompañamiento para contárselo a su entorno cercano. Hemos de tener en cuenta que aunque la narrativa sobre “salir del armario” parece hacernos pensar que las personas que lo hacen tienen que hacerlo sólo una vez en la vida y para siempre, esto no es real, puesto que el proceso de “salir del armario” es continuo, y la tensión que puede suponer revelar o no la identidad se producirá cada vez que se conozca a personas nuevas, en un nuevo trabajo, en cada consulta médica a la que se acuda por primera vez, en primeras citas con una persona que nos gusta... el proceso de salir del armario es un proceso que no se cierra nunca.

Sin embargo, un primer paso importante en este proceso es el de compartir la identidad tanto con la familia de origen como con la red de afectos. Es importante que cada persona haga esto al ritmo que necesite, incluso en caso de personas muy jóvenes, muchas veces ellas mismas tienen claro a quién, cuándo y cómo van a contarle, como relata Platero en su libro “Transexualidades: acompañamiento, factores de salud y otras miradas posibles”(2014b).

Es frecuente que, cuando la persona decida comenzar a contarle, ya lleve mucho tiempo, en algunos casos años, pensando sobre su identidad y sobre sus

necesidades en relación con ella, habiendo tenido mucho tiempo para elaborar su realidad. Sin embargo, cuando se cuenta a las personas cercanas, es importante recordar que esas personas están recibiendo esta noticia por primera vez, y van a necesitar tiempo para asimilarla. En muchos casos estas personas tendrán que iniciar, especialmente en caso de padres, madres y figuras cercanas de cuidado, un proceso de duelo en el que tendrán que despedirse de algunas proyecciones que tenían sobre sus hijos e hijas, a los que por defecto (al vivir en una sociedad heteronormativa) la mayor parte de la gente imagina como cis y heterosexuales. Suele ser útil explicar el proceso de duelo a las personas con que trabajamos, para que conozcan que sus familias y personas cercanas pueden pasar por un proceso de shock, negación, enfado, tristeza y aceptación, y de esta forma disminuir la culpa que pueden sentir al ver a sus personas queridas angustiadas o preocupadas por su revelación, y que a la vez puedan ser más pacientes con ellas en este proceso, siempre que se produzca en un contexto de respeto.

Por otra parte, el proceso de “salir del armario” puede implicar tener que responder a muchas preguntas, que en algunos casos son muy íntimas. Por ejemplo, a una persona cis que acabamos de conocer nos resultaría violento preguntarle por el aspecto de sus genitales, sin embargo, es frecuente que a las personas trans\* se les pregunte en contextos de lo más sorprendentes si se los han operado o no. En muchos casos pedimos a las personas trans\* “demostraciones” de su identidad, que nunca pediríamos a las personas cis. Así, se les puede reclamar que su expresión de género siempre sea coherente con la idea que tenemos de un género concreto, reclamando por ejemplo a las chicas que vistan femeninas, se maquillen y se comporten conforme al estereotipo de la feminidad para “demostrar” su identidad, cuando posiblemente pensaríamos dos veces antes de reclamar esto a una mujer cis. También se les puede exigir que sean heterosexuales, y si no lo son que esto sea un motivo para poner en duda su identidad, cuando el hecho de que una persona cis sea homosexual no es motivo para el cuestionamiento de su identidad de género.

Por otra parte, las personas que acaban de saber de la identidad de alguien cercano, posiblemente no saben mucho sobre transexualidad, sobre los procesos que puede conllevar o sobre género, lo que puede suponer una cascada de preguntas que en ocasiones desborda a la persona trans\*, que se tiene que convertir en educadora sobre identidad de género y exponerse a diversos cuestionamientos que pueden resultar muy íntimos, de una forma que puede re-

sultar irritante y agotadora. Es importante reconocer a las personas trans\* que no tienen por qué responder a esas preguntas si no se sienten cómodas, que no es su responsabilidad educar a otras personas a no ser que lo deseen, y que es posible facilitar muchos otros recursos (asociaciones, profesionales, bibliografía...) para que sus personas cercanas comiencen a aprender sobre cultura trans\* si lo necesitan.

En el acompañamiento a las familias y personas cercanas, es importante también explicar y acompañar el proceso de duelo para que puedan manejar mejor sus emociones. También es positivo abrir un espacio para que expresen sus miedos respecto al futuro y el proceso, facilitando la información necesaria, flexibilizando las opciones del mismo, y transmitiendo que no hay un único proceso ni una única forma de ser trans\*. También es útil para trabajar con el miedo que podamos hablarles sobre referentes positivos de personas trans\* que hayan vivido sus procesos tanto dentro como fuera del sistema médico, por lo que es importante que como terapeutas los conozcamos (Missé, 2013).

Por otra parte, en muchos casos vamos a encontrar un gran componente de culpa. En el caso de las madres o cuidadoras principales, pueden sentir culpa por haberse apegado demasiado a sus hijas trans\* (acusación que se les ha hecho tradicionalmente desde las propias teorías psicológicas sobre transexualidad) o no haber sido un modelo de feminidad suficientemente bueno para sus hijos trans\*. En el caso de los padres o cuidadores principales, podemos encontrar culpa, especialmente en el caso de las chicas trans\*, por no haber sido modelos de masculinidad suficientemente buenos. En estos casos, es importante estar alerta porque, siendo la masculinidad un lugar identitario frágil, que es puesto en duda de continuo por el entorno de iguales (el primer insulto con el que intentan humillarse entre los hombres es “maricón”, que es una forma de decir “no suficientemente hombre”), y cuando desde la masculinidad hegemónica se enseña a los hombres a demostrar su masculinidad y canalizar sus emociones negativas a través de la violencia, esto puede suponer, en algunos casos, que puedan aparecer agresiones (desde verbales a en ocasiones físicas) hacia sus hijas trans\*, como una forma de imponerles masculinidad. Es importante que estos sentimientos de culpa y estas dudas sobre la competencia como referentes se puedan expresar, y que podamos trabajar sobre ellos en el acompañamiento.

En muchos casos, a partir del momento de comunicar la identidad de género, ésta se convierte en centro de la vida de la persona, desplazando otros aspectos identitarios importantes. Aun reconociendo la importancia de la ex-

perencia trans\*, es relevante que trabajemos, tanto con la persona trans\* como con su red cercana, que hay otros aspectos también relevantes de la identidad y de la vida, reconociendo y prestando atención a otros aspectos positivos de la persona, y atendiendo también a otras necesidades de la experiencia vital, de forma que el género no se convierta en central y único en su proceso. En este sentido, especialmente en el caso de menores que tengan hermanos y hermanas, hay que trabajar también para balancear la atención en la familia y que no se focalice en exceso en la persona trans\*, de forma que otros hermanos y hermanas se sientan excluidos y desatendidos en comparación (Platero, 2014b).

Desde mi perspectiva, una de las primeras cosas que podemos hacer en las primeras consultas con personas trans\* y su entorno cercano es referirles, si se sienten preparados, a asociaciones de familias y grupos de apoyo mutuo. Compartir espacios seguros con personas que están en el mismo proceso puede tener un efecto tan o más terapéutico que todo lo que podamos hacer en la consulta. Proporciona un espacio en el que sentirse acompañadas en el proceso, en el que compartir estrategias de afrontamiento para las dificultades, y muchas veces se produce un importante empoderamiento a través de la lucha por sus derechos. Además, sabemos que contar con espacios de apoyo familiar y social supone un factor de protección para los efectos del estrés de minoría (Puckett, 2016).

### 3. Los procesos médicos para las personas trans\*. Necesidades y acceso a los recursos. Acompañamiento en los cambios

Lo primero que tenemos que tener en cuenta es que, a pesar que en el imaginario colectivo los procesos trans tienen un recorrido concreto, que empieza con la revelación, pasa por la hormonación, y termina con “La Cirugía” (con mayúsculas), en la práctica esto no es cierto. Transmitir una idea del proceso como único, y en el que hay que pasar por unos pasos concretos hasta que se termina y es entonces cuando se ha “cambiado de sexo”, es erróneo y puede ser negativo, puesto que podemos crear aspiraciones o idealizaciones, especialmente la de un cambio vital dramático tras las cirugías, que no son reales, produciendo gran frustración cuando no son satisfechas. También podemos correr el riesgo de cuestionar la identidad de las personas trans\* que no quieren o no necesitan realizar alguno de estos procedimientos, o que las personas que no puedan hacerlos sientan que no han hecho una “transición completa”. O

facilitar que algunas personas paralicen sus vidas hasta que hayan terminado “la transición”. Por tanto hay varias premisas que tenemos que tener en cuenta antes de hablar de los procesos médicos:

- Hay personas trans\* que no sienten disforia, y que no necesitan realizar modificaciones en su cuerpo. Y esto no es motivo para cuestionar su identidad.
- Hay personas trans\* que pueden sentir disforia pero decidir manejarla con estrategias diferentes de las propuestas por el sistema médico (WPATH, 2012, Missé, 2013) y también hay personas que no desean los procedimientos médicos por diferentes motivos (Garáizabal, 2016).
- Hay personas trans\* no binarias que sienten diferentes grados de disforia, y pueden necesitar realizar modificaciones en su cuerpo aunque no se identifiquen como hombres o mujeres transexuales (WPATH, 2012).
- El proceso identitario trans\* es un proceso, al igual que el proceso identitario cis. La identidad se puede estructurar en mayor o menor grado, pero es un proceso dinámico que no se termina, que no se cierra en ningún momento de la vida ni para las personas cis ni para las personas trans\*. Ni mi relación con mi cuerpo ni mi expresión de género son las mismas ahora que cuando tenía 5, 15 o 20 años, ni posiblemente lo serán cuando tenga 80.
- Cada proceso trans\* es único, y cada persona puede tener necesidades diferentes, en momentos diferentes y en un orden distinto.
- Tener acceso a los procedimientos que necesitan es un factor de protección frente al estrés de minoría en el caso de las personas trans\* (WPATH, 2012), disminuyendo el sufrimiento psíquico al que pueden estar expuestas y también su exposición a las agresiones transfobas.

Algunas personas llegarán a nuestras consultas teniendo ya muy claras sus necesidades y prioridades en las mismas, pero en otros casos tendremos que acompañarlas en el proceso de explorar sus necesidades, informarse sobre los procedimientos y decidir qué necesitarán y en qué orden. En las Normas de Atención (WPATH, 2012) propuestas por la WPATH podremos encontrar una explicación detallada de todos los procedimientos médicos y no médicos disponibles, pero realizaré aquí un resumen de los mismos. Algunas personas trans\* pueden necesitar:

- a Intervenciones no médicas:
  - Terapia de voz y comunicación para ayudar a las personas a desarrollar habilidades de comunicación verbal y no verbal que faciliten la comodidad con su identidad de género.
  - Depilación a través de electrólisis, tratamiento con láser o depilación con cera.
  - Fajamiento o relleno de pechos, ocultamiento genital o prótesis de pene, relleno de caderas o glúteos.
- b Intervenciones totalmente reversibles:
  - Bloqueo hormonal en adolescentes para evitar el desarrollo puberal.
- c Intervenciones parcialmente reversibles:
  - Terapia hormonal.
- d Intervenciones irreversibles:
  - Cirugía de mamas/pecho: Mamoplastía de aumento (implantes/liporrelleno). Mastectomía subcutánea, creación de un pecho masculino.
  - Cirugía genital: penectomía, orquiectomía, vaginoplastía, clitoroplastía, vulvoplastía. Histerectomía/ovariectomía, reconstrucción de la parte fija de la uretra que se puede combinar con un metoidioplastía o con una faloplastía, vaginectomía, escrotoplastia, e implantación de prótesis testicular o para erección.
  - Intervenciones quirúrgicas no genitales y no mamarias: cirugía de feminización facial, liposucción, liporrelleno, cirugía de voz, reducción del cartílago de la tiroides, aumento de glúteos (implantes/liporrelleno), implantes pectorales, reconstrucción del cabello, y varios procedimientos estéticos.

En el caso de las cirugías genitales, es necesario saber que en muchos casos no se trata de una sola cirugía, sino que se pueden tener que realizar en varios pasos quirúrgicos en momentos diferentes. Por otra parte, es muy frecuente que los chicos trans\*, o bien porque no sientan disforia genital, porque la puedan manejar bien con otras estrategias, o porque conocen eficacia insuficiente de los procedimientos quirúrgicos genitales para ellos, no deseen someterse a cirugía genital (Coll-Planas, 2009, De la Hermosa, 2013b).

Como profesionales de salud mental, también tendremos que acompañar a las personas trans\* en el proceso de exploración de los cambios en su cuerpo

como consecuencia de los procedimientos médicos que necesiten. Aunque éstos se vivan de forma positiva y exista el deseo de hacerlos, también es necesario poder expresar la preocupación y el miedo que pueden aparecer de forma lógica al someterse a un procedimiento médico. Además, tanto la hormonación como las cirugías pueden producir cambios en el curso del deseo sexual o en las interacciones sexuales, por lo que en ocasiones será beneficioso realizar un apoyo sexológico si la persona lo necesita para explorar e integrar estos cambios en su vida sexual.

Por otra parte, es necesario saber que tanto las hormonaciones como las intervenciones genitales pueden afectar a la fertilidad de la persona, para poder valorar si hay un deseo de conservar la posibilidad de tener descendencia. En ese caso, se puede proponer el acceso a técnicas de reproducción asistida para conservar los gametos (WPATH, 2012). Además, es importante conocer las alternativas a los procedimientos estandarizados. Como se refiere en el Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a las personas trans en la ciudad de Barcelona (Garaizábal, 2016), algunas personas desean limitar la toma de hormonas por diferentes motivos (por ejemplo realizar los cambios más lentamente o poder utilizar sus genitales en las relaciones sexuales, dado que la función sexual puede verse afectada por la hormonación), y en el caso de los hombres trans\* pueden no desear realizar histerectomía, que se suele recomendar en los protocolos estandarizados por el riesgo de desarrollar cánceres de ovario como consecuencia de la exposición a testosterona. En dispositivos de asistencia como el programa *Trànsit* en Barcelona se propone que en lugar de realizar histerectomía cuando la persona no lo desee, se realice un seguimiento ginecológico preventivo de forma regular.

### Otros procesos trans\*. Procesos de resignificación del cuerpo

Respecto al discurso basado en considerar que las personas trans\* “viven en un cuerpo que no les pertenece”, promovido en muchos casos desde el propio discurso médico, en los propios colectivos está comenzando a emerger un discurso alternativo en el que se cuestiona esta idea (Missé, 2013, De la Hermosa, 2013b), señalando la realidad de que hay niños con vulva y niñas con pene. Es decir, un hombre trans\* es un hombre, y, por tanto, tenga el cuerpo que tenga ese es su cuerpo de hombre, y una mujer trans\* es una mujer y tenga el cuerpo que tenga ese es su cuerpo de mujer. Estas narrativas que en lugar de centrar la mirada en los cuerpos trans\* lo hacen en el efecto de la transfobia

como dispositivo regulador de los cuerpos, y desvinculan los caracteres sexuales y el género, están comenzando a abrir un espacio para que algunas personas puedan iniciar procesos en los que reconciliarse con su cuerpo o con partes de su cuerpo que les producían malestar. Considero que es importante que como terapeutas nos acerquemos a estas narrativas y estrategias, y que las conozcamos de forma que podamos acompañar también los procesos de las personas que deciden no realizar cambios corporales. En este caso, como señala Miquel Missé en su libro “Transexualidades. Otras miradas posibles” (Missé, 2013), es importante conocer referentes positivos de personas que ya están abriendo estos caminos, a los que él dedica un capítulo completo del libro.

Aunque considero importante conocer esta narrativa, que puede ser liberadora para muchas personas y permitirles un proceso de construcción de la identidad y reconciliación con el cuerpo diferente al que proponen los procesos médicos, este proceso (al igual que el médico) no está exento de dificultades en relación con la transfobia. Creo que es importante recordar que, de la misma forma que no podemos imponer el proceso médico a las personas que no lo desean, tampoco podemos como profesionales intentar imponer esta otra narrativa a las personas que necesitan los procedimientos médicos. Ambos procesos son formas diferentes de construir vidas habitables en una sociedad transfoba, y ambos tienen sus ventajas y dificultades, pero es importante recordar que cada persona necesitará un proceso diferente, quizá en momentos diferentes, y ninguno es mejor que otro si sirve para facilitar la vida.

### **Acompañamiento a personas trans\* con diagnósticos de trastorno mental**

---

En algunos casos puntuales, me he encontrado en mi práctica clínica personas trans\* cuyas experiencias se habían patologizado por parte de profesionales de salud mental, recibiendo diagnósticos de trastornos en lugar de un reconocimiento de su identidad. Entre los más frecuentes estaría el diagnóstico de esquizofrenia (al interpretar la identidad no normativa como una idea delirante), el trastorno límite de personalidad en los chicos trans\* y el trastorno histriónico de personalidad en las chicas trans\*. Sin embargo, aunque se pueda dar el caso de que las experiencias trans\* sean patologizadas de forma inadecuada y esto es

algo con lo que tengamos que estar alerta, al igual que en la población general, también hay personas trans\* que tienen problemas de salud mental.

Además de cuadros derivados de las consecuencias del estrés de minoría (depresión, ansiedad, consumo de tóxicos...), también he encontrado personas trans con esquizofrenia y síntomas graves de estrés postraumático complejo, y en estos casos surgen muchas dudas sobre cómo realizar el abordaje, y sobre qué hacer si estas personas necesitan y demandan procedimientos médicos.

Las Normas de Atención de la WPATH son claras en este sentido: un diagnóstico de salud mental no supone un motivo para cuestionar la identidad, ni tampoco para la exclusión de los procesos médicos cuando la persona los necesite. Tampoco lo es el hecho de que la persona se encuentre institucionalizada (WPATH, 2012).

El hecho de que la existencia de problemas graves de salud mental sirva en algunos casos para poner en duda la identidad de género puede suponer un aumento del estrés, angustia y malestar que vive una persona cuando se le niega el reconocimiento y la expresión de su identidad, pudiendo empeorar este estrés añadido los propios síntomas del problema mental.

Por otra parte, que el profesional de salud mental no reconozca la identidad puede afectar gravemente a la confianza necesaria para crear y mantener un vínculo terapéutico. En mi experiencia, el reconocimiento de la identidad y el acompañamiento en el proceso de identificar las necesidades respecto a la misma y el acceso a los recursos necesarios para atenderlas no sólo mejora el vínculo terapéutico, sino que muchas veces favorece la estabilización y mejoría de los síntomas de salud mental (Avery, 2001, Mizock, 2011). Por tanto, será importante que incorporemos también como terapeutas herramientas para acompañar a las personas trans\* que tengan estos diagnósticos.

Dentro de los posibles recursos a los que una persona trans puede necesitar acceder en su proceso hay algunos, como las hormonaciones o las cirugías, que requieren una responsabilidad en el autocuidado que en caso de descompensación de síntomas psicopatológicos se podrían ver dificultadas. En este caso, es importante explicar esto a la persona, y trabajar conjuntamente en conseguir la estabilidad necesaria, además de realizar un acompañamiento más estrecho si fuera necesario durante los mismos (WPATH, 2012). En todo este proceso será imprescindible la coordinación de los equipos que realicen las intervenciones médicas y los que realicen el seguimiento en salud mental, produciéndose una comunicación fluida entre ambos que facilite el acompañamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adichie, Chimamanda Ngozi. (2009). *Chimamanda Adichie: El peligro de la historia única*. TED Talk. Recuperado de: [https://www.ted.com/talks/chimamanda\\_adichie\\_the\\_danger\\_of\\_a\\_single\\_story/transcript?language=es](https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story/transcript?language=es).
- Álvarez, Rafael J. (2015). *Acosaron a Alan desde los 14 años, su suicidio es un crimen social*. El Mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/sociedad/2015/12/30/5682ca5322601d8c-0f8b4632.html>.
- Asociación Española de Transexuales AET-Transexualia. (2018). Recuperado de <http://transexualia.org>.
- Asociación Estatal HT El Hombre Transexual. (2018). Recuperado de <http://www.elhombre-transexual.es>.
- Avery Anna M, Hellman Ronald E, Sudderth Lori K. (2001). Satisfaction with mental health services among sexual minorities with major mental illness. *Am J Public Health*, 91(6),990-1.
- Bergero-Miguel Trinidad, García-Encinas María A, Villena-Jimena Amelia, Pérez Costillas Lucía, Sánchez-Álvarez Nicolas, de Diego-Otero Yolanda, et al. (2016) Gender Dysphoria and Social Anxiety: An Exploratory Study in Spain. *J Sex Med*,13(8), 1270-8.
- Butler, Judith. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Claes Laurence, Bouman Walter Pierre, Witcomb Gemma, Thurston Megan, Fernandez-Aranda Fernando, Arcelus Jon. (2015). Non-Suicidal Self-Injury in Trans People: Associations with Psychological Symptoms, Victimization, Interpersonal Functioning and Perceived Social Support. *J Sex Med*, 12(1),168-79.
- Coll Planas Gerard, Missé Miquel. (2009). *Diagnóstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona*. Instituto de gobierno y políticas públicas. Barcelona: Bellaterra.
- Connolly Maureen, Zervos Marcus J, Barone Charles J, Johnson Christine C, Joseph Christine LM. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolescent Health Off Publ Soc Adolesc Med*, 59(5),489-95.
- Corrigan Patrick W, Kosyluk Kristin A, Rüsch Nicholas. (2013). Reducing self-stigma by coming out proud. *Am J Public Health*, 103(5),794-800.
- Chrysallis. Asociación de Familias de Menores Transexuales. (2018). Recuperado de <http://chrysallis.org.es/>.
- De la Hermosa, Marina. (2013a). Repensando los orígenes de la disforia de género. *Rev Estud Juv*, 103. 33-50.

- De la Hermosa Marina, Rodríguez Vega Beatriz, Polo Usasola Cristina. (2013b) Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero. *Norte de salud mental* 45(11),13-22. Recuperado de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/664668>.
- Familias Transformando- Colectivo LGTB+ de Madrid (2018). Recuperado de <http://www.cogam.es/familias-transformando/>.
- Florenciapmarano. (2013). *Real life test- Test de la vida real*. Youtube. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=yrgrZ0R\\_-3U](https://www.youtube.com/watch?v=yrgrZ0R_-3U).
- Garaizábal, Cristina. (2016). *Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona*. Ayuntamiento de Barcelona.
- Halberstam Judith. (2008). *Masculinidad femenina*. Barcelona: Eagles.
- Haraway, Donna J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Herman Judith. (2004). *Trauma y recuperación: como superar las consecuencias de la violencia*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Espasa.
- Información práctica- Programa LGTBI de la Comunidad de Madrid (2018). Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1142615119862&cidConsejeria=1109266187278&cidListConsej=1109265444710&pagenome=ComunidadMadrid%2FEs%2Festructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142615119862&cidConsejeria=1109266187278&cidListConsej=1109265444710&pagenome=ComunidadMadrid%2FEs%2Festructura).
- Kattari, Shana, Walls, N Eugene, Speer, Stephanie Rachel y Kattari Leonardo. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Soc Work Health Care*, 55(8). 635-50.
- Labelle, Sophie. (2018). Assigned male. Tumblr. Recuperado de <http://assignedmale.tumblr.com/?og=1>.
- Llopis, María. (2017). *Construcciones identitarias. Work in progress*. Barcelona: Bellaterra.
- Meyer, Ilan H. (1995) Minority stress and mental health in gay men. *J Health Sc Behav*, 36(1). 38-56.
- Missé, Miquel. (2013). *Transexualidades: otras miradas posibles*. Barcelona: Editorial Eagles. Colección G.
- Missé, Miquel, Coll-Planas, Gerard, editores. (2010). El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Eagles. Colección G.
- Mizock Lauren, Fleming Michael Z. (2011). Transgender and gender variant populations with mental illness: Implications for clinical care. *Prof Psychol Res Pract*, 42(2),208-13.
- Olson Kristina R, Durwood Lily, DeMeules Madeleine, McLaughlin Katie A. (2016). Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*,137(3), e20153223.
- Platero Méndez R (Lucas). (2014a). La agencia de los jóvenes trans\* para enfrentarse a la trans-fobia. *Rev Int Pensam Político*, 2014(9),183-93.

- Platero Méndez, R (Lucas). (2014b). *Transexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra.
- Puckett Jae A, Surace Francisco I, Levitt Heidi M, Horne Sharon G. (2016). Sexual Orientation Identity in Relation to Minority Stress and Mental Health in Sexual Minority Health. *LGBT Health*, 3(5),350-6.
- Qureshi Burckhardt, Adil, Collazos Sánchez, Francisco. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles Psicólogo*, 27(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=77827107>.
- Reisner Sari L, White Hughto Jacelyn, Gamarel Kristi E, Keuroghlian Alex S, Mizock Lauren, Pachankis John. (2016). Discriminatory Experiences Associated With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Transgender Adults. *J Couns Psychol*, 63(5). 509-19.
- Steensma Thomas D, Biemond Roeline, de Boer Fijgje, Cohen-Kettenis Peggy T. (2011). De-sisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 16(4),499-516.
- Tomicic Alemka, Gálvez Constanza, Quiroz Constanza, Martinez Claudio, Fontbona Jaime, Rodríguez Juliana, et al. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev Médica Chile*, 144(6),723-33.
- Vocks Silja, Stahn Catharina, Loenser Kerstin. (2009). Eating and Body Image Disturbances in Male-to-Female Transsexuals. *Arch Sex Behav*, 38(3), 364-77.
- Wilson Erin C, Chen Yea-Hung, Arayasirikul Sean, Raymond H Fisher, McFarland Willi. (2016). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans\*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. *AIDS Behav*, 20(10),2203-11.
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Normas de atención para la salud de las personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de [http://www.wpath.org/site\\_page.cfm?pk\\_association\\_webpage\\_menu=1351](http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351).

## 6. PEDAGOGÍAS DE LA DIVERSIDAD EN SALUD. DIÁLOGOS ENTRE ACTIVISMOS TRANS E INTERSEX Y DISCIPLINAS PSI<sup>1</sup>.

(S.) García Dauder.

### **Introducción: Los movimientos sociales *transforman* la salud mental**

Frente a una visión de ciencia neutra, libre de valores y ajena a lo político, algunas investigaciones han descrito el papel de los movimientos sociales como correctivos epistémicos en salud, identificando campos de ignorancia y ciencia sin hacer -quizá el ejemplo más paradigmático sea el descrito por Epstein (1996) respecto a los activismos en la lucha contra el SIDA. En el ámbito de la salud mental, el feminismo o los movimientos por la diversidad sexual son claro ejemplo de ello, defendiendo la despatologización de malestares producto de desigualdades de género o de variaciones respecto a normas de sexo/género/deseo. En ese sentido, estos movimientos han contribuido a una ciencia no solo más objetiva sino más justa socialmente, a veces provocando auténticos cambios de paradigma (García-Dauder y Pérez Sedeño, 2017).

A partir de los años 70, algunas autoras contribuyeron al paso de la “psicología construye la mujer y lo femenino, al feminismo re-construye la psicología” (Kitzinger, 1993). A finales del siglo XX y principios del XXI, podemos hablar de otro cambio de enfoque: de analizar cómo la psicología o psiquiatría tratan la transexualidad y la intersexualidad como objetos de estudio, a cómo los activismos relacionados con dichas categorías ofrecen herramientas teó-

<sup>1</sup> Este trabajo se integra dentro del Proyecto de Investigación “Epistemologías feministas y activismos en salud: prácticas, cuidados y saberes emergentes en contextos biomédicos” (FEM2016-76797-R), financiado por el MEC y dirigido por Carmen Romero Bachiller.

rico-políticas que cuestionan y ponen a prueba a las propias disciplinas (sus conceptos, teorías, formas de intervención, etc.) colocadas éstas como objetos de estudio. Producto de dicho ejercicio crítico, movimientos como el surgido por la despatologización trans o el activismo intersexual están presionando para que los profesionales de la salud conozcan y reconozcan la diversidad corporal y sexual y adopten otras miradas clínicas no patologizadoras. No solo eso, que se cuestionen su rol histórico y todavía vigente en el control y vigilancia de “tránsitos” y “ambigüedades” de sexo/género, en el diagnóstico de algo tan íntimo como el sexo sentido de una persona y su tremendo poder como peritos, cuyas decisiones y firmas determinan procesos vitales (García-Dauser, 2016). Que los profesionales de la salud mental se cuestionen, en definitiva, sobre quién están interviniendo en nombre del “malestar”, medicalizando a quien lo sufre y no actuando sobre quién o qué lo produce. Con ello, estos activismos presionan para que la propia noción de salud mental como ajuste a la norma se modifique y se asocie en cambio con la apertura normativa; y, del mismo modo, la “patología” no se entienda como desviación de la norma sino como rigidez o imposibilidad de afrontar la variabilidad. Desde estas miradas, el papel de los profesionales de la salud mental ya no sería el diagnóstico obligado o la terapia individual desde el paradigma de la patología, sino el acompañamiento en procesos (en caso de ser demandado) y fundamentalmente el trabajo comunitario y pedagógico para crear entornos más saludables respecto a las diversidades (Garaizábal, 2010; Global Action for Trans Equality, 2011; Missé, 2013; Platero, 2014).

Por otro lado, la función de estos movimientos no ha sido solo reivindicar derechos y demandar cambios en la atención, o colaborar con los profesionales en sus investigaciones, sino también *producir conocimiento* propio. Un conocimiento híbrido entre experiencia y experticia -lo que se ha denominado “activismo basado en la evidencia” (Akrich, 2010)- que entra en diálogo con las disciplinas, en procesos de intercambio desiguales, pero que puede con el tiempo -como ya hemos señalado- transformar paradigmas. Hay mucha potencialidad de conciencia y conocimiento desde la “incomodidad” con las normas de sexo/género y, al revés, mucha ceguera desde posiciones normativas que naturalizan sus condiciones (Ahmed, 2015). Como señalaron Kessler y McKenna (1978: 114), “es más fácil para nosotros ver que la persona transexual ‘hace’ (logra) el género que ver este proceso en las personas no transexuales. La construcción de género del transexual es auto-consciente. Hacen evidente

lo que los no transexuales se supone hacen ‘naturalmente’”. Lo interesante aquí es cómo desde estas posiciones experienciales de “fuera de lugar”, se ha producido una toma de conciencia y un conocimiento más amplio y riguroso sobre procesos relacionados con el sexo (en el sentido de cuerpos sexuados), la identidad de género, las expresiones de género o la sexualidad. Es desde dicho conocimiento, que se demandan cambios en las concepciones de la psicología o la psiquiatría “tradicional”, para que contemplen de forma positiva la diversidad de experiencias y realidades sexuales, las cuales no se pueden desconocer, ignorar o patologizar. El mensaje es que *la variabilidad importa, y la excepción no confirma la norma, debería obligar a ampliarla dentro de una concepción más compleja y diversa de la realidad.*

Se trata de mostrar la amplia diversidad de formas corporales, subjetivas y sociales de habitar las categorías de género que rebasan el dualismo (a pesar del lenguaje y las normas sociales). Y hacer evidente que las líneas o fronteras que separan las categorías dualistas hombre/mujer no están tan claras en términos de cuerpos, conductas, subjetividad, apariencia, etc. Lo que se demanda es una mayor pedagogía de la diversidad en las ciencias sanitarias –y en la sociedad en general- para que sus profesionales no causen daños iatrogénicos por una atención desapegada de lo social. También para que las familias conozcan y acepten el amplio abanico de diversidades corporales y de sexo/género/deseo y sufran menos con las diferencias. Además, como señalábamos, dicho conocimiento no atañe solo a las personas que se salen de las normas, ayuda a comprender y tomar conciencia de cualquier proceso de construcción de género.

Lo que a continuación se pretende exponer son los desplazamientos que estos activismos por la diversidad corporal y sexual –ya sean feministas, queer, trans o intersex, en sus diferentes manifestaciones- están planteando a las disciplinas relacionadas con la salud mental respecto a las nociones de cuerpos sexuados, identidad de género, expresión de género o sexualidad. Especialmente nos centraremos en las “lecciones” de la intersexualidad y de la transexualidad (Kessler, 1998), aunque no solo<sup>2</sup>. Las fundamentales: romper con el dualismo

<sup>2</sup> Las experiencias de sexo/género de personas transexuales e intersexuales son diferentes. En el primer caso, se trata más bien de una cuestión identitaria, de no sentir su identidad de género en función del sexo asignado; mientras que el segundo alude más bien a la diversidad corporal respecto a características sexuales. Ambos, no obstante, tienen en común vivir el estigma y las violencias de los dualismos de sexo/género y sus normatividades.

de sexo/género, la idea de que solo existen dos sexos anatómicos por naturaleza y dos identidades de género alineadas (hombre/mujer); que cada cual solo pertenece a uno de ellos y que dicha pertenencia es permanente y se establece en los primeros años de vida de forma fija; que el sexo al que se pertenece está determinado biológicamente y de forma inequívoca; y que la identidad de género es la constatación psíquica de dicha realidad biológica y no un proceso de devenir y elección de la propia persona (Garfinkel, 1968; Kessler y McKenna, 1978; Ozar, 2006; García-Dauser, 2016).

## **Pedagogías de la diversidad en salud (I)**

---

### **La multiplicidad de cuerpos sexuados**

La biología es más diversa y compleja que la idea de dos sexos claramente establecidos, y esto ocurre en todas las especies, no solo la humana. La pertenencia a uno u otro sexo no se reduce a tener atributos claros de hombre/mujer, macho/hembra. Ello implica reconocer la realidad del “sexo múltiple” (Mol, 2002), compuesto de diferentes componentes que no siempre responden a un dualismo ni están alineados unos con otros: desde los cromosomas, a las hormonas, las gónadas, la anatomía genital, las características sexuales secundarias, etc.

Pero, ¿qué es esa cosa llamada sexo? ¿Quién y cómo se decide el sexo de una persona? ¿En qué criterios basamos la afirmación “es un varón” o “es una mujer”? ¿Realmente solo hay dos sexos por naturaleza? ¿Qué es eso de lo natural? Una de las lecciones de la intersexualidad ha sido explorar la realidad caleidoscópica del “sexo múltiple” y deconstruir esa aparente unidad incuestionada dentro de un dualismo “natural” (García-Dauser, 2016).

Uno de los primeros criterios a los que se suele aludir cuando se establece la naturalidad del sexo es el *cromosómico*: solo existen dos sexos, varón-mujer, macho-hembra, XY-XX. ¿Pero realmente esto es así por naturaleza? ¿Por qué se les llama cromosomas sexuales? ¿Son los cromosomas sexuales específicos de los humanos, qué pasa con el resto de las especies? ¿Se corresponden en todos los casos a varón-macho (XY) o mujer-hembra (XX)? “El conocimiento

de diferentes modelos de diferenciación sexual y determinación del sexo en el reino animal obliga a rechazar cualquier generalización del modelo XX-hembra/XY-macho o de la existencia de cromosomas sexuales” (Barral y Delgado, 1999: 134). Como describen estas autoras, los diferentes modelos van desde la diferenciación celular individual de los insectos (cada célula tiene su sexo genético y por tanto en el mismo ejemplar hay células masculinas y femeninas); hasta algunos animales (gusanos o lagartos) donde los activadores de la diferenciación sexual no son genéticos sino ambientales. Por otro lado, en algunas aves, reptiles o peces, el patrón de los “cromosomas sexuales” es diferente al humano. Por poner un ejemplo, el gallo de pelea (curiosamente metáfora humana de virilidad) es ZZ, es decir, responde al par simétrico cromosómico que sería el correspondiente a la hembra humana. En el caso de los peces payaso (Nemo para reconocerlos), todos los alevines son machos, pero tienen la facultad de convertirse en hembras, lo hace el de mayor tamaño para convertirse en la hembra dominante en su grupo. Al pez mero le pasa lo contrario: inicialmente son hembras, pero al madurar desarrollan órganos masculinos. Y podríamos seguir...

En definitiva, si entendemos por naturaleza el resto de las especies no humanas, la diferenciación sexual no sigue un modelo genético en todas, nos encontramos además con una gran variabilidad cromosómica natural, ni siempre dualista ni siempre estable, y a veces opuesta al patrón sexual cromosómico humano (Barral y Delgado, 1999).

En el caso de los humanos, ¿una persona que se identifica como mujer deja de serlo por tener cromosomas XY?<sup>3</sup> ¿Cuántas personas conocemos nuestro cariotipo? ¿Hasta qué punto es determinante para identificarnos como varones o mujeres? ¿Cambiaría nuestra percepción subjetiva de sentirnos varones o mujeres descubrir que tenemos un cariotipo diferente al presupuesto según nuestro sexo asignado? Hay criaturas XX que en su desarrollo se van sintiendo niños y, a la inversa, XY que se van sintiendo niñas o niña-niño (ni una cosa ni la otra o las dos). También hay niñas que descubren en la adolescencia que son XY porque

<sup>3</sup> En algunas experiencias de mujeres con insensibilidad a los andrógenos se repite la siguiente situación: tras una visita al ginecólogo en la adolescencia a causa de una amenorrea y consecuentes pruebas de cariotipo, el médico tras descubrir que la joven tiene cromosomas XY le plantea, “Ahora tendrás que decidir si quieres ser un hombre o una mujer”. Como si, tras 16 o 18 años de identidad femenina clara, los cromosomas de repente fueran a cambiar su sentir. La duda ignorante sobre la identidad de estas mujeres es sentida como una violencia médica innecesaria.

son insensibles a los andrógenos<sup>4</sup>. Es importante mostrar a menores y adultos esta variabilidad de los cuerpos sexuados, que se puede ser niña o mujer XY y que ello no es una anomalía, sino el reflejo de la diversidad cromosómico-corporal.

Por otro lado, en los humanos también existe variabilidad más allá de la opción presentada como natural XX ó XY. ¿Qué pasa con XXY, XX0, XYY, XXX? ¿Por qué en el argot médico se habla de “síndromes con cariotipo quimera” a patrones cromosómicos que genera la propia naturaleza? ¿Qué efectos performativos tiene el lenguaje científico con dichas expresiones.

Por otro lado, la naturalidad del dualismo sexual se ha asentado también en las *hormonas* sexuales segregadas por las gónadas. Pero, de nuevo, ¿por qué se les llama hormonas “sexuales” a la testosterona o a los andrógenos (como masculinas) y a los estrógenos y la progesterona (como femeninas)? ¿Son específicas y únicas de cada sexo? Sabemos que no, las mujeres tienen testosterona y los varones estrógenos, ¿cuáles son los niveles hormonales que establecen los límites de la frontera dualista? Por otro lado, ¿por qué no llamarlas simplemente hormonas esteroides si su función no es meramente sexual? (sirven para otras funciones como el crecimiento, la diferenciación celular, etc.). En el libro *Cuerpos sexuados*, Fausto-Sterling (2006) se pregunta si existen realmente las “hormonas sexuales” y contextualiza en las primeras décadas del siglo XX la producción de la ideología sexual dualista de las hormonas.

¿Existe una conexión causal y directa entre hormonas, cerebro y género o intervienen más factores incontrolables? Según la hipótesis de la organización hormonal-cerebral, los andrógenos prenatales causan diferencias sexuales en el cerebro que, subsecuentemente, causan diferencias sexuales en conductas. Dicha tesis ha despertado todo tipo de investigaciones sobre mujeres XX con hiperplasia suprarrenal congénita (HSC)<sup>5</sup>, una condición intersexual donde el

<sup>4</sup> En el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, al ser el cuerpo resistente a dichas hormonas desarrolla características físicas asociadas a mujer: ausencia de vello, pechos, clitoris, etc. (si bien también están presentes testículos internos). En la mayoría de los casos, la identidad de estas personas se desarrolla como mujer (y en muchos no se detecta el cariotipo XY hasta la adolescencia, cuando se acude a consulta por no venir la regla).

<sup>5</sup> Se trata de una condición transmitida genéticamente, que afecta a la síntesis adrenal de cortisol e incrementa la producción de andrógenos. Su forma clásica implica una grave pérdida de sal al nacer. La HSC se puede dar tanto en bebés XY como XX. En estos últimos, los altos niveles de testosterona en el útero causan varios grados de “masculinización” genital (medidos en función de la llamada “escala de Prader”), por ello un cuarto de estos casos son asignados inicialmente como varones (generalmente, cambiando luego la asignación en cuanto se conoce el cariotipo y la condición). La condición también suele producir una maduración física prematura y otros cambios corporales.

exceso de andrógenos en la etapa prenatal “masculiniza” los genitales e impregna y “organiza” el cerebro (utilizando el lenguaje de los defensores de dicha teoría). Así, si las chicas con HSC muestran rasgos masculinos en su crecimiento (en identidad, comportamientos, habilidades cognitivas u orientación sexual), a pesar de sus cromosomas XX y de su educación como mujeres, ello demostraría la determinación hormonal-cerebral del sexo.

Son muchas las críticas que se han hecho a este tipo de investigaciones. La primera, la obsesión de los investigadores, rayando límites éticos, por estas chicas<sup>6</sup>, por otro lado ya estigmatizadas por sus procesos de medicalización (Liao, 2005). En segundo lugar, el no tener en cuenta otras variables posnatales que pueden afectar a su desarrollo psicosexual y a su vivencia corporal de género: otros efectos fisiológicos de la HSC relacionados con el género, como la estatura corta, sobrepeso, vello y que a su vez afectan a la imagen corporal de las niñas; los intensivos y a veces traumáticos procesos de medicalización –incluidas las dudas sobre el sexo del bebé en los primeros días-, con una vigilancia y control excesivos sobre su desarrollo psicosexual; los efectos directos de su morfología sexual –estén operadas o no- sobre su sexualidad<sup>7</sup> y las expectativas de masculinización desde las cuales médicos, investigadores y familiares filtran su percepción sobre las conductas de las chicas (Jordan-Young, 2012). A ello se le suma la diversidad de resultados respecto al desarrollo de la identidad de género de bebés XX con HSC<sup>8</sup>, la no publicación de investigaciones con resultados negativos respecto a

<sup>6</sup> Como ha señalado Liao (2005), “las chicas con Hiperplasia Suprarrenal Congénita han capturado especialmente la imaginación de los psicólogos” para demostrar cómo las hormonas controlan el género. Por motivos de espacio no podemos citar el amplio número de referencias en esta línea. Decir que las publicaciones han variado de estudiar identidad de género, rol de género y orientación sexual en chicas con HSC (comparadas con grupos control) a todo tipo de variables cognitivas y psicosociales donde se presume existe un estilo masculino y otro femenino: juegos, ocupaciones, habilidades mecánicas, espaciales, etc. Dentro de los autores más reincidentes, destacan Sheri Berenbaum y Michael Bailey, los cuales llegaron incluso a idear el “proyecto tomboy” (Bailey, Bechtold y Berenbaum, 2002).

<sup>7</sup> La mayoría de estas chicas –en función del grado de “masculinización genital”- son sometidas a cirugías de “normalización” de clítoris y a vaginoplastias (mínimo dos cirugías en infancia y adolescencia). Dichas cirugías genitales implican daños en los nervios y pérdida de sensibilidad. Ello, unido a inspecciones médicas de genitales rutinarias (control sobre el crecimiento del clítoris, también dilataciones vaginales), puede contribuir a problemas sexuales importantes.

<sup>8</sup> La gran mayoría de bebés XX son criados como niñas por sus padres y desarrollan una identidad de género segura como mujeres, no obstante, los casos de desarrollo de identidad de género masculina o insatisfacción con el sexo-género asignado –tratados a veces como “disforia de género”- son más altos que en la población XX sin HSC (Zucker, 2006)..

diferencias con chicas sin hiperplasia; y las críticas a los constructos hipotéticos de masculino/femenino cuando se asignan a conductas, juguetes, profesiones, etc., cambiantes en el tiempo y dependientes del significado cultural<sup>9</sup> (Liao, 2015). En la mayoría de las investigaciones, tampoco se especifican los entornos en los que se eligen los grupos control de chicas sin HSC con las que son comparadas (lo cual puede sesgar en gran medida los resultados), ni tampoco interesa la masculinidad de niñas sin HSC. Las tipologías de masculino y femenino se tornan nebulosas y obsoletas en las sociedades actuales, caracterizadas por lo que Marcela Lagarde (2011) ha denominado el “sincretismo de género”; más que rasgos de las personas, deberían ser consideradas como construcciones sociales –“culturas de género” en términos de Lagarde- incorporadas como naturales en el “discurso común” y, acriticamente, también en el científico (Liao, 2015). En definitiva, las investigaciones sobre HSC invocadas como evidencia para apoyar la tesis de que las hormonas esteroides en el útero conforman el “género cerebral” en humanos, son bastante cuestionables y adolecen de importantes sesgos.

Si cambiamos de escenario, el mundo del deporte lleva controlando el sexo de las deportistas mujeres durante años (en concreto, desde la Guerra Fría), mediante los llamados “test de verificación de sexo” o de “feminidad”. La medicina deportiva ha pasado de basar el “sexo verdadero” de las deportistas en criterios anatómicos (mediante humillantes inspecciones de los cuerpos de las atletas), a criterios cromosómicos<sup>10</sup> mediante la prueba del gen SRY, a, en la actualidad, criterios hormonales: ahora son los niveles de testosterona “aceptables” en una mujer, el criterio que marca la frontera entre un sexo u otro (bajo el argumento de la “ventaja competitiva”) (García Dauder, 2011). El hecho de que estén cambiando constantemente las normativas deportivas a este respecto y la controversia continúe, no es más que un ejemplo de hasta qué punto ni cromosomas ni hormonas pueden establecer la frontera que separa un dualismo socialmente construido: el límite biológico entre varón/mujer. De nuevo, es preciso visibilizar la diversidad hormonal de mujeres y varones y, cuando nos encontramos con cuerpos que rompen la norma (como en mujeres con HSC), no cuestionar el estatus sexual de la persona, sino ampliar la categoría mujer para que incluya otras realidades existentes.

<sup>9</sup> Las investigaciones muestran diferencias de cohorte en lo que es considerado masculino y femenino (por ejemplo en juguetes) y en los propios resultados (Jordan-Young, 2012).

<sup>10</sup> Los cuales fueron cambiados gracias a la lucha de la atleta española María José Patiño.

Cambiando de componente, si buscamos el límite entre los sexos en el sexo *gonadal*, en función de si existen ovarios o testículos, nos encontramos con el mismo problema. La configuración de los órganos reproductivos internos no responde a patrones dualistas en todas las especies. De nuevo, la naturaleza animal nos muestra su diversidad, los caracoles con tejido ovárico y testicular son un ejemplo de ello. No solo eso, ¿hasta qué punto tener testículos u ovarios es un determinante del sexo? ¿La extirpación de dichos órganos supone la desexualización de las personas? O, por otro lado, ¿mujeres con insensibilidad a los andrógenos con testículos internos dejan de serlo por ello? ¿O se trata de diversificar nuestra idea corporal de mujer? De nuevo, es necesario visibilizar la diversidad de cuerpos: hay chicos trans que tienen la regla y chicas trans y no trans (como chicas con insensibilidad a los andrógenos) que no tienen que andar con compresas, tampones o copas menstruales. Igual que hay mujeres que pueden tener biológicamente hijos y otras que no. También hay personas, aunque pocas, que tienen tejido ovárico y testicular a la vez, independientemente de que luego se sientan niñas o niños o niñas-niños.

Si la frontera natural del dualismo sexual no puede asentarse en los cromosomas, ni en hormonas ni en gónadas, podemos pensar que la definición esencial de varones y mujeres se basa en su *anatomía*, en concreto, en la anatomía genital. Pero, ¿está claro que la morfología genital (clítoris y vagina, por un lado, o pene, por otro) y las características sexuales secundarias (pechos, vello, etc.) son las marcas naturales del dualismo sexual? ¿Debería basarse la asignación sexual en la morfología genital? ¿Qué pasa cuando no está clara la asignación sexual a partir de la misma o cuando no se corresponde con la identidad de género sentida? Existen niñas con pene y niños con vagina y clítoris. Y son perfectos. Es más, la diferencia morfológica entre un clítoris y un pene depende de niveles de testosterona antes del nacimiento y, aunque nos empeñemos en reducirlo a dos formas, la distancia entre ambos puede representarse mejor por un continuo, con formas diversas (hay muchos penes y muchos clítoris, de diferentes tamaños y formas y no siempre tan claramente distinguibles).

Con influencias del psicoanálisis, en los años 50-60 el psicólogo médico John Money estableció el combinado “educación de género+genitales” acordes al sexo asignado como la base de una identidad de género segura. No solo eso, desarrolló un protocolo de urgencia psicosocial para aquellos nacimientos de bebés intersexuales con genitales “ambiguos”, donde la asignación sexual no estaba clara, y “naturalizó” en la práctica médica las cirugías de normalización

genital (Money, Hampson y Hampson, 1955). De esta forma, el sexo genital se convertía en el protagonista de la realidad del sexo. Money utilizaba el tamaño del falo para determinar el sexo del recién nacido en caso de genitales diversos. Lo que Kessler (1998) y Fausto-Sterling (2006) han denominado irónicamente la “falométrica”, establecía que un bebé con un falo menor de 2,5 centímetros se consideraba médicamente inaceptable como varón, asignándole el sexo mujer. De esta forma, lo que antaño pudiera ser un “micropene” se convertía ahora en un “megaclítoris” (según los términos médicos utilizados). Así, los genitales intactos, naturales, eran resignificados como “inacabados” o “deformes” para justificar intervenciones hormonales y quirúrgicas que corrijan la “anomalía” sexual (de nuevo, según el argot médico). Pero, ¿cuál es el tamaño “normal” del pene y del clítoris? ¿Quién lo establece? ¿Definen los genitales el sexo de una persona? ¿Resulta necesario “corregir” anatómicamente los genitales de un menor y adaptarlos a los estándares normativos? ¿Es realmente necesario para conseguir una identidad de género “sana”?

Una mujer puede no tener vagina, de la misma forma que una mujer puede tener pene. Ambas pueden sentirse subjetivamente como mujeres más allá de su morfología genital. Y otras personas pueden des-identificarse con ser mujeres o varones, sentirse las dos cosas o ninguna, y tener una anatomía genital “estándar” de varón o de mujer. En definitiva, genitales no determinan identidad de género. Pero, ¿cómo comunicar y representar la diversidad genital para que los padres de un bebé con genitales que no responden a la norma no sientan una angustia tal como para plantearse su corrección quirúrgica? ¿Cómo educar para que no se rechace socialmente la diversidad corporal? ¿Cómo acompañar a las personas que se viven el rechazo social hacia las diferencias? De nuevo, es necesario comenzar a visibilizar la diversidad de realidades genitales en hombres y en mujeres y ampliar nuestra concepción corporal de dichas categorías. Evitaremos así que un niño sienta miedo o rechazo de su propio cuerpo, o que sienta que su cuerpo o su identidad son un error. Es más, contribuiremos a eliminar el miedo, el rechazo o el odio a lo inesperado corporalmente; porque la “normalidad” hiere y el precio de no visibilizar de forma positiva la diversidad es la corrección médica de la diferencia. Bajo la fórmula sexo=genitales (*“los niños tienen pene, las niñas tienen vulva”*) se prescribe la norma estadística como “deber ser” y se aboca al plano de la inexistencia, con el dolor que ello produce, a la gran diversidad de personas, niños y adultos, cuya identidad de género claramente no está determinada por

sus genitales (tampoco lo está en el resto, si bien probablemente nunca se lo hayan planteado).

Por último, si nos centramos en las características sexuales secundarias, un hombre puede tener pechos y una mujer barba<sup>11</sup> (igual que hay chicas con voces graves y chicos con voces agudas), y no dejan de serlo por ello. El problema es que la presión social es tan fuerte que muchos deciden disimularlos o quitárselos. Sabemos que la depilación láser existe porque lo natural es el crecimiento de vello en las mujeres. Pero cómo trabajar colectivamente para que niñas, adolescentes y mujeres con pelo visible en el cuerpo no lo sientan como una “anomalía” que debe ser eliminada o que amenaza su identidad femenina; y, sobre todo, cómo educar para que la sociedad no lo rechace. En definitiva, cómo formar a una sociedad en la diversidad corporal para ampliar los criterios de reconocimiento y eliminar el rechazo y la violencia hacia cuerpos que desbordan los límites del dualismo.

### Las lecciones de la intersexualidad

La intersexualidad alude a diferentes variaciones de los cuerpos sexuados que no encajan en las categorías dualistas y estereotipadas de la sociedad respecto a qué significa tener un cuerpo de hombre o de mujer. Intersexualidad – más bien intersexualidades – es un término paraguas: no hay una sola anatomía intersexual, ni –por supuesto– una sola vivencia o experiencia intersexual. Un bebé puede nacer con cromosomas XY pero, al ser insensible a los andrógenos, tener formas genitales “típicas” de una mujer, ser asignado como mujer y de adolescente no tener la regla y tener testículos. Y, a la inversa, puede nacer con cromosomas XX, pero tener niveles “altos” de testosterona, un clítoris más largo que el promedio y una vagina poco desarrollada. Un bebé XY puede nacer con un falo que se considera más pequeño que el pene promedio, o con una abertura de la uretra que no está en la punta del pene. O puede tener cromosomas XXY y desarrollar pechos con un cuerpo “típico” masculino. O nacer con una composición genética denominada “mosaico”, es decir, con células con cromosomas XX y otras con XY. Son ejemplos de diversidad corporal respecto al dualismo sexual (que van más allá de los “genitales ambiguos” con los que

<sup>11</sup> Recomendar en este sentido el libro *Mujeres barbudas* de María José Galé.

tradicionalmente se ha asociado la intersexualidad), y que tienen en común el estigma de no responder a las normas corporales binarias. En algunos casos (aunque no siempre) también la duda sobre qué sexo asignar al nacer<sup>12</sup>.

Por otro lado, la intersexualidad alude a la diferencia corporal, no a la identidad de género, roles de género o preferencia sexual. Como hemos remarcado, un cuerpo sexuado no normativo no lleva necesariamente a una identidad de género no normativa: especialmente, genitales “ambiguos” no implican necesariamente identidad de género ambigua<sup>13</sup>, obviamente tampoco apariencia andrógina u homosexualidad. Por ello, la intersexualidad no tiene por qué implicar “tercer género” o “género fluido”: hay personas que se definen como mujeres, otras varones, otras no binarias (como en el resto). De igual modo, las intervenciones de normalización corporal (ya sean hormonales o quirúrgicas) tampoco fijan o aseguran una identidad de género acorde al sexo asignado.

La intersexualidad nos enseña que la naturaleza no es dualista, es diversa, la humana tampoco. El sexo es un caleidoscopio de elementos múltiples que no siempre están alineados en dos caminos, ni responden a un patrón dualista. El sexo “natural”, ¿se refiere al sexo morfológico genital o a la anatomía externa (pechos, vello, etc.); al sexo cromosómico, al sexo gonadal o al sexo hormonal? Ya hemos visto cómo dichos indicadores fallan de cara a establecer límites seguros que definan las fronteras del dualismo. No solo eso, ninguno es determinante para establecer la identidad de género o cómo se sentirá la persona cuando se desarrolle (hombre, mujer o ambos o ninguno).

Con los siglos, se ha pasado de la búsqueda de un sexo verdadero (que se “escondía” tras esa confusión de elementos no alineados), a la elección por parte de expertos médicos del “sexo correcto”, dando prioridad según las épocas y tecnologías médicas a unos elementos u otros: desde las gónadas del siglo XIX hasta la conjunción de genitales+educación con el famoso protocolo de John Money (Dreger, 1998). En el siglo XXI, desde el paradigma de género cerebral, la previsión de una futura identidad de género parece ser el criterio

<sup>12</sup> Para una definición positiva y pedagógica de las intersexualidades, recomendamos <https://bruju.laintersexual.wordpress.com/category/que-es-la-intersexualidad/>.

<sup>13</sup> Debido a esta confusión, algunos médicos ven incompatible definirse como “mujer intersexual”, ya que si alguien se siente “mujer” ya no puede “ser intersexual”. No obstante son dos cosas diferentes, alguien se puede sentir mujer (como identidad de género) y ser intersexual (por tener una condición corporal intersexual y la experiencia de la diferencia que ello conlleva). Aparte de eso, algunas personas pueden identificarse con la intersexualidad como identidad política y colectiva que reclama derechos.

decisorio para asignar un sexo<sup>14</sup>. Con ello se ha producido un boom de investigaciones sobre identidad de género en personas con diferentes condiciones intersexuales y sobre casos de “disforia de género” o más bien de des-identificación con el sexo asignado médicamente al nacer<sup>15</sup>. Se trata de encontrar la fórmula correcta que prediga con seguridad una identidad de género, dada una combinación determinada de características sexuales (García-Dauder, Gregori y Hurtado, 2015).

A pesar de las teorías supuestamente ambientalistas de Money, y la distinción conceptual entre un sexo-biológico-natural-fijo y un género-social-contruido-cambiante, hoy nos encontramos con que parece más fácil cambiar los cuerpos sexuados mediante tecnologías médicas que las normas de género. Mientras el dualismo de género se naturaliza, el sexo se torna maleable (García Dauder, 2014). La comunidad médica se ha centrado en la intervención sobre los cuerpos para “curar” un problema de rechazo social, olvidando no solo la experiencia subjetiva de los cambios corporales, sino la intervención social sobre las categorías rígidas dualistas (Kessler, 1998).

Desde una posición radicalmente diferente, los activismos intersex<sup>16</sup> visibilizan y marcan el valor positivo de la diversidad corporal, de las variaciones intersexuales, frente a la estigmatización social. A diferencia de la fragmentación de los cuerpos del discurso médico, generan narrativas sobre la experiencia encarnada de vivir la diferencia, “cuentan historias” (Cabral, 2009). Una mayor información y representación sobre la diversidad de cuerpos sexuados

<sup>14</sup> Ello parece derivarse no solo de las conclusiones de la Conferencia Internacional conocida como “Consenso de Chicago” de 2006 (Lee et al., 2006), sino de la revisión posterior realizada una década más tarde (Lee et al., 2016). En este último texto, se señalan también como factores a considerar en la asignación de un sexo: la calidad anticipada de función sexual, las opciones quirúrgicas y la fertilidad potencial.

<sup>15</sup> Por motivos de espacio no podemos citar el amplio número de referencias en esta línea. Se trata fundamentalmente de artículos firmados por psicólogos médicos (John Money, Heino Meyer-Bahlburg, Kenneth Zucker, Peggy Cohen-Kettenis, entre otros/as) que publican en revistas médicas (fundamentalmente de endocrinología) o de sexología. Destaca el alto número de publicaciones en *Archives of Sexual Behavior* que en 2005 le dedicó un monográfico, el 34(4), al tema de los “trastornos de identidad de género en DSD”. Las investigaciones se han centrado sobre todo en personas con Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC), Insensibilidad Parcial a los Andrógenos (PAIS) y Déficit 5alpha reductasa.

<sup>16</sup> Advertir que aquí recogemos el discurso político y globalizado de los activismos intersexuales (posturas como la inicial del ISNA –*Intersex Society of North America*– o la OII –Organización Internacional de Intersexuales– o planteamientos como los de Maura Cabral o La brújula intersexual), el cual no tiene por qué representar (y de hecho, en algunos aspectos no representa) las posiciones particulares de los grupos de apoyo relacionados con las diferentes condiciones intersexuales. El artículo que aquí se presenta pretende, no obstante, establecer puentes entre ambos.

abre imaginarios, otras opciones pensables y vivibles, y acompaña mejor las decisiones fuera del referente patológico de la “anomalía”. Por ello, el activismo intersexual presiona a la comunidad médica para que reconozca las características corporales que rompen el dualismo, no como un “trastorno” o una “anomalía patológica”, sino producto de la variación corporal (Cabral, 2008; Guillot, 2008; Holmes, 2002, 2012).

Desde dicha lógica son criticadas las cirugías de “normalización” genital que “corrigen” la diferencia. Especialmente cuando se realizan de forma temprana (en los primeros años) de forma irreversible y, por tanto, sin respetar el derecho de autonomía e integridad corporal del menor<sup>17</sup>. En el caso de adultos, lo que se demanda es que se creen las condiciones para un auténtico consentimiento informado sobre los tratamientos (hormonales o quirúrgicos), donde se dé una comunicación abierta en un marco positivo, e información completa de todas las opciones -de intervención y no intervención- y sus consecuencias (Karkazis, 2008; Gregori, 2015). Algo fundamental es el acompañamiento psicológico -de información, educación y apoyo emocional- a los padres, que son los que finalmente toman las decisiones como tutores sobre sus hijos. Dicho acompañamiento puede realizarse por parte de psicólogos, pero no solo. Los grupos de apoyo o colectivos de personas afectadas (virtuales o presenciales, y en todas sus variantes) son fundamentales para intercambiar información, sentirse comprendido y reducir el estigma (Cull y Simmonds, 2010; Grapsia, 2015). También para el trabajo con emociones como el shock inicial, el miedo a la incertidumbre, la culpa, la vergüenza, el duelo, etc. El consentimiento informado no solo debería atender a los aspectos cognitivos, también a los emocionales (Tamar-Mattis, Baratz, Baratz y Karkazis, 2014). El acompañamiento psicosocial aquí es clave, pues la mayoría de los padres quieren a sus hijos tal cual son, pero deciden las intervenciones por el miedo a que la sociedad no les quiera de igual modo y reaccione de forma violenta con la diferencia corporal (Aspinall, 2006).

Los activismos también demandan profundos cambios en el lenguaje médico, para evitar efectos iatrogénicos por la estigmatización, más si cabe

---

<sup>17</sup> Para entender la diversidad de narrativas, procesos, prácticas y sujetos en torno a “lo intersexual”, se recomiendan las magníficas tesis doctorales de Nuria Gregori Flor (2015) y de Eva Alcántara (2012), en el contexto español y mexicano respectivamente.

si dicho lenguaje se utiliza sobre menores. Cuando el llamado “Consenso de Chicago”, un encuentro internacional de expertos médicos en condiciones intersexuales, decidió cambiar el término “intersexualidad” por el de “trastornos del desarrollo sexual” (en inglés *disorders of sex development*), muchos activistas presionaron frente a esta medida que despolitizaba una identidad colectiva al tiempo que la reubicaba en el plano de la patología (García-Dauder y Romero, 2012). Si bien el término se ha mantenido en foros científicos, cada vez más se habla de “diferencias” del desarrollo sexual y no de trastornos o anomalías (Audi y Fernández-Cancio, 2015). Igualmente, se han hecho evidentes los efectos iatrogénicos de palabras como “aberración”, “anomalía”, “error de la naturaleza”, etc., términos hasta no hace tanto frecuentemente utilizados en la literatura científica.

Por otro lado, no respetar las designaciones de niños y adultos sobre su propio género (utilizando el sexo “biológico” y no el sentido) o etiquetarlas como patologías por no corresponderse con el sexo asignado también es una forma de violencia médica. Poner género a características biológicas también puede estigmatizar, como hablar de mujeres con cromosomas masculinos –*male chromosome*– o, incluso, “mujeres que son genéticamente masculinas u hombres”, en lugar de simplemente mujeres XY<sup>18</sup>. De forma similar, es muy común en la literatura científica, utilizar terminología estrictamente biológica solo para aquellas personas cuyo género no se corresponde con su sexo asignado, se habla de “mujeres” u “hombres” sin más para describir a aquellas personas “cissexuales”<sup>19</sup> cuyo sexo e identidad de género coinciden, pero si se hace referencia a una mujer transexual se utilizan expresiones del tipo “transexual de hombre a mujer” (*male to female*) u “hombre biológico” (Ansara y Hegarty, 2012).

<sup>18</sup> Ejemplo de mala praxis y crueldad médica en este sentido fue un episodio de la serie House, donde el famoso doctor tras descubrir la insensibilidad a los andrógenos de una paciente –al observar la presencia de testículos internos– tiene la soberbia e ignorancia de negar al padre de la chica que en realidad sea una chica. House: “Su ADN dice que se equivoca. Enhorabuena papá, ha sido un hermoso niño. Tienes pseudohermafroditismo masculino. (...) En uno de cada 150 mil embarazos, el feto con un cromosoma XY, un niño, se transforma en otra cosa, como tú. Tus testículos no bajaron porque eres inmune a la testosterona, eres puro estrógeno, que es por lo que tienes realizadas las características femeninas, piel clara, grandes pechos... La hembra suprema es un hombre, la naturaleza es cruel”. Se trata de un diálogo “perfecto” para formar a profesionales sobre cómo NO deberían actuar.

<sup>19</sup> “Cissexual” ha sido un término creado como estrategia política por parte del activismo transexual para marcar a aquellas personas que se sienten en función del sexo asignado (no-transexuales) y así visibilizar también como diferencia aquello que se considera “natural”.

Tampoco la comunidad médica ha sido consciente de los efectos psicológicos traumáticos (similares a los “abusos sexuales”) tanto de las inspecciones como de las fotografías genitales en primer plano sobre bebés o menores con alguna condición intersexual (Creighton, Alderson, Brown y Minto, 2002)<sup>20</sup>; o del uso y explotación de los cuerpos intersexuales como recursos donantes de interés científico para dirimir controversias biología-sociedad<sup>21</sup>. En definitiva, las reivindicaciones de los activistas han introducido el lenguaje de los derechos humanos en la comunidad médica, obligando a reflexiones bioéticas necesarias (Machado, 2009; Wiesemann, Ude-Koeller, Sinnecker y Thyen, 2009).

Finalmente, y recogiendo todo lo que se ha explicado sobre el sexo múltiple, los activismos trans e inter reclaman que el sexo “natural” de una persona sea su *sexo sentido*, con el que ella se defina, más allá de cualquier característica biológica que lo pueda “contradecir”. Y en todos los casos, dicho sexo sentido o identidad de género es un proceso dinámico y complejo, insondable, no reductible a un único factor.

## **Pedagogías de la diversidad en salud (II)**

---

### **La identidad de género como un devenir**

La identidad de género puede parecer simplemente una cuestión biológica dada, correlativa de forma natural a la asignación de un sexo realizada por un

---

<sup>20</sup> En un estudio sobre las vivencias de mujeres con HSC, éstas usaban palabras como “abuso”, “violación” o “invasión” para referirse a las exploraciones genitales rutinarias en sus visitas médicas. Para algunas, la masturbación significaba más un procedimiento médico necesario que una actividad sexual (May, Boyle y Grant, 1996: 484).

<sup>21</sup> El ejemplo más paradigmático –aunque no el único– fue el famoso caso “John/Joan” (los hermanos Reimer). No lo podemos desarrollar aquí, pero decir que se trataba del “experimento perfecto” para probar las teorías ambientalistas de adquisición de género de Money: se trataba de dos gemelos, a uno de los cuales se le amputó el pene a temprana edad a causa de un error médico y siguiendo las directrices de Money se le crió como niña con el nombre de Brenda. Más tarde, sin embargo, rechazó esta adscripción de género y vivió como varón. La historia se torna dramática porque finalmente tanto él como su hermano acabaron suicidándose. Si bien su historia ha sido empleada para sostener tanto las tesis ambientalistas (de Money) como las biologicistas (de Milton Diamond), lo que raramente se considera como elemento determinante es el violento impacto de todo el proceso de pruebas, tests y constante vigilancia del ajuste psicológico de género (cuando era Brenda) donde se le exigía de forma obsesiva un plus de feminidad, así como de respuesta heterosexual, psicológicamente traumático (Butler, 2006).

médico al nacer. Sin embargo, la identidad de género es una cuestión compleja, biopsicosocial, producto de un proceso de desarrollo, más o menos consciente, a través de interacciones e identificaciones y marcada por el lenguaje. Sobre todo, finalmente depende de las decisiones reactualizadas de la propia persona de vivir en alguna de las modalidades disponibles de sexo-género en una sociedad. Como nos aconsejaba la activista transexual Kate Bornstein (1994), lo mejor que podemos responder ante la pregunta insistente “¿es niño o niña?” cuando va a nacer una criatura es: “*no lo sabemos, todavía no nos lo ha dicho*”.

En el caso de bebés intersexuales, es el médico –consultando con los padres– el que decide qué sexo debe tener esa persona (según diferentes pruebas y la probabilidad de vivir mejor, el “sexo óptimo”). Pero después será la propia persona la que tendrá que decidir<sup>22</sup>, en función de cómo se siente, si continúa con el sexo asignado o no. Esto también ocurre en las personas que no tienen ninguna condición intersexual, simplemente no son conscientes de ello porque todo funciona según lo esperado. Para quitar peso a las familias con un bebé intersexual, ayuda que comprendan que dicha decisión sobre la asignación de un sexo provisional se da en todos los padres, si bien la “sensación de jugar a ser Dios” solo la sienten aquellos a los que se les hace evidente. Así, la identidad de género no es una cuestión de características biológicas, que se pueda predecir por profesionales médicos con total seguridad y de forma fija (a través de una especie de algoritmo entre sus diferentes componentes). Ninguno de los diferentes componentes del cuerpo sexuado antes descritos ocupa un lugar con garantías para nombrar el sexo. Es preciso que los profesionales –y los padres– reconozcan este margen de incertidumbre e indeterminabilidad. Es la propia persona la que irá desarrollando su sentir, su propia identidad de género y terminará decidiendo cómo vivirla.

En definitiva, la asignación de un sexo al nacer es siempre *provisional y probabilística* (Ozar, 2006)<sup>23</sup>, y va más allá de cualquier característica biológica (ya sean genitales, hormonas prenatales, etc.). Eso lo saben muy bien las personas

<sup>22</sup> No hablamos de un acto de decisión puntual, sino de un proceso progresivo de desarrollo de identidad y toma de conciencia.

<sup>23</sup> Lo cual no quiere decir que sea arbitrario. La probabilidad de “acertar” en la asignación de un sexo no es la misma en todos los casos. Determinadas condiciones intersexuales tienen una mayor incertidumbre sobre qué sexo asignar y existen puntos de controversia científica al respecto: por ejemplo, la Insensibilidad Parcial a los Andrógenos, la Hiperplasia Suprarrenal Congénita en bebés XX, o la deficiencia de 5-alfa-reductasa 2 (Zucker, 2006).

transexuales. Es preciso que este conocimiento lo tengan también familiares de bebés con alguna condición intersexual, aunque su deseo sea conocer con total seguridad cuál será la futura identidad de su hijo/a, especialmente si realizan algún tipo de cirugía genital irreversible. Quizá sea esta demanda la que empuje a los profesionales de la medicina a continuar buscando fórmulas mágicas para adivinar la identidad de género futura de una persona, sin reconocer su carácter indescifrable. Mientras se sigan haciendo cirugías genitales irreversibles, se seguirá vigilando el desarrollo de la identidad de género (el llamado “ajuste psicológico” o “satisfacción” con el sexo asignado); y los casos de falta de identificación con el sexo asignado (mal llamados “disforia de género” en lugar de errores médicos en la asignación) seguirán dando dolores de cabeza y preocupaciones tanto a médicos como a familiares. Es preciso reconocer que la amenaza o el pánico no está tanto en el rechazo con el sexo asignado, sino en que tras cirugías tempranas e irreversibles para reducir el clítoris o vaginoplastias, la criatura comience a desarrollar una identidad de género masculina.

En lugar de reconocer la imposibilidad de certezas respecto a futuras identidades de género y, en ese sentido, el margen posible de error en la asignación de un sexo, se siguen buscando fórmulas biológicas para justificar cirugías genitales irreversibles. Pero es preciso que la comunidad médica reconozca, e informe así a los padres para que tomen sus decisores de forma informada, que la identidad de género es algo complejo y dinámico, un devenir abierto a la incertidumbre. Es necesario acompañar a los padres en esa incertidumbre en lugar de asegurarles –ante su necesidad de certezas– un sexo 100%<sup>24</sup>. Por otro lado, como ya hemos señalado en el apartado anterior, también es preciso explicar que los cambios en la apariencia de los genitales no asegurarán la identidad asignada.

Qué hacer entonces en el periodo de tiempo que va desde dicha asignación provisional hasta que la persona toma conciencia y decide su sexo sentido. En caso de bebés intersexuales, la necesidad de aceptación social y las exigencias administrativas requieren que se decida un sexo (hombre o mujer) y se críe y eduque con él (ello implica poner una x en una de las dos casillas que impone el registro civil, la elección de un nombre, pronombres, etc.), pero también

---

<sup>24</sup> No es raro por ejemplo escuchar cómo algunos médicos tranquilizan a padres de bebés con Hiperplasia Suprarrenal Congénita y cromosomas XX asignados como niñas que “su hija es una niña” cuando todavía no ha desarrollado ninguna identidad.

comprender que dicha asignación es un acto provisional hasta que la persona decida su sentir. ¿Ello implica educar a esa criatura en la ambigüedad de género, por ejemplo, con fórmulas lingüísticas impersonales o tratándole como un “niñe”<sup>25</sup>? No necesariamente, ello ya supondría que dicha persona va a desarrollar una identidad de género no normativa por tener un cuerpo no normativo y ya hemos señalado que dicho presupuesto tiene margen considerable de error y no es más que una proyección adulta (igual que lo sería dar por hecho que es una niña o niño de forma segura).

Hay que tener en cuenta que aunque la asignación de sexo sea provisional, ese será *su sexo* y los padres le criarán en función de ello. Como en cualquier niño, lo importante es que los padres acompañen al menor en su desarrollo de género, le escuchen en sus necesidades, deseos o preferencias, e intenten no elegir por ellos o proyectar miedos adultos. La provisionalidad implica que educaciones rígidas, muy segregadas sexualmente, podrán provocar mucho daño en un futuro si la criatura no se va sintiendo en función del sexo asignado; por eso, y en aras de una mayor igualdad social, se recomienda a los padres que sean flexibles, que se “relajen” con el género y fomenten una educación abierta y diversa en términos de expresiones de género; e igualitaria, basada en los valores de la coeducación.

Por otro lado, la transexualidad implica que puede existir distancia entre la asignación de un sexo por otros (médicos y padres) y cómo se siente la persona. Dichas personas son las más conscientes de que la asignación de un sexo al nacer y la identidad de género son dos cosas diferentes (a diferencia de las cissexuales que naturalizan la relación entre ambas). Dentro de la experiencia trans, algunas ya a temprana edad comunican a sus padres que desean ser tratadas en función del sexo no asignado pero sí sentido; otras toman conciencia más tarde —ya en la adultez— de su incomodidad con el sexo asignado y vivido y deciden, ya de mayores, comunicar su necesidad de cambio para ser reconocidas con el sexo con el que se identifican.

Además, también puede haber personas que sientan una fuerte identificación con ambos sexos (y géneros), y manejar dicho deseo en función de los momentos y lugares que les permitan expresarse. O aquellas que sientan una profunda des-identificación con cualquiera de las dos opciones sexuales

<sup>25</sup> Determinados colectivos *queer* utilizan la terminación en -e como forma de expresar un lenguaje no binario.

disponibles en nuestra sociedad, hombre o mujer. Personas no binarias que se niegan a identificarse con ninguno de los dos sexos y se manejan mejor en la ambigüedad (Ozar, 2006).

La identidad de género no se conforma de forma fija e inalterable en los primeros años y permanece estable durante toda la vida. Esta idea rompe con uno de los pilares incuestionados de la psicología y psiquiatría sobre el desarrollo de género: la hipótesis de la “impronta” de John Money o la hipótesis psicoanalista del “núcleo de identidad de género” de Robert Stoller (ambas desarrolladas a mediados del siglo XX)<sup>25</sup>. A partir de 11 casos de “reasignación sexual” temprana, Money (1955) estableció los 18 meses como el período crítico a partir del cual quedaba impresa de forma indeleble la conciencia de la identidad de género. En el caso de bebés intersexuales, ello imponía la “urgencia” de las cirugías genitales que debían hacerse de forma temprana para asentar la identidad y evitar el recuerdo traumático (obviando, por otro lado, la memoria corporal<sup>27</sup>). El “mito de los 18 meses” encajaba temporalmente con las tesis psicoanalistas de Robert Stoller, si bien este autor enfatizaba el carácter determinante de identificaciones y apegos tempranos con la figura materna (por ejemplo, cuando explicaba el desarrollo de la identidad de mujeres trans). En la actualidad, el boom de investigaciones sobre la hipótesis del género cerebral presupone incluso una identidad pre-natal: la predisposición biológica organiza el género, y no hay posibilidad de que la biología sea afectada por condicionantes pos-natales. Con su énfasis en el cerebro, esta teoría es extrañamente incorpórea y ajena al mundo.

Frente a este reduccionismo, algunas autoras como Fausto-Sterling (2012) han propuesto la teoría de los “sistemas encarnados dinámicos” (*dynamic embodied system*) para dar cuenta del desarrollo y variabilidad de género a partir de influencias de ida y vuelta entre la biología y las influencias del entorno. Ello implica un momento de “in-corporación pre-simbólica de género” que depende de predisposiciones biológicas, pero también del desarrollo neuronal, flexible y plástico, que se reactualiza en cada interacción y sincronización entre la figura de apego y el bebé (tacto, afecto, vocalización, etc.), y de la información externa (caras, voces, juegos, etc.). De esta forma, el cerebro/mente es

<sup>25</sup> Haraway (1995) lo ha denominado “el paradigma de la identidad de género”.

<sup>26</sup> Respecto a la falta de consideración de la memoria corporal en este tipo de cirugías tempranas, ver Liao (2015).

integrado en el cuerpo del bebé a través de regularidades y expectativas que organizan su experiencia. Dicha etapa pre-simbólica da paso a la formación de una identidad de género internalizada con el desarrollo del lenguaje (entre los 2 y 3 años de edad) en la que confluyen: el aprendizaje del etiquetado verbal de género del yo y de los otros, la preferencia de juegos (en muchos casos segregados sexualmente), el descubrimiento y el etiquetaje de género de los genitales y el conocimiento de actividades y objetos marcados estereotipadamente como masculinos y femeninos por la sociedad (a través de la familia, guardería, medios, etc.). Así, la mente —y la identidad— se van ensamblando con cada acto e interacción de la persona en desarrollo: emergen desde la experiencia de un cuerpo particular (no solo el sistema nervioso) y un entorno particular. Todas las partes son necesarias para la formación del ensamblaje-identidad, ninguna es más fundamental que otras.

El sistema es dinámico porque la identidad de género es un “patrón cambiante en el tiempo”, “conformado por las dinámicas precedentes en un individuo y base de las futuras transformaciones de identidad” (Fausto-Sterling, 2012: 405). Por otro lado, lo que se llama identidad de género a los 3 años es bastante diferente a lo que llamamos identidad de género a los 7 años, a los 18 años, 40 años, etc. Los patrones de crisis o estabilización, así como los ritmos, en la formación de dicha identidad son cambiantes a su vez en cada persona. No obstante, Fausto-Sterling parece detener la formación de la identidad de género a los 3-4 años y sus sistemas dinámicos parecen no necesitar explicación en posteriores procesos identitarios, al presuponerse cierta estabilidad. Al igual que muchos psiquiatras y psicoanalistas, sigue presuponiendo la formación temprana de dicho núcleo de identidad. Esto es importante, porque en función de dicha tesis, en la clínica se exige un relato coherente desde la conciencia infantil temprana de no sentirse identificado con el sexo asignado y sentirse identificado con el otro sexo. Lo cual invalida las experiencias y procesos de personas que solo en su etapa adulta sintieron la necesidad de cambio.

De nuevo es necesario mostrar la diversidad y alejarnos de normatividades: hay personas que desde pequeñas tenían muy claro que su identidad de género no se correspondía con la asignada al nacer; otras sienten malestares imprecisos con su sexo asignado durante la infancia y adolescencia, pero no identifican su necesidad de cambio hasta la adultez; otras por último, deciden el cambio también de adultas, pero sin tener una narrativa que les dé coherencia desde la infancia. Es habitual que la práctica clínica y sus criterios diagnósticos dirijan

la propia memoria del sujeto y marquen narrativas de infancia acordes, reconstruidas a posteriori para dar un sentido al presente; en otros casos también, para obtener el “certificado” de “buen transexual”. El producto es un itinerario único de infancia consciente-pubertad traumática-y posterior transición. Lo que se pierde con ello, es la riqueza de narraciones diversas sobre procesos de construcción de género de cualquier persona: procesos vivos, siempre por hacer, atravesados por capas de subjetividad que se van superponiendo en función de experiencias y sentires, donde no solo interviene el género ni ocupa una posición central. Procesos contingentes que cambian con el tiempo y los contextos, que pasan por momentos de estabilidad incuestionada y momentos de quiebre y negociaciones. Por eso es importante entender la identidad, y la identidad de género también, como un proceso complejo, inacabado, un viaje de búsquedas y encuentros, donde puede haber sorpresas. También contemplar la posibilidad de que determinados cambios puedan ser “reversibles” (si se convierten en invivibles)<sup>28</sup>.

Lejos de ser algo público u obvio, la identidad de género es una decisión personal e íntima, singular y contingente. Ni es solo biológico, ni exclusivamente moldeable por la sociedad, es algo mucho más complejo e insondable. Se trata de una “elección interna” (en función de deseos, rechazos, preferencias, sensaciones, etc.), pero a la vez “externa”, porque depende también de procesos de identificación y des-identificación con los modelos de género disponibles por una sociedad, aunque con margen de quiebres. Ello explica por ejemplo el aumento de chicos trans y personas definidas como no binarias en los últimos años, el mero hecho de su existencia genera modelos de identificación posibles y decisiones que en otro momento habrían sido impensables<sup>29</sup>. Por eso hablamos de una “elección” constreñida por una asignación sexual previa, la marca del lenguaje, la necesidad de reconocimiento de otros y unas normas sociales que restringen lo pensable, lo soportable y violentan la diferencia.

En dicho proceso, el lenguaje tiene un papel básico en la conformación de subjetividades de género (el nombre, los pronombres y todos los discursos dualistas que marcan diferencias entre hombres y mujeres). La palabra del otro

<sup>28</sup> Hay vivencias de mujeres trans que deciden volver a habitar posiciones masculinas por experimentar violencias cotidianas, vividas como insoportables. Ver por ejemplo la historia “Juanita sigue muy viva” en *10 ingobernables. Historias de transgresión y rebeldía* de June Fernández (2016).

<sup>29</sup> Ver en este sentido el relato “Odio el verano”, en Fernández (2016).

(el “es niño” o “es niña” de médicos y padres) tiene fuerza de marca, de marca en el cuerpo. Estamos habitados por el lenguaje que nos constituye, en tanto sujetos sujetos por él (Butler, 2001). Pero de la misma forma que el lenguaje sostiene, puede violentar también cuando se impone. Tenemos un lenguaje dualista que limita y conforma el pensamiento; y que resulta insuficiente para representar la variedad de formas de vivir el género. Muchas personas no binarias tienen identidades para las que no tienen un lenguaje y cualquier uso dualista del mismo terminará malinterpretando sus vivencias. En todo caso, las narrativas que nos creamos sobre nosotras mismas, reconstruyendo un pasado para dar un sentido al presente, son un importante elemento de identidad.

Toda identidad es relacional e interdependiente, no la podemos crear a expensas del resto de personas. Por eso es tan importante el reconocimiento y la validación para las personas trans, como anclaje y sosiego de su identidad; un reconocimiento, por otro lado, cuyo peso se ha depositado casi en exclusiva en la gestión corporal de la persona. En resumen, el desarrollo de la identidad de género deviene en procesos de negociación entre cómo se siente la persona, cómo es reconocida y las opciones posibles dentro de un marco social restrictivo (que limita los márgenes vivibles por su violencia con la diversidad).

### Las lecciones de la transexualidad

Son muchas las críticas que los activismos trans han realizado a la psicología y psiquiatría tradicionales (Missé y Coll-Planas, 2010). La primera y más reivindicada, la necesidad de despatologizar la transexualidad y eliminar su categoría del manual diagnóstico de trastornos mentales, el *DSM*. Precisamente por estas presiones, la comunidad psiquiátrica se vio forzada a cambiar en su quinta edición el término “trastorno de identidad de género” por el de “disforia de género”, pasando por una propuesta previa de “incongruencia de género” (Ortega, Romero e Ibáñez, 2014). Pero ninguna identidad de género está “trastornada” (o, en todo caso, todos experimentamos trastornos o crisis en nuestra identidad de género). Sentir distancia con el sexo asignado no es una patología. Mucho menos si se siente malestar o se lucha ante las resistencias sociales por el reconocimiento del sexo que una persona siente.

La crítica del activismo va más allá, la complicidad de psicólogos y psiquiatras con un sistema de ciudadanía sexual dualista que impone un diagnóstico de “disforia”, con su consecuente peritaje y firma, como punto de paso obli-

gado para el reconocimiento legal –hablamos del contexto español– del sexo sentido (junto con dos años de tratamiento médico, generalmente hormonal). Junto a ello, la crítica se extiende a la simplicidad en los criterios diagnósticos y la estereotipia en los instrumentos de “evaluación de género” utilizados (los llamados test de masculinidad/feminidad).

Si nos vamos a los criterios diagnósticos del DSM-5, el segundo y el tercero señalan como condición de disforia de género: “un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente (...) y un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto”. Las consecuencias prácticas de esta definición limitada de la vivencia transexual son muy importantes, pues dificultan el reconocimiento legal del sexo sentido en aquellas personas que no necesitan cambiar su cuerpo para sentirse con una identidad de género concreta. Para la psiquiatría, sentirse de un sexo y desear un cuerpo sexuado acorde necesariamente van de la mano; si existen otras opciones, entonces no son “verdaderos transexuales”.

Pero la realidad trans es mucho más compleja que eso. Hay transexuales que sienten extrañamiento con su cuerpo y desean cambiarlo, pero también existen aquellos que no necesitan cambiar nada para sentirse bien con su sexo sentido. Ello también depende de las opciones de reconocimiento de determinados cuerpos, es más fácil ser reconocido como hombre trans en nuestra sociedad sin cambiar tu cuerpo (mucho más si el cuerpo en cuestión es “andrógino”, con poco pecho, etc.), que ser reconocida como mujer trans sin modificaciones corporales. El riesgo de violencia por no hacerlo también es diferente (mucho mayor en las mujeres trans). Por otro lado, se pueden desear cambiar algunas partes del cuerpo pero no otras: para algunas personas, las hormonas ya producen suficientes cambios como para sentirse bien, otras desean cirugías en unas partes pero no necesariamente en otras (por ejemplo, quitarse o ponerse pechos, pero no cirugías genitales, por no necesitarlas o por sus riesgos para la salud). Por otro lado, se puede no tener rechazo al propio cuerpo, pero comenzar a desear cambios corporales al vivir con el sexo sentido y tomar conciencia de que solo el cambio corporal conseguirá el reconocimiento deseado, facilitando lo cotidiano de las interacciones sin tener que dar explicaciones, evitando confusiones y “salidas del armario”, etc. (por ejemplo, un chico trans puede no odiar sus pechos, pero decidir quitárselos por ello). Por otro lado, ambos criterios diagnósticos no tienen en cuenta la existencia de personas no binarias

que pueden desear cambios de nombre y/o cambios de sexo sin necesidad de modificaciones corporales (medicalizadas) y que para ello necesitan –obligadas por ley– el “diagnóstico” psiquiátrico o psicológico de disforia de género.

Cuando el activismo trans proclama “la disforia no está en mi cuerpo, está en tu mirada” está desplazando el énfasis desde cuerpos que no encajan y tienen que ser cambiados, a miradas y reconocimientos que tienen que modificarse para incluir otras posibilidades corporales dentro de las categorías de género. Y ello se relaciona con la crítica a otro de los criterios diagnósticos del DSM: “el problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento”<sup>30</sup>. Obviamente dicho malestar dependerá del grado de aceptación social o de violencia frente a las realidades trans, no del grado de “enfermedad” de la persona. La psiquiatría atribuye a la persona y psicologiza un malestar que claramente es social.

Por último, como novedad, el DSM-5 incorpora “otra disforia de género especificada”, en concreto, aquella que va unida a un trastorno del desarrollo sexual (intersexualidad, poniendo el ejemplo de la HSC o la insensibilidad a los andrógenos). La “locura” del DSM es que en las ediciones anteriores se especificaba la intersexualidad como criterio excluyente de trastorno de identidad de género. Ahora se incluye como modalidad<sup>31</sup>. No solo eso, se interpreta como disforia de género un error médico en la asignación del sexo de una persona (Kraus, 2015). Con ello se da por hecho que existe un sexo verdadero y que, si la persona con una condición intersexual no se siente satisfecha con el sexo asignado, es un caso de disforia y no de equivocación lógica por parte de la comunidad médica, dado el alto grado de incertidumbre de una futura identidad de género en algunas condiciones.

Si nos vamos a los criterios de disforia de género en niños en el DSM-5, nos encontramos, en primer lugar, con la falta de reconocimiento del sexo sentido y expresado por los menores: se hace referencia a chicos y chicas en función del sexo asignado y no en función del sentido. Se señalan como criterios: “En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular

<sup>30</sup> La categoría “disforia de género” basada en el malestar parece seguir un patrón muy similar a la “homosexualidad egodistónica” que se creó como paso previo a la eliminación de la homosexualidad del DSM, para tratar solo a aquellas personas que sufrían malestar por su orientación.

<sup>31</sup> De la misma forma que cuando la homosexualidad se puso en cuestión como entidad patológica en el DSM, se incorporó la transexualidad; ahora que la transexualidad comienza a cuestionarse como trastorno mental, “curiosamente” se incorpora la intersexualidad (o DSD en términos del manual) (Kraus, 2015).

el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas”; “En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos”; “Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto”. Los tres criterios confunden claramente co-educación y experimentación de género con disforia de género (aparte de confundir expresión de género con identidad de género).

Gracias a los avances en igualdad en nuestra sociedad, nos encontramos con una amplia variedad de expresiones de género en niños y niñas (tanto respecto a ropa como en juegos y juguetes). Patologizar dicha variedad es totalmente obsoleto y conservador. No solo eso, utilizar un lenguaje médico que estigmatiza hiere y es poco ético. Además, puede generar falsas alarmas y preocupaciones en madres y padres respecto a conductas naturales en procesos infantiles de búsqueda, juego y experimentación con el género. Conductas de género no normativas en niños no son necesariamente indicadores de transexualidad, pueden simplemente mostrar expresiones “masculinas” en niñas o “femeninas” en niños o ser un reflejo del “sincretismo de género” en las sociedades actuales (hoy en día hay muchas niñas con pelo corto, que les gusta llevar pantalones y jugar al fútbol...). No solo eso, es preciso dar un margen de tiempo a los pequeños para que descubran y experimenten con diferentes expresiones de género antes de fijar de forma adulta su identidad, para no forzar o precipitar de forma anticipada una elección. Al tiempo que hay que escucharles, acompañarles y reconocer el sexo-género con el que deseen ser tratados (sea niño, niña o niño-niña).

El activismo trans también ha criticado la obsolescencia que representa el uso de Test de Masculinidad y Feminidad en la práctica clínica con el objeto de evaluar-diagnosticar la identidad de género de una persona. Dichos tests<sup>32</sup> intentan medir comportamientos y sentires de género con preguntas caricaturescas y estereotipadas, ajenos a una realidad diversa, contradictoria y no tan dualista. Pero, ¿por qué se diagnostican “trastornos de identidad de género” midiendo y regulando masculinidades y feminidades como rasgos psicológicos

<sup>32</sup> Por ejemplo el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (o MMPI, por sus siglas en inglés), una de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental para la detección de psicopatologías. Dicho test tiene dos escalas: 5 MfV que mide Masculinidad-Feminidad en varones y 5 MfM que mide Masculinidad-Feminidad en mujeres.

de las personas? ¿Qué es eso de la masculinidad y qué es eso de la feminidad? ¿Se trata de *rasgos* estables de personalidad o construcciones sociales de uso común que filtran de forma dualista la realidad?

Resulta un error conceptual medir la identidad de género de una persona, si se siente varón o mujer (o ambos o ninguno), a partir de un test de masculinidad/feminidad: por decirlo simplemente, puedes tener muy claro que te sientes hombre y que te guste cocinar, sonreír y sentarte con las piernas cruzadas por ejemplo; o que te sientes mujer, y te guste la mecánica, el deporte y los pantalones anchos con bolsillos grandes. Los cuestionamientos continúan: ¿Desde dónde tiene sentido evaluar y diagnosticar la identidad de género de alguien? ¿Por qué lo debería de hacer un profesional de la psicología/psiquiatría y no basta con el reconocimiento de la persona? ¿Cuándo el conocimiento sobre el propio género pasó a manos de los expertos en salud? ¿Por qué las decisiones de género o sobre el cuerpo sexuado requieren de expertos psi sólo cuando se salen de las normas? ¿Por qué se diagnostica el género y, con ello, la “verdadera transexualidad” precisamente en aquellas personas cuya necesidad de cambio les hace más conscientes de su identidad? ¿Es necesario porque el protocolo asume la mentira o el auto-engaño de la persona transexual o porque se le exige un plus de seguridad de género que no se le exige al resto?

Por último, también se ha criticado la búsqueda de teorías explicativas sobre la transexualidad en un origen, una etiología, generalmente biológica, pero no solo, a veces también de apego excesivo con figuras maternas o paternas, etc. La crítica es por el reduccionismo, pero también porque parece que solo la variación respecto a la mayoría merece explicación. No existe una explicación o interés similar con la cissexualidad: ¿por qué la mayor parte de la gente se identifica con el sexo que le asignan al nacer y en qué basan su sentirse como mujeres u hombres? Son necesarios modelos teóricos que den cuenta de la adquisición de la identidad y expresión de género como un proceso común a todas las personas, independientemente del camino que tomen. Pero también evitar el riesgo de generalizar premisas universales: no hay reglas ni fórmulas.

Es importante que esta diversidad en la identidad de género sea conocida para ampliar el abanico de posibilidades de identificación dentro de una sociedad y disminuir los malestares por sentimientos de diferencia o de “no encajar”. El conocimiento directo con personas transexuales puede ayudar a familias de hijos con alguna condición intersexual a quitarle peso al hecho de que su hijo o hija pueda des-identificarse con el sexo asignado. Todos los

padres deciden el sexo de sus hijos y en todos los casos puede existir una desidentificación. Si bien la mayoría de las personas con una condición intersexual se sienten mujeres u hombres, el hecho de que las familias conozcan a personas no binarias también puede facilitar que si el menor no se siente claramente ni de un sexo ni del otro conozca esa modalidad de identificación, y no se sienta solo o raro en su sentir (Ozar, 2015). No solo para las familias con hijos intersex, cualquier familia debería tener conocimiento de esta diversidad como valor pedagógico para ampliar lo pensable en términos de identidad y expresión de género, y para educar de forma abierta a sus hijos/as y así reducir el estigma.

También puede ser importante que personas de género no binario y personas intersex se conozcan y se reconozcan, en el sentido de que no son las únicas que experimentan exclusión, rechazo o violencia por no ajustarse a la categorización dualista (en un caso de género, en el otro de cuerpos sexuados). Ambas pagan el precio de que la sociedad no reconozca la diversidad de experiencias de identidad de género o de la biología humana: la variación normal entre cuerpos sexuados y géneros.

Una psiquiatría o psicología más abiertas y útiles deberían dejar de ver a las personas que viven con cuerpos sexuados o géneros no normativos como casos clínicos. El contacto directo y el conocimiento de sus procesos es lo que realmente puede ayudar a comprender para acompañar. Los profesionales deberían dejar de hablar sobre, para hablar con y escuchar (a trans, intersex, etc.), aprender de la mano y tener la humildad para reconocer un conocimiento experto-experiencial que puede contribuir mucho a sus disciplinas.

---

## **Pedagogías de la diversidad en salud (III)**

---

### **Ampliar reconocimientos y miradas<sup>33</sup> de género**

La transexualidad plantea retos sociales y subjetivos, no sólo corporales. ¿Hasta qué punto el anclaje identitario depende de reconocimientos? ¿Es po-

---

<sup>33</sup> La película *Laurence anyway*, en la que se describe el proceso de una mujer trans y su pareja, tiene el siguiente diálogo en el que una periodista entrevista a la protagonista: -Periodista: “¿Tan importante para ti es la mirada?” -Laurence: “Y usted, ¿no necesita aire para respirar?”. [Silencio, mientras la periodista se hace consciente de lo que le transmite Laurence]. Laurence: “Pues eso”.

sible una identidad vivible sin ellos? La asignación externa (no médica) de un sexo, o dicho de otro modo, el reconocimiento de los otros del sexo de una persona, como hombre o mujer, chico o chica, depende de la mirada, atravesada por los filtros ópticos de las categorías dualistas de género. Y obviamente es falible. La asignación es importante porque guía la interacción, el lenguaje, los pronombres, los gestos, la aceptación en espacios segregados por sexo, etc. Las personas cometemos errores porque asumimos que, dada una apariencia física externa –ya que raramente se conoce la biología interna de la gente–, inevitablemente se sigue una identidad de género determinada: si se observan pechos será una mujer, si se observa vello en el cuerpo será un hombre, en función del tono de voz, etc. Las asignaciones de sexo-género también se hacen en función de cómo se exprese la gente cuando hay posibilidad de interacción: sus movimientos, sus gestos, cómo se presente ante los demás, etc. Estos criterios además cambian con la edad o la cultura de género de cada época<sup>34</sup>: los niños, por ejemplo, se basan en el pelo, los pendientes, la ropa, etc.; mientras que en la adolescencia cobra más importancia la voz, las características sexuales secundarias, etc.

Por otro lado, en la sociedad actual, los límites entre los géneros (en términos de apariencia, conductas, etc.) se están ampliando y modificando, con un mayor solapamiento, borrosidad y fluidez. No solo hay mayor tolerancia a la variación, sino que los criterios de reconocimiento se están cuestionando, precisamente ante la presencia de cuerpos y conductas que rompen con las normas dualistas y generan errores “embarazosos” en las interacciones. Lo cual obliga, básicamente, a preguntar, a escuchar y a respetar la identidad de género con la que cada persona desea ser tratada.

Cada cual tiene sus propias normas sociales e interiorizadas sobre las cuales hace las asignaciones, esto además genera “inercias” en los reconocimientos, de tal forma que aunque la persona exprese de forma explícita que desea ser tratada como mujer, por ejemplo, es probable que reciba asignaciones torpes como hombre si alguna característica de su cuerpo no responde a lo esperado. La cosa se complica si ha existido una interacción previa y continuada con dicha persona según el sexo asignado inicialmente (que no es el sentido), pues las

<sup>34</sup> Por ejemplo, chicos trans que no se han hormonado ni operado sus pechos, pero que tienen una apariencia masculina (en pelo, ropa, gestos, andares, etc.) son reconocidos como chicos fácilmente por personas mayores, mientras que son más las confusiones en la asignación por parte de jóvenes en cuya mente sí existe la posibilidad de mujeres masculinas.

inercias de reconocimientos previos pueden actuar como resistencias tozudas al reconocimiento deseado. Estas situaciones obligan a pensar de forma activa ahí donde lo habitual es no pensar, en definitiva, a des-aprender y ponerle voluntad.

El reconocimiento institucional de la identidad (en el documento nacional de identidad, por ejemplo) también es importante. El Derecho debería asumir el hecho de que la asignación inicial de un sexo es provisional hasta que la persona pueda expresar su sexo sentido. Ello implicaría no poner tantas trabas administrativas a la autonomía identitaria respecto al sexo o el nombre. Por otro lado, los límites del Derecho imponen una ciudadanía sexual dualista que ejerce micro-violencias administrativas con quienes sienten su género de forma más compleja que varón-mujer (Spade, 2015).

Es a través de miradas y reconocimientos cotidianos que se sostienen y reactualizan los dualismos y que se ejerce violencia cuando se deslegitiman identidades y expresiones no normativas. Dichos (des)reconocimientos se producen en constantes interacciones cotidianas: si se utiliza el nombre y los pronombres deseados por la persona (o los asignados al nacer), si se saluda con un beso o con la mano, si se recrimina a la persona porque “ese no es su baño”, si en una tienda se le envía a la sección de “género” con el que no se identificaba o se le ofrecen prendas del género no sentido, etc. Pero también, si no se mira a la cara o a los ojos por temor a que se note el extrañamiento que produce una apariencia de género no normativa, o si se mira raro o con odio, o si se mira queriendo escudriñar un “pasado facial” en el otro sexo, etc. A veces la sociedad subestima el efecto de miradas y reconocimientos —obviamente también deseos— en la cordura identitaria y en las decisiones sobre el propio cuerpo<sup>35</sup>.

El papel del lenguaje en los procesos de cambio también es fundamental debido a sus efectos subjetivos. La insistencia de las personas trans en que se les llame por su nombre y pronombre (deseados y elegidos) no es caprichosa. En cada error en el reconocimiento se desestabiliza la identidad, y el mensaje es: “debes cambiar tu aspecto para conseguir que te trate como quieres”. Y, al contrario, el reconocimiento de la identidad implica compromiso con la

---

<sup>35</sup> Esto se refleja en las excusas que la gente da cuando se equivoca en sus asignaciones: “es difícil, vas a tener que ser paciente conmigo”; “perdona, ando muy estresada hoy”; “lo intento, la mayor parte de las veces lo digo bien”, etc.

diferencia y trabajo con las inercias (no solo del pasado con la persona trans en cuestión, también de las normas de género). Es fundamental explicar estos procesos para que la gente sea consciente de la importancia de las interacciones y de los efectos acumulados de equivocaciones cuando se repiten día tras día, persona tras persona.

*El sosiego de la identidad pasa necesariamente por el reconocimiento del otro* (Pérez Jiménez, 2013). Ello es importante para todo el mundo, pero las personas trans son más conscientes. La importancia de la mirada del otro depende, a su vez, del momento concreto en el que se encuentren (es probable que al principio de un proceso de transición sea mayor y que después existan otros anclajes más subjetivos y se relativice). Los fallos reiterados en la asignación pueden causar mucho dolor; mucho más la no validación intencionada. Más allá de interacciones cotidianas con desconocidos, el reconocimiento y validación de las personas cercanas y significativas (familia, amigos, pareja, etc.) es un pilar básico de consolidación identitaria o que más sosiego puede dar. Por ejemplo, es el que refuerza el sexo asignado en el caso de menores intersex (más que cualquier cirugía) o el sexo sentido en el caso de personas trans. Miradas y reconocimientos no solo tienen el poder de anclar identidades, también de conformar cuerpos. Los tratamientos médicos (hormonales o quirúrgicos) en procesos trans o inter siguen las líneas trazadas por miradas dualistas que violentan cuerpos no normativos. En ocasiones, la falta de reconocimiento social o el estigma, si se vive como insoportable, puede empujar a intervenciones médicas no deseadas previamente.

La concepción hegemónica y medicalizada de la transexualidad (antes descrita) presupone que el principal anclaje de la identidad de una persona trans es su cuerpo. Con el legado de Henry Benjamin y posteriores “estándares de cuidado”, la transformación del cuerpo se instaura como punto de paso obligado para ser un “verdadero trans”. Es decir, la transexualidad es definida como deseo de cambio corporal, y no tanto como deseo de cambio en la mirada de los otros, en el reconocimiento de la identidad sentida. Según los protocolos médicos, el “final” exitoso del tránsito es el *passing* (“pasar por”): cuando los cuerpos no “destacan” (“no se les nota nada”). Lo cual supone que la sociedad no tiene que hacer ningún esfuerzo ni planteamiento en sus reconocimientos, porque el cuerpo se amolda a sus expectativas dualistas normativas.

De tal manera que el punto de llegada trans que asegura reconocimientos, y evita violencias y vulnerabilidades, parece depender de la capacidad de la persona para convertir su cuerpo en irreconocible como trans<sup>36</sup>; es decir, de su trabajo corporal, y no del trabajo cognitivo, emocional e intencional de la persona que mira y re/des-conoce. Esto, junto con las opciones que ofrecen las tecnologías bio-médicas actualmente, sitúa en la persona trans la responsabilidad del éxito o fracaso en su reconocimiento. En palabras de Garfinkel (1968), en su descripción de los dispositivos de tránsito-*passing* de una mujer transexual: se trata de “lograr y asegurar el derecho a ser tratada según el sexo elegido, *mediante una incansable gestión de sí misma* para vivir como una mujer normal y natural”. Pero, ¿dónde queda la transición en las personas que no quieren un cambio corporal? Si con el cambio corporal se cierra la transición, los “verdaderos trans” paradójicamente serían aquellos que no obtienen un reconocimiento exitoso, los que se la pasan transitando...

Algunas personas no binarias que tienen una identidad de género diferente del sexo asignado, pero que además no desean cambiar su cuerpo, optan por exigir a su entorno que cambien su espectro y coordenadas de reconocimiento. Por ejemplo, un chico trans puede demandar ser reconocido como chico sin hormonarse ni hacer ningún tipo de proceso medicalizado de transición. En los procesos del entorno cercano a estas personas, parece repetirse un patrón por el que afirman que en algún momento hicieron un “click” –un cambio de mirada- a partir del cual empezaron a “ver” a las persona en función del género sentido y demandado. El seguimiento de estos procesos nos permite situar el reconocimiento en un marco mucho más relacional, como parte de las “coreografías de género” –en términos de Goffman (1977)-, donde las relaciones y vínculos afectivos obligan a desplazamientos en los marcos de género normativos<sup>37</sup>. En este caso se podría decir que el *passing* o el tránsito no se ubican en los cuerpos, sino en las miradas del entorno.

Desde esta visión relacional, el género está en la mirada (y, en general, en las respuestas de la gente ante la presentación de uno). Ya no es un rasgo que poseen las personas, sino un constructo relacional que se genera en cada interacción. Siguiendo a Goffman (1963), el estigma tampoco es un atributo desacreditador de los cuerpos, sino de las relaciones atravesadas por miradas. Es

<sup>36</sup> Debo y agradezco esta reflexión a Carmen Romero Bachiller.

<sup>37</sup> Debo y agradezco esta reflexión a Carmen Romero Bachiller.

preciso trabajar con el estigma<sup>38</sup>, pero no solo sobre los efectos que produce en las personas con un cuerpo diverso (como desarrolló dicho autor), sino principalmente en las emociones y reacciones de quien estigmatiza. Es importante analizar por tanto los sentimientos, las barreras y las resistencias subjetivas que se generan desde posiciones normativas. La psicología y la psiquiatría se deberían preguntar cómo trabajar con miradas desubicadas ante la ruptura de los dualismos, miradas que *abjectan* lo que no encaja y violentan lo que cuestiona su seguridad. Cómo trabajar con la “inquietante extrañeza”: la violencia, “el fuera de sí”, “una torsión de afectos y pensamientos” provocada por una atracción que a su vez es repulsión, y que cuestiona los límites de la normalidad. “Hay en la abyección una de esas violentas y oscuras rebeliones del ser contra aquello que lo amenaza y que le parece venir de un afuera, o de un adentro exorbitante, es la inquietante extrañeza que fascina y asusta” (Kristeva, 1988). Esta respuesta cargada de afectividad negativa (ya sea en términos de no reconocimiento, curiosidad morbosa, rechazo, violencia, etc.) puede generar en la persona una devaluación de su identidad importante. Especialmente cuando adopta hacia sí misma la mirada del otro: afectos como la vergüenza, la no aceptación, la inseguridad respecto a las reacciones de los demás, el sentirse expuesto, etc.

Solo si se trabaja desde este plano relacional, la psicología o la psiquiatría podrán intervenir para reducir malestares. Entender estas dinámicas de reconocimiento y validación permite abrir las posibilidades de transformación social para diferentes formas de habitar lo trans o lo inter que no recaigan exclusivamente en la gestión corporal. Dar valor a la educación de la mirada: ser conscientes de su poder de reconocimiento, pero también de su violencia.

### Coreografías de géneros y deseos

La expresión de género se refiere a marcas de género públicamente observables (gestos, ropa, forma de hablar, etc.). Son formas de presentarse ante los demás para ser reconocido, re-afirmarse y ser aceptado como se quiere. Están relacionadas con la adopción (o no) de los roles y las normas de género que una

<sup>38</sup> Meyer-Bahlburg et al. (2016) han investigado el papel del estigma (ejercido, anticipado o internalizado) en las experiencias de chicas con HSC. No obstante, sigue sin describirse el proceso por parte de la persona que estigmatiza y cómo intervenir en él.

sociedad establece para mujeres y hombres (en términos de intereses, expectativas, emociones, actitudes, conductas, funciones, etc.). A todas estas dimensiones se las engloba dentro las categorías de “feminidad” o “masculinidad”. Ambos constructos se han convertido en categorías vacías por excesivamente llenas, pero siguen reforzando la desigualdad de género de forma dualista en nuestra sociedad.

Es importante no confundir expresión de género con identidad de género, por ejemplo, en familias de bebés con alguna condición intersexual dicha distinción conceptual ayudaría a quitar miedos y vigilancias de género. Que una criatura asignada como niña prefiera desde pequeña jugar a la pelota antes que con muñecas no indica nada respecto a su identidad de género (no es un criterio para dudar sobre si la asignación fue correcta). Es importante que las familias se relajen en este sentido, sean flexibles y abiertas respecto a las expresiones de género de sus hijos/as y, sobre todo, les dejen jugar y experimentar sin proyecciones adultas. Por otro lado, el “género” asignado a los juguetes cambia con las épocas (los juegos de construcción ya no son tan masculinos como décadas atrás). Lo mismo pasa con otras actividades, el deporte, la ropa, las profesiones, etc.

Al igual que la identidad, la expresión de género o cómo nos presentamos ante los demás en términos de género es un proceso personal, de búsqueda y experimentación, de cómo nos sentimos a gusto con nuestro cuerpo y las formas de moverlo. No obstante, también es un proceso de negociación con las normas sociales: de reconocimiento, aceptación y deseo. Se puede adoptar una determinada presentación de género para ser aceptado y deseado, pero también como estrategia política de resistencia ante la norma. Por ello, la presentación puede variar en función de los contextos y las personas con las que interactuamos (por ejemplo, en la familia, por la noche o en el trabajo). Con la edad cambiamos nuestras expresiones de género, la adolescencia por ejemplo es un periodo especialmente sensible a la mirada externa y las presiones sociales (aunque no solo). También otras variables como la clase social, la cultura, etc. pueden influir en nuestras elecciones.

Hay personas que mantienen su presentación de género en diferentes contextos; otras cambian por diferentes motivos (porque les apetezca “jugar” o porque se sientan vulnerables si se expresan como quieren en determinados contextos). En este sentido, a veces puede existir distancia entre cómo una persona se siente y la expresión de género, por ejemplo en transexuales que,

por motivos sociales y para protegerse de la violencia, a veces no pueden expresarse como desean. El extremo de ello puede dar lugar a una sensación de “doble vida”, presentarse como una persona en unos espacios y como otra en otros. No obstante, el hecho de no poder expresarse en función de cómo una siente o quiere le pasa a muchas personas (en diferente grado), especialmente en contextos muy rígidos y con presiones sociales muy fuertes.

Por otro lado, no existe una relación causal y alineada entre sexo asignado (hombre/mujer) y expresión de género (masculina/femenina). Y ello a pesar de la homogeneización dualista impuesta por la cultura de consumo actual, segregada sexualmente en la mayoría de sus manifestaciones (juguetes, ropa, colonias, relojes, coches, etc., etc.). No solo podemos hablar de masculinidades en mujeres o feminidades en hombres, sino de un inabarcable “sincretismo de género” que multiplica el abanico de posibilidades y combinaciones de expresión y roles de género (Lagarde, 1993)<sup>39</sup>. Tampoco existe una relación necesaria entre expresión de género y orientación sexual. Hay plumas <sup>40</sup> “femeninas” en chicos gays, heteros o trans; igual que hay plumas “masculinas” en mujeres lesbianas, heterosexuales o trans. Pero también hay plumas masculinas –a lo oso– en chicos gays, heteros y trans, y femeninas –a lo *femme*– en chicas lesbianas, heteros y trans. Si hablamos de personas no binarias o de género fluido, estallan y se multiplican las posibilidades de expresión de género, en apariencia física, pero también en conductas, etc. No obstante, el grado de vulnerabilidad social no es el mismo para cada una de estas posibilidades y las formas subjetivas de vivirlas están atravesadas por relaciones de poder (en una sociedad desigual entre hombres y mujeres y que desvaloriza lo femenino).

Más allá de performance particulares donde se experimenta con el género <sup>41</sup> (con la exposición y aprendizaje que ello supone) o modas “transgresoras” promovidas por el consumo, hay que dar valor al día a día de muchas personas que reconfiguran las normas de género con su forma de presentarse ante los demás (no solo por romper el dualismo sino por sus conductas igualitarias). En realidad, la expresión de género no normativa ocurre en todas las personas en diferentes grados, pues la norma impone ideales imposibles. Cada pequeño

<sup>39</sup> Con esta expresión, Lagarde hace referencia a la confluencia de diferentes culturas de género (tradicionales, modernas o en transición) que pueden derivar en conflictos y contradicciones subjetivas.

<sup>40</sup> Entendiendo por pluma, una actitud u orientación corporal, un habitus en términos de Bourdieu (2000).

<sup>41</sup> Por ejemplo, los talleres drag-king que permiten parodiar la masculinidad.

quiebre a la norma es importante porque ayuda a ampliarla, aceptar la diversidad y favorece otras posibilidades creativas. En definitiva, la diversidad de modalidades de expresión de género en nuestra sociedad es una realidad, e intentar reducir esta diversidad hablando de “masculinidades” y “feminidades” en términos dualistas y estáticos se torna simplista y obsoleto. Por otro lado, es necesario dejar de entender ambos constructos como rasgos individuales, o desde la libertad de elección, y analizar el contexto y las relaciones de poder que los conforman.

Si bien, expresión de género e identidad no son lo mismo, en algunas personas la expresión sí puede ayudar a asentar la identidad. Como ha señalado Butler (1990), el género es performativo, un hacer que se reactualiza en cada acto cotidiano, pero con apariencia de sustancia. Por eso es importante convertir lo cotidiano de género en extraño, para desnaturalizarlo y tomar conciencia de sus procesos (Garfinkel, 1968). *Hacemos género* en cada saludo, sonrisa, habla, en nuestros andares, en la forma de sentarnos, comer, bailar, en cómo usamos el espacio —el público y el privado—, en nuestro uso del habla, etc. Y hacemos género en cada interacción. Por eso es importante el análisis de la “dramaturgia sexual” o las “coreografías de género” (Goffman, 1977): cómo nos presentamos ante los demás en términos de género (en diferentes contextos y con diferentes personas) y cómo los demás reaccionan ante ello. Cómo construimos nuestras “mascaradas” de género y qué efectos subjetivos tiene ello en función de las relaciones de poder (Riviere, 1929).

Por otro lado, desde este plano relacional —estas coreografías de género donde se producen desplazamientos y se ajustan pasos—, podemos comprender las transiciones de las personas que acompañan a trans en sus procesos (especialmente familiares y parejas). También es importante atender y acompañar estos tránsitos paralelos. La interacción con la persona trans (visual, dialógica y emocional) transforma y reubica —como señalábamos antes— categorías, miradas, reconocimientos, posiciones, pero también afectos y deseos (incluso duelos). ¿Qué se remueve en familiares (padres e hijos) y parejas cuando una persona decide cambiar su cuerpo, su identidad o su nombre? ¿Qué vínculos se pierden y cuáles se generan de nuevo? ¿Qué movilizan las resistencias a esos cambios?

El deseo aquí es un elemento relacional clave. Primero porque el deseo del otro es uno de los elementos de anclaje de la identidad. La necesidad de reco-

nocimiento puede generar, en ese sentido, dependencias emocionales<sup>42</sup>. Por otro lado, se pueden producir desplazamientos en los deseos: por ejemplo, que una persona trans desee a alguien por la sensación de sentirse deseada según el sexo sentido, el reconocimiento genera deseo. Por otro lado, las parejas de personas trans que inician un proceso de transición pueden sentir una cierta desorientación en su deseo y necesitar sus propios procesos. ¿Dónde las sitúa el cambio? ¿Y si su deseo va inextricablemente unido a la identidad de género de su pareja? Se le desea como él, pero no se le puede desear como ella...<sup>43</sup> Parejas heterosexuales son reubicadas como gays/lesbianas sin haber cambiado su deseo (y a la inversa). Pero, ¿podemos hablar de relaciones homo o heterosexuales en estos casos o necesitamos otros términos? El tablero de la sexualidad se desbarata con los procesos trans.

Las disciplinas psi deberían aprehender esta gran diversidad de deseos y sexualidades: de orientaciones sexuales posibles (bisexuales, homosexuales, heterosexuales, pansexuales, asexuales, etc.), de diferentes formas de vivirlas y practicarlas (relaciones poliamorosas, s/m, etc.), con cambios en cada persona (mujeres heteros que terminan en relaciones lesbianas o a la inversa), con diferentes grados de intensidad y frecuencia, con diferentes combinaciones de elementos dentro de lo que llamamos sexualidad (fantasías, afectos, prácticas, identidad, etc.). Estas disciplinas siguen asumiendo la heterosexualidad –tanto en la teoría como en la práctica clínica– como referente normativo y de salud, y el resto de orientaciones o deseos quedan marcados como diferencia que precisa explicación (cuando no patologizados).

Por ejemplo, hasta hace no tanto un criterio en el DSM que excluía la transexualidad era la homosexualidad, confundiendo identidad de género con orientación sexual: dicho de otro modo, para ser reconocida como mujer trans te tenían que gustar los hombres, no podías ser una mujer trans lesbiana (lo mismo en el caso de chicos trans: un chico trans gay era una imposibilidad existencial para el DSM).

Cambiando de ámbito, en las cirugías genitales en casos de intersexualidad, no solo se asume una heterosexualidad futura, sino que se equipara heterosexualidad con prácticas sexuales y éstas con penetración coital. Se presupone

<sup>42</sup> Por ejemplo, mantener relaciones violentas al sujetar la identidad exclusivamente en el deseo de una pareja.

<sup>42</sup> Este proceso se produce en la película *Laurence Anyways* mencionada anteriormente.

igualmente un futuro deseo de fertilidad. La norma heterosexual dirige las vaginoplastias (del tamaño que permita un pene) o la reducción de clítoris (dando mayor énfasis a la apariencia que a la sensibilidad). El funcionamiento (hetero) sexual, el orgasmo o el tener pareja son utilizados como criterios de éxito y satisfacción con dichas intervenciones. La (hetero)sexualidad es entendida en términos de función física coital, pero poco o nada se menciona sobre la percepción subjetiva, los sentimientos, la erótica, el tacto no genitalizado, etc. (Alderson, Madill y Balen, 2004; Boyle, Smith y Liao, 2005). En este sentido, activistas intersex han propuesto formas alternativas de entender la sexualidad (alternativas a las disciplinas sanitarias, pero también a lo queer): por ejemplo, reconocer el sexo como experiencia ambigua más que placentera (Morland, 2009).

Finalmente, en no pocas investigaciones se busca o se asume una base biológica de la orientación sexual. Este es el caso ya mencionado de aquellas que tratan de demostrar los efectos de los andrógenos prenatales en el cerebro de género a partir del mayor número de chicas lesbianas con HSC (en relación con las que no tienen dicha condición). No solo no se atiende a otras variables (como ya se desarrolló), sino que se trata dicha orientación como una desviación de la feminidad y se presupone su carácter fijo y estable. Ni mucho menos se plantea una posible fluidez en el deseo: en la actualidad, la mayor apertura en los deseos especialmente en las mujeres puede hacer que tengan prácticas y relaciones con otras mujeres porque las desean, pero también porque les sea menos conflictivo, especialmente si tienen cuerpos no normativos que no encajan con los ideales de penetración heterosexual.

---

## **Conclusiones**

---

La activista travesti argentina Lohana Berkins nos enseñó el “valor crítico de la diferencia”. El cuestionamiento de los términos y prácticas que restringen la vida, junto con la creación de condiciones más incluyentes que protejan y den cobijo a formas no normativas de habitar el género (Butler, 2006). Ello depende de la capacidad de articular colectivamente alternativas que hagan posible modos diferentes de ser: que maximicen las posibilidades de una vida habitable y minimicen las posibilidades de una vida insoportable (Butler, 2006). Los activismos desarrollados aquí están presionando a las disciplinas psi para

que se produzca un auténtico cambio de paradigma: del dualismo a la diversidad sexual en todas sus formas. Con teorías dinámicas y complejas abiertas a replanteamientos que incluyan modalidades no atendidas (corporales, identitarias, de expresión o deseo). Teorías y prácticas que integren el ensamblaje de la materialidad de los cuerpos, la experiencia encarnada, las narraciones en torno a ellos, la intersubjetividad, junto con los discursos, contextos y estructuras que regulan su existencia.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Ahmed, Sarah (2015). *La política cultural de las emociones*. México: UNAM-PUEG.
- Alcántara, Eva (2012). *Llamado intersexual. Discursos, prácticas y sujetos en México* (Tesis doctoral). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Alderson, Julie; Madill, Anna y Balen, Adam. (2004). Fear of devaluation: Understanding the experience of intersexed women with androgen insensitivity syndrome. *British Journal of Health Psychology*, 9, 81-100.
- Akrich, Madeleine (2010). From communities of practice to epistemic communities: health mobilizations on the internet. *Sociological Research Online*, 15(2). En: <http://www.socresonli.ne.org.uk/15/2/10.html>
- Ansara, Gavriel y Hegarty, Peter (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160.
- Aspinall, Cassandra (2006). Do I Make You Uncomfortable? Reflections of using surgery to reduce the distress of others. En Erik Parens (ed.), *Surgically Shaping Children: Technology, ethics, and the pursuit of normality* (13-28). Baltimore: JHU Press.
- Audí, Laura, y Fernández-Cancio, Mónica (2015). Terminologías, registros y proyectos colaborativos. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6(2), 15-20.
- Bailey, Michael; Bechtold, Kathleen y Berenbaum, Sheri (2002). Who are tomboys and why should we study them? *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 333-341.
- Barral, M<sup>a</sup> José e Isabel Delgado (1999). Dimorfismos sexuales del cerebro. Una revisión crítica. En M. José Barral et al. (eds.), *Interacciones ciencia y género* (129-160). Barcelona: Icaria.
- Bornstein, Kate (1994). *Gender Outlaw. On men, women and the rest of us*. New York and London: Routledge.
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Boyle, Mary; Smith, Susan y Liao, Lih-Mei (2005). Adult genital surgery for intersex: A solution to what problem? *Journal of Health Psychology*, 10(4), 573-584.
- Butler, Judith (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.
- Butler, Judith (2001). *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid: Cátedra.
- Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Cabral, Mauro (2008). Pensar la intersexualidad hoy. En Diana Maffía (comp.), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero* (131-142). Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Cabral, Mauro (2009). No saber –acerca de XXY. En Mauro Cabral (ed.), *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano* (105-09). Córdoba: Anarrés ed.-Mulabi.

- Creighton, Sarah, Alderson, J., Brown, S., y Minto, C. L. (2002). Medical photography: ethics, consent and the intersex patient. *BJU international*, 89(1), 67-71.
- Cull, M.L. y Simmonds, Margaret (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4(4-5), 310-2.
- Dreger, Alice D. (1998). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge: Harvard University Press.
- Epstein, Steven (1996). *Impure Science. AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fausto-Sterling, Anne (2012). The dynamic development of gender variability. *Journal of homosexuality*, 59(3), 398-421.
- Fernández, June (2016). *10 ingobernables. Historias de transgresión y rebeldía*. Madrid: Libros del K.O.
- Galé, M<sup>a</sup> José (2016). *Mujeres barbudas*. Barcelona: Bellaterra.
- Garaizábal, Cristina (2010). Transexualidades, identidades y feminismos. En M. Missé y G. Coll-Planas (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (125-140). Barcelona: Egalet.
- García Dauder, S. (2011). Las fronteras del sexo en el deporte. Tecnologías, cuerpos sexuados y diferencias. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis* 8(2), 1-19.
- García Dauder, S. (2014). La regulación tecnológica del dualismo sexual y el diseño de cuerpos normativos. En Eulalia Pérez Sedeño y Esther Ortega (eds.), *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología* (469-520). Madrid: Cátedra.
- García Dauder, S. (2016). Miradas feministas a las violencias de los dualismos de sexo/género/deseo. *INTERdisciplina*, 4(8), 31-58.
- García Dauder, S. y Romero Bachiller, Carmen (2012). Los desplazamientos políticos de las categorías médicas. En Pérez Sedeño, E. e Ibáñez, R. (eds.), *Cuerpos y diferencias* (213-240). Madrid: Plaza y Valdés.
- García Dauder, S.; Gregori, Nuria y Hurtado, Inmaculada (2015). Usos de lo psicosocial en la investigación y tratamiento de las intersexualidades/DSD. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1649.
- García-Dauder, S. y Pérez Sedeño, Eulalia (2017). *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- Garfinkel, Harold (1968/2006). *Estudios en Etnometodología*. Barcelona: Anthropos.
- Global Action for Trans Equality (2011). *Es tiempo de reforma. Cuestiones de Salud Trans en la Clasificación Internacional de Enfermedades*. GATE: La Haya.
- Goffman, Erving (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Goffman, Erving (1977). Arrangement between the Sexes. *Theory and Society* 4(3), 301-331.
- Grapsia (2015). Tratamiento y afrontamiento del SIA: Una tarea compartida. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6(2), 28-34.
- Gregori, Nuria (2015). *Encuentros y des-encuentros en torno a las intersexualidades/DSD. Narrativas, procesos y emergencias* (Tesis doctoral), Universidad de Valencia, Valencia.
- Guillot, Vincent (2008). Émergence et activités de l'Organisation internationale des intersexués. *Nouvelles Questions Féministes*, 27(1), 80-91.
- Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Holmes, Morgan (2002). Rethinking the meaning and management of intersexuality. *Sexualities*, 5, 159- 180.
- Holmes, Morgan (ed.) (2012). *Critical intersex*. Farnham: Ashgate Publishing.
- Jordan-Young, Rebecca (2012). Hormones, context, and "brain gender": a review of evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1738-1744.
- Karakazis, Katrina (2008). *Fixing sex. Intersex, medical authority and lived experiences*. London: Duke University Press.
- Kessler, Suzanne (1998). *Lessons from the Intersexed*. London: Rutgers Univ.Press.
- Kessler, Suzanne y Wendy McKenna (1978). *Gender. An Ethnomethodological Approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kitzinger, Celia (1993). "Psychology Constructs the Female": A Reappraisal. *Feminism & Psychology*, 3 (2), 189-193.
- Kraus, Cynthia (2015). Classifying intersex in DSM-5: Critical reflections on gender dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 44(5), 1147-1163.
- Kristeva, Julia (1988). *Poderes de la perversión*. México: Siglo XXI.
- Lagarde, Marcela (1993). *Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: Horas y horas.
- Lee, Peter et al. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118, 488-500.
- Lee, Peter et al. (2016). Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180.
- Liao, Lih-Mei (2005). Reflections on 'Masculinity-Femininity' based on Psychological Research and Practice in Intersex. *Feminism & Psychology*, 15(4), 424-430.
- Liao, Lih-Mei (2015). Stonewalling emotion. *Narrative inquiry in bioethics*, 5(2), 143-150.
- Machado, Paula (2009). Intersexuality and sexual rights in southern Brazil. *Culture, health & sexuality*, 11(3), 237-250.

- May, Brenda, Boyle, Mary y Grant, David (1996). A comparative study of sexual experiences: women with diabetes and women with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Journal of health psychology*, 1(4), 479-492.
- Meyer-Bahlburg, H. F., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., y New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of sexual behavior*, 46(2), 341-351.
- Missé, Miquel (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Barcelona: Egales.
- Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales.
- Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham y Londres: Duke University Press.
- Money, John, Hampson, J.G. y Hampson, J.L. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 97, 284-300.
- Morland, Iain (2009). What can queer theory do for intersex? *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 15(2), 285-312.
- Ortega, Esther; Romero, Carmen e Ibáñez, Rebeca (2014). Discurso activista y estatus médico de lo trans. En E. Pérez Sedeño y E. Ortega (eds.), *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología* (521-572). Madrid: Cátedra.
- Ozar, David (2006). Towards a more inclusive conception of gender-diversity for intersex advocacy and ethics. En Sahron Sytsma (eds.), *Ethics and Intersex* (17-46). Dordrecht, Springer.
- Pérez Jiménez, Juan C. (2013). *De lo trans: identidades de género y psicoanálisis*. Madrid: Grama Ediciones.
- Plarero, R. Lucas (2015). *Trans\*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra.
- Rivière, Joan (1929). La feminidad como mascarada. *Revista Athenea Digital*, 11, 219-226.
- Spade, Dean (2015). *Una vida "normal": la violencia administrativa, la política trans crítica y los límites de derecho*. Barcelona: Bellaterra.
- Tamar-Mattis, Anne, Baratz, Arlene, Baratz, Katharine y Karkazis, Katrina (2014). Emotionally and cognitively informed consent for clinical care for differences of sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 44-55.
- Wiesemann, Claudia; Ude-Koeller, Susanne; Sinnecker, Gernot y Thyen, Ute (2009). Ethical Principles and Recommendations for the Medical Management of Differences of Sex Development (DSD)/Intersex in Children and Adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 169(6), 671-679.
- Zucker, Kenneth (2006). Gender identity and intersexuality. En Sahron Sytsma (eds.), *Ethics and Intersex* (165-182). Dordrecht, Springer.

## **7. ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CON HIJAS E HIJOS CON IDENTIDADES TRANS: UN ACERCAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA FAMILIAR Y PROFESIONAL DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL<sup>1</sup>.**

**Cristina Soler Polo.**

La situación de las personas trans sigue siendo una de las realidades menos visibilizadas y se enfrenta a un vacío general en el ideario colectivo que provoca el estigma y las señala en forma de transfobia. Este desconocimiento generalizado dificulta incluir realidades como la transexualidad en las estructuras socio-políticas, educativas, judiciales y sanitarias que conforman la estructura de la sociedad.

Esta aproximación a las vivencias de las familias con hijas e hijos con identidades de género no normativas, surge a raíz de observar la falta de formación en este campo en profesionales de la intervención social. También se observa que es un tema que ha sido, y a día de hoy sigue siendo, tratado principalmente desde el ámbito sanitario, y que ha dejado de lado al resto de disciplinas o u otros posibles abordajes.

Desde mi punto de vista, el desconocimiento y la falta de herramientas conceptuales y prácticas en este tema, pueden producir actuaciones profesionales inadecuadas en personas con diversidad de identidad de género y en su entorno. La intención es hacer un acercamiento al conocimiento de experiencias de personas trans, en concreto de sus familiares y a profesionales que han intervenido con ellas, de cara a recoger una serie de líneas de actuación en la intervención social.

<sup>1</sup> Este texto es un resumen extraído de “Trabajo Social y acompañamiento a familias con hijas e hijos trans”. Trabajo Fin de Grado, Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid. Mayo 2016.

El presente trabajo se centra en población infantil porque es una etapa donde la actuación profesional es crucial para conseguir que los niños y niñas puedan vivir en armonía y las familias encuentren el acompañamiento adecuado. La intervención social tiene un papel esencial en contribuir a evitar actuaciones de discriminación hacia personas con identidades diversas, tanto en el ámbito escolar como social, familiar, etc.

### **Marco teórico**

---

Existe un debate conceptual respecto a cómo nombrar a las personas cuyas identidades de género no se corresponden con el sexo asignado al nacer. Se ha optado por utilizar la palabra “trans”, concepto paraguas que puede considerarse la forma más inclusiva de abarcar la diversidad de realidades en cuanto al género; ya que engloba un conjunto heterogéneo de experiencias y expresiones que transgreden las normas de género binarias de las personas transexuales y transgénero, hayan realizado o quieran realizar cambios físicos o no (Platero, 2014b, p. 408-410).

Aunque la definición de identidad de género parece sencilla, tiene cierta complejidad si se comparan y analizan la variedad de acepciones. Las definiciones más generalizadas, entienden la identidad como la percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o femenina (Gómez y Esteva, 2006, p.33). Otros autores como Platero (2014a), Cristina Garaizabal (2010) o Judith Butler (2007) resaltan el *carácter diverso y cambiante de la identidad*, que entienden como un proceso variable y una experiencia personal y no como una estructura cerrada, abogando por romper la dicotomía varón-mujer.

La identidad de género se empieza a construir entre los dos y tres años, periodo en el que se empieza a hablar (Brill y Peper, 2008; Gómez y Esteva, 2006; Platero, 2014b). En concreto, Platero esboza una mirada integral sobre el desarrollo en la infancia, asegurando que pese a que en edades tan tempranas es imposible determinar si estas niñas y niños serán personas trans en un futuro, es importante *respetar los ritmos y necesidades* que vayan expresando, sin juzgar apresuradamente pero sin ignorar un comportamiento mantenido en el tiempo (Platero, 2014b. pp. 46-50).

En Estados Unidos, la *National Association of Social Work* (2006) se postula oficialmente en contra de la patologización de lo que se conoce como “disforia de género”, señalando que la ignorancia y rechazo que muchas veces se tiene con las personas trans dificulta su acceso a lo que deberían considerarse derechos y servicios básicos, como los tratamientos médicos o el cambio de documentación. Muchos menores y adolescentes trans se enfrentan al acoso y violencia en sus centros educativos, que acaban convirtiéndose en espacios hostiles y poco seguros. Por ello, todas aquellas políticas que impidan o dificulten el deseo de transición suponen serias barreras en la salud y bienestar de las personas trans y contribuyen a aumentar su vulnerabilidad. Critican la poca importancia que se le da a la figura del trabajador/a social y en general del resto de profesionales del ámbito psicoeducativo en el cuidado de la salud mental de las personas, pero también la falta de formación en temas sobre transexualidad en la propia profesión.

Por otra parte, los *grupos de ayuda para familias* son una herramienta muy útil para adquirir habilidades necesarias con el objeto de crear un espacio sano y seguro en casa (Burgess, 2009). Evidentemente, la familia es uno de los sistemas que más influye en el desarrollo de una persona, por lo que trabajar con ella es imprescindible cuando hay menores en situaciones complejas fruto del estigma social como la transfobia.

Junto a la *transición social* que realizan las personas trans, también se puede hablar de *transición familiar*, el tiempo que la familia necesita para asimilar el cambio de una relación tal y como la entendían y enfrentarse a una nueva situación en la que uno de sus miembros ha roto su dinámica en términos de identidad de género (Klein, 2009). Los profesionales de la intervención social pueden ayudar a estas familias a explorar el significado del género en sus relaciones. En definitiva, es fundamental trabajar entendiendo que la familia debe ser una fuente de apoyo, seguridad y estabilidad para sus miembros, y en el caso de hijas e hijos trans, encontrar un espacio en el que puedan vivir plenamente con su identidad sentida. Por ello, intervenir desde modelos cerrados de familia condiciona la necesaria habilidad para trabajar con familias diversas.

En cuanto a la *acción colectiva y el asociacionismo*, destaca, por un lado, *Stop Trans Pathologization-2012*, una plataforma de activistas internacional creada para pedir la retirada de la transexualidad del DSM-5 y CIE-10 (principales manuales psiquiátricos utilizados a día de hoy), que denuncia la patologización y psiquiatrización de las identidades trans (International Network for Trans Despathologization, 2012).

En España, los principales recursos que trabajan específicamente con menores trans y sus familias son la *Asociación Chrysallis de Familias de Menores Transexuales* y la *Fundación Daniela*. La primera se constituyó con carácter estatal en 2013 y actualmente cuenta con aproximadamente ochocientas familias socias. Fundación Daniela se creó en 2014 y está formada por distintos profesionales del ámbito psicosocial (psiquiatra, psicólogo, trabajador social y sexólogo), así como por familias, niñas, niños trans y un grupo de jóvenes.

Aventín (2015), presidenta de Chrysallis, señala la importancia que tienen las asociaciones para las familias como respuesta a las dificultades que genera afrontar la transexualidad de sus hijas e hijos y a la falta de atención por parte de las administraciones. Así, el asociacionismo les permite obtener información rápida y la posibilidad de compartir experiencias y aprender unas de otras.

## **Metodología**

---

Para la realización de este trabajo se ha tomado en consideración un enfoque cualitativo, dada la complejidad del tema a tratar y diversidad en el abordaje del mismo, combinando diferentes herramientas metodológicas que, según Corbetta (2003), permiten una relación abierta e interactiva entre teoría e investigación.

Se ha realizado una revisión bibliográfica que ha consistido en una búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas de la Universidad Complutense de Madrid, documentos, artículos de investigación, tesis doctorales, guías de actuación; así como la consulta manual de libros y referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas y otras fuentes. Dicha revisión se ha complementado con la asistencia a conferencias y análisis de material audiovisual. La principal fuente para la obtención de resultados y establecer las conclusiones según los objetivos marcados ha sido la realización de entrevistas semiestructuradas.

Se ha entrevistado por un lado a cuatro profesionales de diferentes ámbitos de la intervención (social, educativo y sanitario) que trabajan con niñas y niños trans y sus familias y con temáticas LGTB; y por otro lado, a un total de cincuenta y siete familias, de las cuales cuatro fueron a través del contacto

con Fundación Daniela (dos de ellas con entrevista oral grabada y otras dos por escrito) y las restantes a través de la Asociación Chrysallis, cuyas respuestas se recogieron en el programa Excel. Las preguntas fueron iguales para todas las familias. Todas las entrevistas grabadas han sido transcritas y analizadas detenidamente.

Tabla 1.- Familias entrevistadas

|                                                       |                                     |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| E1                                                    | Madre niño trans 5 años (Grabada)   |
| E2                                                    | Madre niña trans 8 años (Grabada)   |
| E3                                                    | Padre niño trans (Escrita)          |
| E4                                                    | Madre chico trans 12 años (Escrita) |
| E53 a familias Asociación Chrysallis ( <i>Excel</i> ) |                                     |

Tabla 2: Profesionales entrevistados

|    |                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P1 | Trabajadora Social (Programa LGTB Comunidad de Madrid)                                              |
| P2 | Educadora y pedagoga especialista en diversidad afectivo-sexual (Universidad Complutense de Madrid) |
| P3 | Psicólogo y activista trans (Fundación Daniela)                                                     |
| P4 | Psiquiatra (Hospital público de Madrid)                                                             |

Aunque el número de entrevistas realizadas es elevado, no son una muestra representativa, puesto que se trata de una investigación cualitativa en la que es imposible recoger la experiencia de todas las personas implicadas en esta realidad y se entiende que cada vivencia es única y personal y está influenciada por diversos factores (difíciles de recoger aquí), que como se verá en los resultados, comparten puntos en común de una relevancia significativa.

Es importante destacar que casi el 100% de los contactos facilitados fueron madres.

No se realizaron entrevistas directas con menores por las implicaciones éticas que conlleva este hecho, pero pensamos que su testimonio queda reflejado

de modo indirecto a través del relato de madres y padres que conocen, experimentan y acompañan durante el proceso.

Las preguntas que se realizaron a las familias están divididas en cuatro bloques: (1) Primeras señales y primeros pasos; (2) Experiencia con profesionales; (3) Ámbito familiar, (4) Ámbito escolar.

## **Discusión y resultados**

---

### **Perspectiva desde el ámbito familiar**

#### **Primeras manifestaciones y toma de conciencia**

Varios autores afirman en que el **proceso de construcción de la identidad** se da entre los dos y tres años, coincidiendo con la etapa en la que se empieza a hablar (Brill y Peper, 2008; Gómez y Esteve, 2006; Platero, 2014b).

El 72% de las familias entrevistadas afirman que fue entre los dos y cuatro años cuando sus hijas e hijos empezaron a mostrar señales claras, y el 28% restante a partir de los 5 años de edad:

*“en el momento en que empezó a hablar y ser autosuficiente, al año y medio veíamos que no era todo lo chica que esperábamos que iba a ser” (E1).*

*“a partir de los 3 años había manifestaciones mucho más claras. Quería ponerse ropa de chica, yo no le dejaba que saliera así” (E2).*

Al preguntar por cuáles eran los principales **mensajes** que recibían y les hicieron darse cuenta, encontramos los siguientes aspectos repetidos en la mayoría de respuestas: juegos y vestimenta casi siempre del género opuesto, dibujos en los que se pintan según su identidad sentida y nombrarse del género opuesto. Muchos familiares respondieron que se dieron cuenta de que “algo ocurría” tras ver el documental “El sexo sentido” sobre menores trans, o con frases tan significativas como “no es que quiera ser una niña, es que soy una niña” o “cuando se intentó cortar la colita”.

#### **Vivencias de transición: sentimientos y reacciones**

Retomamos la idea de Platero sobre el significado que las familias otorgan a este proceso de creación y su influencia en el desarrollo identitario del niño

o niña. Las reacciones de las personas adultas son claves para una auto-percepción positiva y aceptación de la propia identidad en la infancia.

En prácticamente todas las vivencias narradas por las madres y padres, se observa al principio **sentimientos** de cierta angustia (“Era una situación muy agobiante.”, E1), incertidumbre, incluso culpa, y frustración por falta de información que les pudiera ayudar a asimilar y elaborar lo que sus hijas e hijos estaban expresando. Aun así, predomina un discurso de aceptación y movilización ante el desconocimiento generalizado del que todas las familias hablan aunque cierto miedo a lo que pasará en un futuro:

*“No tuve que asimilar nada, ya que nunca he pensado que sea algo malo ni una enfermedad, lo que me dio mucho miedo fue pensar cuando tuviera la pubertad, lo mal que lo podría pasar, y me puse en marcha para informarme de todo. Nuestra actitud siempre es respetarle y sobre todo apoyarle y acompañarle.”* (C53)

*“No lo hemos afrontado mal, nos faltaba ponerle nombre a lo que sucedía, pero desde el minuto uno solo pensamos en su bienestar y su felicidad.”* (E4)

La culpabilización es un sentimiento recurrente en las historias narradas por las familias. Aunque con el paso del tiempo aprenden que la identidad sentida de su hija o hijo no tiene que ver con la educación recibida, muchas madres comentan dudas que surgían en un principio como por ejemplo: *“la gente me decía que seguramente como no tenía padre hay más ambiente femenino.”*, *“yo pensaba, si es que como yo no soy muy femenina a lo mejor... tonterías que se te pasan por la cabeza, buscas alguna explicación.”* (E2). También relatan cómo desde el entorno se vuelca la responsabilidad hacia ellas, desde profesionales hasta en la escuela o personas cercanas: *“el psicólogo de la seguridad social me dijo que íbamos muy deprisa, pero no era yo, era él”, “en el cole me empezaron a atacar diciendo que él era muy pequeño y que me estaba precipitando, me sentí fatal.”* (E1), *“surgió la duda que siendo dos papas podría repetir el patrón masculino...”* (E3) (en el caso de una pareja de padres homosexuales) o *“las palabras textuales de la pediatra fueron que mi hijo no quería madurar y que no dijese esas cosas porque me tacharían de loca, salí destrozada sintiéndome la peor de las madres y culpabilizándome de que mi hijo estuviese así”*. De estas narrativas podríamos interpretar también dudas sobre la propia actuación de las familias durante el proceso.

Por otra parte, también salen a la luz otros aspectos como la negación, invisibilización o evitación por no saber cómo afrontar la situación: *“Yo no me*

*echo la culpa de nada, pero el mayor choque fue cuando me di cuenta que me había estado mandando muchos mensajes y durante mucho tiempo yo en el fondo creo que no lo quería ver.”* (E2); así como la aceptación de la situación, necesidad de dar un paso más hacia la transición social o conciencia de respetar los ritmos que va marcando el niño o niña: *“tengo la sensación de que, en casa, en el ámbito privado, se siente como es y en el público ha asumido el rol que le ha tocado. Y ahora hay que deshacer el nudo. A mí me parece difícil.”* (E2), *“no tomamos ninguna decisión, nos aconsejaron que siguiéramos su camino, él nos lo iba mostrando. Ha sido todo muy fluido y rápido.”* (E3).

**Reacciones** como pensar que era un juego, incluso un capricho, o una etapa, también son muy comunes, así como confundir la identidad de género con orientación sexual (muchas madres pensaban que sus hijos eran homosexuales) o expresión de género (“machorra”, “afeminado”), tal y como se ve en el relato de esta madre: *“Ahora ya lo entendemos todo, pero antes decías madre mía qué niña más poco femenina tengo.”* (E1).

Una de las madres presentes durante el acto de “Intervención con niños y adolescentes trans y sus familias” (en Fundación Sexpol, 14/12/2015) se dirigió al público (visiblemente emocionada) y dijo: *“yo también he tenido que hacer una transición, aún la estoy haciendo, y es un proceso”*. A raíz de esto, volvemos a la idea expuesta en el apartado teórico, en el que se hablaba de la transición familiar (Klein, 2009), y es que las familias también pasan por un proceso de asimilación de una nueva situación a la que enfrentarse. Ejemplo de ello son los testimonios de algunas madres: *“hubo una parte de duelo de mes y medio, de despedirme de la que yo creí mi hija”* (C26), *“nos costó muchísimo, era como perder a nuestra hija, pero solo viendo su cara de felicidad lo llevábamos mejor”* (C27). Aun así, otras familias afirman que no tuvieron que pasar por ese proceso de asimilación: *“no nos costó nada y la actitud fue naturalidad total”* (C41), *“no me costó nada, era algo que se vio venir, en cuanto supe lo que le pasaba hicimos el tránsito prácticamente enseguida.”* (C11). Todas coinciden en que el proceso merece la pena por ver a sus hijas e hijos felices, hacer todo lo posible por su bienestar y que se sientan a gusto con su identidad.

### **Búsqueda de respuestas: experiencia con profesionales y asociacionismo**

Tras la toma de conciencia, el siguiente paso es la búsqueda de respuestas. Más del 90% de las familias que se entrevistaron habían contactado alguna vez

con algún profesional. De ellos, más del 50% dicen haber tenido una mala o muy mala experiencia con los profesionales.

Entre las principales **dificultades** encontradas destacan: desconocimiento, prejuicios, rechazo, ignorancia, patologicismo, cuestionamiento de la identidad expresada por el menor, falta de medios y recursos o diferencias en el criterio entre los padres y madres.

*“En general la principal dificultad es el absoluto desconocimiento que tienen sobre diversidad sexual, que unido a sus prejuicios puede llegar a ser una mezcla muy desagradable. Dependemos más de los prejuicios subjetivos de quienes nos atienden que de la formación objetiva.” (C31)*

Solo el 20% contactaron alguna vez con un/a trabajador/a social, lo que refleja que es un asunto principalmente tratado desde el ámbito sanitario y no social. Esto podría entenderse de varias formas: por un lado, que las necesidades demandadas son principalmente médicas (tratamientos hormonales, bloqueadores, diagnóstico médico para pasar por proceso quirúrgico, etc.), y que por tanto es un asunto que, aunque tiene un amplio abordaje desde el ámbito social, a nivel particular, de cada niño o niña trans, tiene corto recorrido desde un punto de vista de “tratamiento” o abordaje puramente social. En todo caso, dicho abordaje social tendría más sentido desde una perspectiva comunitaria y psicoeducativa de la población en general, y no tanto desde una necesidad o abordaje individual. También podría entenderse como el resultado de la patologización histórica de las identidades no normativas, que han dejado de lado todos aquellos aspectos que podrían ser recogidos de maneras diferentes.

En este contexto, es especialmente importante hablar de **asociacionismo**, que según Aventín (2015), presidenta de Chyrsallis, es un espacio donde las familias han encontrado una respuesta ante la falta de atención por parte de las instituciones. Así, a la pregunta de qué ha supuesto para ellas conocer las principales asociaciones y fundaciones que trabajan con menores trans responden: *“todo, aprender, conocer más gente que le sucede lo mismo, ver que no te está pasando a ti solo.” (E4)*, *“me dijeron que había niñas con pene y niños con vulva, y eso me llegó al alma. Cada vez que hablaban era un shock, pero a él le veía tan feliz que alucinaba.” (E1).*

Perspectiva desde el ámbito profesional

### **Intervención social y familiar: habilidades, perspectiva y principales demandas**

Todos/as los profesionales hacen hincapié en que la intervención psicosocial surge de la necesidad de afrontar las dificultades del entorno y las consecuencias de la transfobia, no por la identidad en sí. La intervención consiste básicamente en acompañar y dotar a las familias de las herramientas necesarias (P1, P2, P3, P4).

Los **tipos de intervención** que se llevan a cabo son: (1) familias de menores que piden información y asesoramiento para consultar sobre la identidad expresada o conducta; (2) adolescentes solicitando información; (3) jóvenes que acuden para afrontar y pedir ayuda por las consecuencias de la transfobia.

La **principal demanda familiar** es la adquisición de herramientas para asumir la identidad sentida de su hijo/a, por lo que la intervención está encaminada al trabajo de dichas habilidades para que permitan la libre expresión de género de su hijo/a y el afrontamiento de posibles discriminaciones que pueda sufrir: *“dar a las familias herramientas, que a estas edades son las que más marcan el proceso, para ir abriendo las puertas a las niñas/los, ir respaldando su transición.”* (P3).

En una de las jornadas también se remarcó la importancia de la primera entrevista con la familia, que implica una gran carga emocional y consiste principalmente en: clarificación de la demanda y situación que viven, contención emocional y facilitación de información (J3).

Autores como Maroto (2006) o Burgess (2009) hablan de los grupos de ayuda mutua para familias como herramienta de empoderamiento y adquisición de habilidades que ayuden a una construcción positiva y conjunta de la identidad. Con las entrevistas comprobamos que estos grupos son una de las estrategias más comunes y que han demostrado mayor efectividad para las familias.

Existe un proceso de aceptación familiar con el que hay que trabajar y donde se centra la intervención y acompañamiento:

*“desmontar muchos miedos, estereotipos y angustia, para eso se ofrece el acompañamiento social y psicológico, para hablar de roles, entender que crecemos en un sistema heterosexistas y patriarcal muy rígido y binario en el que todo lo que se sale de ahí, nos choca y no sabemos cómo afrontarlo.”* (P1)

El objetivo es crear un espacio seguro en el que las familias se puedan expresar con libertad:

*“no me interesa lo políticamente correcto, sino que me digas cómo te sientes, hay que contactar con la emoción, y de ahí se pueden empezar a desmontar muchas cosas. Si en verdad hay una incondicionalidad con las hijas e hijos se llega a un buen resultado.”* (P1)

Afirman también que suele haber muy buena predisposición de las familias, el simple hecho de acudir a entidades de atención a personas LGTB es un indicador positivo: *“supone que en el fondo hay algo que quieren intentar solucionar y de alguna manera están pidiendo ayuda, y con eso desde luego hay que jugar.”*, *“vienen con una actitud totalmente abierta y colaboradora”* (P1).

Con respecto a la intervención con el menor, el psicólogo de Fundación Daniela aclara:

*“Creo que con eso hay que tener mucho cuidado. La intervención debe ser con la familia, no con las hijas e hijos. El acompañamiento e intervención es mayormente con las familias, pocas veces nos hemos tenido que sentar con las niñas y niños, porque lo tienen claro y no suelen tener ningún problema, de hecho si lo tienen no es por ser trans sino por otros motivos.”* (P3)

Aun así, es imprescindible escuchar al niño/a y analizar la coherencia de su relato. Hay que diferenciar entre comportamiento de género no normativo y niñas/os trans, que suelen expresar y manifestar de forma persistente que no se sienten conformes con el género asignado, piden ser llamados con otro nombre y sienten cierto malestar con su cuerpo (P2).

Tal y como relata el psicólogo entrevistado, el acompañamiento de profesionales que también son trans aporta a las familias mucha tranquilidad: *“ver a una persona adulta y su recorrido les sirve mucho a nivel terapéutico, que mi experiencia les sirva”*.

Se trabaja desde una perspectiva positiva de la diversidad, como aspecto intrínseco y natural de las personas: *“el gran problema no es la orientación ni la identidad, es la LGTB-fobia que todavía existe”* (P1). La intervención va encaminada a la necesidad de que la persona se empodere por las causas que genera ese estrés minoritario que sufren las personas LGTB: *“nuestra perspectiva es totalmente despatologizadora, si hay problemas es por las consecuencias que tiene ser trans, el rechazo que provoca.”* (P3).

En las cuatro entrevistas se observa el énfasis sobre la necesidad de formación en el tema, que consideran imprescindible para una buena práctica

profesional e incluso consideran que debería ser obligatoria, y aparece como una de las principales limitaciones con las que se encuentran los profesionales actualmente: *“la atención a estos niños mejoraría con información y formación a todos los niveles: profesionales sanitarios, contextos educativos y sociedad en general.”* (P4).

También se critica la práctica profesional especialmente del ámbito sanitario: *“la visión de los psicólogos de las Unidades de Identidad de Género muy paternalista y patologizadora, creemos que quien realmente sabe de su identidad es la propia persona”* (P3). En cambio la psiquiatra entrevistada de una UIG considera que aunque es cierto que la psiquiatría ha tenido un discurso patologizador, está cambiando. Además, recomienda la intervención psiquiátrica o psicológica con menores siempre a demanda de la familia y previa al tratamiento endocrinológico para descartar posibles patologías. Comenta que ella ha atendido en lo que va de año a aproximadamente seis niños, cuyos padres suelen consultar cuando sus hijos/as tiene entre cuatro y seis años de edad y que el motivo de consulta es principalmente la demanda de información *“para poder apoyar a sus hijos en un desarrollo sano de su identidad de género.”* (P4).

### Educación en diversidad afectivo-sexual

Dado que la atención a las niñas y niños trans en los colegios fue también un tema recurrente en las entrevistas, se contactó con una pedagoga especializada en educación en diversidad afectivo-sexual en infantil y primaria. Comenta que aún se sigue educando en valores hegemónicos con los que se compara a las personas que no los cumplen y que de hecho esa es la esencia del propio *bullying*. Dice que no se educa en diversidades porque la palabra sexual es tabú *per se*, y si hablamos de identidades, más aún. En sus palabras: *“los afectos y la sexualidad es todo, somos seres sexuados, sería educar en todo.”*

La educación en diversidad afectivo-sexual depende de la predisposición de los colegios, que suelen ser públicos y en los que ya hay niños/as y familias diversas. Por ejemplo, una madre comentaba: *“se propuso que fueran a dar alguna charla o taller y me dijeron que el cole llevaba así 50 años y no podía cambiarlo yo ahora”* (E1). A la pregunta de cómo incluir en el imaginario colectivo de las niñas y niños otras identidades de género, responde que *“se incluyen viéndolas”* y que cuanto antes se haga mejor, pues en infantil suelen responder muy bien, luego aprenden a que se es más o menos feliz en función de lo *“normal”* que se sea:

*“Se genera un imaginario rarísimo, creces y ves raro lo que no te han mostrado. Cuanto más tarde te enfrentes a la diversidad, ya has generado tus fobias. Si lo conoces lo legítimas y no lo ves tan raro.” (P2)*

Sobre el papel de las y los profesionales del ámbito social y educativo, afirma que nuestra labor consiste en visibilizar, cuestionar, no hablar de manera binaria, formarse, pues el hecho de no hacerlo significa ocultarlo.

## Conclusiones

---

La transexualidad y diversidad de género es un tema del que aún se desconoce prácticamente todo, y sobre el que predomina un discurso patologizador como se puede ver en los principales manuales psiquiátricos. Si bien es cierto que las identidades trans están siendo más visibles en los últimos tiempos, es una realidad que aún no está incluida en el imaginario colectivo ni en las estructuras socio-políticas, por lo que además existe un vacío en la práctica profesional que dificulta una atención integral a estas personas.

Predomina una idea de inmutabilidad en torno a la identidad, que se ve reflejada en las políticas públicas sobre transexualidad y que afectan directamente a los derechos y necesidades de las personas trans en ámbitos como el legislativo o sanitario. Todo ello sitúa en una posición de vulnerabilidad a las personas con identidades de género no normativas, por lo que se hace necesario incluir la diversidad de género como un aspecto más a abarcar dentro de la intervención social y por tanto del sistema de Servicios Sociales.

Es muy importante remarcar que la intervención en este caso no se debe a la identidad en sí, sino a las consecuencias de la falta de conocimiento sobre transexualidad y de la transfobia que se manifiesta en diversas formas. En el caso de las familias, la intervención estaría encaminada al acompañamiento, asesoramiento, y adquisición de herramientas, facilitando información y tratando de gestionar los posibles sentimientos de confusión. Los grupos de ayuda mutua resultan ser una herramienta de empoderamiento muy útil, a través de la cual madres y padres exponen en un espacio seguro sus preocupaciones y necesidades, que les permite crear una identidad común. Se ha demostrado que el asociacionismo es también una de las vías más valoradas por las

familias, pues dan respuesta a lo que las instituciones no han sabido abarcar. Desde el Trabajo Social también se puede hacer presión social para mejorar las cuestiones relativas a normativas y legislaciones, promover medidas positivas y de protección hacia este colectivo, así como campañas de visibilización y sensibilización.

Por otra parte, de los discursos y narrativas recogidas de las familias, encontramos que sienten la necesidad de poner nombre a lo que ocurre y encontrar respuestas, que al principio se encuentran con muchas dificultades debido a la falta de información, en especial por parte de profesionales. Las familias pasan también por un proceso de aceptación, que requiere de un aprendizaje y trabajo por incorporar nuevas dinámicas con las que antes no contaban, en el que a veces se encuentra una desorganización de sentimientos como la culpa, incertidumbre o miedo, que se deben ir estructurando.

Es importante que las familias escuchen y validen la identidad manifestada por sus hijas e hijos, respeten los ritmos que vayan marcado, sin ignorar los comportamientos ni tampoco actuar apresuradamente.

Además, las y los profesionales, en particular del ámbito psicoeducativo y social, se encuentran con una serie de limitaciones a la hora de intervenir con el tema trans: principalmente la falta de formación, y, por otra parte, la dificultad de trabajar con unos valores tan hegemónicos y binarios en torno al género, fruto de una sociedad aún muy patriarcal, que castiga a aquellas personas que no cumplen con ellos. Para una buena práctica, se hace imprescindible una intervención en la que se trabaje desde una perspectiva positiva de la diversidad y no patologizadora de las identidades trans. También la educación en diversidad afectivo-sexual en edades como en infantil o primaria sería una de las claves para incorporar nuevos conceptos y horizontes en torno a la identidad y la forma de relacionarse con el propio género, desde una visión más amplia y menos limitante.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aventín Ballarín, N. (2015). El asociacionismo y el empoderamiento de las familias: herramientas de aceptación de la situación de transexualidad en menores de edad. La transexualidad como parte de la diversidad. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 6(2), 52-57.
- Brill, S., Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, Estados Unidos: Cleis Press.
- Burgess, C. W. (2009). Internal and external stress factors associated with the identity development of transgender and gender variant youth. En Mallon, P. (Eds.). *Social Work practice with transgender and gender variant youth* (pp. 53-64). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Nueva York, Estados Unidos: Paidós.
- Chrysallis, Asociación de familias de menores transexuales (2014). *Prevalencia*. Recuperado de "http://chrysallis.org.es/informacion/prevalencia/"
- Coll-Planas, G. (2010). Introducción: conceptos y términos. En Missé, M. y Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 15-24). Barcelona y Madrid, España: Egales.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Davis, C. (2009). Introduction to practice with transgender and gender variant youth. En Mallon, P. G. (Ed.), *Social Work Practice with Transgender and Gender Variant Youth* (pp. 1-22). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Garaizabal, C. (2010). Transexualidades, identidades y feminismos. En Missé, M. y Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 125-140). Barcelona y Madrid, España: Egales.
- Gómez, E., Esteve de Antonio, I. (Eds.). (2006). *Ser transexual: dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona, España: Glosa.
- International Network for Trans Despathologization (2012). *Stop Trans Pathologization, Manifiesto*. Recuperado de: <http://stp2012.info/old/es/manifiesto>
- Klein, G. (2009). Group-work with transgender and gender variant youth. En Mallon, P. (Eds.). *Social Work practice with transgender and gender variant youth* (pp. 115-121). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Maroto, Sáez, A. L. (2006). *Homosexualidad y Trabajo Social. Herramientas para la reflexión e intervención profesional*. Madrid, España: Colección de Trabajo social, Siglo XXI.
- Mallon, G. P. (Ed.). (2009). *Social Work Practice with Transgender and Gender Variant Youth*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

- Marano, P. F. (2013, Abril 8). *Real life test - Test de la Vida Real* [Video file]. Recuperado de "[https://www.youtube.com/watch?v=yrgtZ0R\\_-3U](https://www.youtube.com/watch?v=yrgtZ0R_-3U)"
- Missé, M. (2009). *La lucha trans por la des patologización, una lucha transfeminista*. Jornadas Feministas Estatales de Granada.
- Missé, M., Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de Salud Mental*, 8(38), 44-45.
- Muñoz, S. (Productor). (2014). *El sexo sentido*. España: TVE.
- National Association of Social Workers. Policy Statments. (2006). *Transgender and Gender Identity Issues*. Social Work Speaks. 7th Edition 2006-2009, 366-370.
- National Association of Social Workers. (s.f.). Gender Identity Disorder and the DSM. Recuperado de <http://www.socialworkers.org/diversity/new/lgbtq/51810.asp>
- Navasky, M., O' Connor, K. (Productores). (2015). *Growing up trans*. Estados Unidos: Frontline.
- Olyslager, F., Conway, L. (2007). *On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism*. *International Journal of Transgenderism*.
- CIE-10 (1992). Génova: Organización Mundial de la Salud.
- Platero, L. (2014a). La agencia de los jóvenes trans\* para enfrentarse a la transfobia. *Revista Internacional de Pensamiento Político*, 9(1), 183-193.
- Platero, L. (2014b). *Trans\*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona, España: Bellaterra.
- Principios de Yogyakarta (2007). *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*.
- Soler Polo, Cristina (2016). *Trabajo Social y acompañamiento a familias con hijas e hijos trans*. Trabajo Fin de Grado, Facultad de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.
- Val, del C., Gutiérrez, J. (2005). *Prácticas para la comprensión de la realidad social*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, España: Síntesis.
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People*.

## 8. APUNTES PARA UNA 'SALUD MENTAL' INCLUSIVA: DUELO A LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y RECONOCIMIENTO DE LA HETEROGENEIDAD DE LA EXPERIENCIA<sup>1</sup>.

Margot Pujal i Llombart.

*Cuando empezamos a teorizar nuestras experiencias durante el segundo movimiento de la mujer, hace sólo una década y media, sabíamos que nuestra tarea sería difícil, aunque estimulante. Pero dudo que ni en nuestros sueños más disparatados, hubiésemos imaginado que tendríamos que reinventar la ciencia y la misma teorización para dar sentido a la experiencia social de las mujeres.*

*Sandra Harding, Ciencia y Feminismo (1996).*

### Un problema social, científico y político: visibilidad de la experiencia de sufrimiento e invisibilidad de su constitución de género

---

En una presentación pública<sup>2</sup> en la Universitat Autònoma de Barcelona, dedicada a la visibilización y reducción del estigma social existente en torno a

<sup>1</sup> Quiero agradecer a mis compañeras y amigas, Patricia Amigot, Enrico Mora, María José Agüero y Marina Partera, por revisar este texto, mejorarlo y permitirme debatir con entusiasmo algunas de sus cuestiones, y el apoyo durante su escritura.

<sup>2</sup> Charla ofrecida por la conocida alpinista Edurne Pasaban, el día 10 de octubre de 2017, coincidiendo con el Día Mundial de la Salud Mental, en el acto de presentación de la Fiesta Mayor de la Universitat Autònoma de Barcelona. <http://campusmedia.uab.cat/index.php/video/1199/edurne-pasaban-dia-mundial-de-la-salut-mental/#>.

la salud mental, la conocida alpinista vasca Edurne Pasaban (que ha hecho los catorce *ochomiles*) explicaba en primera persona su trayectoria de vida, durante la cual había sufrido una depresión grave y dos intentos de suicidio, según diagnóstico psiquiátrico<sup>3</sup>. En este relato, y en otros, apreciamos cómo se da cierta apropiación de la narrativa diagnóstica por parte de la persona y cómo la salud mental entra a formar parte de la producción mediante la que pensamos y narramos aquello que creemos ser. Esta cuestión abre el interrogante sobre los efectos de este proceso de apropiación, que no será el tema central de este texto, aunque sea aludido de manera periférica.

Si traemos dicha narrativa aquí es porque consideramos que en su relato aparece un elemento no explicitado pero que cruza todo lo que ocurre. Nos referimos al género como elemento constituyente y productivo experiencial, y aunque en su narración de vida no es contemplado directamente, como ocurre muy a menudo, recogeremos su generoso testimonio para iniciar este capítulo y situar su relevancia. El propósito será ilustrar diferentes momentos de emergencia de la dimensión de género en la producción de un malestar psíquico, a través de las relaciones sociales y del imaginario cultural, que suele pasar desapercibida. En este sentido, quiero señalar que realizar dicho análisis requiere posicionarse como mujer académica desde una epistemología feminista (Haraway, 1996; Harding; 1996; Keller, 1985) que significa entender la elaboración de conocimiento como el producto situado de la conexión entre la propia experiencia, el análisis crítico y la experiencia narrada.

Recogeremos su generoso testimonio por dos razones. La primera, porque permite visibilizar y explicitar la dimensión de género invisible pero inherente a su experiencia de sufrimiento (compartida con muchas mujeres) y, por tanto, vinculada a la condición social de ser mujer como situación de adversidad en una sociedad sexista, patriarcal y neoliberal como la nuestra, y también mostrar un proceso posterior de autorización, reconocimiento y levantamiento psico-social. Además, iniciar este texto mediante el análisis de género de una historia concreta facilita la traducción de la compleja teoría de género contemporánea, para hacerla más manejable en estas páginas (aunque más adelante me refiera a ello de manera más teórica). La segunda razón de la inclusión de su testimonio es que me ayuda a mostrar que la categoría de salud mental en el siglo XXI

<sup>3</sup> Quiera agradecer a Edurne Pasabán, desde este texto, la enorme generosidad de su relato, que me ha sido muy útil para esbozarlo desde una analítica de género.

(o una parte muy importante de esta) se refiere a sufrimientos 'evitables' que pueden experimentarse en la vida cotidiana de cualquiera de nosotras al estar vinculados al dispositivo de poder de género (Pujal y Amigot, 2010) y, por tanto, apelan a una dimensión política de la vida. Como dice Giorgio Agamben (1999) la vida es política y nos jugamos en eso «político» una parte muy importante de la felicidad.

En esta línea, María José Agüero, en *Salud mental y ciudadanía. La composición de un nosotros* (2017), señala cómo una parte sustancial del sufrimiento contemporáneo, etiquetado como problemas de salud mental y diagnosticado clínicamente, es más una cuestión social, de poder y de política, y no propiamente una cuestión de salud, aunque acabe naturalmente impactando y expresándose en términos de bienestar/malestar corporal, psíquico o relacional. A partir de lo que señalamos que aplicar la perspectiva feminista postestructuralista al abordaje del malestar en salud mental, y específicamente de género, se convierte en un reto desafiante y claramente prometedor. Pero en este sentido la autora advierte de un aspecto importante, la necesidad de vigilar la habitual y errónea identificación automática contemporánea entre las categorías de 'salud mental' y las de 'enfermedad mental', porque considera que sus significados han experimentado desplazamientos importantes a nivel histórico, desde la postguerra hasta la actualidad, y a menudo se refieren a experiencias de sufrimiento que tienen características distintas, aunque se las iguale. No voy a desarrollar aquí por razones de espacio esta compleja cuestión (que se puede consultar en el trabajo de la autora) pero está de trasfondo del debate del capítulo. Nos limitaremos a apuntar que su trabajo apoya la necesidad de una cierta prudencia y de situar específicamente, y valorar en cada caso, la aplicación de la teoría feminista postestructuralista o teoría feminista queer interseccional (Judith Butler, Teresa de Lauretis, Kimberle W. Creshaw, Cherrie Moraga y Gloria Anzaldúa, Beatriz Suárez Briones, entre otras) al aplicarla a la comprensión de, e intervención sobre, malestares contemporáneos, no asimilando mecánicamente problemas de enfermedad mental a malestares de salud mental<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Según datos, en comunicación oral, con la Fundación Galatea y la coordinación MUPGS de la UAB, los malestares contemporáneos, se corresponden en un 80-90% de casos, con malestares de salud mental del tipo trastornos adaptativos heterogéneos), que no son problemas propiamente de enfermedad mental, en la consulta privada; y con aproximadamente un 40% en la consulta pública. Lo que no excluye que, dependiendo del abordaje y tratamiento que se haga, no puedan derivar desde un tipo de malestar al otro; proceso que también ocurre con las discapacidades. Es un tema complejo.

El objetivo de este capítulo es explorar la relación entre el malestar y el género en las sociedades occidentalizadas en las que predomina una retórica de la igualdad, y para ello se estructurará en tres partes. En la primera, se trabajará con un primer plano, aplicando una microanalítica de género a la narrativa en primera persona de una mujer diagnosticada clínicamente de depresión y que ha transgredido mandatos normativos de feminidad del sistema de género contemporáneo. En la segunda, ampliaremos el zum para componer una vista panorámica o una cartografía de la distribución del malestar entre los sexos, preguntándonos por la relación de dichos malestares con el hecho de performar los mandatos de género de forma obediente y no solo transgresora. Finalmente, en la tercera parte, se planteará la dificultad de reconocer la operatividad y el impacto actuales del sistema de género sobre las experiencias generizadas de malestar contemporáneas; y se propondrá una figuración de la subjetividad y del sujeto que ayude a identificar dicha operacionalidad y a frenarla.

### Análisis de un proceso de 'depresión': desigualdad, no reconocimiento y crisis de identidad de género

Eduarne Pasaban explica<sup>5</sup> *que se inicia en el alpinismo de manera casual, cuando es muy joven, por la tradición que hay en el País Vasco de ir al monte, a raíz de la atracción que ella y sus amigas sienten hacia un monitor de alpinismo. Y es practicándolo que se convierte para ella en una pasión de vida: “me sentía súper libre, salir todos los fines de semana (...) porque parecía que el destino de mi vida estaba escrito desde antes de nacer”; por lo que acaba aficionándose, a diferencia de sus amigas, que lo abandonan. Paralelamente debe decidirse por una carrera universitaria, pero al no sentir ninguna preferencia clara, opta por seguir la dinastía y tradición familiar y ser práctica, y se pone a estudiar ingeniería. Al acabar la carrera empieza a trabajar como ingeniera en la empresa familiar con*

---

<sup>5</sup> Se trata de un relato reconstruido y sintetizado por mi parte, que después interpreto desde una perspectiva analítica de género. El objetivo es visibilizar situaciones de sufrimiento, acontecimientos difíciles, o dificultades todas ellas relacionadas con el género, que atraviesan, de manera inadvertida, la narración de caída y alzamiento psicosocial de Eduarne, pero que podrían estar presentes en el relato de muchas de nosotras. En la reconstrucción de esta narración aludo a sentidos y afectos de la interacción social y del imaginario implícitos, que escucho a través del subtexto de las palabras y entre las palabras de Eduarne, partiendo de la teoría de género y de una experiencia compartida por la condición social de 'ser' mujer. A partir de esta escucha realizo después la interpretación desde una analítica de género.

su padre y hermano, al mismo tiempo que desarrolla la carrera de alpinista y sale de expedición cada año. Es por ello que necesita pedir a su padre y jefe un permiso para dejar el trabajo dos meses al año, por cada expedición. La tercera vez que lo solicita, su padre le señala que tiene que tomar una decisión puesto que ambas carreras son incompatibles: "Siempre me repetían, haces lo que te apasiona..., pero esto no es la realidad". Ella decide de forma unipersonal dejar la empresa familiar y dedicarse al alpinismo de manera intensiva, contra viento y marea, ya que es su pasión. Un deporte que, como es sabido, es un deporte de grupo y practicado casi exclusivamente por varones. Ella es la mujer de su grupo de alpinismo y ese acaba siendo su espacio de vínculos y amistades principales. Junto a su grupo de expedición va alcanzando cimas y su éxito es muy reconocido pública y profesionalmente durante unos años, no sin sufrir, debido a las particularidades propias del alpinismo, la dureza de las expediciones, sus inevitables fracasos hasta llegar a las cimas y viviendo momentos de riesgo que suponen un esfuerzo físico excepcional y una entrega muy importantes. Aparte de algún que otro coste físico inevitable como la amputación de dos dedos del pie por congelación después de una expedición muy complicada. Mientras tanto, el curso de vida de sus amigas y familia es otro totalmente distinto, ligado a la consecución de una vida estable en el trabajo compatible con la construcción de una familia y el ejercicio de la maternidad; comenta: "escuché mil veces, se te va a pasar el arroz..., todos los novios me dejaban". A la edad de 32 años se da cuenta de que su vida nada tiene que ver con la de sus amigas y entorno, y comienza a sentirse muy mal consigo misma y a entrar en una crisis vital sin saber bien por qué, cayendo en un abandono grave, y un deseo de desaparecer, que le lleva a cometer dos intentos de suicidio. Afortunadamente, llega un momento en el que pide ayuda a su familia y es ingresada en un par de ocasiones, durante unos cuatro meses, y tratada con medicamentos durante bastantes años; expresa literalmente que "ha subido las cimas con antidepresivos". Durante la crisis abandona el alpinismo por un largo tiempo. En esta situación, uno de los momentos más difíciles e importantes que señala particularmente y que siente que le resulta "incluso más difícil que alcanzar la cima de 8000 metros" es el reencuentro afectivo con su padre, tomando un café, cuando de manera excepcional este la visita en el hospital un día, sin la compañía de su madre, ya que acostumbraban a ir ambos juntos siempre.

Después de un periodo de tiempo largo, casi dos años, alejada del alpinismo su primo, quien practicaba el alpinismo junto a ella y quien además es especialmente significativo a nivel afectivo en su vida según ella misma recalca, interviene de ma-

*nera decisiva para la resolución de su crisis. De él llega incluso a mostrar durante la charla tanto una fotografía como un mensaje de audio dirigido a ella "tú no puedes seguir así...tú no eres como los demás, lo sabes mejor que nadie, para salir de esto lo mejor es que vuelvas al Himalaya lo pasemos bien, y lo otro ya vendrá..., nosotros sabemos cómo te sientes allá, tu cara es muy diferente a la de ahora". La intervención consiste en decirle que es necesario que vuelvan a salir ambos de expedición, porque el rostro y la felicidad que expresaba ella cuando estaba en la montaña hacía demasiado tiempo que no se los había visto en ninguna otra circunstancia y que esto no podía ser. Deciden volver a salir de expedición y, al sentirse de nuevo feliz haciendo aquello que tanto disfruta, siendo 'ella misma', es capaz de reconstruir su fuerza 'interior' y tomar clara conciencia de que el alpinismo es su vida, lo que le permite reconciliarse con su decisión y con ella misma. Comenta: "es cuando me pienso este proyecto de terminar los 14 ochomiles, porque lo más importante es ser felices, y encontrar cosas que nos motiven; aunque no sean fáciles, si las decisiones vienen del corazón al final son buenas decisiones...". Finaliza señalando que las claves de su recuperación, sobre todo, han estado en las relaciones con escucha.*

El relato que nos ofrece Eburne nos permite preguntarnos sobre cuestiones que más de una hemos experimentado: nuestras decisiones no siempre van en la línea de los mandatos de la feminidad normativa del siglo XXI, y entonces, ¿qué pasa cuando los proyectos de vida toman distancia de lo esperado, cuando están en medio de definiciones de lo masculino y femenino? Eburne, a través de su decisión de profesionalizarse en el alpinismo, ha roto con algunos mandatos de la feminidad normativa, al entregar la vida a un apasionante proyecto pseudo profesionalizado de deporte masculinizado y competitivo. Dicha entrega le ha supuesto renunciaciones de dedicación a actividades habituales de la vida cotidiana 'propias', según mandatos de género, de una mujer joven del siglo XXI en Occidente (por ejemplo, la construcción de una profesión y de una familia propia que sean compatibles) lo que puede tener un coste muy alto en términos de sufrimiento y dolor subjetivo y emocional, como ha sido su caso. La cuestión es: ¿por qué?

Como mujer, dedicar la vida a una pasión propia, decidida unilateralmente y de forma diferencial, todavía rompe hoy día con los mandatos de feminidad normativa implícitos, relacionados con la adaptación a, y con el cuidado de los otros, frente al mandato de libertad y autodeterminación. La feminidad, a través del sistema de género, se define como *otredad* y ser *otredad* significa básicamente adaptarse al otro, significa que las propias decisiones las legitiman

y reconocen los otros o bien que directamente las toman por ti de antemano, muchas veces de manera velada. Es la expresión de la dependencia y de la desigualdad social entre los sexos, que el sistema de género vehicula a través de la producción de un neo-binarismo jerárquico masculinidad-feminidad, el cual modula las relaciones sociales entre los sexos. Miguel Lorente (2009) denomina postmachismo a la adaptación del sistema de género al momento actual, y Sara Velasco (2009) nos habla de una actualización social de los modelos de género como contextos de vulnerabilidad, apelando a su variabilidad y adecuación histórica.

En el caso de Edurne, como en muchos otros, la legitimación o reconocimiento externo no se dieron durante dicho proceso transgresor de toma de decisión de vida, dedicada al alpinismo, según se deduce del subtexto de su relato en el que el silencio de los y las otras, el desencuentro emocional, la crítica y la soledad interior son un eco ensordecedor; o al menos, no encontró ese reconocimiento antes de la crisis personal y del proceso de depresión. ¿Acaso, si hubiera sido Asier en lugar de Edurne, se le pasaría el arroz? ¿Se le vería fuera de la realidad, por perseguir su deseo? O bien ¿sus parejas le abandonarían por estar lejos durante seis meses al año, y no hacerse cargo del cuidado en la cotidianidad?

Por otra parte, al tratarse de un deporte que históricamente ha sido practicado casi exclusivamente por varones, sus códigos se adaptan a los mandatos normativos de riesgo y dedicación intensiva de la masculinidad normativa, a los que deberá acomodarse cualquier persona que lo practique, aunque sea una mujer; esto implica que el coste y el esfuerzo invertido por una mujer alpinista siempre será mucho más grande que el de un varón, por inadecuación a la tradición. Además, dichos mandatos se presentarán como irreconciliables y contradictorios con los mandatos de la feminidad (en relación con su vida afectiva y social) ya que ambos mandatos se definen por oposición y disimetría. Por ello, aunque Edurne alcanzara claramente un éxito profesional en el ámbito público, este quizá no pudo funcionar como un reconocimiento social y personal, por hallarse fuera de los espacios relevantes de la feminidad normativa. Al contrario, en realidad y a nivel afectivo, dicho éxito operó de forma opuesta al destacarla como una mujer excepcional, lo que no deja de significar una anomalía, un 'fenómeno' para la mirada hegemónica.

Las consecuencias subjetivas, emocionales y corporales, inevitables en un proceso de vida sin reconocimiento de los otros significativos, como el rela-

tado, suponen irremediablemente un *extrañamiento interior* intenso consigo misma o un *auto-dislocamiento*, en términos de Nancy Fraser (2015, p.198), un *sentimiento de inadecuación, vergüenza y culpa* penetrantes, o una *soledad interior* aguda e insoportable. Extrañamiento que surge al no sentirse reconocida, en su particularidad y unicidad como Edurne, más allá de la feminidad normativa, y que ocurre de una forma un tanto silenciosa e inconsciente en el transcurso de las relaciones sociales más significativas. Por ejemplo, inadecuación y extrañamiento ante amigas y amigos, parejas, o ante su familia y espacio de trabajo al romper expectativas vertidas en ella, tanto a nivel personal como profesional. Se podría decir que dicho sistema violento de relaciones (de amenaza, incomprensión, conflicto, pérdida y abandonos) se inscribe en el marco sociohistórico de una *violencia de género sistémica*, normalizada e inherente a la modernidad; más adelante desarrollaremos esta cuestión.

La falta de reconocimiento externo impide o socava el interno y al revés, por ser seres psicosociales que nos constituimos a partir de la mirada de los otros, y éste es un proceso universal. Sin embargo, dado el androcentrismo y el sexismo hegemónicos de la cultura occidental, dicha necesidad de reconocimiento no se descubre, y en su lugar la operatividad del sistema de género compone dos identidades ficticias interrelacionadas y desiguales simbólicamente pero aparentemente separadas, la masculina como identidad autónoma y poderosa, y la femenina como identidad dependiente. En el caso de las mujeres (u otros grupos subalternos) este déficit de reconocimiento se da de manera especialmente intensa debido a dicha posición de dependencia y otredad que les ha sido asignada en lo simbólico y en la organización social a partir del sistema de género. Dicho déficit de reconocimiento en la vida social y afectiva puede conducir (en el caso que nos ocupa) a construir el grupo de alpinismo como un microsistema familiar y un refugio afectivo, pero no por ello dejará de tener un alto coste, como lo es la caída en una crisis vital que podría incluso haber acabado con su vida.

En relación con dicho riesgo, es importante señalar el esfuerzo constructivo y la decisión de Edurne en sus peores momentos al pedir directamente ayuda a su familia; dado que el malestar o el dolor de una mujer tan independiente y con una imagen de éxito público como el suyo puede pasar fácilmente inadvertido y desembocar en tragedia. En este sentido, incluso el profesional de salud mental al que acude expresa sus dudas de si podrá ayudar a una mujer con tanta fortaleza (episodio que reclama una reflexión en torno a los imaginarios de género de la atención en el sistema sanitario).

En esta misma línea, una analítica de género siempre debe ser interseccional (Crenshaw, 1989) y preguntarse cómo el género es modulado en cada contexto por otros ejes sociales de desigualdad, para poder comprender mejor la ecuación entre fortaleza y vulnerabilidad de cada situación específica. En este caso, como mínimo es regulado por dos ejes centrales como son el de clase social y el de edad, al pertenecer Eburne a una clase social media y a una condición de mujer joven con oportunidades, además de disfrutar de una proyección profesional relevante.

Podemos reconocer en el ímpetu de esta experiencia difícil de Eburne, igual que en el de otras muchas mujeres, la presencia de un deseo compuesto. A nivel subjetivo está la presencia de un deseo heterogéneo, que es un deseo híbrido en el sentido de que se configura a través de su trayectoria biográfica y las huellas de sus prohibiciones diversas, y se articula con la transgresión del binarismo de género (Butler, 1997; Foucault, 1976). Es producción social pero no exclusivamente (lo que alude a la diferencia entre subjetividad y sujeto de la que hablaremos después). En otras palabras, se tensionan en su subjetividad el deseo como práctica de libertad y el deseo generizado, que es un deseo que emerge en relación con las demandas e ideales del sistema de género. Como dice, Judith Butler, la "sujeción" es el proceso de devenir subordinado al poder, así como el proceso de devenir sujeto con existencia (Butler, 1997).

Evitar una crisis como la que relata Eburne habría requerido de la adquisición de unos recursos culturales críticos de resignificación y desplazamiento del significado de 'ser mujer' y de un trabajo emocional de duelo interno y externo, que le hubieran conducido a un nuevo espacio social. Pero no se pudo evitar porque la construcción de las identidades de género femenina y masculina sigue estando, en muchos casos y en nuestra cultura moderna contemporánea, aún naturalizada, normalizada y reactualizada a causa de los 'tiempos de igualdad' en los que creemos vivir. Con el neoliberalismo se ha instalado una narrativa según la cual se ha llegado a un estatuto de igualdad entre los sexos y, por tanto, las mujeres tienen libertad de elección. Según dicha narrativa, Eburne ha podido dedicarse al alpinismo igual que un varón, ya que solo depende de su decisión individual. ¿Pero realmente Eburne se ha podido dedicar al alpinismo igual que un varón, habiendo tomado individualmente y con fuerza tal decisión? ¿O en su caso, dedicarse al alpinismo, dada la experiencia de un claroscuro no reconocimiento social y afectivo, ha tenido un coste tan alto que casi le lleva a perder la vida? Al permanecer invisible la dimensión de

género de dicho sufrimiento, la comprensión del componente psicosocial de su dolor, más allá de lo biológico y lo psicológico, se hace ininteligible, tanto para ella misma como para su entorno social y profesional. Lo que empobrecerá el abordaje de su malestar tanto a nivel profesional como social.

En este sentido, la autora y también alpinista Carolina Vieira (2016) en un análisis sobre la escalada femenina apunta a una experiencia de libertad vetada todavía hoy a las mujeres, que Edurne también experimentó en su decisión individual y práctica del alpinismo: “*este deporte es capaz de experimentar vivencias negadas debido al rol femenino (...) es capaz de desarrollar tanto el empoderamiento como la autonomía femenina, haciendo que las mujeres experimenten sensaciones de libertad*” (p.69). Sin embargo, no pudo ser socialmente reconocida por ello en su entorno, lo que nos muestra una intensa escisión social contemporánea entre el discurso sobre la existencia de igualdad entre los sexos y la libertad individual, y la realidad de las prácticas y la organización sociales. Para Edurne, resolver su crisis ha requerido poder producir o conquistar una *libertad en su interior*, vetada a las mujeres al ser definidas culturalmente como otredad; libertad que, por otra parte, es otorgada a los varones al ser determinados como lo Uno. Conquistarla ha precisado el reconocimiento de los otros, en su transgresora particularidad como *Edurne*, más allá de la feminidad normativa, pero no sin el coste de caer en una crisis identitaria y de ponerse enferma, condición necesaria, aunque no suficiente, de su transformación subjetiva y de género. Seguramente, resolver la crisis ha supuesto para Edurne un proceso subjetivo de reflexividad, más o menos consciente, de cierta desidentificación o de desplazamiento del significado de la categoría Mujer, en la relación consigo misma, y también en relación con las otras personas de su entorno.

Las identidades de género, aún en el siglo XXI y en Occidente, están naturalizadas hasta el punto de que tanto el dolor corporal y/o psíquico, como la creatividad e imaginación que comportan desgarrarlas, subvertirlas, a través de prácticas sociales contra normativas y su respuesta social, se hacen invisibles e ininteligibles, dado que no existe un imaginario cultural sobre la heterogeneidad del deseo y la experiencia más allá del silencioso y tácito neo-binarismo de género vigente. Es algo parecido a lo que ocurre con las personas transgénero, ya que en ambos casos el cuerpo y el malestar se ponen en juego, como expresión de una diversidad subjetiva, social y sexual clausuradas (Butler, 1997). En este sentido, todas las personas somos en potencia transgénero o queer, aunque

algunas lo expresamos y otras no, y teniendo consecuencias de malestar en ambos casos como veremos en el siguiente punto.

Sin embargo, no disponemos en el marco hegemónico de las Ciencias de la Salud de los instrumentos necesarios para un abordaje integral del malestar que tenga en cuenta que dicho género binario y disimétrico enferma –entre otras producciones sociales como la etnia y migración, la clase social, etc.–; razón por la cual será urgente y necesario construir puentes entre disciplinas, nuevos discursos, y tratar de inventar abordajes híbridos; en definitiva, aventurarse tanto dentro como fuera de la clínica, dejando de forma decidida la zona de confort del espacio sanitario y profesional<sup>6</sup>.

Parafraseando a Genevieve Fraisse (2016), la interpretación desde una analítica de género del proceso descrito por este testimonio en primera persona, testimonio singular y plural a la vez, es muy probable que sea percibida como *un exceso*. Por su invitación a admitir lo impensado, por una parte, pero también por ser un análisis que no se limita a desvelar estereotipos ni a apelar a una afirmación de la indiferenciación entre los sexos (tal y como es frecuente dentro de los análisis de género al uso actuales), sino que señala la existencia de una densa y extensa desigualdad en el siglo XXI, y muestra la desnudez de un cuerpo político sexuado enfrentándolo a una imagen irreal. Como dice la autora “... y decir la verdad es fácilmente percibido como un exceso” (p.117).

Por esto es imprescindible introducir la perspectiva de género en el abordaje del malestar y del sufrimiento evitables, y en relación con la creatividad e imaginación que los acompañan, para que personas como Edurne puedan vivir y disfrutar su vida en libertad e igualdad sin arriesgarse a perderla. O bien, para que puedan vivir sin un sufrimiento claroscuro que estalla, aunque vaya acompañado de una nítida decisión como en el caso de Edurne. Porque el reduccionismo que implica un abordaje del malestar única y exclusivamente, en muchas ocasiones, a través del diagnóstico psiquiátrico y la medicalización conduce a un coste demasiado alto en sufrimiento subjetivo e ininteligibilidad/ignorancia social y científica. Algunas autoras están introduciendo una

<sup>5</sup> Aunque consideramos que con todas las transformaciones que se están dando en las últimas décadas, tanto a nivel de gestión privada de la salud pública, como de modelos clínicos y de tratamiento hegemónicos que se imponen, cada vez es menos una zona de confort, para los y las profesionales de la salud mental, emergiendo a través de éstos un nuevo y sustantivo malestar que está atravesado por diferentes componentes de género, en el ejercicio tanto de la relación asistencial como de la relación con la comunidad profesional. Esta es una cuestión sobre la que estamos iniciando una investigación en estos momentos.

perspectiva biopsicosocial crítica de género en el análisis del malestar, desde hace unas pocas décadas (Mabel Burín, Sara Velasco, Carme Valls, Emilce Dio Bleichmar, entre otras) pero la aventura no ha hecho más que empezar.

### ¿Trastornos psicológicos o malestares de género?

La ilustración anterior ha permitido mostrar la descontextualización social y política del sufrimiento evitable que acompaña la construcción de los diagnósticos clínicos/psiquiátricos a partir de las categorías clínicas diagnósticas, así como la operatividad del sistema de género que atraviesa el malestar que hay detrás de estas categorías y que pasa inadvertido. Es lo que se conoce como proceso de medicalización de la feminidad a través del sistema de salud, y que constituye un proceso fundamental de invisibilización del malestar de género en las mujeres. En este sentido, en trabajos nuestros anteriores, el uso del *Diagnóstico Psicosocial de Género* (metodología narrativa parecida a la utilizada en este relato) en relación con el dolor somático sin causa orgánica que se cronifica (F.M.) sobre todo en mujeres de mediana edad (Pujal i Llombart y Mora, 2013, 2014, 2015, 2017; Pujal i Llombart, Albertín Carbó, y Mora, 2015) nos ha permitido abordar la dinámica sistémica biopsicosocial y de género del sufrimiento evitable y sus formas de recomposición. Entendemos que la articulación de dicho tipo de diagnóstico psicosocial de género, con un abordaje clínico más sintomático centrado en el cuerpo y/o en la psicología, podría ser productiva en la construcción de intervenciones más integrales, efectivas y transformadoras de malestares de género.

En esta línea de trabajo, y con el objetivo de visibilizar la influencia del sistema de género en los procesos de enfermar y también de levantarse, proponemos el uso del concepto de *malestar de género* en lugar del de categoría diagnóstica y/o trastorno psicológico, utilizados por la Psiquiatría hegemónica, ya que dicho concepto pone en relación las nociones de experiencia subjetiva heterogénea y sexuada, y de bienestar/malestar (Pujal i Llombart, Calatayud, y Amigot 2018<sup>7</sup>). El malestar de género es entendido como experiencia heterogénea y conflictiva, en relación con la regulación del sistema de género, y

---

<sup>7</sup> Pujal i Llombart, Margot, Calatayud, Marina y Amigot, Patricia (en proceso de revisión). Subjetividad, desigualdad y malestares de género. Una relectura del DSM5. *Revista de Investigaciones Sociológicas*. Este artículo está en proceso de revisión y publicación.

está presente sobre todo en las mujeres (al ser en éstas más intensa y extensa la regulación) pero también en los varones (aunque la deconstrucción de la masculinidad ha sido menos estudiada hasta el momento). Su uso tiene el objetivo de profundizar en una Psiquiatría y una Psicología de la diversidad, más inclusivas y más igualitarias, que sean realmente interdisciplinarias y que den cuenta de la complejidad de su objeto, la constitución sociohistórica y de deseo de la experiencia subjetiva y su heterogeneidad. O, dicho de otra manera, ayudar para avanzar en una Psiquiatría y una Psicología no androcéntricas ni heteropatriarcales (Pujal i Llombart, y García-Dauder, 2010).

Ante la pregunta del porqué de una invisibilización y medicalización compulsiva del malestar de género en las mujeres, que puede llegar a impedir el empoderamiento psíquico de éstas, emerge un abanico de interrogantes. ¿La salud mental o el sufrimiento humano evitable mantienen una relación sustancial con las Ciencias Sociales y el análisis de la desigualdad a partir del examen de las biopolíticas del deseo? ¿Qué tipo de articulación emerge en la modernidad contemporánea entre violencia, identidad, sexualidad y género? ¿Cómo se han reactualizado los modelos sociales de género y sexualidad en tiempos actuales de narrativas de igualdad, neo-patriarcado y neoliberalismo en países occidentalizados? ¿Qué significa que las Ciencias de la Salud -médicas, psiquiátricas y psicológicas *mainstream*- han sido ciegas al género como determinante psicosocial de enfermedad/malestar y por qué? ¿Qué relación hay entre el deseo normativo y el deseo como práctica de libertad? ¿Qué ocurre cuando nuestros deseos encarnados no tienen inteligibilidad ni reconocimiento social? ¿Y cuando estos disfrutan de reconocimiento y de inteligibilidad, pero carecen de corporalidad? ¿Por qué la salud mental de las mujeres en occidente es un tema feminista? ¿Es la salud mental de los varones también un tema feminista? ¿El género tiene algo que ver con la identidad, o es más bien una forma de control y regulación? Son muchas y diversas las preguntas, interconectadas entre sí, que están sobre la mesa en el momento actual en torno las interconexiones entre salud y género, y en este sentido en el presente capítulo se reflexionará en la línea de articular estas heterogéneas preguntas.

### Conocimiento situado como reseña previa

Siguiendo la perspectiva epistemológica del conocimiento situado de Donna Haraway (1996) y el feminismo postcolonial, con María Lugones

(2008) entre otras, entendemos que el 'sujeto' de análisis de este artículo no es en absoluto un sujeto universal sino situado y específico. Su punto de mira concreto es la dominación y el gobierno de género específicamente *moderno, capitalista y neoliberal*, propio de las sociedades occidentales y occidentalizadas; es el sistema moderno colonial de género (Lugones, 2008). En otras palabras, es el particular occidental en lugar del occidental universal colonialista. Hay dos razones principales para esta elección: la primera, que es nuestro contexto de experiencia propio, por lo que nos sentimos más 'competentes' en su abordaje (dado que entendemos la experiencia también como una fuente de conocimiento, no sin reflexividad crítica), y la otra, que dicha forma específica de dominación es la forma o una de las formas más sutiles, invisibles, sofisticadas y extendidas de dominación de género existentes hoy en día. Y, por tanto, la que goza de más legitimidad/invisibilidad ya que se conceptualiza como su opuesta (igualdad, desarrollo, progreso, libertad), y disfruta de más efectividad en términos neocoloniales dado el proceso creciente de globalización actual. En este sentido, somos plenamente conscientes de que no toda la dominación de género y patriarcal existente hoy en día en el mundo (que es mucha, muy extendida y muy brutal) funciona a través de una biopolítica de deseo identitaria, ya que es heterogénea y adaptada a su contexto cultural e histórico. No obstante, el caso concreto del gobierno de género moderno, capitalista, neoliberal y colonial occidental sí que se regula sustantivamente mediante una biopolítica del deseo identitaria e individualizadora. Esto interacciona con otra parte trascendental y extensa de la dominación de sexo/género mundial que sigue funcionando a partir de dispositivos de coacción, violencia y represión directas contra la voluntad de las mujeres y la de otros colectivos subalternos; sin embargo, no es el sujeto de análisis principal de este capítulo. En este sentido, es importante señalar que las fronteras entre mundo occidentalizado y no occidentalizado son borrosas dado que toda sociedad es internamente heterogénea y más en un mundo globalizado como el actual, en sus formas de poder, control y regulación social y política. Por estas razones, desde nuestro punto de vista, un análisis de la dominación y del gobierno de género moderno, capitalista, neoliberal y colonial como forma situada, específica, delimitada e interrelacionada de dominación y de gobierno (que se presenta como modelo de igualdad a otras sociedades) resulta sustancial. Y constituye otra manera de trabajar desde un feminismo postcolonial e interseccional.

## La pregunta por el malestar de género en las mujeres: un dolor invisible fruto del no reconocimiento y de la ininteligibilidad de sus experiencias

---

Un problema extenso: sufrimiento desigual y diferente de género

El sufrimiento humano en términos psíquicos o psicológicos está creciendo de forma vertiginosa y de manera global, haciéndose más visible y, por tanto, también se está incrementando la demanda de atención en salud a nivel tanto individual como de grupos y de comunidades. En este sentido, la propia OMS ha declarado, por una parte, que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, aunque lo ha hecho poniendo en el centro a un *sujeto de apariencia neutra, sin género* (ni etnia, ni posición social alguna). Dicha mirada se adscribe al *paradigma de la invisibilidad* de las mujeres en medicina, el cual oscila entre el androcentrismo y la diferencia, pero sin romper el binarismo, como dice Carme Valls (2008). En este mismo sentido, a nivel local en Cataluña dicho aumento, según el informe de marzo de 2017, supone que el principal gradiente socioeconómico producto de la crisis neoliberal se da en el ámbito de la salud mental, y en el crecimiento disparado del uso de sus servicios y profesionales, así como en el consumo de psicofármacos en adultos y aumento de su prescripción en la infancia, siendo *las desigualdades de género* una constante en todos los niveles (AQuAS, 2017).

Nos referimos aquí al concepto de salud mental señalando ese plus de sufrimiento humano psíquico que es evitable, al estar relacionado con la dominación, la opresión, y las relaciones de poder, ya que también hay un dolor psíquico inevitable relacionado con la vida e inherente al ser humano (duelos, enfermedades, envejecimiento, accidentes, dificultades propias de la vida, etc.). Desde esta perspectiva, dicho crecimiento de la demanda puede explicarse en base al aumento exponencial en las últimas décadas de nuevas condiciones sociales, culturales y de poder adversas a la vida; son condiciones que caracterizan al mundo neoliberal y globalizado actual, como por ejemplo las heterogéneas violencias simbólicas y materiales, estructurales y crecientes (la precarización globalizada del trabajo mercantilizado y segregado por sexos, o de la vivienda, etc.). En esta línea, partimos de la existencia de una organización sexista de la vida social que es el sistema sexo/género heteronormativo occidental, que

genera unas fuentes específicas de vulnerabilidad y fragilidad desiguales según el sexo y el género. Tres son las características fundamentales de dicha organización sexista: la división sexual del trabajo; la construcción imaginaria, simbólica y material de las subjetividades de género y la sexualización del mundo. En este sentido, como dice Elena Casado (2017), la construcción del género es un proceso de diferenciación, cuyo efecto es la organización social desigualitaria y la acumulación, como resultado de la explotación de las mujeres.

En esta línea, ya en 1972 Phyllis Chesler alertaba del “doble estándar” de la salud mental de las mujeres, señalando que estas podían ser consideradas “enfermas mentales” tanto si aceptaban como si rechazaran mandatos de feminidad o aspectos del rol femenino como la dependencia, el sentimentalismo, etc. La Psiquiatría hegemónica consideraba que disponían de una peor salud mental a medida que se acercaban a los parámetros de un hombre sano (independencia, autonomía, objetividad). En esta línea, más adelante se desarrollaron también estudios que exponen que la adherencia al rol de género masculino en los varones se relaciona con rasgos de personalidad desadaptativos (Bem, 1981) como violencia y propiedad hacia la mujer (Mosher, 1991), o que los parámetros que definen la feminidad guardan similitudes con los síntomas de la depresión (Dio Blechmar, 2000) o que el matrimonio es un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres, y de protección para los varones (Valls-Llobet, 1994).

Es por ello por lo que en pleno siglo XXI es necesaria una renovación contemporánea de la pregunta por el dolor específico de las mujeres, que proviene de la inquietud y el desconcierto que producen el crecimiento de los malestares de género. Un ejemplo lo tenemos en nuevos malestares que expresan las mujeres jóvenes, como las autolesiones o los denominados trastornos alimentarios, etc., después de más de dos siglos de movimiento social por la igualdad entre los sexos, de una elaboración ingente de teoría feminista, de múltiples y nuevas leyes de igualdad o contra la violencia de género, de nuevas políticas, etc; lo que denota una reactualización de la operatividad del sistema de género y una involución actual en relación con los derechos de igualdad entre los sexos (Lorente, 2009; McRobbie, 2007).

En el ámbito de la salud, por ejemplo, asistimos hoy en día a una presencia reactualizada de la tradición psiquiátrica hegemónica, ciertamente preocupante, que es fruto de dicha involución. Dicha tendencia puede observarse, por ejemplo, en el amplio campo de investigación actual que parece reabrirse hoy

en día sobre lo que se ha denominado *Reproductive Related Disorders* (RRD) o Trastornos Relacionados con la Edad Reproductiva de las mujeres (TRER) (Halbreich, 2010; cit. en Flores, 2011). Los TRER surgen de la observación de que algunas mujeres son vulnerables a sufrir síntomas psicológicos de intensidad considerable en periodos de fluctuaciones hormonales, malestar que se ha utilizado desde la Psiquiatría para constituir psicopatologías como el “síndrome disfórico premenstrual” (incluido en el DSM-5), y “síndromes depresivos” en el postparto, la menopausia y perimenopausia. Todo ello elaborado a partir de datos estadísticos (del DSM-5, entre otras fuentes) que exponen que la tasa de prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres duplica a la de los hombres y unido a que ciertas investigaciones han concluido que estos son mayores durante la vida reproductiva de las mujeres. Así, desde el modelo biomédico se concluye que los niveles de estrógenos y otras hormonas gona-dales son los causantes principales de estas cifras (Flores-Ramos y Ontiveros, 2008) y no otros factores psicosociales relacionados con el género.

Dado que ya conocemos la existencia de diferencias y de desigualdades de género en el terreno de la salud mental, por ejemplo, a través de la revisión que realizan Isabel Sánchez López y M<sup>a</sup> del Pilar Cuellas Flores (2013), la pregunta que replanteamos se centra en el cómo de la producción social y psíquica del *desigual y diferente* sufrimiento en mujeres y varones en contextos occidentalizados, en los que la retórica de la igualdad se ha instalado.

En este sentido, queremos dar un paso más para mostrar, por una parte, cómo estos procesos —ilustrados a través del análisis del inicio— son frecuentes en términos generales; y por la otra, que no solo transgredir mandatos de género enferma sino también (y mucho) su contrario, performarlos de forma obediente (aspecto que está siendo menos estudiado). Nuestra hipótesis es que tanto transgredir como obedecer de manera intensa los mandados neo-binarios de género modernos y neoliberales, como si se tratara de modelos naturales, universales y saludables, conlleva un conjunto de experiencias penetrantes de sufrimiento subjetivo, que es desigual y diferente en mujeres y varones, por razones de género<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> No entraremos por problema de espacio, en la pregunta que nos parece relevante de si el malestar es más complejo de comprender en el caso de la disidencia o de la obediencia de género, aunque pudiera parecer según los estudios de la última década, que lo es más en la disidencia. Sin embargo, nuestra hipótesis es que el malestar de la obediencia es más difícil de identificar y por lo tanto de abordar. Pero nos limitaremos en este texto a mostrar también el malestar de la obediencia (junto al de la disidencia) puesto que en los últimos años se está estudiando menos.

Para ello vamos a tomar, como fuente de datos y punto de partida descriptivo, la sintomatología en mujeres y varones hallada en el DSM5 (2013) para identificar la extensión y especificidad de dicho sufrimiento hoy en día. ¿Por qué nos resulta útil mirar en el DSM5? Como es sabido, la concepción de salud actualmente aceptada como paradigma y modelo social dominantes viene dada por el modelo biomédico, procedente de la Ciencia Moderna. En este marco, la Psiquiatría hegemónica se ha esforzado por buscar un indicador anatómo-fisiológico del padecimiento mental y, cuando este no ha podido identificarse, se han creado clasificaciones como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) o el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Este último es editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y ahora en su quinta edición (DSM 5) sigue considerándose por muchas instituciones como la “jurisdicción clínica” de la Psiquiatría (Wilson, 1993; Crowe, 2000).

Es el texto con mayor autoridad académica y profesional en las sociedades occidentales en lo que respecta a la promulgación, clasificación y diagnóstico de trastornos mentales (Íñiguez-Rueda y Martínez-Guzmán, 2010). En él, se conceptualiza el “trastorno mental” como: *un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental* (APA, 2013, p. 20). En el discurso biomédico, síndrome significa “conjunto de síntomas”. Así, se considera como equivalente a ‘trastorno mental’ a un conjunto de síntomas que no tienen una explicación biológica pero que, sin embargo, son tratados como si la tuvieran mediante la prescripción de fármacos. En este sentido, en su discurso, el DSM5 desarrolla un doble vínculo con la explicación biológica del sexo, ya que hace alusión a las diferencias ‘por género’ al referirse a la prevalencia o sintomatología de los “trastornos mentales” y, sin embargo, no contempla que el género sea una construcción psicosocial independiente del sexo de la persona. De forma que narra diferencias por género cuando realmente el referente son diferencias por sexo, además de no contemplar la desigualdad como dimensión central del género ni, por supuesto, la diversidad biológica del sexo constitutiva de cinco sexos y no dos (Fausto Sterling, 2006): “Las diferencias por género son las variaciones que resultan tanto del sexo biológico como de la autorepresentación del individuo, incluidas las consecuencias sociales, conductuales y psicológicas del género percibido en uno mismo (...) El

género puede determinar exclusivamente si el individuo está en situación de padecer determinado trastorno, por ejemplo, el trastorno disfórico premensual” (APA, 2013, p. 15).

Consideramos que dada la condición de ‘jurisdicción clínica’ que ha sido otorgada al DSM y el uso que se continúa haciendo de este por parte de un gran número de profesionales de la salud mental, dicho manual constituye un referente privilegiado de datos de malestar, que son distribuidos por sexo. No obstante, es imprescindible no confundir niveles y hacer la distinción fundamental entre el nivel descriptivo del síntoma del malestar (experiencia subjetiva/síntoma en mujeres y varones) en el DSM5 y el nivel de análisis explicativo y discursivo en el DSM5, a partir del paradigma científico biomédico.

Por ejemplo, tal y como señala Jane Ussher (2010) el término ‘depresión’ puede funcionar para comunicar el grado de angustia sentida de una mujer y validar así su experiencia subjetiva, pero al mismo tiempo ha de servir para replantear el modelo médico epistemológico en el que surge, según el cual la patología es interna a las mujeres, está relacionada con su cuerpo reproductivo, y da cuenta de un trastorno unitario, global y transhistórico (citado en Dauder y Sedeño p: 161). La problematización, por tanto, debería ir dirigida a la construcción discursiva biomédica y no al referente experiencial que hay detrás; sin embargo, a veces todavía se habla indistintamente de los dos niveles. En este sentido, el referente experiencial de sufrimiento, construido como síntoma y asociado a categorías diagnósticas, es un referente claroscuro, puesto que se presenta en un vacío social y de género, que precisamente la teoría feminista ha problematizado.

A nuestro entender, las expresiones de sufrimiento emocional o somático, a través de ‘síntomas’ heterogéneos que han sido agrupados en torno a ‘categorías diagnósticas clínicas’, pueden ser reapropiadas como indicadores experienciales de malestar y de sufrimiento de las mujeres (y en general) en la línea de una *perspectiva feminista queer encarnada* (Esteban, 2011; Coll-Planas, 2012, Mora, 2015, 2018) que conceptualiza la experiencia y la corporalidad, al mismo tiempo, como productos y como productores de lo social y lo histórico.

Para visibilizar dicha distribución de la sintomatología por sexos, partimos de un trabajo de análisis sistemático del DSM5 que realizamos, en el que solo se incluyen los síntomas que se presentan con una clara diferencia de prevalencia cuantitativa por sexo.

Mostrar tal distribución será un primer paso para un examen de la relación entre sintomatología en salud mental y el sistema de género. Análisis que resulta imprescindible tanto para la investigación como para la intervención en salud mental. Por una parte, porque supone una ventana para explorar la etiología de origen tanto biológico como psicosocial y sobre todo su relación con el sistema biopsicosocial dinámico y de género. Y por la otra, porque posibilita el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas y de servicios adaptados a las desiguales condiciones sociales de hombres y mujeres. Por tanto, las herramientas para su análisis requieren de un cambio profundo de perspectiva teórica y metodológica de los estudios y las intervenciones. Como dice Elisabeth Rohlfs (2003)

*“se necesita una aproximación compleja y relacional; una perspectiva dinámica que sea capaz de vincular los determinantes sociales de la división del poder, los psicológicos de la identidad e ideales de género y los biológicos, con los perfiles epidemiológicos y con las características de morbilidad y de los sistemas de salud, que son diferentes y desiguales para hombres y mujeres”*

(citado por Sánchez López, 2013, p.189).

En este sentido, partimos de la idea de que el sistema de género constituye un dispositivo de poder (Pujal y Amigot, 2010), dada la dimensión productiva de diferencia/desigualdad que posee cuyos mandatos funcionan como normas modelizadoras de identidades y de relaciones desiguales, que pueden convertirse en imperativo psíquico, hasta ensayar una clausura de la diversidad social y material efectivas, además de obstaculizar las prácticas de igualdad social y política.

Veremos a continuación cómo se distribuyen las categorías de diagnóstico psicopatológico de forma diferente entre los sexos.

Tabla 1.- Distribución de categorías de diagnóstico psicopatológico atribuido a mujeres y a varones en el DSM5

| CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS        | EN MUJERES                                                                                                                                                                         | EN VARONES                                                 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Esquizofrenia y otros psicóticos</b> | Trastorno psicótico breve<br>Trastorno esquizoafectivo                                                                                                                             | Trastorno delirante 'celotípico'                           |
| <b>Tr. Depresivos</b>                   | Trastorno de depresión mayor                                                                                                                                                       | Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo |
| <b>Tr. de ansiedad</b>                  | Trastorno de ansiedad por separación<br>Fobia específica<br>Trastorno de ansiedad social (fobia social)<br>Trastorno de pánico<br>Agorafobia<br>Trastorno de ansiedad generalizada |                                                            |
| <b>Tr. obsesivos y relacionados</b>     | Trastorno dismórfico corporal<br>Trastorno Obsesivo Compulsivo<br>Tricotilomanía<br>Trastorno de excoriación                                                                       |                                                            |
| <b>Tr. de traumas y estrés</b>          | Trastorno por Estrés Postraumático<br>Trastorno de Estrés Agudo                                                                                                                    |                                                            |
| <b>Tr. Somáticos</b>                    | Trastorno de síntomas somáticos<br>Trastorno de conversión                                                                                                                         |                                                            |

| CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS | EN MUJERES                                                                                                         | EN VARONES                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tr. alimentarios                 | Anorexia nerviosa<br>Bulimia nerviosa<br>Trastorno por atracón                                                     |                                                                                                                                                                                                |
| Tr. de sustancias y adictivos    | Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos                                                       | Trastorno consumo de alcohol<br>Trastorno consumo de cannabis<br>Trastorno por consumo de alucinógenos<br>Trastorno consumo de inhalantes<br>Trastorno consumo de opiáceos<br>Juego patológico |
| Tr. de personalidad              | Trastorno de personalidad límite<br>Trastorno de personalidad histriónica<br>Trastorno de personalidad dependiente | Trastorno personalidad antisocial<br>Trastorno personalidad narcisista<br>Trastorno personalidad esquizoide<br>Trastorno personalidad esquizotípica                                            |
| Tr. Parafilicos                  |                                                                                                                    | Voyeurismo, Exhibicionismo<br>Frotteurismo, Masoquismo<br>Pedofilia, Fetichismo                                                                                                                |

Una vez conocida la distribución diferencial por sexos del sufrimiento psíquico, asociado en categorías diagnósticas psiquiátricas distintas, nos planteamos la pregunta de su relación, confluyente o no, con los mandatos del sistema sexo/género heteronormativo que circulan en las sociedades occidentales. El objetivo es examinar el efecto en la salud de una performatividad obediente a dichos mandatos (identificados según los estudios de género al uso) dado que actualmente se ha analizado mucho el impacto en la salud de la transgresión de los mandatos, a través del caso de la transexualidad o la intersexualidad por ejemplo, postergando el examen del impacto de la obediencia, su otra cara.

Para ello se presentan dos tablas, una con los mandatos con los que se interpela a las mujeres y otra con los que el sistema demanda a los varones. Lo que no significa que partamos de la idea de que los malestares en ambos casos sean equiparables, ni mucho menos, como se expondrá más adelante.

A continuación, reproducimos las tablas de forma parcial -por una cuestión de espacio- para ilustrar la desigualdad de sintomatología de sufrimiento (emocional, comportamental, o cognitiva) entre los sexos, tanto en la forma como en la extensión.

Experiencias de sufrimiento psíquico desiguales entre mujeres y varones

Tabla 2.- Relación entre categorías diagnósticas clínicas, experiencias sintomáticas encontradas en mujeres, y mandatos normativos de feminidad

| CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS       | EXPERIENCIAS SÍNTOMÁTICAS DE SUFRIMIENTO EN MUJERES                                                                                                                                                                                                          | MANDATOS DE FEMINIDAD                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A1. Ansiedad y trastornos relacionados | Miedo<br>Preocupación<br>Inseguridad<br>Sumisión ‘excesiva’<br>Aislamiento social<br>Autolesiones                                                                                                                                                            | Dependencia<br>Ternura<br>Pasividad<br>Emocionalidad<br>Flexibilidad<br>Comprensión<br>Comunicativa<br>Empatía<br>Cultura de la competitividad entre mujeres             |
| A2. Trastornos del estado de ánimo     | Tristeza<br>Fatiga<br>Apatía<br>Sentimientos de inutilidad<br>Sentimientos de culpa<br>Baja autoestima<br>Dificultad para tomar decisiones                                                                                                                   | Se deja llevar, no toma decisiones<br>Miedo como alternativa<br>Necesidad de protección<br>Licitud de la demanda de ayuda<br>Cuerpo delgado, “mona”, “pequeñito”, “mona” |
| A3. Trastornos alimentarios            | Delgadez extrema<br>Debilidad<br>Control sobre el cuerpo                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |
| A5. Trastornos de personalidad         | Necesidad excesiva del cuidado de otra persona<br>Comportamiento sumiso, de apego exagerado<br>Miedo a la separación<br>Dificultad para tomar decisiones sin consejo<br>Dificultad para expresar desacuerdo<br>Miedo a ser más competente o a que lo parezca |                                                                                                                                                                          |

Como puede verse en la tabla anterior, los mandatos normativos de género que interpelan a las mujeres les otorgan una identificación y una posición en las relaciones sociales disyuntivas con los valores dominantes en occidente, a través de la construcción de una identidad 'devaluada' y una forma de interacción específica en base a ésta y al revés: emocionalidad, empatía, disposición a cuidar, a comunicar, vulnerabilidad, dependencia, etc. Se trata, en palabras de Almudena Hernando (2017) de una identidad relacional, de adscripción al grupo, pero que, en el marco de la desigualdad de género, las sitúa en una posición de subalternidad o subordinación.

Además, vemos que se da una confluencia entre los mandatos normativos de feminidad y las experiencias sufrientes de las mujeres, que han sido agrupadas en categorías diagnósticas o síndromes por el discurso biomédico. Por ejemplo, lo vemos en la *dependencia o la dificultad para tomar decisiones de forma autónoma en relación con el varón*, dada la heterosexualidad obligatoria ("trastorno de depresión"), o en la emocionalidad excesiva ("trastornos de personalidad") o en la preocupación/obsesión por el cuerpo y la imagen según unos cánones aplicados a la feminidad ("trastornos alimentarios").

Tabla 3. Relación entre categorías diagnósticas clínicas, experiencias sintomáticas encontradas en varones, y mandatos normativos de masculinidad.

| CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS                                                    | EXPERIENCIAS SÍNTOMÁTICAS DE SUFRIMIENTO EN VARONES               | MANDATOS DE MASCULINIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B1. Trastornos nerviosos, disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta | Impulsividad                                                      | Dominación<br>Autoridad<br>Autosuficiencia<br>Ilicitud de la demanda de ayuda<br>Valentía<br>No necesidad de protección<br>Liderazgo<br>Decisión<br>Lealtad entre varones<br>Fortaleza<br>Racional<br>Poco comunicativo, “bruto”, poco empático<br>Racional<br>Autonomía, independencia<br>Actividad<br>Autoconfianza<br>Firmeza<br>Determinación<br>Cuerpo fuerte, alto, “apuesto” |
|                                                                                     | Poca inhibición conductual                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Agresividad                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| B4. Trastornos de personalidad                                                      | Actitud desafiante                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Acciones vengativas                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Vulneración de derechos de los demás                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Esquizoide y esquizotípico                                                          | Engaño, robo                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Ataques de ira                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Ruptura de normas                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| B3. Trastornos parafílicos                                                          | Posibilidad de dañar a otro o propiedades                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Actitud desafiante                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Esquizoide y esquizotípico                                                          | Desinterés por los vínculos afectivos                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Ideas de referencia (delirios, alucinaciones) en el esquizotípico |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| B3. Trastornos parafílicos                                                          | Obsesión                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Deseo sexual ‘irrefrenable’                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Asociación de dolor con placer                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Relaciones sexuales sin consentimiento                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     | Invasión del espacio ajeno                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

En este caso, los mandatos normativos de masculinidad, como se puede ver en la tabla anterior, otorgan a los varones una posición de supremacía en las relaciones sociales, y una identificación con los valores dominantes occidentales: autonomía, racionalidad, individualidad y desconexión emocional, miedo/rechazo al vínculo, fortaleza, poder, etc., a través de la construcción de una identidad ‘moderna’ universal y sin género, la identidad de ciudadanía androcéntrica y colonial. Como dice Almudena Hernando (2017), una identidad individualizada, lo que significa que se asocia a una desconexión emocional del mundo, actitud que solo sucede cuando se tiene la sensación de controlar parte de éste.

Y el resultado vuelve a ser una confluencia entre los mandatos normativos de masculinidad y las experiencias de malestar/síntomas de los varones. Por ejemplo, la agresividad, la violencia o la ruptura de normas en los “trastornos disruptivos”, más acusados entre varones, así como la individualidad llevada al extremo en los “trastornos de personalidad antisocial” o “narcisista”, confluyen con el ideal hegemónico de masculinidad asociado a la fuerza física, la supremacía, la valentía y la sensación de ‘invencibilidad’ que lleva al consumo excesivo de sustancias estimulantes o a la transgresión de normas (Barberá y Martínez – Benlloch, 2004). Además, la falacia de la “hipersexualidad masculina” propuesta por Wendy Hollway (1984) que alude a la imagen convencional y generalizada de un deseo sexual irrefrenable en los varones, “no pueden parar”, lo que puede relacionarse con las parafilias, en las que se vulneran los derechos de otra persona, principalmente niñas/os y mujeres.

El sistema sexo/género enferma a mujeres y varones. Sin embargo, ambas experiencias de malestar son profundamente diferentes en su forma y magnitud, siendo el sufrimiento en las mujeres mucho mayor y más continuado. Dicha desigualdad en el malestar se debe básicamente a dos razones. La primera es que el malestar en las mujeres surge de una interacción social regulada que les lleva a postergar sus propias necesidades y a centrarse en las de otras personas, lo que implica cierta ‘violencia hacia sí’, mientras que el malestar en los varones proyecta mayoritariamente una violencia hacia la otra persona, al concentrarse principalmente en las necesidades propias y desconectarse emocionalmente del resto, lo que genera a menudo dificultades en la otra persona (por ejemplo en los casos de hostilidad, ira, impulsividad, etc.). Y la segunda razón es que los denominados “trastornos mentales comunes” (TMC) (ansiedad, depresión, somatización) los sufren sobre todo

las mujeres; las mujeres duplican a los varones en estos, que afectan al 25% de la población. Por ejemplo, la depresión que, se predice, será la principal causa de discapacidad en el 2020, junto a la ansiedad y las quejas somáticas (Velasco, 2009), y con un gran impacto en la vida cotidiana. La depresión se da en una de cada tres personas (OMS, 2006), principalmente mujeres. Por tanto, el sufrimiento de las mujeres es mucho más extenso y cronificado que el de los varones; ellas también acuden más a los servicios sanitarios y consumen más psicofármacos, índice que ha aumentado en la última década de forma significativa.

Con la intención de dar un paso más en la visibilización de la estrecha relación existente entre la organización social del sistema sexo/género heteronormativo y la producción de malestar de orden psíquico, nos preguntamos sobre el impacto de la organización social y su regulación de las relaciones sociales de género en la producción de síntomas psíquicos. Síntomas entendidos como la expresión de conflictos relacionales y subjetivos que experimentan las mujeres (a un nivel más o menos consciente) que se acaban enquistando hasta enfermar, por permanecer invisibles e ininteligibles en su dimensión de género y, por tanto, sin opción a poder abordarlos desde dicha perspectiva.

Para ello, se presenta una tabla que relaciona los ideales de la feminidad normativa con las prácticas sociales según roles y normas de género, y diferenciando entre la dimensión simbólica de reconocimiento y la dimensión material de redistribución del sistema de género (Fraser, 1997) Esta tabla nos muestra claramente que sí hay coincidencia entre síntomas/experiencias subjetivas conflictivas y dolorosas vividas por las mujeres (vulnerabilidad) con los roles, normas, expectativas, estatus de una interacción social que está regulada por el sistema de género.

En este sentido, como dice Lorente (2009) se da una contradicción entre las prácticas y el discurso del logro de la igualdad. Esta contradicción comporta un doble vínculo, tal como se ha visto en el análisis de género inicial, lo que convierte irremediamente a las mujeres contemporáneas en el 'sexo estresado' (Freeman y Freeman, 2013) y en muchas ocasiones con poca escapatoria, dada la ininteligibilidad e invisibilidad de la dimensión de género del estrés; aunque, ciertamente, las crisis también se convierten en posibilidad de transformación y de creatividad subjetiva y social.

**La categoría de género, productora de un dolor en las mujeres, invisibilizada mediante la psicopatologización**

Tabla 4: Organización del sistema sexo/género heteronormativo: mandatos normativos de feminidad, vulnerabilización, experiencia conflictiva (sintomática) y captura psicopatologizadora en mujeres.

| Sistema sexo/género y heteronormativo (Diferentes Modelos, Velasco, 2009)               |                                                                                                                                                     | Mandatos normativos de feminidad |                                                                            | Experiencia conflictiva                                                                                                                         | Categorías clínicas discurso biomédico                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dimensión simbólica/cultural                                                            | Dimensión material/organización                                                                                                                     | →                                | Vulnerabilidad mujeres por desigualdad                                     | →                                                                                                                                               | “Trastorno mental” DSM – 5                                                                           |
| Cuidadora<br>Dependencia<br>Obediencia/<br>adaptación<br>Ternura<br>Pasividad           | Relegación o identificación principal con el espacio privado o rol de cuidadora de las relaciones.<br>Cuidados, crianza,<br>Maternidad              | →                                | Ausencia de proyecto propio<br>Desvalorización<br>No reconocimiento social | Tristeza<br>Apatía<br>Sentimientos de inutilidad<br>Sentimientos de culpa<br>Baja autoestima y autoconcepto<br>Dificultad para tomar decisiones | Depresión mayor                                                                                      |
| Emocionalidad<br>Comprensión<br>Flexibilidad<br>Prohibición de la agresividad/<br>rabia | Incorporación a la vida profesional, dificultad conciliación roles,<br>‘Supermujer’<br>Privado+público, sobrecarga y contradicciones, doble vínculo |                                  | Sobrecarga de roles<br>Doble/triple jornada laboral<br>Estrés continuado   | Miedo<br>Preocupación<br>Inseguridad<br>Autolesiones                                                                                            | Trastornos de Ansiedad,<br>Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas),<br>Trastornos psicósomáticos |

| Sistema sexo/género y heteronormativo (Diferentes Modelos, Velasco, 2009)                                                                                     |                                                                                                                                 |                                        | Mandatos normativos de feminidad                                             |                                                               | Experiencia conflictiva                    | Categorías clínicas discurso biomédico |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| Dimensión simbólica/cultural                                                                                                                                  | Dimensión material/organización                                                                                                 | Vulnerabilidad mujeres por desigualdad |                                                                              |                                                               | Sintomatología                             | “Trastorno mental” DSM – 5             |
| Cuidadora<br>Dependencia/Obediencia/adaptación<br>Ternura<br>Pasividad<br>Emocionalidad<br>Comprensión<br>Flexibilidad<br>Prohibición de la agresividad/rabia | Ideal del cuerpo delgado, inerte<br>Belleza como virtud<br>Expresión subjetiva a través del cuerpo/imagen en lugar de simbólica | →                                      | →                                                                            | Delgadez extrema, control sobre el cuerpo<br>Cirugía estética | ←                                          | Trastornos alimentarios                |
|                                                                                                                                                               | Relegación al espacio privado, ausencia<br>espacio íntimo, y de proyector personal autónomo                                     | →                                      | Dependencia económica<br>Subordinación<br>Violencia machista<br>Abuso sexual | →                                                             | Miedo, Rememoración de sucesos traumáticos | Traumas, TEPT                          |

| Sistema sexo/género y heteronormativo (Diferentes Modelos, Velasco, 2009)                                                                                                |                                                                                  |   | Mandatos normativos de feminidad                                             | Experiencia conflictiva                                                                                                                                    | Categorías clínicas discurso biomédico |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Dimensión simbólica/cultural                                                                                                                                             | Dimensión material/organización                                                  |   | Vulnerabilidad mujeres por desigualdad                                       | Sintomatología                                                                                                                                             | "Trastorno mental" DSM - 5             |
| Cuidadora<br>Dependencia<br>Obediencia/<br>adaptación<br>Ternura<br>Pasividad<br>Emocionalidad<br>Comprensión<br>Flexibilidad<br>Prohibición de la agresividad/<br>rabia | Subordinación<br>Cuerpo instrumentalizado y como virtud<br>Dependencia económica | → | Dependencia económica<br>Subordinación<br>Violencia machista<br>Abuso sexual | Dependencia excesiva<br>Emotividad excesiva o inapropiada<br>Necesidad del vínculo afectivo<br>Dificultad para tomar decisiones sola<br>Miedo a la pérdida | Trastornos de personalidad             |

En la tabla anterior se ve la relación entre las dimensiones simbólicas-culturales y las organizativas-materiales del sistema de desigualdad de género para mostrar las prácticas y relaciones sociales que se desprenden de estas, y su impacto en términos de dificultades, acontecimientos difíciles, adversidad, y de una experiencia subjetiva difícil en las mujeres. Experiencias heterogéneas que son capturadas por el dispositivo biomédico y psiquiátrico y encerradas al interior de una caja negra<sup>10</sup>. Como señaló Foucault (1991, 2005), se trata de disciplinas relevantes, como la medicina, la psiquiatría o la psicología, en los procesos de normalización/ patologización de los individuos a partir de su emergencia en el siglo XIX.

El efecto es una descontextualización e individualización del malestar, mediante una operación de reificación y de atribución de causalidad biológica y psicológica, que desconecta éste de sus condiciones sociales de emergencia, por una parte. Y por la otra, se recurre por parte de los profesionales y de los y las usuarias de manera normalizada a estereotipos de género, los cuales funcionan estigmatizando y discriminando en relación con la salud mental dentro del espacio asistencial en el sistema sanitario, a través de microviolencias (no necesariamente conscientes) ejercidas por parte de los y las profesionales (Valls, 2009).

En este sentido, vemos, por una parte, cómo en la modernidad la construcción del modelo de diferencia sexual saludable y deseable o identidad de género binaria, surge de lo que Carole Pateman (1988) refiere como un 'contrato sexual', que está velado a nivel cultural y científico, y que organiza la exclusión de las mujeres del espacio público y de los derechos de ciudadanía, y como consecuencia enferma sobre todo a las mujeres, pero no exclusivamente como se ha visto.

## Producción e invisibilización modernas del dolor de género en las mujeres

### **Violencia, género e identidad en la modernidad**

Para comprender la intensa relación entre género y salud que venimos ilustrando, podríamos acogernos a diversas herramientas analíticas, pero hemos

<sup>10</sup> En este sentido, es importante tener presente que la apropiación narrativa diagnóstica por parte de las personas con sufrimiento psíquico puede ser positiva en el sentido que rompe tabús y estigmas, pero a la vez, negativa, porque reifica y mantiene encerradas las experiencias difíciles y conflictivas de posiciones subalternas, dentro de una caja negra como el diagnóstico. Como ha sido la situación expuesta al inicio del capítulo.

elegido una de orden genealógico que nos parece sustancial. Se trata de la crítica al concepto de violencia en la modernidad, realizada por René Girard (1972) y Sigmund Freud (1932), que nos servirá para abordar la pregunta sobre cuál es la naturaleza y la operatividad inherente al sistema de género heteronormativo moderno y neoliberal, y a qué se deben tanto la magnitud de su impacto en el eje bienestar/malestar, como la dificultad de comprensión a la que nos reta. Girard parte dando cuenta en su estudio de que la Violencia en sociedades primitivas era considerada una fuerza incontrolable y destructiva para la humanidad. Parafraseando al autor diremos que, en las explicaciones antropológicas, decir violencia es hablar de unas fuerzas que se apoderan de los hombres (sic), una fuerza que se vuelve incontrolable, una fuerza arrasadora que puede provenir de la naturaleza, de la potencia divina, o del impulso salvaje animal, que domina a la humanidad y amenaza con su existencia. Frente a lo cual la modernidad se autoproclama como la legítima encargada de producir el tránsito desde dicha fuerza bruta o violencia incontrolable premoderna, a la construcción de un pacto social, una cultura y un derecho que la regulen, siendo la ciencia moderna el puntal de dicho tránsito. Para frenar dicha violencia y el caos, según el mismo autor, la modernidad necesita producir otra forma, inevitable de violencia, pero que es muy distinta y es controlable y regulable. Se trata de una especie de violencia menor frente a la existencia de la violencia salvaje desbocada y arrasadora. Volviendo a parafrasear a Girard, diremos que el rito cultural operaría como el acto social de diferenciar una violencia inmanejable de una interna que es posible manejar, una violencia ilegítima y otra violencia legítima. La ley, el derecho y la cultura modernas serían las encargadas de organizar el orden social y su continuidad y para ello ejercerían la otra violencia legítima (que no sería percibida como tal) estableciéndose como condición para la consecución de la prevención de la violencia destructiva originaria.

Sin embargo, este relato hace aguas muy pronto, puesto que tal y como señala Svenska Arensburg (2015)<sup>11</sup> para que se diera el paso desde la violencia al nuevo derecho y cultura de la modernidad, era preciso que se cumpliera una condición sustancial, de manera permanente y duradera, que era la unidad y cohesión psicológica de la comunidad a través de vínculos afectivos entre sus

<sup>11</sup> Comunicación oral, en un curso de doctorado en la U.A.B. sobre Violencia de Género institucional, celebrado en marzo del año 2015.

miembros. Sin embargo, dicha condición no se daba, tal y como fue señalado lúcidamente por Sigmund Freud (1932) en su carta a Einstein en ¿Por qué la guerra? al decir que la tesis (moderna) en la práctica era complicada. Freud advertía en ella que desde un principio la comunidad estaba formada por elementos de poderío dispar, por hombres y mujeres, hijos y padres, y al poco tiempo, a causa de guerras y conquistas, también por vencedores y vencidos que se convirtieron en amos y esclavos, donde las leyes serían hechas por y para los dominantes y concederían escasos derechos a los subyugados; es por ello por lo que finalmente la modernidad habrá de abandonar el dominio del derecho y volver al dominio de la violencia.

Dicha crítica<sup>12</sup> muestra cómo la modernidad está fundada y sostenida mediante el ejercicio de una violencia propia y diferente, a través de su máscara de orden, prevención y contención de la violencia originaria; no obstante, como se trata de una violencia legitimada e invisibilizada, no se percibirá como tal sino como todo lo contrario, algo deseable. Será una violencia legitimada, extensa e invisible, que irá en detrimento de otra violencia no legitimada, que sí será visible y podrá ser abordada y perseguida. Por tanto, según esta crítica el pacto social, la cultura, la ciencia y el derecho modernos se establecerán bajo una cultura práctica de una violencia especial e invisible. Crítica que posteriormente ha sido acogida e incorporada al trabajo de diversos pensadores contemporáneos como Max Weber, Norbert Elias, Hanna Arendt, Walter Benjamin, entre otros.

Finalmente, esta nueva concepción de violencia será desarrollada y afinada, hasta entenderse como una violencia de naturaleza estructural (Martín Baró, 1985), como una violencia simbólica (Bourdieu, 1998) o como una violencia sistémica-objetiva (Zizek, 2003, 2009)<sup>13</sup> que será clave para entender la relación (ininteligible e invisible) entre el sistema de género y el dolor en las mujeres, por la que nos estamos interrogando.

<sup>12</sup> Incluso la OMS en su definición (2002) “uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en el grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo u otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga más probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” acoge dicha crítica al relacionar la violencia con las relaciones de poder, y mostrar sus diferentes dimensiones y direcciones, su existencia presente o el futura, y su impacto negativo efectivo o probable en la salud.

<sup>13</sup> Aunque hay diferencias de matices importantes entre ellas, por problema de extensión, y para el objetivo específico del capítulo, trataremos como equivalentes los conceptos de violencia sistémica-objetiva, simbólica y estructural.

Señala Zizek (2003) que las operaciones que se traman entre lo simbólico y lo social pueden entenderse como violencia sistémica-objetiva, y en este sentido, define a esta violencia “como constitutiva del orden”, y añade que “tiene como eje sustancial que es una violencia no experimentada como tal por quien está sometido al orden. Y la violencia constitutiva del orden es la hegemonía, es decir, cuando un elemento ya no es percibido como usurpador y ha subordinado violentamente a todos los demás elementos para así comandar todo el campo. La violencia constitutiva o fundante es el acto simbólico del poder que establece el orden, que funda el orden y a la vez se inscribe como acto legítimo en ese orden” (Zizek, 2003 citado en Arensburg, 2011:182 y Butler, Laclau y Zizek, 2003). A su vez, entiende por hegemonía “la apropiación sociopolítica y estratégica de un discurso de poder, para producir algo de interés, el orden, la normalidad, etc. La hegemonía podría entenderse como las reglas de constitución de un campo de juego que se hace verdadero, en la medida que ha podido suprimir el acto de inscripción que lo ha fundado como hegemónico” (Zizek, 2003, citado en Arensburg, 2011:107). En este mismo sentido, es importante la advertencia que hace Gerard Coll-Planas et al. (2008) al señalar que, si sólo vemos el componente aniquilador de la violencia, se invisibiliza la violencia (se niega la existencia de prácticas violentas no aniquiladoras, que someten, pero no matan), aquellos actos legítimos ejercidos violentamente, como por ejemplo los de sistemas patriarcales familiares, judiciales, del derecho, la ciencia etc.

El sistema de género heteronormativo constituye una parte claramente sustancial de dicha violencia estructural o sistémica que es inseparable de la fundación de la modernidad. En el caso específico de dicho sistema, dará lugar a una extensa y articulada red de formas de violencia estructural y sistémica, configurada por distintos operadores: el sistema judicial, el sanitario, el educativo, el mercado laboral, los medios de comunicación, el lenguaje sexista, la ciencia androcéntrica, la familia neo-patriarcal, etc. Sin embargo, para el pensamiento hegemónico moderno, la única violencia de género ilegítima y visible (todavía muy parcialmente y desde hace muy poco) es la relacionada con los feminicidios o las violencias sexuales (de mayor grado, pero de menor magnitud), la cual es pensada como de naturaleza interpersonal e individual y no estructural; cuando es su dimensión sistémica, estructural y simbólica, su condición de posibilidad y también de transformación social. En definitiva, solamente esta violencia interpersonal es visible e identificada como violencia y tratada como un grave problema social (y en ocasiones, pocas, como problema

también de salud) que hay que abordar; aunque parcialmente, puesto que se prioriza la mayoría de las veces la persecución judicial, como muestra, la Ley integral del 2004. Se trata de la misma violencia que los medios de comunicación señalan también de manera casi exclusiva.

Y, sin embargo, será precisamente la violencia estructural y sistémica de género legítima, de mayor magnitud (y sostén de la violencia ilegítima), inherente a la modernidad neoliberal actual, la que funcionará como maquinaria de producción imposible de identidades de género, al pretender clausurar la heterogeneidad de la experiencia y del deseo efectivos; disciplinando cuerpos y modelando almas en contra de su tendencia heterogénea, y por ello con un alto coste en malestar y salud mental, física o social. A través de una operación discursiva y material, se transforma la violencia estructural moderna específica del sistema de género en diferencia sexual, en masculinidad y en feminidad diversas. Identidades de género que serán inalcanzables, siendo por tanto el campo de la normalización y del disciplinamiento, el origen de la violencia de género, y no simplemente la intolerancia o el maltrato interpersonales.

Diferencia y desigualdad de género que, por otra parte, como dice Sara Velasco (2009) en su producción sociohistórica se actualizan y renuevan a partir de nuevas prácticas sociales, según los modelos históricos vigentes en cada contexto, dando lugar a composiciones sociales de vulnerabilidad de género diversas. En este sentido, en pleno siglo XXI neoliberal, en el que como dice Jorge Alemán (2016) el dispositivo de rendimiento y goce se expande transversalmente por todos los lazos sociales y se busca una producción radical de la subjetividad, que trascienda la alienación, operan fundamentalmente los modelos sociales de género *transicional* y *contemporáneo*<sup>14</sup> (en interacción con

<sup>14</sup> El modelo *transicional* (a diferencia del modelo tradicional centrado en la familia patriarcal, y que es propio de la industrialización) surge en los años 70, con el modelo de bienestar, la salida al ámbito profesional de las mujeres y su entrada masiva a la educación superior, sin repartir ni abandonar al mismo tiempo el ámbito del cuidado y del trabajo doméstico, lo que conduce a una situación de desigualdad sobre todo en relación con el ámbito privado, pero no solamente; siendo el síntoma el cansancio, el estrés y la sobrecarga de las mujeres los principales síntomas de vulnerabilidad. Por su parte, el modelo social de género *contemporáneo* surge a finales del siglo XX de la mano del neoliberalismo e individualismo y de la sociedad de consumo y hedonista, lo que acentúa la centración en el individuo, la imagen, el control y el cuerpo, frente al vínculo. En dicho caso, los síntomas más característicos son es el auge de la cirugía estética, del culto al cuerpo hipersexualizado, trastornos de la alimentación o incluso autolesiones muy frecuentes en las mujeres jóvenes. Para más detalles, se puede consultar el libro de Sara Velasco (2009).

los residuos del modelo tradicional) aunque todos compartan de fondo la voluntad moderna de cancelar la diversidad subjetiva, corporal y sexual a través del biopoder y la gubernamentalidad de género (Butler, 1997, 2004, 2009).

Es precisamente dicha voluntad impensable lo que produce una gama de vulnerabilidades y de situaciones de sufrimiento psíquico, que podrían ser evitadas o rebajadas, si consiguiéramos problematizarla, y dismantelar el velado pero eficaz sistema de género vigente en nuestro contexto. Y para finalizar este apartado, no es necesario decir que dicha separación conceptual y desconexión práctica entre violencias (legitimada e ilegítimada) convertirán obligatoriamente el abordaje y reducción de la violencia de género (en el caso de los feminicidios) en un fracaso desde una perspectiva social y política.

### **Violencia de género estructural y experiencias subjetivas de violencias de sí**

Mientras no se visibilice la naturaleza y amplitud del sistema de género actual, la experiencia subjetiva de género - naturalizada como identidad, pero producida a través de las violencias estructurales del sistema de género moderno y neoliberal, estará conformada también por *violencias de sí* (invisibles) en el proceso de conformación del *self*, a través de prácticas de sí (en la relación de las mujeres consigo mismas, y también los varones a otro nivel) que serán producidas y reguladas mediante las interacciones sociales y afectivas.

El surgimiento actual de nuevos malestares de género en las mujeres jóvenes (autolesiones, trastornos alimentarios, aumento de intentos de suicidio, etc.), por ejemplo, dan cuenta de ello. Pero encontramos experiencias subjetivas generizadas de distinta intensidad de malestar que conviene diferenciar, aunque estén estrechamente relacionadas entre ellas. En este sentido, estarían las *microviolencias de sí*, con experiencias de malestar de baja intensidad, como la culpa, la autoexigencia, la vergüenza, una baja autoestima, la angustia, una baja ambición, etc., que de no ser identificadas como tales y abordadas en su contexto social, muy probablemente conducirán a *macroviolencias de sí*, con un nivel de dolor más insostenible. Ejemplo de éstas últimas, serían el rechazo y los problemas con la alimentación, las autolesiones, los intentos de suicidio, las depresiones mayores, etc. Por tanto, no se trata simplemente de expresiones de la identidad de género sino directamente de malestares de género que son producto de una violencia estructural del sistema de género. Y como tal, habría que abordarlas desde una estrecha y simétrica articulación de las ciencias de la

salud y las ciencias sociales, siendo imposible hacerlo únicamente desde dentro de las ciencias de la salud y el sistema sanitario.

Hemos visto hasta aquí que para comprender dicha fragilización psíquica ha sido necesario recurrir al análisis de la operatividad del sistema sexo/género moderno, neoliberal y colonial, y especialmente de su impacto en la subjetividad, a través del proceso de la constitución social del sujeto. Análisis que se ha realizado sobre todo desde la perspectiva del biopoder, del estudio de la gubernamentalidad y de la violencia, articulados con la teoría de género, y al revés. Sin embargo, nuestra hipótesis es que este análisis todavía está en proceso y que es en parte una asignatura emergente/pendiente de los estudios feministas y de género contemporáneos postestructuralistas y de la teoría queer. A nuestro modo de ver, se trata de un análisis que debería ser capaz de comprender las formas de gobierno y desgobierno modernas y neoliberales, y su relación con las experiencias subjetivas generizadas de violencias de sí, señaladas más arriba, por ejemplo.

Por ello, a partir de aquí, nos limitaremos a apuntar lo que consideramos, por tanto, una analítica en proceso.

Dicho de otra manera, se trata de una asignatura emergente/pendiente que se relaciona tanto con la reproducción como con la resistencia y transformación subjetiva y social de la desigualdad. Desde nuestro punto de vista, una de las razones de que sea todavía una asignatura emergente/pendiente tiene que ver con la existencia de una polarización que atraviesa la teoría de género contemporánea, en relación con el papel del sujeto y de la subjetividad, socialmente constituida, pero singular al mismo tiempo. Una polarización que contemplaría dos posiciones confrontadas, que son:

- la muerte postmoderna del sujeto -sexuado- y su consecuente descorporalización, la cual ha dejado al feminismo contemporáneo sin un sujeto con el que pensar el malestar psíquico corporeizado y su transformación; sin una '*teoría de carne y hueso*' (Moraga y Anzaldúa, 2015). Esta posición incluiría una parte de la *teoría queer*, que considera que el cuerpo y el sujeto son enteramente moldeables, tal y como ha cuestionado Gerard Coll (2012) en su trabajo "*La carne y la metáfora*".
- la afirmación identitaria del sujeto plural mujeres, desde el feminismo moderno que, para poder garantizar la capacidad de lucha, resistencia y transformación social y política, se resiste a fragmentarla al interior de sí misma.

Romper con esta polarización entre feminismo moderno/feminismo post-moderno, y las barreras que levanta para un análisis y una transformación complejos, que no sean solo de naturaleza ideológica y social sino también subjetiva y psíquica, requeriría, a nuestro modo de ver, de una figuración de sujeto y de subjetividad específica, ante la que creemos que ambos polos plantearían reservas. En esta línea queremos apuntar como herramienta de análisis la figuración de una *subjetividad heterogénea corporalizada*, y de un *sujeto de deseo* (que sea en parte) *inapropiable* por el biopoder (Alemán, 2016). Como dice el autor, diferenciar la subjetividad entendida como efecto de las relaciones de poder construidas, del sujeto y su naturaleza dividida y dinámica, será una cuestión política clave en el neoliberalismo. Y la relación entre ambos no puede ser solo de producción, porque si le entregamos al poder toda la construcción de la subjetividad, el *crimen es perfecto* y nos quedamos sin posibilidad de vida, ni posibilidad política; por lo que no se puede reducir todo a la construcción histórica. En palabras del autor:

*“hay un resto, un vacío, una división, una brecha, que finalmente ninguna producción puede terminar de colmar, y cuando esa brecha logra entrar en una dimensión colectiva que yo llamo Soledad: Común (...) creo que es la condición de posibilidad de una experiencia política de vocación transformadora”*

(Alemán, 126-127).

En este sentido, Alemán con la idea de *lo inapropiable* se refiere a “*intuir un lugar al que no puede acceder este dispositivo de rendimiento y goce que es el neoliberalismo y que se expande transversalmente por todos los lazos sociales*” (Alemán, 114-115).

En esta misma línea, como señala Teresa de Lauretis (2000) un proyecto político feminista no puede dejar de tener en cuenta no sólo las diferencias entre mujeres, sino también las constricciones externas e internas al sujeto, los límites del yo y las necesidades que lo sostienen, la productividad y la refractariedad del deseo.

A continuación, para mostrar algunas de las características de esta figuración-herramienta de pensamiento, nos serviremos del fino mapa analítico que traza Patricia Amigot (2007) sobre las características de la experiencia subjetiva contemporánea, aunque ampliándolo, para adaptarlo al objetivo de este capítulo. Según plantea Patricia Amigot, las características de dicha experiencia subjetiva/subjetividad serían:

1. Una experiencia subjetiva que es histórica y que está sujeta a prácticas y discursos históricos (binarismo disimétrico moderno y neoliberal de género) a través de prácticas de sí de autovigilancia y de autocontrol. a partir de las cuales el sujeto se autorregula, al sentir las como prácticas de libertad y no de sujeción.
2. Una experiencia subjetiva que es abierta, procesual y dinámica, y que se construye a través de las narrativas disponibles en cada época, siendo la narrativa de la identidad/diferencia sexual (esencial) una narrativa privilegiada de la modernidad, que se ha exacerbado a partir del neoliberalismo.
3. Una experiencia subjetiva corporeizada, lo que supone una asimilación experiencial de los discursos en forma de disposiciones y deseos normativos (ej: el dolor de la feminidad). En este sentido, es importante diferenciar a nivel analítico entre cuerpo y corporalidad, Enrico Mora (2017, 2018) lo plantea de la siguiente forma: "El ser humano no es un ser con cuerpo, sino que es un ser corporal. Los seres humanos son seres humanos corporales. Así, el dato empírico, no es el cuerpo, no es el organismo, sino el ser humano corporal (...) conceptualización -que señala- es consecuencia de definir al cuerpo como el nodo que condensa la interacción humana entre lo orgánico, lo psíquico, lo social y lo ambiental" (Mora, 2014; 13).

En este sentido, los procesos de transformación y des-sujeción subjetiva del sistema de género requieren una labor de resignificación crítica y al mismo tiempo un trabajo emocional e intersubjetivo, dado que los significados siempre llevan asociados emociones y afectos.

4. Una experiencia subjetiva que tiene una parte singular, relacionada con el sujeto del inconsciente (sujeto dividido, en conflicto o tensión) la cual es producto de la trayectoria biográfica y de los contextos normativos en las que ésta discurre (prohibiciones y marcas que atraviesan al sujeto a lo largo del proceso evolutivo y adulto). Sin embargo, como se ha señalado dicha parte del sujeto del inconsciente no quedaría sometida totalmente a la constitución por parte de los dispositivos de poder que operan en el cuerpo social. Porque como dice Jorge Alemán (2016) '*no hay crimen perfecto*' (¡por suerte!) y como señala Jorge Sáez (2004) el inconsciente puede ser entendido como un indicador del fracaso de lo biológico y lo cultural para determinar la subjetividad y el deseo sexual.

En esta misma línea y en relación con el género, Anne Fausto Sterling (2012a y 2012b) y en sus últimos trabajos plantea la idea de un género con corporalidad, que denomina *género-sexo*, el cual comienza a producirse de manera significativa a través de la interacción pre-simbólica con cuidadoras en los tres primeros años del proceso evolutivo. Su objetivo es ir más allá del concepto de performatividad y repetición compulsiva de las normas y de lo simbólico, ampliándolo, al introducir la producción social de los sentidos, que son fruto de transformar las desigualdades sociales en corporalidad. Esta producción de sentidos podría explicar también situaciones en la adultez, puesto que, aunque la identidad de género es dinámica, este dinamismo explicaría tanto la estabilidad como la inestabilidad del género, situando su origen en la continuidad o en el cambio de las relaciones y sus contextos. Ejemplos de dicha corporalidad, podrían ser 'el cuerpo desparramado masculino', 'los patrones de habla de género diferentes', o 'el tipo de movimientos y de distancia interpersonal entre los sexos', etc.). El género-sexo sería distinto al *sexo* referido a la capacidad de reproducción biológica, por ejemplo, y al *género* referido a la cultura institucional e ideología aprendidas. Finalmente, según la autora, la identidad de género provendría de una interconexión constante entre todos los elementos (conscientes, inconscientes, de deseo y normativos). Además, el procedimiento para explicar los procesos de producción y transformación de la identidad de género sería el mismo, tanto para las que se denomina posiciones cis como las posiciones trans.

En esta línea, son relevantes las investigaciones en neurociencia de Catherine Vidal (2017) sobre neuroplasticidad que señalan lo siguiente: "El cerebro al nacer está realmente en un estado de inmadurez, tiene 100 mil millones de neuronas, estas neuronas al nacer dejarán de multiplicarse, pero solo el 10% de ellas estarán conectadas. Esto significa que el 90% de las conexiones entre nuestros miles de millones de neuronas se realizarán desde el momento en que el niño (sic) interactúa con su entorno externo. Esta interacción, entendida en un sentido amplio con el entorno físico, emocional, cultural y social, en realidad permitirá que el cerebro se construya a sí mismo (...) Diremos que lo innato es la capacidad de las neuronas para conectarse entre sí, pero el logro es la realización real de este "cableado". Este cableado, precisa-

mente porque es el resultado de una interacción con el entorno social, cultural, emocional, etc. será diferente para todos los individuos que existen en la Tierra. Cada uno de nosotros con una historia diferente, cada uno de nosotros ha pasado por historias de vida que no se parecen a las de los demás. Entonces todos tenemos cerebros diferentes” (Vidal, 2017, 6). En este sentido, Anne Fausto Sterling (2017) nos avisa que, aunque es muy importante no se trata de una neuroplasticidad infinita, sino que varía en función de variables como por ejemplo la edad o las distintas partes del cerebro, por lo que es relevante tener en cuenta la producción de corporalidad pre-simbólica además de la simbólica (para intervenciones preventivas, por ejemplo).

5. Una experiencia subjetiva que es capaz de recrearse y de transformarse, de manera espontánea (como explica la teoría performativa, a través de fallos en la repetición de la norma) y también a través de un trabajo emocional intersubjetivo, necesariamente articulado con una resignificación simbólica (en el que se remueve parte del sujeto del inconsciente singular).
6. Una experiencia subjetiva que es sexualizada/generizada desde el minuto cero, dado que incluso desde antes del nacimiento y proceso evolutivo la mirada y organización de género están presentes (junto a otras como las de clase, etnia, religión, etc.). Olvidarse de ello tiene como consecuencia condenar a los grupos subalternos y a su sufrimiento a ser parcialmente invisibles e ininteligibles (como hemos podido ver a través del DSM-5 y el caso expuesto al inicio).

Nuestra sociedad contemporánea produce subjetividades cada vez más bifurcadas, con una alta tensión sujeción-agencia, subjetividades en conflicto (consciente o inconsciente) que se debaten continuamente entre, por una parte, las *prácticas de sí* (operaciones del sujeto en relación consigo mismo/a) relacionadas con el *régimen de verdad* vigente y sus códigos normativos, a través de los cuales el sujeto se vigila y autoregula y por la otra, las *prácticas de sí de libertad* o éticas, en las que se problematizan los códigos y las emociones a estos asociadas, mediante un trabajo creativo y transgresor, emocional y analítico, desplazándose el significado y produciéndose nuevas disposiciones y deseos particularizados.

La agencia o la libertad a la que aquí se alude, no debe confundirse con su sentido neoliberal, sino que tal y como señala Judith Butler, “al referirme a la

libertad, no aludo a un sujeto individual, en soledad, puesto que un sujeto es libre en la medida en que está condicionado por convenciones, normas y posibilidades culturales que hacen posible la libertad, aunque no la determinen: son las condiciones de posibilidad de la libertad. Quiénes somos como sujetos de libertad depende de modos no voluntarios de conexión con los otros; no sólo he nacido en un conjunto de reglas o de convenciones que me forman, sino también en un conjunto de relaciones de las que dependo para sobrevivir y que me constituyen como criatura interdependiente en este mundo. (Butler, 2012, 5).

No obstante, dado que los modelos sociales e identitarios de género son históricos y se van adaptando a las transformaciones sociales, se trataría de un dispositivo de poder dinámico y heterogéneo. Y sus producciones podrían ir desde la *Mística de la feminidad o el malestar que no tiene nombre*, de la primera mitad del siglo XX (modelo tradicional) estudiado por Betty Friedan (1964); hasta la *Glamurosa superwoman emancipada* (y medicalizada) de la segunda mitad del siglo XX (modelo transicional), pasando por las *jóvenes independientes 'barby-cuerpo'*, del siglo XXI, que según Karine Tinat (2005) expresan un profundo conflicto inconsciente con la feminidad, cada vez más mediante conductas relacionadas con la alimentación. Se trata de producciones diversas pero que tienen un efecto transversal, que es el de constituir corporalidades de género femenino que duelen en distintos grados.

La figuración que hemos apuntado, de una *subjetividad heterogénea corporalizada*, y de un *sujeto de deseo*, en parte *inapropiable*, entra en disputa tanto con la figuración de la identidad sexuada como con su reverso, la muerte del sujeto sexuado. Creemos que no atender estas disputas internas al feminismo contemporáneo, dificulta comprender las experiencias difíciles y conflictivas de mujeres (u otras posiciones) en relación con sus identidades subalternas, las cuales, en muchas ocasiones, acabarán por estallar y serán medicalizadas y cronificadas sin más, cuando no empeorarán.

Por ejemplo, ya están estallando en forma de nuevas expresiones de malestar, formas de autolesión en mujeres jóvenes, las cuales relatan lo siguiente: "*cortarme me relaja, dejo de pensar, la ansiedad se esfuma durante un rato*". Entendemos que es desesperación ante un malestar de género continuado, invisible, ininteligible e inmanejable para la persona, que se convierte en insostenible. Ante el cual un/a profesional de la psicología puede indicar, desoyendo el género y apuntando a una corrección en el pensamiento individual que:

*“han encontrado una vía errónea para tranquilizarse”. Mientras tanto, se van repitiendo noticias como ésta “Alerta por la creciente tendencia juvenil a autoleccionarse con cortes por todo el cuerpo. El fenómeno, detectado en hospitales de toda Catalunya, refleja un malestar psíquico mal encauzado”.*

Como se ha ido exponiendo, esta situación de dolor o expresión de malestar parece que guarda una relación muy estrecha con la producción social de la identidad de género, que ha sido y es esencialmente una figura capital de control, regulación y violencia modernas, dada la heterogeneidad poderosa de la experiencia humana. Efectivamente, parece que forjar tal relación entre identidad y género ha sido la principal conquista de la gubernamentalidad, ejercida a través de una violencia estructural combinada e invisible, pero constitutiva del sistema de género moderna. Y su remate neoliberal contemporáneo está siendo hacernos creer que es una identidad de género líquida, cuyo ejercicio depende de nuestra elección y poder individual. Tal sistema de género en su versión neoliberal está arrastrando dicha figura identitaria hasta la extenuación, y ensanchando la magnitud del campo cruzado y excluyente de la salud mental. Razón por la cual es inexcusable la travesía hacia una salud mental inclusiva que emprenda un duelo de fondo a la identidad de género moderna y neoliberal (y con ella a la identidad, aunque no al deseo y su heterogeneidad).

## BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, Georgio (1999). *Homo Sacer: El poder Soberano y la nuda vida*. Valencia: Editorial Pre-textos.
- Agüero de Trenquale, María José (2017). *Salud mental y ciudadanía. La composición de un nosotros*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Social. U.A.B.
- Alemán, Jorge (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Grama Ediciones.
- Arensburg, Svenska (2011). *Dispositivo jurídico y tramas de calificación victimal. Estudio cualitativo: víctimas de delito y ruta procesal penal en Chile*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Social. U.A.B.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: APA.
- Amigot Leache, Patricia (2007). Una tensa oscuridad. Interrogando el abordaje psicosocial de la subjetividad. *Psicología & Sociedade*; 19, 3, 20-25.
- Amigot, Patricia y Pujal, Margot (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Revista Sociológica*, 24, 70, 115-152.
- Barberá, Ester & Martínez Benlloch, Isabel (Coord.). (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Prentice Hall.
- Basaglia, Franca (1987). *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Bem, Sandra (1981). Gender Schema Theory. A cognitive account for sex typing. *Psychological Review*, 88, 354 – 364.
- Bourdieu, Pierre (1998) *La dominación masculina*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Burín, Mabel (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Latinoamericano.
- Burín, Mabel y Dio Bleichmar, Emilce (1996). *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burín, Mabel (2000). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Paidós.
- Butler, Judith (1997). *Mecanismos psíquicos de poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Butler, Judith (2004/2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Butler, Judith (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales, *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, (4)3, pp. 321-336
- Butler, Judith (2012). El género es extramoral. Entrevista a Judith Butler por parte de Fina Birulés. 10 de junio de 2012. *Disidentes*. Colectivo artístico.
- Butler, J, Laclau E. y Zizek S. (2003) *Contingencia, hegemonía, universalidad*. Argentina: FCE.

- Casado, Elena (2017). ¡Nos queremos vivas! Abriendo preguntas sobre las violencias machistas. *Aula Virtual Fundación de los Comunes*. Publicado 18 de abril de 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=tr4msDp2zg8&list=PLyLiA73ZiAkZKW8Ni6W2OCrFwEY1oSzng&index=7>
- Chesler, Phyllis (1972). *Women and Madness*. Michigan: University of Michigan.
- Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the intersection of Race and Sex: A Blank Feminism critique of Antidiscrimination doctrine. *Feminist Theory and Antiracist Politics*. Vol. 1. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Coll-Planas, Gerard (2012). *La carne y la metáfora. Una reflexión sobre el cuerpo en la teoría queer*. Barcelona: UOC.
- Coll-Planas, Gerard. et al. (2008). 'Cuestiones sin resolver en la Ley Integral de Medidas contra la Violencia de Género: las distinciones sexo/género y violencia/agresión', *Papers. Revista de Sociologia*, 87: 185-202.
- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 69-77.
- De Lauretis, Teresa (2000). *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y horas.
- De Lauretis, Teresa (2000). La tecnología del género, en *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Madrid: Horas y horas 33-69.
- Dio Bleichmar, Edulce (1988). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Ed. Tusquets.
- Dio Bleichmar, Emilce (1999). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de hoy.
- Esteban Galarza, Mari Luz (2011). Cuerpos y políticas feministas: el feminismo como cuerpo. En: Villalba Augusto, Cristina y Álvarez Lucena, Nacho (coords.) *Cuerpos políticos y agencias: reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*. Granada: Universidad de Granada, pp. 45-84.
- Hernando, Almudena (2017). Más mujeres en el poder no acaba con el orden patriarcal. Entrevista de Bárbara Schijman a Almudena Hernando. 7 de julio de 2017. *Página12*.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos Sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fausto-Sterling, Anne (2012a). *Corps en tout genre*. Paris: La Découverte.
- Fausto-Sterling Anne, Garcia, C. y Lamar, M. (2012b). Sexing the baby: Part 1. What do we really know about sex differentiation in the first three years of life? *Social Science & Medecine*, 74: 1684-92.
- Fausto-Sterling, Anne (2017). *El Gènere com un procés, no com una característica personal. Aproximacions des de la dinàmica de sistemes als orígens de la diferencia en la infància*. Conferencia no publicada dictada el 7 de junio de 2017. Auditori Biblioteca, Jaume Fuster.
- Flores, Monica (2011). Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Gaceta Médica de México*, 147:33-7.

- Foucault, Michel (1991). *Saber y verdad*. Madrid, España: La Piqueta.
- Foucault, Michel (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Argentina: FCE.
- Foucault, Michel. (1976). *Histoire de la sexualité, I: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Fraisse, Genevieve (2016). *Los excesos del género. Concepto, Imagen, Desnudez*. Madrid: Cátedra. Colección Feminismos.
- Fraser, Nancy (1997). Redistribución y reconocimiento. En Nancy Fraser: *Iusticia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'*. Colombia: Siglo del Hombre Editores. 17-94.
- Fraser, Nancy (2015). *Fortunas del Feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*, Madrid, Traficantes de Sueños.
- Freeman, Daniel y Freeman, Jason (2013). *The Stressed Sex. Uncovering the Truth About Men, Women, and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Freud, S. (1932). *El porqué de la Guerra* (Versión basada en la traducción de Luis López-Ballesteros y de Torres) Publicado en <http://www.elortiba.org/freud36.html>. Viena.
- Friedan, Betty (1967). *The Feminine Mystic*. Nueva York, USA: Norton & Company.
- García Dauder, S. y Pérez Sedeño, Eulalia (2017). *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Girard, René (1972). *La violencia y lo sagrado*. Editorial Anagrama.
- Haraway, Donna J. (1996). *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid, España: Cátedra.
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Hollway, Wendy (1984). Gender difference and the production of subjectivity. En Henriques, J., Hollway, W., Venn, C. y Walkerdine, V. *Changing the subject*, London: Methuen.
- Keller, Evelyn Fox (1985). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia, España: Alfons el Magnànim.
- Lorente Acosta, Miguel (2009). *Los nuevos hombres nuevos. Los miedos de siempre en tiempos de igualdad*. Barcelona: Ediciones Destino/Colección imago mundi. Vol. 154.
- Lugones, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. Colombia, n9:73-101, julio-diciembre.
- Martín Baró, Ignacio (1996). *Psicología social desde centro América. Acción e ideología*. Tomo I. El Salvador: UCA Editores.
- Martínez Guzmán, Antar e Íñiguez Rueda, Lupicinio (2010) La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual. *Discurso & Sociedad*, Vol 4(1), 30-51.
- McRobbie, Angela (2007). ¿Top Girls?. *Cultural Studies*, 21: núms. 4-5, julio/septiembre; 718-737.
- Mora, Enrico (2018, en proceso publicación). *La organización social y de género de la vista. Qué puedes mirar en una sauna de un gimnasio*.
- Mora, Enrico (2014): «La organización social y de género del grito ¿Quién puede gritar en un gimnasio?», *Prisma social. Revista de Investigación Social*. Nº 13, pp. 988-1012.

- Moraga, Cherrie y Anzaldúa, Gloria (2015). *This Bridge Called My Back: Writings by Radical Women of Color*. Sunny Press.
- Mosher, Donal (1991). Macho men, machismo and sexuality. *Annual Review of Sex Research*, 2, 199-247.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2017). Desigualtats socioeconòmiques en salut i la utilització dels serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. *AQuAS de Catalunya*.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Gender disparities in mental health*.
- Pateman, Carole (1988). *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropolos.
- Pujal Llombart, Margot y Amigot Leache, Patricia (2010). El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo. *Quaderns de Psicologia*, 12 (2), 131-148.
- Pujal i Llombart, Margot y García Dauder, S. (2010). Hacia una psicología más igualitaria y transdisciplinar. *Quaderns de Psicologia*, 12 (2), 7-20.
- Pujal i Llombart, Margot y Mora, Enrico. (2013). Trabajo, dolor y su diagnóstico psicosocial de género. Un ejemplo. *Universitas Psychologica*, 12(4): 1181-1193.
- Pujal i Llombart, Margot y Mora, Enrico. (2014). Subjectivity, health and gender: an approach to chronified pain through the Psychosocial Gender Diagnostic methodology. *Studies in Psychology*, 35 (2), 212-238.
- Pujal i Llombart, M., Albertín Carbó, Pilar y Mora, Enrico. (2015). Discursos científicos sobre el dolor crónico sin-cause-orgánica. Incorporando una mirada de género para resignificar-repolitizar el dolor. *Política y Sociedad*, 52 (3), 921-948.
- Pujal i Llombart, Margot y Mora, Enrico (2017). Contextualizar la vulnerabilidad: el Diagnóstico Psicosocial de Género. El caso de la FM. En Pilar Montesó-Curtó y Lluís Roselló Aubach (Coord.) *La Fibromialgia. compartiendo experiencias y unificando los ámbitos "bio-psico-" y social*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili. 159-189.
- Pujal i Llombart, Margot, Calatayud, Marina y Amigot, Patricia (en proceso de revisión). Subjetividad, desigualdad y malestares de género. Una relectura del DSM5. *Revista de Investigaciones Sociológicas*.
- Sáez, Javier (2004). *Teoría queer y psicoanálisis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sánchez López, M<sup>a</sup> del Pilar (2013). Salud mental y género. En Sánchez López, M<sup>a</sup> del Pilar y Cuéllar Flores, Isabel. *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Tinat, Karine (2005). Aproximación antropológica de las relaciones entre Anorexia Nerviosa y Feminidad. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 13, 2, 104-114.
- Valls-Llobet, Carme (2009). Las microviolencias en la atención sanitaria. El poder en el acto médico. En Carme Valls-Llobet: *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra. 359-384.
- Velasco, Sara (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva.

- Vidal, Catherine (2017). Le sexe du cerveau: au-delà des préjugés. *Alencontre*.
- Vieira Odrzywolek, Carolina (2016). *¿Escalada un deporte de opresión o de empoderamiento femenino? Análisis de la escalada a partir de una perspectiva de género*. Trabajo Final de Máster. Máster Interuniversitario de Estudios de Mujeres, Género y Ciudadanía del iiEDG.
- Wilson M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 399–410.
- Žižek, Slavoj (2003). *Las metástasis del Goce. Seis ensayos sobre la mujer y la causalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Žižek, Slavoj (2009). *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*. Buenos Aires: Paidós.

## **9. HOMBRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: HEGEMONÍA DEL PODER.**

**Pablo Nieva Serrano.**

Soy un hombre, blanco y profesional de la salud mental, psicólogo por concretar. Estas tres características enmarcadas en la sociedad occidental, neoliberal y patriarcal en la que vivimos me posicionan en un lugar de poder.

Cuando hablo de neoliberal me estoy refiriendo a una sociedad organizada para satisfacer los intereses de unos pocos, el 1% de la población es la dueña de los recursos que genera la humanidad. De este 1% la mayoría son hombres. El poder económico sigue estando mayoritariamente en manos masculinas.

Esta organización social se mantiene gracias a un entramado cultural que justifica y promueve el uso de la violencia, instaurando unos roles diferenciados para hombres y mujeres. Tradicionalmente a los hombres se les ha asignado el rol de fuertes y poderosos y a las mujeres de débiles y cuidadoras. Esta distribución ha ido generando una visión dicotómica de la realidad y de los géneros, lo masculino se ha identificado con lo normal y lo bueno y lo femenino con lo débil y extraño.

Las actividades asociadas a lo masculino y al trabajo productivo han recibido reconocimiento y valoración a nivel social, mientras que las actividades atribuidas a las mujeres han sido invisibilizadas y/o desvalorizadas. Para nuestro trabajo es fundamental visibilizar y valorar el cuidado ya que es el fundamento de nuestro quehacer. Y la base de la salud mental. Sin embargo los esquemas perceptivos dicotómicos se han introducido en las teorías “científicas” y en la subjetividad de las personas sesgando, limitando y condicionando nuestra forma de percibirnos y de comportarnos.

Gracias a los aportes de los estudios del feminismo interseccional he podido cuestionar esta mirada reduccionista y dicotómica, visibilizar la importancia del cuidado para el sostenimiento de la vida y el desequilibrio de poder

entre los géneros, así como los efectos que ello produce en la subjetividad de los hombres y las mujeres. Permitiéndome visibilizar el poder y observar cómo se ejerce y lo ejercemos en las instituciones encargadas de la salud mental.

La categoría de poder debe de ser incorporada en las disciplinas psicológicas, ya que habitualmente pasa desapercibido, no hay un letrado que diga fulano está ejerciendo el poder. El poder no es ni bueno ni malo, depende de lo que ordene. De hecho, deberíamos diferenciar entre un poder autoritario que hace daño y un poder democrático y saludable. De acuerdo con Foucault el poder es relación y se ejerce en las relaciones, a través de la comunicación. El que detenta el poder define la realidad, la verdad y los saberes. En las sociedades patriarcales el saber ha sido construido por los hombres y se ha ocultado el saber relacionado con los cuidados.

Mi propuesta es que en el mundo de los equipos de la salud mental el poder sigue estando mayoritariamente en manos de los hombres y es por esto que necesitamos revisar la forma en la que se ejerce, y lo que se promueve. Desde esta perspectiva y con estas gafas intento analizar mi trabajo y el lugar que ocupo tanto frente a lxs “pacientes” que atiendo, como con el equipo que trabajo y coordino. Trabajo en un servicio para víctimas de violencia de género, el equipo está constituido por catorce mujeres psicólogas y dos hombres. Comenzar pensando sobre mí-mismo creo que facilita y rompe ciertas defensas para que principalmente los hombres que trabajan en la salud mental puedan reflexionar sobre el poder que ostentan y cómo lo gestionan. Esa gestión debe pensarse tanto con lxs “pacientes” atendidxs como con las dinámicas que se promueven y generan con lxs compañerxs de trabajo.

Uno de los objetivos de este capítulo es el de compartir con lxs lectores el lugar que ocupo y el poder que ejerzo, esperando que ello ayude a otros hombres a reflexionar sobre la forma en la que se ejerce el poder. Y que cada día aumente el número de hombres que se responsabilice de establecer relaciones más igualitarias con el resto de las personas. Me gustaría centrar la atención en las relaciones que se establecen con personas que por algún motivo se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, u ocupando un escalafón inferior. Esta reflexión puede servir para escapar de los esquemas tanto implícitos como explícitos que nos impone la cultura capitalista y machista.

Si algo caracteriza la relación terapeuta paciente es la asimetría. Watzlawick (1981) es quien describe la forma en la que se ejerce el poder en las relaciones, y mantiene en los sistemas asimétricos el que mantiene el poder define la di-

námica relacional y construye la realidad. El punto de vista de Foucault me ha ayudado a reflexionar sobre los efectos del saber del terapeuta en el/la paciente. Las categorías discursivas y diagnósticas con las que las disciplinas bio-médicas definen a lxs pacientes, conllevan una paradoja, por un lado nos ayudan a reflexionar sobre las dinámicas generales de los pacientes y a poder compartir con otros profesionales estos conocimientos, pero no debemos olvidar que las categorías diagnósticas son abstracciones que como tal no se dan en la realidad. Nos pueden llevar a encasillar a lxs pacientes en unas categorías impidiendo que veamos a esa persona en concreto. Por eso entiendo que las categorías y los conceptos son constructos que nos ayudan a pensar la realidad pero al mismo tiempo debemos de tener claro que son generalizaciones universales que como tales no existen. Estas categorías debemos conocerlas, incluso usarlas, pero también debemos saber criticarlas en nuestra práctica tanto teórica como clínica.

## **Los hombres y el cuidado**

---

Los datos socio-demográficos sobre cuánto cuidan los hombres, nos va ayudar a visibilizar cuánto tienen incorporado la necesidad y la importancia del cuidado, los hombres en general y los profesionales asociados a la salud mental en particular.

También nos puede servir para reflexionar acerca de nuestros deseos y motivaciones, ayudándonos a pensar qué es lo que nos hace elegir la profesión que tenemos. Qué pensamos acerca del cuidado y de qué forma intentamos cuidar. Qué nos ocurre cuando esto sucede. Visibilizar el gran esfuerzo y trabajo que hay que ejercer para cuidar.

Evidentemente en ningún caso mi objetivo es hablar del hombre profesional de la salud mental, como un solo sujeto que ha elegido una profesión y un sexo concreto. Porque para empezar, deberíamos aclarar ciertos términos, para que entendamos entre otras cosas cuando me refiero a “hombre”, que estoy dando a entender. Por suerte, hoy en día podemos dejar claro que la categoría hombre es una categoría construida socialmente y que se aleja completamente del biologicismo más rancio de la época victoriana, que hablaba entre muchas otras cosas, de las diferencias cerebrales y conductuales a partir del sexo del

ser humano. Sexo entendido como esa dicotomía entre hombre y mujer que únicamente los genes y el tamaño del clítoris y el pene lo colocaban en uno de los dos polos.

Fausto-Sterling (2006) nos cuenta que hay documentación que relata ya desde el siglo XVII que un soldado italiano dio a luz a un bebé y desde entonces la sociedad científica lo intentó ocultar y hasta ahora todo lo asociado a lo intersexual se ha intentado esconder o cambiar. Por ejemplo, la ciencia médica, a día de hoy, ante el nacimiento de un bebé que no se puede determinar en ninguno de los dos sexos se plantea que a través de los métodos científicos necesarios se le dé uno de los dos sexos preestablecidos culturalmente, hombre o mujer. Estas intervenciones quirúrgicas o farmacológicas lo que intentan es binarizar el mundo para que la hegemonía del poder no se diluya en otras formas. De esta manera siempre va a poder existir el sexo fuerte o el sexo débil. De la misma forma, cuando las conductas de las personas no se adhieren a lo que la mirada androcéntrica espera, dichas personas son sometidas a la categoría de la enfermedad mental.

Desde el enfoque que le voy a dar y cuando me refiera a “hombre” me referiré a aquella categoría asociada a uno de los sexos y que ocupa el lugar de poder siempre frente a todas las demás categorías de sexo. Como se nos plantea desde el feminismo interseccional, las categorías para posicionar el poder son múltiples, pero debido a la concreción del capítulo al referirme a “hombre” irá en la mayoría de los casos asociado a todas aquellas personas que se reconozcan, como hombres, blancos, heterosexuales, CIS-género y con cuerpos normativos. *A priori* pueden parecer pocos, pero ¿cuántos Jefes de Servicio de Psiquiatría, coordinadores de diferentes programas socio-sanitarios o supervisores de equipos de profesionales de la Salud Mental cumplen estos criterios?

Labores de cuidado en la salud mental, también tiene rostro femenino

Estando como está ligado el trabajo de la Salud Mental al cuidado, es indispensable entender nuestra profesión como un ente en un contexto sociodemográfico que vincula directamente los cuidados a las mujeres:

El Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales 2016 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) indica que sólo el 1,9% de los hombres solicita el permiso de maternidad –que puede reclamar cualquiera-. Respecto a 2010 notamos un incremento de un 0,1%, cifra que se mantiene hasta 2014, bascu-

lando mínimamente. Las excedencias por hijas e hijos también se reparten de forma desigual -93% mujeres-, así como las de cuidado familiares-84% mujeres-. Estos datos disminuyen respecto a los de 2010, en el que las excedencias por cuidado de dependencia correspondían en un 95% a mujeres y se mantienen en el 84% en el caso del cuidado de otros familiares. Las estadísticas son siempre complejas de interpretar y, en este caso, es difícil medir el impacto de la crisis en los datos. Sin embargo, los avances, cuando los hay, son mucho más tímidos de los que parecen.

Introduciéndonos más en el mundo de la Salud Mental las estadísticas vuelven a hablar por sí solas. Empezando por las profesiones que dentro de nuestro propio campo vuelven a estar asociadas al género.

Datos Obtenidos a través del Instituto Nacional de Estadística, año 2016 (Publicado mayo 2017):

| Profesión           | Mujeres | Hombres |
|---------------------|---------|---------|
| Psicología          | 81%     | 19%     |
| Enfermería          | 86%     | 16%     |
| Terapia Ocupacional | 91%     | 9%      |
| Psiquiatría         | 49,10%  | 50,90%  |

No puede sorprendernos observar que, en todas las profesiones relacionadas con la Salud Mental, sean las mujeres con una amplia mayoría las que las lideran por mayor porcentaje. Pero justamente no lideran los puestos de poder. Además, en la única profesión que se equiparan los sexos, es en el caso de los médicos especialistas en psiquiatría que, justamente es la profesión dentro de la Salud Mental mejor remunerada y con mayor prestigio social. Por eso el modelo de Salud Mental en el Estado Español es patriarcal y estas diferencias que no solo se observan a través de los números de las estadísticas, sino a través de la distribución de las labores de los hombres y las mujeres que trabajan en este campo.

El androcentrismo de las profesiones de la Salud Mental, no sólo favorece que los hombres lleguemos a los puestos de poder. Una de las mayores deficiencias de dicha masculinización es que las categorías diagnósticas se vuelven rígidas sin dar espacio a la diversidad en todos sus enfoques. Es la visión del

hombre la que patologiza la diversidad. Las personas que no entran en la norma se las etiqueta como enfermas.

### **¿Buscan los hombres profesionales de la Salud Mental las mismas motivaciones que el resto de compañeras?**

---

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es si los hombres y las mujeres nos acercamos a las tareas de cuidado desde las mismas necesidades. Nadie puede negar a día de hoy que la elección de una profesión, viene relacionada de forma más o menos inconscientemente motivada para cubrir unas necesidades más o menos propias, pero que están asociadas a unos deseos más profundos. Por ejemplo, nadie se llevaría las manos a la cabeza si pensásemos que alguien que estudia empresariales tiene el deseo de querer montar una empresa, enriquecerse y llegar a tener una alta cota de poder. Evidentemente que los deseos de cada persona son individuales y están sujetos a la subjetividad de cada persona, pero en algunos casos podríamos agruparlos en varios patrones.

Cuando hablo del deseo, lo planteo desde un prisma completamente constructivista que es lo que lo diferencia de la necesidad. Una vez más, las culturas patriarcales y capitalistas priman el deseo individual frente al colectivo. De esta manera las personas que alcanzan más poder pueden imponer sus propios deseos individuales.

Por lo tanto, cuando un hombre y una mujer deciden hacer la residencia de psiquiatría, ¿se proyectan en el futuro desempeñando las mismas labores? Esta pregunta la podríamos llevar a cualquiera de las profesiones de la Salud Mental. Pero la idea de escoger psiquiatría ha sido, porque *a priori* es la que facilita ostentar la mayor cota de poder. Así que mi respuesta es clara y contundente: NO. Los hombres tenemos muchos más deseos de llegar a cotas de poder y/o desempeñar nuestras motivaciones de cuidado, para satisfacer algunas otras, especialmente las narcisistas. Porque nuestros deseos se construyen con un sesgo mayor en la propia individualidad y la imposición.

En cambio, creo que las mujeres profesionales de la salud mental lo hacen desde una motivación asociada al cuidado del prójimo. Por suerte, el

deseo de las personas que se salen de las categorías del poder pueden construirse en base al cuidado mutuo, la empatía y el inconsciente colectivo. Al generalizar de esta manera, vuelvo a aclarar que no todos los hombres que trabajan en salud mental no tienen una motivación intrínseca para el cuidado, ni que todas las mujeres la tienen, pero sí es un rasgo asociado al género.

La hipótesis que he expuesto no solo la correlaciono con la elección de la profesión de Salud Mental: a más cotas de poder en la profesión elegida, más hombres elegimos esa profesión y mejor remunerada está. Por lo que entendemos que no es casual que la única profesión en la que existe un equilibrio entre lo mal entendido como “los dos sexos” es en la de psiquiatría. En cambio, si lo comparamos con el resto de las profesiones de la Salud Mental, la diferencia es alarmante, de un 80% de mujeres frente a un 20% de hombres en la psicología, la siguiente profesión en la que somos más hombres.

Volviendo al planteamiento de nuestras motivaciones, para que nuestro trabajo sea más eficaz, una de las primeras cosas es aclarar qué es lo que deseamos los hombres profesionales de la Salud Mental. Para eso debemos pararnos a pensar en cómo nos proyectamos profesionalmente de aquí a unos años y ello nos puede ayudar a entender qué es lo que deseamos. Además, lo que vamos a tener muy claro es que si nuestra proyección profesional va a facilitar la mejora en el trato a nuestros pacientes y compañeros de trabajo. Porque en esta tangente y dada la distribución piramidal del poder en cualquier recurso de Salud Mental es muy probable que nuestras motivaciones vayan diametralmente opuestas a las necesidades de nuestros pacientes. Por desgracia, en la mayoría de los casos priorizamos nuestras ansias de poder para poder “crecer individualmente” (si eso es crecer), frente a la transformación global de los recursos para mejorar la relación y el trabajo con los pacientes.

Es la masculinización de los recursos de Salud Mental lo que prioriza la motivación individual de cada profesional, generando una brecha salarial mayor y una ineficacia en el trabajo grupal y en ayuda mutua. Mientras los hombres nos preocupamos por ejercer el poder y el control sin cuestionar el modelo ya existente, se generará de forma piramidal en el grupo de trabajo una ausencia de cohesión grupal, donde prima la satisfacción individual al trabajo en equipo, por sacar adelante las dificultades de nuestro propio trabajo.

Esta estructura dificulta a las mujeres ocupar posiciones de poder, no solo por el hecho de que las personas que están por encima en las jefaturas de

servicio o los coordinadores de los servicios socio-sanitarios sean hombres, sino que son los propios hombres poderosos los que facilitan que sean otros hombres, y no mujeres, quienes ocupan ese lugar de poder. Además, el propio sistema requiere de personas que desempeñen las funciones de jefes a través de identidades asociadas a los roles masculinos tradicionales, para que la forma en la que se ejerza el poder sea machista y autoritaria. Primando el trabajo individual de cada uno y cada una con el/la “paciente” al trabajo en equipo. Utilizándose al grupo de trabajo solo para atacar o confrontar a un/a tercero/a, sea paciente o compañerx, en beneficio del más poderoso del grupo.

Robert Elias (1990) define el poder como *“la expresión de una posibilidad particularmente grande de influir sobre la autodirección de otras personas y de participar en la determinación de su destino”*. De esta forma, el poder hegemónico patriarcal influye de una manera muy poco práctica sobre nuestra práctica clínica diaria.

Carmina Serrano (2013) plantea que *“el poder es una categoría omnipresente, es la capacidad de producir cambios significativos en la vida de las otras personas y en la vida propia. Se hace presente en las relaciones. Se ejerce mediante múltiples procedimientos, algunos de ellos son sutiles, del orden de lo micro, de lo imperceptible, de tal manera que en muchísimas ocasiones el poder se ejerce sin que el dominador o el dominado sean conscientes de ello.”*

Además, esa imperceptibilidad va a estar también a ojos de las personas que ejercen ese poder y más si se ha naturalizado que debido a la categoría de sexo adscrita, se tiene legitimidad para hacer uso y abuso de dicho poder.

Por eso el poder es generador, pues posee una capacidad generativa, actúa no solo a través de la represión. Existen otras formas de ejercer los poderes mucho más sutiles, aparentemente imperceptibles; nos referimos a la persuasión, seducción, incitación y coerción. Estos procedimientos tienen un extraordinario efecto en las conductas e identidad de las personas, introduciéndose en la mente, orientando las motivaciones, la mayoría de las veces todo esto ocurre de forma inconsciente. El poder siempre ha utilizado estos recursos para introducirse en las mentes de las personas. Estos procedimientos son mucho más eficaces que los represivos, ya que es la propia persona la que incorpora el punto de vista del poderoso. La publicidad es un ejemplo de la capacidad generativa del poder, se puede visualizar a través del efecto que los medios de comunicación tienen en la forma en la que se percibe la realidad.

## ¿De qué forma nos influye el machismo a los terapeutas hombres en nuestra práctica clínica?

Octavio Salazar (2018) plantea: *“La subjetividad masculina que se ha forjado durante siglos mediante la negación de todo lo vinculado a las mujeres y, por tanto, de todos los espacios, tiempos y trabajos que entendimos eran exclusivos del género femenino. En consecuencia, los hombres necesitamos ser educados para el cuidado. Algo que es lo que habitualmente seguimos haciendo con las niñas, a las que desde que apenas tienen meses les regalamos un muñeco y les enseñamos a cuidarlo. Es decir, no basta con una distribución más equilibrada de los tiempos y los trabajos, sino que es necesaria una revisión de los modelos que siguen construyendo la masculinidad”*.

Evidentemente no podemos separar nuestra profesión del cuidado, ya que está completamente asociada a ello. Pero si bien no nos educan para ello y no se vuelve una motivación central para nosotros, va a tener unas consecuencias directas sobre nuestro trabajo con las personas que nos rodean.

Uno de los avances que he logrado en mi práctica clínica ha sido el de integrar la razón, la emoción y el cuerpo para que de una forma equilibrada pueda sostenerse. En ese sentido el mundo de la emoción ha sido algo que ha estado completamente ajeno al hombre en la era de la modernidad, que se cristaliza con el dicho: “los hombres no lloran”. Almudena Hernando (2012) plantea:

*“Hasta ahora, nuestra trayectoria histórica ha estado guiada por una lógica basada en una progresiva diferenciación entre la especialización de los hombres en la racionalización del mundo y la de las mujeres en la construcción de los vínculos que hacían posible la sensación de pertenencia imprescindible para que aquella pudiera seguir aumentando.”*

Por eso los hombres tenemos muchas más dificultades para llegar a la integración de lo emocional, por la educación recibida, hándicap que nos pone en un lugar de deficiencia para ayuda al cambio de lxs pacientes.

De hecho, ya en el inicio del psicoanálisis, Freud hablaba de crear una teoría que desde la “razón” explicase algo que de momento a nivel neurológico era imposible de demostrar. Por eso, aparte de armarse de una teoría desde un paradigma puramente positivista, intenta explicar desde el mundo de la razón las propias emociones. No dando pie a que exista una parte de integración de las emociones que se aleje de la explicación más teórica. Siendo la práctica

psicoanalítica más clásica un instrumento que centra su técnica de trabajo a través de la libre asociación, siendo la interpretación (herramienta utilizada del analista) la única que generará cambio en el propio paciente.

Aclaro que Freud dio mucha importancia a los afectos y las pulsiones en el marco teórico y que las explicó, pero fue incapaz de incorporarlos en su técnica psicoanalítica.

Por suerte, el proceso del cambio en terapia ha evolucionado y se ha feminizado, habiéndose demostrado que es la experiencia del vínculo emocional con el/la proxi terapeuta una de las herramientas más eficaces para generar cambio en el psiquismo de lxs pacientes.

Damasio (2010) demuestra que son las emociones en un primer momento relacionadas con la razón, lo que hace que se tomen decisiones más eficaces que repuestas asociadas exclusivamente a la razón. Evidentemente que no existen sujetos que estén exentos de la emoción por completo. Si nosotros estamos como hombres terapeutas desconectados de nuestro mundo emocional no vamos a poder ver el mundo emocional de nuestrxs pacientes.

Además, la dificultad no solo se asocia a la hora de la técnica de la práctica clínica. Los hombres, al estar en lugares que ejercemos el poder tenemos un efecto sobre las teorías y el desarrollo del conocimiento y las hemos amoldado para arraigarnos y no perder nuestra posición.

Foucault puso en relación el poder con el conocimiento y estableció que el conocimiento es el fruto de *una construcción histórica*, cada sociedad posee un régimen de verdad, definiendo los discursos que hace circular como verdaderos o falsos. La verdad está ligada a los sistemas de poder y a los efectos del poder. Las personas que detentan el poder definen la realidad, existe una interrelación entre poder y conocimiento. Este aspecto de la capacidad de definir la realidad e imponer esta definición a la otra persona, resulta útil para comprender las dinámicas que se generan en las relaciones de pareja.

Los profesionales “psi” hombres hemos asimilado el modelo androcéntrico que implica un desprecio del mundo emocional y con todo lo relacionado con las actividades femeninas, o sea el cuidado. Nuestro modelo de relacionarnos con las mujeres es imponiendo nuestro punto de vista y nuestras teorías. Sin que seamos conscientes, trasladamos al funcionamiento del equipo el modelo autoritario y patriarcal, que no solo implica unos esquemas de pensamiento sino que de acuerdo con Bourdieu (1998) la dominación no solo se ejerce a través de las teorías, sino también y de las prácticas. Siguiendo a Bonino (2008), he estudia-

do que el poder se ejerce de forma sutil a través de los micromachismos. Como todos estos saberes atraviesan nuestros cuerpos, es muy difícil que podamos cambiarlas. Es necesario que modifiquemos nuestro sistema de valores y nuestras formas de estar en el mundo incorporando el valor que el cuidado emocional tiene en nuestras prácticas. Eso implica feminizar nuestras actuaciones y transformar el posicionamiento que se nos otorga por pertenecer al sexo “fuerte”.

Pero debemos tener claro que el trabajo en Salud Mental desde una perspectiva feminista, a pesar de que tenga la incomodidad de tener que ceder en nuestra hegemonía de nuestro poder, traerá muchos más beneficios que inconvenientes. Para empezar, el trabajo en un equipo en el que esté implementada la perspectiva de género va a ser mucho más democrático y va a facilitar la cooperación y coordinación entre lxs diferentes profesionales. Generando cohesión grupal y que las dificultades del propio trabajo no se vivan con la sensación de la soledad que a veces nos evoca el frío y desolador despacho.

Otra de las ventajas de construir grupos de trabajo más igualitarios en el ámbito de la salud mental se correlaciona con la eficacia de nuestro propio trabajo, ya que amplía nuestra visión de la realidad. Permitiendo intervenciones más horizontales y empáticas, siendo las experiencias de lxs pacientes con los recursos más coherentes, ya que existe un criterio más unificado y consensuado para llevar a cabo la intervención. El hecho de que se viva por parte de lxs pacientes a la institución más de igual a igual, sin negar el lugar de poder que ocupa el/la propix profesional, facilita que las defensas paranoides desciendan. De esta forma, se generan vínculos terapéuticos más saludables.

Toda la modificación de las estructuras de poder patriarcal de los equipos de salud mental por equipos igualitarios y feministas incidiría de forma directa en el descenso de las violencias machistas. Ya que tanto las personas que acudiesen a trabajar, como las que fuesen a recibir una atención, disfrutarían de un espacio igualitario que revertiría en cualquier tipo de relación que estuviese más allá del trabajo o del espacio donde reciben algún tipo de atención.

---

## **Conclusiones**

Los hombres que trabajamos en salud mental debemos revisar nuestras prácticas y responsabilizarnos de que estas no estén cargadas de modelos ma-

chistas. Asumiendo que los automatismos patriarcales nos resultan familiares y cómodos por eso es fundamental detectar en uno mismo esos ejercicios abusivos de poder, los “micromachismos”.

El acercamiento patriarcal en la práctica clínica desfigura a quien estamos atendiendo y no le da el lugar de poder que requiere para que nos interpele o incluso nos reconozca el trabajo que hemos llevado a cabo. Dado que la posición paternalista-machista revictimiza al paciente y su discurso se convierte en algo inocuo frente al profesional.

Probablemente polarizar el discurso bajo binomios (por ejemplo: profesional & paciente, hombre & mujer, salud mental & enfermedad mental) simplifica mucho la explicación y no llega a dar cabida a muchas otras realidades. Por eso y siguiendo el hilo de este libro, debemos romper con las dicotomías que favorecen la construcción de las realidades del poder. En este sentido, ciertos movimientos feministas y de antipsiquiatría comienzan a dar cabida a necesidades que rompen con estos binomios. Un ejemplo son los Grupos de Apoyo Mutuo, que se dan entre profesionales y usuarixs de la Salud Mental. O los espacios de mujeres empoderadas que comparten profesionales de atención a las víctimas de violencia de género y las propias víctimas.

Pero quizá una de las cuestiones a debatir y a pensar al respecto es que si rompemos del todo dichos binomios, podemos invisibilizar también a todos aquellos que ocupan el poder: hombres, profesionales de la Salud Mental, heterosexuales, blancos, CIS-género...

Una de las mayores responsabilidades que tenemos aquellas personas que estamos en alguna de las categorías ahora expuestas, es hacer una revisión continua de cómo manejamos esas cotas de poder. No solo a nivel racional en el ámbito público de nuestra profesión, al tener mayor credibilidad frente a otro compañerx y/o usuarix. También debemos tenerlo en cuenta a nivel emocional, con nuestrxs pacientes. Pensar, integrar y plantearnos de qué forma damos espacio a la empatía y a poder trabajar el mundo emocional y de qué forma fomentamos que haya espacio para ello.

Evidentemente y como dijo Carol Hanisch (1969) “lo personal es político”, por lo que también los hombres debemos hacer una transformación de nuestro mundo racional y emocional no solo en el espacio de trabajo, sino más bien empezando de puertas para dentro, en nuestra casa. En esta última época, los hombres empezamos a plantearnos ciertas cosas respecto a nuestra

masculinidad, pero parafraseando a Azpiazu, J. (2017) “¿Por qué los hombres somos más empáticos con las mujeres de puerta de casa para fuera?”.

Así que no queda otra opción para reformular la psiquiatría, la psicología, la terapia ocupacional y demás profesiones asociadas a la salud mental, que deconstruir nuestras identidades como hombres. Solo en la medida en la que seamos capaces de romper con nuestros privilegios, creencias, actitudes, modelos relacionales e incluso el lenguaje que nos define, seremos capaces de colocarnos en una posición que facilite dicha transformación.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Azpiazu, Jokin (2017). *Masculinidades y Feminismos*. Barcelona: Virus.
- Bacete, Ritxar (2017). *Nuevos hombres buenos*. Barcelona: Península.
- Barber, Patricia (2015). *Oferta y especialistas médicos en España. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad e Igualdad*. [https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/ACT2015InforDesMIR\\_convocatoria\\_2013\\_14.pdf&ved=0ahUKewij\\_uLrz-aAhWEaRQKHwgFD9IQFggkMAA&usg=AOvVaw1DjkzcAvCvLOI92-jNu4T7](https://www.google.es/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/ACT2015InforDesMIR_convocatoria_2013_14.pdf&ved=0ahUKewij_uLrz-aAhWEaRQKHwgFD9IQFggkMAA&usg=AOvVaw1DjkzcAvCvLOI92-jNu4T7)
- Bonino, Luis. (2008). Micromachismos, el poder masculino en la pareja “moderna”. En Lozoya, J.A. y Bedoya, J.C. (Eds.) *Voces de hombres por la igualdad*. Disponible en <http://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/07/micromachismos-el-poder-masculino-en-la-pareja-moderna.pdf>.
- Bourdieu, Pierre (1998). *La domination masculine*. Paris: Éditions du Seuil. (Trad. cast.: *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, 2000).
- Czalbowski, Sofía (2015) *Detrás de la Pared*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Damasio, Antonio (2010). *Y el cerebro creó al Hombre*. Barcelona: Destino.
- Elias, Norbert (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos Sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Foucault, Michel (1994). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- Freud, Sigmund (1973). Estudios sobre la histeria (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.). En *Obras Completas*. (Vol. I). Madrid: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1895).
- Freud, Sigmund. (1973). Tres Ensayos para una teoría sexual (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.) En *Obras Completas*. (Vol. IV). Madrid: Biblioteca Nueva (Obra original publicada en 1905).
- Hernando, Almudena (2012). *La fantasía de la individualidad*. Madrid: Katz Editores.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). Profesionales sanitarios colegiados 2016. [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&menu=re\\_sultados&cidp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=re_sultados&cidp=1254735573175)
- Salazar, Octavio (2018). *El hombre que no debíamos ser*. Barcelona: Planeta.
- Serrano, Carmina (2013). *Un estudio sobre la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Watzlawick, Paul (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

## 10. ¿ES LA PSICOTERAPIA AMATONORMATIVA? AMOR, AFECTOS Y PSICOTERAPIA. ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE LAS RELACIONES FUERA DE LA NORMA? Marina de la Hermosa Lorenci.

*“Una moralidad democrática debería juzgar los actos sexuales por la forma en que se tratan quienes participan en la relación amorosa, por el nivel de consideración mutua, por la presencia o ausencia de coerción, y por la cantidad y calidad de placeres que aporta.”*

“Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad”  
(Gayle Rubin, 1989)

Elisabeth Brake, profesora de filosofía en la Universidad del Estado de Arizona, define el concepto amatonormatividad como la asunción de que cualquier persona está mejor en una relación de pareja exclusiva, romántica y de largo recorrido, y de que todo el mundo está buscando este tipo de relación (Brake, 2012). Según su planteamiento, la amatonormatividad es un estereotipo dañino, porque además de contribuir a estructurar el contexto social y legal asumiendo que las relaciones amorosas son la norma, lo que supone privilegiar estas relaciones sobre el resto, es discriminatoria para las personas asexuales y también para las que mantienen otro tipo de relaciones.

Teniendo en cuenta que las psicoterapias se encuadran también en este contexto social amatonormativo, me planteo la consideración de que puedan funcionar en algunos casos como dispositivo normalizador de las relaciones afectivas, cuando no se ha realizado una crítica sobre las mismas en el trabajo terapéutico.

Desde la psiquiatría y la psicología, históricamente se ha analizado a las personas fuera de la norma, buscando un conflicto subyacente o las posibles causas de su “anormalidad”. Al mismo tiempo, se obviaba la búsqueda de los conflictos o motivos subyacentes que hacen que las personas se amolden a la norma, aun cuando este intento de amoldarse puede suponer sufrimiento para muchas personas. En los textos queer, esas mismas personas fuera de la norma vuelven su mirada, en muchos casos muy aguda, a las estructuras que sostienen la normalidad, realizando críticas y propuestas desde los márgenes que pueden resultar reveladoras. Desde esta perspectiva, propondré aquí algunos aspectos de las críticas a la amatonormatividad realizadas por colectivos que mantienen relaciones no normativas que considero que pueden ser útiles en el trabajo psicoterapéutico y aportar una perspectiva más abierta y consciente respecto a las relaciones afectivas, teniendo en cuenta también las aportaciones de las perspectivas feministas, que han sido referente en las críticas al amor romántico.

## **Conocimiento situado**

---

Habiendo estudiado medicina, aprendí la transmisión de conocimiento científico como algo teóricamente objetivo, neutro, que se transmite en artículos publicados en tercera persona y que no tiene relación con las dinámicas de poder. Sin embargo, cuando posteriormente tuve contacto tanto con los feminismos como con la teoría queer me encontré con preguntas sobre qué persona puede emitir el discurso, quién tiene más legitimidad para ocupar la voz, y si ese lugar desde el que se emite es de hecho un lugar neutral.

Desde mi perspectiva, ningún discurso es objetivo o exento de relación con el privilegio, y me parece importante visibilizar que es posiblemente mi condición de mujer blanca, capaz, europea y universitaria la que contribuye a que yo pueda emitir este discurso ahora, e influye en su perspectiva. Esta perspectiva también estará atravesada, tanto por mi formación y experiencia en diversidad de género y sexual, como por mis aprendizajes en los feminismos. Creo que siempre que se emite un discurso, y especialmente en lo académico, es necesario tener en cuenta a Donna Haraway (1995) y su concepto del conocimiento situado, según el cual explicitar nuestras condiciones respecto a la clase, la raza, la cultura y el género, y la influencia que estas puedan tener en nuestro discurso, contribuyen a que el

conocimiento no se transmita desde un lugar de verdad invisible y anónimo, sino como producidas por una persona real, contextualizada en un marco específico. Desde esta perspectiva, nada de lo que transmitiré en este texto tiene una aspiración de verdad, sino la intención de compartir herramientas y preguntas que he recogido de fuentes colectivas, en muchos casos alejadas de la academia, y que a mí me han resultado útiles en mi experiencia clínica.

Incluiré en este texto referencias tanto académicas como de libros, blogs, revistas, talleres o fanzines. Hacer esto es una decisión metodológica consciente, que hago reconociendo que muchas veces, el conocimiento que ha sido producido colectivamente en otros contextos menos privilegiados ha sido expropiado por la academia, sin reconocer la autoría personal o colectiva del mismo. También considero que es nuestra responsabilidad como terapeutas aprender y acercarnos a las realidades y experiencias de los colectivos con los que trabajamos, y en muchos casos esto implica acercarnos a fuentes muy alejadas de los artículos científicos. Por estos motivos he intentado aplicar en este texto una metodología queer, que Judith Halberstram (Halberstam y Sáez, 2008) explicaría de la siguiente forma:

*“(Una metodología queer) supone una cierta deslealtad a los métodos académicos convencionales” (...) “Una metodología queer es, en cierto sentido, una metodología carroñera, que utiliza diferentes métodos para recoger y producir información sobre sujetos que han sido deliberada o accidentalmente excluidos de los estudios tradicionales del comportamiento humano. La metodología queer trata de combinar métodos que a menudo parecen contradictorios entre sí y rechaza la presión académica hacia una coherencia entre disciplinas”*

Mi formación principal como psicoterapeuta ha sido en psicoterapia integradora, y especialmente en psicoterapia narrativa. Hay algunos aspectos de esta escuela de psicoterapia, como la intención de construir relaciones terapéuticas horizontales, la atención a nuestros propios discursos dominantes y el riesgo de imponerlos a las personas con las que trabajamos, o el trabajo de deconstrucción de los discursos sociales dominantes que pueden suponer sufrimiento, que creo que atraviesan la columna vertebral de este texto. Desde este marco, podemos entender la amatonormatividad como un discurso social dominante, que probablemente hemos incorporado como terapeutas, y las perspectivas críticas sobre la misma como herramientas que nos permiten deconstruir este discurso y, cuando sea necesario, abrir opciones de narrativas alternativas para las personas con las que trabajamos.

## El amor romántico y sus mitos

Si queremos pensar sobre la amatonormatividad, tenemos que empezar pensando sobre el amor. Cuando buscamos “amor” en el diccionario de la RAE, estas son las primeras definiciones que aparecen:

1. m. Sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser.

2. m. Sentimiento hacia otra persona que naturalmente nos atrae y que, procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra y da energía para convivir, comunicarnos y crear.

3. m. Sentimiento de afecto, inclinación y entrega a alguien o algo.

Coral Herrera Gómez propone en “La construcción sociocultural del amor romántico” (2016) que las narrativas sobre el amor a las que nos exponemos, desde que comenzamos a tener contacto con cuentos infantiles hasta los discursos científicos sobre el amor, contribuirían a construir la forma en que experimentamos y entendemos las emociones amorosas.:

*“Son numerosos los autores que han puesto el acento en la dimensión literaria del amor como constructor de realidad, y como modeladora de las emociones y los sentimientos. Martha Nussbaum y Antonio Damasio defienden la idea de que los sentimientos y las creencias, las emociones y la razón son lo mismo y están localizadas en partes del cerebro que trabajan conjuntamente. Por eso entienden que tanto la teoría científica como las narraciones humanas tienen un papel preponderante en la construcción sociocultural de las emociones: “Los relatos construyen en primer lugar y después invocan (y refuerzan) la experiencia del sentir” (Nussbaum, Martha 2005).”*

Podríamos intentar aproximarnos al discurso dominante sobre el amor romántico, por ejemplo, pensando en películas románticas de gran repercusión (especialmente entre jóvenes), como “La bella y la bestia”, “Tres metros sobre el cielo” o “50 sombras de Grey”. En ellas podemos aprender en primer lugar que las personas que se enamoran son dos, cis, heterosexuales, capaces y blancas, quedando fuera de las representaciones del amor multiplicidad de otras identidades y formas de relación. También podemos encontrar puntos comunes en los personajes en todas las películas: un varón agresivo, poco comunicativo, dominante y controlador cuyo comportamiento se explica en base a situaciones traumáticas vividas en su pasado, y una mujer tímida, sumisa y con poca

experiencia en la vida que encuentra su gran amor. En todas las películas se repiten situaciones difíciles en la relación, con niveles variables de violencia, celos y control, que la pareja supera gracias al amor, y es gracias a este amor, y a la entrega y sacrificio de la mujer, que los traumas del hombre sanarán, y se convertirá (en “La Bella y la Bestia”, literalmente) en un príncipe azul, cariñoso y perfecto. Tras esta transformación, ambos serán felices para siempre.

En su análisis de las narrativas sobre el amor, me parece especialmente interesante la propuesta de Carlos Yela García sobre los mitos del amor romántico. En su texto “La otra cara del amor: Mitos, paradojas y problemas” (2003), propone los siguientes mitos como ideas que tenemos instauradas sobre el amor, y que se pueden encontrar también en los relatos de estas películas:

1. Mito de la **“media naranja”** o de **“la fe ciega en el destino”**: Es la creencia de que elegimos a la pareja que tenemos predestinada, y que esta es la única y mejor elección posible.
2. Mito del **emparejamiento**: Creencia de que la pareja heterosexual es normal y natural, y que la monogamia está presente en todas las épocas y culturas.
3. Mito de la **exclusividad**: Creer que es imposible que nos gusten varias personas a la vez.
4. Mito de los **celos**: Creencia de que los celos son una muestra de amor.
5. **Amor y enamoramiento son equivalentes**: Si una persona deja de estar apasionadamente enamorada ya no ama realmente a su pareja y es mejor romper la relación.
6. **Mito de la omnipotencia del amor**: El amor lo puede todo y cualquier sacrificio es válido por la pareja.
7. **Concepción mágica del amor**: Creencia de que nuestros sentimientos amorosos no están influidos por factores biológicos, sociológicos o culturales.
8. Mito del **matrimonio y la convivencia**: Creer que el amor debe conducir siempre a la unión estable de la pareja y constituirse en la única base de su convivencia.
9. **Mito de la unidad**: Creencia de que ambos miembros de la pareja tienen que ser “uno”.
10. Creencia de que **discutir es malo** y síntoma de un problema en la relación.
11. **“Los polos opuestos se atraen”**.

Si volvemos de nuevo a la definición de amor en el diccionario, podremos encontrar varios de estos mitos incluidos en la propia definición.

En mi experiencia, la creencia en estos mitos está con frecuencia relacionada con dificultades que las personas con las que trabajamos presentan en el trabajo psicoterapéutico, generando en muchas ocasiones gran angustia. Esto ocurre especialmente en el caso de las mujeres, dado que nos vemos expuestas con mayor intensidad a las narrativas románticas que sustentan estos mitos, llegando a formar parte de nuestra identidad. Tal y como plantea Almudena Hernando (2012), la identidad femenina contiene un mayor número de rasgos de identidad relacional, que ella plantea como la identidad que se construye en base a las relaciones que se establecen, de forma que se da una imposibilidad de explicarse a una misma fuera de esas relaciones (pareja de, madre de, hermana de...). Según esta lógica, las dificultades en las relaciones o la ruptura de las mismas pueden ser vividas como un fracaso personal en el caso de las mujeres, que atraviesa y pone en crisis directamente la propia identidad.

Diversas voces han relacionado estos mitos del amor romántico con la organización social desigual para hombres y mujeres (Esteban, 2011; Lagarde, 2001), y con el inicio y mantenimiento de la violencia de género (Escudero, 2005; Ferrer, 2013; Luengo, 2009), por lo que creo que es importante que, como terapeutas, reflexionemos sobre nuestra propia incorporación de estos mitos en nuestras creencias, y su influencia en nuestro trabajo terapéutico.

---

## **No monogamias éticas**

Una lógica amatonormativa va a privilegiar las relaciones monógamas sobre otro tipo de relaciones. En el texto “Reflexionando sobre el sexo, notas para una teoría radical de la sexualidad” Gayle Rubin (1989) hace una relación de las prácticas sexuales situándolas en un continuo entre el “Sexo bueno” y el “Sexo malo”. En esta relación, señala cómo las diferencias en con quién practicamos relaciones sexuales, cómo lo hacemos, y dónde lo hacemos, pueden suponer una diferencia en derechos, respetabilidad social, e incluso movilidad territorial. Así, el paradigma de sexo bueno sería el monógamo, heterosexual, que se practica en la cama de la propia casa, dentro del matrimonio y para la

procreación, siendo el que estaría protegido por mayor número de derechos y el que gozaría de mayor respetabilidad social. Según nos vamos alejando de estos parámetros, si pensamos por ejemplo en sexo esporádico sin relación afectiva, relaciones homosexuales, o prácticas BDSM, nos encontraremos con una disminución en reconocimiento de derechos y respetabilidad, pudiendo en algunos casos el tipo de prácticas que se realizan (como por ejemplo en las relaciones homosexuales), suponer un riesgo para la integridad física de las personas que las practican, que pueden llegar a ser agredidas o asesinadas por las prácticas que llevan a cabo. Ante esta perspectiva sobre las prácticas sexuales, Gayle Rubin propone una mirada alternativa en la cita que abre este capítulo:

*“Una moralidad democrática debería juzgar los actos sexuales por la forma en que se tratan quienes participan en la relación amorosa, por el nivel de consideración mutua, por la presencia o ausencia de coerción, y por la cantidad y calidad de placeres que aporta.”*

Propone que, en lugar de centrarnos en con quién, dónde o cómo se realiza la práctica, nos fijemos en cómo se tratan las personas que participan en ella. Es esta perspectiva la que propongo que intentemos aplicar para entender las no monogamias éticas.

---

## ¿Qué son las no monogamias éticas?

---

Si pensamos en cómo hemos aprendido las relaciones románticas, la norma es la monogamia. Es decir, una relación exclusiva, en la que las personas que la componen no tienen relaciones sexuales con otras personas. La infidelidad, que en la narrativa dominante sobre las relaciones se asume como una excepción, sería la sombra de la monogamia, aquella parte que se asume que existe, pero de la que no se habla. Estas dos serían las formas en las que hemos aprendido generalmente en nuestro contexto que las personas se relacionan.

Sin embargo, hay otras formas de relación que se ponen en práctica, en las que no se asume la monogamia a priori, sino que las personas que componen la relación acuerdan, de forma consensuada, consciente, y conocida por todas las partes, diversos niveles de relación sexual o afectivo-sexual con otras personas. Esto sería lo que consideraríamos no monogamias éticas, y se excluirían de

este grupo las relaciones polígamas en contextos patriarcales, en las que según la propia estructura social, sólo los varones tendrían la posibilidad de relacionarse con más de una mujer.

Dentro de las no monogamias éticas, podemos encontrar diversos tipos de relaciones:

1. **Relaciones abiertas:** En las que las personas en la relación acuerdan la posibilidad de tener relaciones sexuales con otras personas.
2. **Swingers:** Generalmente parejas heterosexuales en las que se acuerda acudir juntos a espacios en los que pueden tener relaciones sexuales con otras personas o parejas.
3. **Poliamor:** En las que las personas en la relación acuerdan la posibilidad de tener relaciones no sólo sexuales, sino también afectivo-sexuales, con otras personas. Dentro de este tipo de relaciones se incluirían varias opciones, como “solo-poli”, “poliamor jerárquico”, “polifidelidad”...
4. **Anarquía relacional:** En el modelo de la anarquía relacional, propuesto por primera vez por Andie Nordgren en 2006 el texto *“The short instructional manifesto for relationship anarchy”* se cuestiona que las relaciones afectivo-sexuales tengan que estar jerárquicamente por encima del resto de relaciones, proponiéndose la negociación de acuerdos específicos para cada relación, sin centralizar necesariamente los proyectos vitales (convivencia, crianza, compartir recursos económicos...) en las relaciones afectivo sexuales. Desde esta perspectiva, cada relación desarrollaría un vínculo particular, no necesariamente relacionado con las categorías sociales para los vínculos afectivos (como amistad, pareja...), en el que la forma en que construye el vínculo depende únicamente de las personas en la relación.

---

## **Desmontando prejuicios**

---

Cuando nos hemos socializado en un contexto amatonormativo, hay varias ideas que nos pueden venir a la cabeza a priori al leer sobre estas relaciones. Intentemos abordar algunos de estos planteamientos:

### ¿Se trata de opciones minoritarias?

Desconocemos los datos en nuestro contexto, dado que no se han llevado a cabo estudios. Sí podemos advertir que recientemente ha habido un incremento de representación de este tipo de relaciones en los medios de comunicación (Casquet, 2017; De la Cal, 2016; Pérez Blanco, 2014). Un reciente estudio realizado en EEUU concluye que alrededor de un 21% de las 9.000 personas encuestadas han mantenido relaciones no monógamas consensuadas en algún momento de sus vidas. Refieren que estos datos no varían en relación con la edad, el nivel educativo, los ingresos, la religión, la afiliación política o la raza, pero sí es algo mayor en varones, y también en personas que se identifican como gays, lesbianas y bisexuales.

### ¿Son negativas para la salud mental?

Es un prejuicio extendido en los profesionales de salud que las personas que mantienen relaciones sexuales que consideramos promiscuas (personas que tienen relaciones con más de una persona) lo hacen en relación con inestabilidad afectiva, compulsión o impulsividad. Consideramos la monogamia (a la que en los manuales aludimos como “relación de pareja estable”) como un factor de estabilidad emocional, y la promiscuidad como un síntoma de desestabilización.

Sin embargo, una revisión de la literatura al respecto, realizada en 2014 por Rubel y Bogaert (2015) concluye que el bienestar psicológico y la calidad de las relaciones es similar en personas que tienen relaciones monógamas y no monógamas consensuadas.

En estudios previos, Rubin y Adams (1986) realizan un estudio prospectivo siguiendo durante años a parejas no monógamas y monógamas, y concluyen que no hay diferencia en la estabilidad marital entre ambas. Peabody, en su artículo “Alternative lifestyles to monogamous marriage: Variants of normal behaviour in psychopathology clients” (1982) plantea que *“Los estilos de vida alternativos que eligen los individuos no son necesariamente el origen o la causa de personalidades insanas, de hecho, los estilos de vida alternativos podrían suponer un apoyo en la salud psicológica de los individuos”*.

¿Suponen un aumento de riesgo de ITS en comparación con las monógamas?

Conley, comparando la seguridad sexual de personas que mantienen relaciones monógamas pero infieles, y personas en relaciones no monógamas éticas, concluye que las personas en relaciones supuestamente monógamas pero infieles utilizan métodos de barrera con menos frecuencia, no cuentan a sus parejas que tienen otras relaciones, y se hacen test de ITS con menos frecuencia que las personas en relaciones no monógamas éticas.

Según una encuesta que realiza el instituto IPSOS (Quelart, 2014) en España en 2014, alrededor de un 30% de las personas encuestadas (35% de hombres y 26% de mujeres) han sido infieles a sus parejas, lo que nos podría hacer pensar que la seguridad sexual en las relaciones teóricamente monógamas no sería tan elevada como podríamos suponer a priori.

### **¿Qué podemos aprender de las no monogamias éticas?**

---

Como explicaba previamente, creo que la mirada que se puede tener desde fuera de la norma sobre cómo funciona el modelo normativo puede ser en ocasiones muy certera. Por tanto, expondré aquí algunas de las perspectivas críticas que he recogido de las no monogamias éticas que creo que pueden ser interesantes para cuestionar el ideal amatonormativo, así como algunas estrategias que se ponen en práctica en las relaciones en estos colectivos, que me han resultado útiles en mi práctica clínica, no sólo para trabajar con personas no monógamas, sino también acompañando a personas en relaciones más convencionales.

#### **La escalera de las relaciones**

En un contexto amatonormativo, el desarrollo de las relaciones afectivo-sexuales suele tener a priori un guion común inconsciente, que suele servir además como referencia para valorar la “seriedad” y la proyección de la relación. Es lo que la periodista Amy Gahrn describió en 2012, en su blog [solopoly.net](http://solopoly.net)

como “La escalera de las relaciones”. En este texto, la define como el conjunto de costumbres sociales que, por defecto, constituyen la conducta adecuada en las relaciones íntimas. Estos pasos pueden variar entre culturas y subculturas, pero en nuestro contexto, la escalera de las relaciones incluye los siguientes pasos, en este orden:

1. **Hacer contacto:** Flirtear, citas casuales u ocasionales, y sexo (posiblemente).
2. **Inicio:** Gestos y rituales de cortejo romántico, inversión emocional (“enamorarse”), y sexo casi con total seguridad (salvo con personas muy religiosas o socialmente conservadoras).
3. **Definición:** Declaración mutua de amor, presentarse en público como una pareja, adoptar y utilizar etiquetas comunes que definen el rol (“mi novio”, etc), y expectativas o acuerdos de exclusividad íntima (sexual y emocional). Este es el punto donde se puede empezar a utilizar la etiqueta de “*relación primaria*”.
4. **Establecimiento:** Adaptar los ritmos de tu vida para acomodarse mutuamente. Establecer patrones para pasar tiempo juntos (citas y encuentros sexuales regulares, pasar tiempo en casa de la otra persona, etc) y para comunicarse (hablar, telefonar o escribirse de forma diaria, etc). Expectativas de que se pueden pedir y rendir cuentas de lo que hace cada uno. Empezar a sugerir, discutir o planificar un futuro compartido a largo plazo como pareja monógama. Conocer a la familia de la otra persona.
5. **Compromiso:** Irse a vivir juntos, compartir dinero y propiedades, prometerse en matrimonio.
6. **Conclusión:** Casarse (legalmente, si es posible) y tener hijos (no es obligatorio, pero tiene un fuerte apoyo social). La relación está ahora “completa”, y se espera que su estructura permanezca estática hasta que uno de los miembros de la pareja muera.

Si miramos a las herramientas que tenemos en psicoterapia para trabajar con familias, tenemos que prestar atención al ciclo vital familiar, que se puede definir como un marco teórico que nos permite analizar los hitos por los que necesariamente transitará una familia, las dificultades asociadas, y los cambios evolutivos que tendrá que enfrentar en su desarrollo. Podemos encontrar, según un ejemplo de este ciclo, las siguientes etapas (Moratto, 2015):

1. Formación de la pareja: Conquista, noviazgo, matrimonio y pareja sola.
2. Crianza inicial de los hijos: Nacimiento y crianza de los hijos.
3. Familia con niños escolares.
4. Familia con hijos adolescentes.
5. Familia plataforma de lanzamiento: El hijo menor abandona la casa de los padres.
6. Familia en edad media: Fin de la actividad laboral de la pareja.
7. Familia anciana: Fallecimiento de uno de los miembros de la pareja.
8. Viudez.

Así, si ponemos ambas en relación, podemos encontrar un claro paralelismo entre la herramienta que tenemos para acompañar a las familias en psicoterapia y la escalera de las relaciones.

Ya hay voces que realizan un análisis crítico del ciclo familiar (Moratto, 2015), refiriendo que en el momento social que nos encontramos reflejaría un tipo de familia concreto, pero quedarían fuera muchos otros tipos de familia que existen en nuestro contexto social, como las familias monoparentales, las familias de parejas homosexuales o las adopciones, por ejemplo, y que tampoco representaría cambios sociales que se están produciendo ya en nuestro contexto, como el reparto diferentes de tareas por géneros, el retraso en el nacimiento del primer hijo, las familias sin hijos o los procesos migratorios que se han iniciado en relación con la crisis económica. De esta forma, será difícil poder representar o acompañar esos otros tipos de familias utilizando este marco teórico. Pero además, este concepto de ciclo familiar entendido como hitos por los que necesariamente tiene que pasar cada familia podría ser considerado en sí mismo un discurso dominante amatonormativo.

Volviendo al texto de Amy Grahan, en él reconoce que la escalera de las relaciones puede funcionar muy bien para algunas personas, que pueden sentirse satisfechas en este modelo de relación. Especialmente, dado que es un modelo privilegiado socialmente en nuestro contexto, como ya explicábamos con Gayle Rubin, tanto por la respetabilidad social como por las leyes. Sin embargo, también señala que hay otras personas para las que la escalera de las relaciones no funciona. En estos casos se individualiza el problema, considerándolo, con frecuencia, una falta de adaptación o madurez de la persona, en lugar de poner el foco en la estructura. Sin embargo, si nos fijamos en la estructura, podemos encontrar varias dificultades en este modelo:

1. La escalera es **única**: Es el modelo único de referencia en nuestro contexto para desarrollar y evaluar las relaciones.
2. La escalera es **mecánica**: Las personas involucradas en el proceso muchas veces lo siguen de forma automática, sin realizar realmente una reflexión consciente sobre sus deseos y posibilidades de relación dentro o fuera de la escalera.
3. La escalera es **de un solo sentido**: no está permitido dar pasos atrás, o a un lado de la escalera. Las únicas opciones son avanzar, o romper la relación e iniciar la escalera con otra persona. La tercera opción que no está representada en la escalera, pero sí en el imaginario colectivo asociado a ella, es la infidelidad.
4. **Mantenerse en ella supone refuerzo social**: respetabilidad, derechos y protección legal. No hacerlo supone un castigo social también en estos términos, por lo que se favorece que, a pesar de que una de las partes de la pareja (o las dos) se puedan sentir infelices o insatisfechas, haya una presión social que les empuje a seguir avanzando.

Por tanto, si consideramos la escalera de las relaciones o el ciclo vital familiar como la narrativa dominante, y podemos como terapeutas incorporar narrativas alternativas de relación en nuestro imaginario a la hora de acompañar a las personas con las que trabajamos, podemos abrir también más posibilidades de narrativas alternativas en sus procesos, sin correr el riesgo de imponer nuestra propia narrativa dominante amatonormativa. Esto nos puede permitir acompañarlas en el proceso de tomar decisiones conscientes sobre sus relaciones, ya sea permanecer en la escalera si esto les resulta satisfactorio, o ensayar otras opciones menos normativas si así lo prefieren.

### Un modelo de negociación en las relaciones afectivas

Ante la asunción mecánica de la escalera de las relaciones, desde las no monogamias éticas se propone explorar las formas de relación que funcionan mejor para cada persona de forma consciente, con un modelo de negociación en varios pasos que puede resultarnos útil en el trabajo terapéutico. Podemos encontrar ejemplos en varias publicaciones, tanto orientadas al público general (Taormino, 2015, Easton, 2013), como más orientadas a terapeutas (Barker, 2010). Un recurso que encuentro especialmente útil para trabajar en psicoterapia es la guía *“Make your own relationship user guide”* (Jonh, 2018), publicada

por Meg Jonh Barker, psicoterapeuta, y Justin Hancock, educador sexual, en la que, a modo de fanzine, se plantean diversos ejercicios para realizar este proceso. Un resumen de los pasos principales en este modelo sería el siguiente:

### **¿Qué quiero?**

En un primer paso, cada persona exploraría las diversas opciones en las que le gustaría diseñar una relación. Es lo que el sexólogo y activista Miguel Vagalume (2018) llama en sus talleres “Escribir la carta a los reyes”. En esta lista, la persona incluiría todas las opciones que pudiera desear o en las que se sentiría cómoda, sin poner ningún tipo de limitación. Puede preguntarse sobre monogamia, sobre convivencia, sobre proyectos de crianza... cualquier cuestión relacionada con la forma de relación que considere como ideal para ella. Este ejercicio permite contactar con el deseo propio de forma previa a la negociación con otras personas.

### **¿Cuáles son mis límites?**

En este paso se propone hacer una lista de las opciones para la relación y clasificarlas en tres columnas: Sí/no/quizás. En la primera se pondrían aquellas cosas con las que la persona estaría cómoda y le gustaría hacer, en la segunda, aquellas cosas que son un límite absoluto, y en la tercera, aquellas que quizá, en unas condiciones concretas o en un momento futuro, podría gustarle explorar. Por ejemplo, para una persona que necesita mucho su espacio personal, la convivencia continua con su pareja podría ser un límite absoluto, para otra que considera importante compartir recursos y espacio, podría serlo una relación a distancia, aunque quizá ambas personas podrían poner en la columna del “quizá” la convivencia por temporadas con alguien que viaja mucho. Los dos primeros ejercicios se pueden hacer como forma de explorar los deseos y límites propios en una posible relación, sin tener por qué ser necesariamente un paso previo en una negociación concreta.

### **Negociación y consenso**

En este momento, la persona habría identificado tanto sus deseos como sus límites, y sería el momento de ponerlos en común. Se recomienda en este caso

que se sea muy explícito y no se dé nada por supuesto, puesto que es importante asegurarse de que se está hablando de lo mismo (no todo el mundo entiende lo mismo por monogamia, por relación abierta, por fidelidad...). También es necesario tener en cuenta que los deseos, las necesidades y los límites no son estáticos, y podrían modificarse y necesitar ser negociados de nuevo más adelante. Además, es importante tener en cuenta que el consentimiento ha de ser activo y entusiasta. Es decir, el consentimiento conseguido por medio de coerción o presión, no sería considerado válido. Por último, es importante dejar espacio al desacuerdo, entendiendo que no siempre se va a alcanzar un consenso en todos los aspectos de la relación, y este desacuerdo es algo que puede ser trabajado en el tiempo.

Este modelo de negociación de las relaciones afectivas también puede ser utilizado para la negociación de las relaciones sexuales. En un contexto en el que la noción de consentimiento sexual se está discutiendo ampliamente con la salida a la luz del movimiento #metoo y los casos de agresiones sexuales contra mujeres en todo el mundo, este modelo es una de las propuestas que se plantean, tanto desde los colectivos sex-positive (Golfxs con principios, 2018) o BDSM, que llevan poniéndolo en práctica mucho tiempo, como desde los feminismos (La pregunta 28, 2015) como una forma de conseguir un consentimiento sexual explícito, activo y entusiasta.

### Celos y compersión

Varios autores señalan que, a pesar de ser los celos un fenómeno frecuente en las relaciones, especialmente de pareja, no es mucha la bibliografía que los aborda desde una perspectiva terapéutica (López, 2009; Scheinkman, 2010; Carrasco, 2002). Podemos definir los celos como una reacción compleja que ocurre cuando un rival real o imaginario amenaza una relación amorosa significativa (Pines, 2016). Los celos en nuestro contexto pueden ser incluso considerados una muestra de amor, como ya veíamos en los mitos del amor romántico. En ocasiones se atribuyen a rasgos propios de la persona celosa, en otras a la actitud de la pareja, o la posibilidad real de una infidelidad. Hay autores que consideran los celos un tipo de síntoma obsesivo que podría tratarse con técnicas cognitivo-conductuales (López, 2009; Cuesta, 2006), y otros que proponen técnicas multidimensionales de abordaje en la relación (Scheinkman, 2010).

Aunque sabemos que tener una relación monógama no excluye la posibilidad de sentir celos, se asume que es una emoción con la que va a ser necesario lidiar en las relaciones no monógamas, por lo que los celos son una emoción muy trabajada, para la que se proponen diferentes modelos de abordaje, que podemos ver descritos por varias autoras (Easton, 2013, Barker, 2010) e incluso en manuales monográficos como “El libro de los celos” de la terapeuta Katy Labriola (2017) en el que propone diversos ejercicios y estrategias para afrontarlos. Esta perspectiva sobre los celos, tiene algunos aspectos en común que creo que puede resultar interesante abordar.

En primer lugar, las personas que deciden tener relaciones no monógamas no lo hacen porque sean inmunes a los celos, como explica la escritora y activista Brigitte Vasallo (Vasallo, 2018a; Vasallo, 2018b), sino que lo hacen asumiendo que esta es una emoción que puede aparecer, y será necesario trabajar. Se propone en primer lugar reconocer y explorar los celos. Es decir, los celos son una emoción que, desde esta perspectiva, pueden ser entendidos como una señal de que algo está pasando y a los que podemos hacer varias preguntas:

1. ¿Qué me dicen de mí?: Los celos se pueden entender relacionados con carencias o dificultades previas en las relaciones, que se pueden estar manifestando en este momento. Esta es una perspectiva que ha sido también señalada por los modelos psicoanalíticos (Freud, 1923; Klein, 1964).
2. ¿Qué me dicen de la relación?: Puede ser que nos estén advirtiendo de que es necesario trabajar la confianza en la relación, de que hay necesidad de afecto, de reafirmación en los vínculos, de atención...
3. ¿Qué sentimientos hay debajo?: Los celos pueden no venir solos, o se pueden estar interpretando como celos otras emociones. Puede tratarse de envidia, inseguridad, posesividad, sentimientos de exclusión...

En segundo lugar, se plantea una opción similar a las estrategias cognitivo conductuales: En lugar de intentar evitarlos, experimentar los celos cuando aparezcan para darse cuenta de que puede ser que no sean tan devastadores y terroríficos como se imaginaba en un principio. En este proceso, se propone explorar estrategias de autocuidado que pueden incluir desde actividades relajantes para la persona (pasear, ver una serie, darse un baño...) hasta buscar el apoyo y la comprensión de personas cercanas que puedan acompañar en la experiencia.

Por último, se plantean los celos como una emoción que es posible trabajar conjuntamente con la persona o personas con las que están relacionados, expresándolos y acogiendo en la relación, y expresando también las necesidades asociadas al sentimiento con las que se haya conectado, de forma que se puedan acordar estrategias consensuadas para abordarlos en otras ocasiones si volvieran a aparecer. Por ejemplo, se puede acordar un momento de apoyo o refuerzo emocional extra por parte de la otra persona antes o después de las situaciones que desencadenen los celos.

Algunos aspectos de este modelo de afrontamiento de los celos podrían resultar útiles no sólo para las personas con las que trabajemos que decidan involucrarse en relaciones no monógamas, sino también para aquellas que experimentan estos sentimientos en sus relaciones monógamas.

Además de los celos, en las comunidades no monógamas éticas se habla también de una emoción llamada “*compersión*”, que sería la emoción opuesta a los celos. Este término, acuñado en San Francisco en los años 70 en la Comuna Kerista, se podría explicar cómo una reacción emocional positiva hacia otra relación de una pareja (Veaux, 2018). Es decir, el sentimiento de alegría porque una pareja esté disfrutando en otra relación. Aunque este sentimiento se describa como opuesto a los celos, ambos no son excluyentes, por lo que una persona podría a la vez tener sentimientos positivos cuando una pareja tenga una cita romántica con otra persona alegrándose por ella, y a la vez sentirse celosa. Al mismo tiempo, el trabajo sobre los celos facilitaría que se puedan experimentar en algún momento sentimientos de compersión.

## Asexualidad

---

### ¿Qué es la asexualidad?

Dentro de esta aproximación a otras formas de relacionarse más allá de la amatonormatividad, considero que tenemos que prestar atención a la asexualidad. Podría definirse la asexualidad como falta de atracción sexual hacia otras personas, o el bajo o nulo interés en el deseo de actividad sexual

(Asexualpedia, 2018; Bogaert, 2006). Se trata de una identidad sexual que podría tener un 1% de la población (Bogaert, 2004), y que no es lo mismo que el celibato. Contrariamente al prejuicio, la asexualidad no es una fase, no se relaciona con alteraciones hormonales, no tiene por qué estar relacionada con experiencias previas de abuso sexual y no se vive con sufrimiento en sí misma (Asexualpedia, 2018; Bogaert, 2006; Prause, 2007; Richards, 2015). Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que el estrés de minoría (Meyer, 2003) que pueden experimentar las personas asexuales al formar parte de un grupo minoritario en un contexto social altamente sexualizado como en el que vivimos, sí podría generar sufrimiento.

Se trata de una identidad sexual que aparece en el DSM5 como criterio de exclusión, tanto en el Trastorno de interés/excitación sexual femenino, donde se refiere que *“Si una ausencia de deseo sexual de por vida se explica mejor por una identificación como “asexual” que la propia mujer hace de sí misma, no se diagnosticaría un trastorno del interés/excitación sexual femenino”*, como en el Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón: *“Si el deseo reducido en un varón se explica por la identificación como “asexual” que el propio hombre hace de sí mismo, no se diagnosticaría el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.”* (APA, 2013).

¿Qué podemos aprender de los colectivos asexuales?

### **Los tipos de atracción**

Las personas asexuales no sienten atracción sexual por otras personas, pero sí pueden sentir otros tipos de atracción. Si leemos la explicación propuesta por AVEN, la red para la educación y la visibilidad de la asexualidad (AVEN, 2018), podemos entender la atracción como una fuerza mental o emocional que vincula a las personas. Entre los tipos de atracción podríamos encontrar los siguientes:

1. **Atracción sexual:** Sensación que hace desear un contacto sexual con otra persona específica.
2. **Atracción romántica:** Enamorarse de alguien o tener sentimientos de enamoramiento. Es el sentimiento que causa a las personas desear una relación romántica con otra persona o personas específicas.

3. **Atracción platónica o amistosa:** Atracción no romántica ni sexual. Querer tener una amistad con alguien, querer estar cerca de alguien, conocer a esa persona, sentir conexión, tener interés por la persona o que te importe, pero sin envolver el vínculo con romance ni querer una relación de típica pareja.
4. **Atracción estética:** Apreciar la apariencia de otra persona sin que esto tenga que implicar sentimientos sexuales. Obtener disfrute de contemplar la belleza de esa persona.
5. **Atracción sensual:** Entendida como el deseo de tener contacto físico con otra persona, que puede incluir abrazarse, besos, caricias u otras estimulaciones sensoriales, sin que esto tenga una connotación sexual.
6. **Atracción intelectual:** Atracción hacia la mente, el intelecto, el conocimiento, la habilidad, el dominio profesional u otras facultades cognitivas de alguien.

Esta clasificación facilita la exploración de los diferentes tipos de atracción que pueden experimentar las personas asexuales, pero también podemos utilizarla para explorar la atracción en personas alosexuales (personas que experimentan atracción sexual), facilitando una mejor exploración de las formas en que sienten atracción, dado que es frecuente que lo que se identifica como atracción sexual sea una mezcla de las anteriores, y también que en algunas ocasiones unas atracciones pueden confundirse con otras, pudiendo ser esta confusión generadora de conflictos en las relaciones.

### La importancia de la amistad

Tanto desde el colectivo asexual como desde la anarquía relacional (Says, 2006) se cuestiona que las relaciones romántico-sexuales tengan que estar en el centro de nuestra vida relacional como se plantea desde una perspectiva amatonormativa. En su texto “El amor es heterosexual” (Sáez, 2018), Javier Sáez también critica esta centralidad de la pareja en las relaciones, citando a Foucault:

*“Como decía Foucault, lo que molesta al poder no son las relaciones homo-sexuales, sino la amistad(...) Es decir, la posibilidad de crear redes de amigos, apoyos, afectos, solidaridades, difíciles de localizar, que escapan al control social y que van más allá del modelo binario individualista o liberal: «pareja-amor-matrimonio»”*

Si realizamos una búsqueda bibliográfica filtrada por edad sobre amistad y psicoterapia, encontraremos resultados únicamente referentes a personas menores de 20 o mayores de 65 años. El hecho de que las relaciones de amistad en la edad adulta sean obviadas plantea la pregunta de si la amistad en la edad adulta no es un fenómeno relevante, o no nos interesa como objeto de investigación o trabajo terapéutico. De hecho, es una idea frecuente en nuestro contexto social que a partir del establecimiento de “la pareja”, es normal e incluso maduro que la persona se distancie de sus amistades, centrando su vida afectiva alrededor de su familia nuclear. Este movimiento suele tener como efecto secundario que muchas personas que no tienen pareja a partir de los 20 años se sientan aisladas y pierdan el soporte de sus amistades cuando éstas comienzan a emparejarse, siendo esta una narrativa que he encontrado con frecuencia en el trabajo terapéutico especialmente en mujeres jóvenes.

Propongo aquí algunas preguntas que podemos hacernos, y podrían ayudar a pensar la noción de amistad que manejamos, y su relevancia en nuestro mapa relacional:

- ¿Por qué las relaciones afectivo-sexuales deben tener una jerarquía superior al resto?
- ¿Siempre hay atracción sexual en las relaciones de pareja?
- ¿Se te ocurren personas que compartan procesos de crianza sin tener un vínculo afectivo-sexual?
- ¿Y personas que conviven y comparten recursos y apoyo sin tener un vínculo afectivo-sexual?
- ¿Cuáles son los límites entre amistad y amor? ¿Son límites rígidos?
- ¿Han durado lo mismo tus relaciones de amistad que las de pareja?

Desde mi perspectiva, en psicoterapia, por defecto, no exploramos la amistad del mismo modo que la familia de origen, ni como generadora de conflicto ni como fuente de apoyo. Esto puede suponer una gran pérdida de información en el trabajo terapéutico, especialmente cuando trabajamos con colectivos con diversidad de género y sexual, en los que puede haber habido una ruptura o distanciamiento con la familia de origen como consecuencia de la identidad u orientación sexual, y se puede haber construido una “familia elegida” con otros vínculos, que realmente suponga la fuente de apoyo principal en la vida de la persona.

## Dibujando las redes afectivas. Una propuesta complementaria al genograma

Es frecuente en psicoterapia que utilicemos un mapa familiar, el genograma, como parte de la exploración inicial y herramienta de trabajo. Con él, podemos explorar las relaciones y dinámicas familiares previas y presentes de la persona con la que trabajamos. A continuación, me gustaría proponer otra herramienta complementaria a ésta, con la que podemos explorar las relaciones familiares, y también otras relaciones relevantes para la persona.

En los colectivos no monógamos hay un concepto llamado *polícula* que se podría definir como

*“Una red romántica, o un conjunto de relaciones dentro de una red romántica, en la que sus miembros están íntimamente conectados. Se usa también para describir un dibujo o visualización de una red romántica, porque esos dibujos a menudo recuerdan a los de moléculas que se utilizan en química.”*

(Veaux, 2018)\*.

Brigitte Vasallo (2013) propone este sistema de amores en red como apuesta política, poniéndolo en relación con el concepto de rizoma de Deleuze y Guatari en “El antiedipo: Capitalismo y esquizofrenia” (Deleuze, 2017):

*“...el amor ni empieza ni acaba obligatoriamente en el dúo sino que puede tener otras formas; crear, en lugar de estructuras cerradas, “polículas”, “núcleos afectivos”, como propone la (h)artista Marian Pessah, que se puedan relacionar entre ellos, que se alimenten, que compartan espacios físico y/o emocionales. Crear rizomas, campos de patatas interconectadas entre sí, con lugares de unión y zonas de tránsito, con núcleos acentrados y solidarios. El amor, en esta imagen, no es la patata: una patata por sí sola no es más que un pobre tubérculo. El amor, nuestra vida amorosa, afectiva, sexual es todo el campo, todas las relaciones que establecemos los unos con las otras, y las relaciones de todos ellos con todos los demás. Un sistema de alimentaciones multidireccionales y constantes, de cuidados compartidos, una red o, como apunta el activista David M., un sistema de amores de código abierto, como Linux: sin propiedad, sin forma final y preestablecida, sino en constante transformación gracias a las aportaciones de la comunidad que lo compone.*

En la representación de la polícula, se representaría la persona, y a su alrededor, utilizando diferentes líneas de conexión según el tipo de relación, se situarían las personas en su red romántica. Un referente de polícula es la que

realiza la dibujante Tikva Wolf en su cómic “Poliamor. Lo mejor de Kimchi Cuddles” y que es la portada de la edición española del libro (Wolf, 2017).

Una alternativa a la polícula que incluye otras relaciones además de las románticas sería la red de afectos, que propone como ejercicio la sexóloga y activista Roma de las Heras en su taller “Repensando los amores” (Repensando los amores, 2017) y que ha sido de mucha utilidad para mí tanto como herramienta exploratoria como movilizadora de cambio en el trabajo terapéutico. En esta propuesta, se pide a la persona que se represente en el papel en el centro de la red, y que sitúe a su alrededor a las personas que son importantes en su vida, poniendo más cerca a las que sienta más cercanas, y más lejos a las que sienta más lejanas, y conectándolas con diferentes tipos de línea en función de la relación que tenga con cada una. Posteriormente, en el contexto terapéutico, podemos pedir que se nos explique la red de afectos que se ha dibujado. Esta herramienta permite que exploremos no sólo las relaciones con la familia de origen, sino también otras relaciones relevantes para la persona, incluyendo relaciones de amistad, románticas, familia elegida, e incluso algunas personas me han sorprendido incluyendo las relaciones con sus mascotas.

Posteriormente, se puede pedir que se realice un nuevo mapa colocando más cerca a las personas con que compartimos más tiempo y más lejos a las que menos, o hacerlo en función de los cuidados que damos y nos dan estas personas, o con otras indicaciones, y posteriormente compararlas con el primer mapa. Estos ejercicios pueden servir, además de para explorar relaciones relevantes, para que la persona se haga consciente de sus redes de cuidado y apoyo, para valorar el tiempo y cuidados existentes en esas relaciones, o para facilitar cambios en las mismas.

---

## **Cierre**

El estrés de minoría (Meyer, 1995) es un estrés extra al propio de la vida diaria al que las personas que forman parte de colectivos minoritarios se ven expuestas a lo largo de su vida. Se trata de estresores, preocupaciones y angustias añadidos con los que estas personas tienen que lidiar como consecuencia del trato que el resto de la sociedad les da. Un ejemplo de ese estrés de minoría

sería el que una persona que establece relaciones fuera de la norma sentirá antes de iniciar una psicoterapia. Además de las dudas y la preocupación propias del proceso, estas personas pensarán en si su terapeuta tendrá o no prejuicios sobre su forma de relacionarse, si se sentirán juzgadas, si las dificultades o síntomas que tengan se entenderán como directamente relacionados con sus formas de relación... en muchos casos es posible que incluso no lleguen a revelar su forma de relacionarse a su terapeuta, lo que supondrá el mantenimiento de un secreto que posiblemente interferirá en la confianza necesaria para establecer un vínculo terapéutico, y en algunos casos puede convertirse en un motivo para abandonar la psicoterapia. Mi primera intención en escribir este capítulo es acercar otras formas de relacionarse a las personas que trabajamos en salud mental, para disminuir en lo posible el riesgo de exponer a las personas con que trabajamos a ese estrés de minoría. Mi segundo objetivo es compartir aquellas reflexiones, aprendizajes y estrategias que he podido recoger en mi aprendizaje y experiencia clínica con estas comunidades, y que creo que son útiles no sólo para trabajar con estas personas, sino también con personas en relaciones más normativas.

La mayor parte de las referencias académicas de este texto relacionadas con las formas de relación no normativas son referencias de contextos anglosajones. Creo que sería importante llenar ese vacío de información en nuestro contexto, para acercarnos y ser capaces de hacer un mejor y más respetuoso acompañamiento de estas realidades y experiencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association editors. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washinton DC: APA.
- Asexualpedia. (2018). Atracciones. Recuperado de: <http://es.asexuality.org/wiki/index.php?title=Atracciones>
- Asexualpedia. (2018). AVEN. Recuperado de [http://es.asexuality.org/wiki/index.php?title=P%C3%A1gina\\_principal](http://es.asexuality.org/wiki/index.php?title=P%C3%A1gina_principal)
- Barker, Meg. (2010). *Understanding non-monogamies*. New York: Routledge.
- Bogaert, Anthony F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Rev Gen Psychol*, 10 (3). 241-450
- Bogaert, Anthony F. Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. *J Sex Res*, 41(3). 279-87.
- Brake, Elizabeth. (2012). *Minimizing marriage: marriage, morality and the law*. New York: Oxford University Press.
- Carrascoso, Francisco Javier. (2002) Celos: un caso de aplicación de la psicoterapia analítica funcional. *Apunt Psicol*; 20(3). 347-68.
- Casquet, Noemí. (2017) He comprobado que es posible ser poliamorosa sin caer en los celos. Verne El País. Recuperado de: [https://verne.elpais.com/verne/2017/08/08/articulo/1502200244\\_938854.html](https://verne.elpais.com/verne/2017/08/08/articulo/1502200244_938854.html)
- Cuesta Bayón, Teresa. (2006). Intervención cognitiva en un caso de celotipia. *Acción Psicológica*, 4(1). 71-82.
- De la Cal, Lucas. (2016). El poliamor sale del armario. Crónica EL MUNDO. Recuperado de <http://www.elmundo.es/cronica/2016/05/20/5737551dca4741f64e8b45e9.html>
- De las Heras, Roma. (2017). Romaalrevésespólitica. Repensando los amores: ¿qué es repensando los amores? Recuperado de <http://repensandolosamores.blogspot.com.es/2017/12/que-es-repensando-los-amores.html>
- Deleuze, Gilles, Guattari, Félix, Monge, Francisco. (2017). El anti-edipo: capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Paidós.
- Easton, Dossie y Hardy, Janet W. (2013). Ética promiscua. Barcelona: Melusina.
- Escudero, Antonio; Polo, Cristina; López, Marisa y Aguilar, Lola. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género II: las emociones y las estrategias de violencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 96. 59-91.
- Esteban, Mari Luz. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso: temas contemporáneos*. Barcelona: Bellaterra.

- Ferrer, Victoria y Bosch, Esperanza. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado*, 17 (1). 105-22.
- Freud, Sigmund. (1923) Certain neurotic mechanism in jealousy, paranoia and homosexuality. *Int J Psychoanal*, 4(1)
- Golfsx con principios. (2018) Principios G con. Consentimiento y consenso. Recuperado de: <http://www.golfsxconprincipios.com/lamoscacojonera/consentimiento-y-consenso/>
- Halberstam, Judith y Sáez, Javier. (2008). *Masculinidad femenina*. Barcelona: Eagles.
- Haraway, Donna J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Hernando, Almudena. (2012). *La fantasía de la individualidad: sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Madrid: Katz Editores.
- Herrera Gómez, Coral. (2016). La construcción sociocultural del amor romántico. Madrid: Fundamentos.
- Klein, Melanie, Riviere, Joan. (1964). *Love, hate and reparation*. New York: Norton.
- Labriola, Katy. (2017). *El libro de los celos*. Barcelona: Melusina.
- Lagarde, Marcela y López Vigil, María. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Managua: Puntos de encuentro.
- La pregunta 28. (2015). Para saber más. Recuperado de <https://lapregunta28.com/referencias-y-bibliografia/>
- López Pell, Andrés, Carlen, Anale y Kasanzew, Alexis. (2019) Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*, 12(3). 173-86
- Luengo, Tomasa y Rodríguez, Carmen. (2009). El mito de la “fusión romántica”. Sus efectos en el vínculo de la pareja. *Anu Sexol*, 11. 19-26.
- Make your own relationship user guide. (2016). Recuperado de <http://megjohnandjustin.com/product/make-your-own-relationship-user-guide/>
- Meyer, Ilan H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*, 36(1). 38-56.
- Meyer, Ilan H. (2003) Prejudice, Social Stress and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129(5). 674-97.
- Moratto Vásquez, Nadia, Zapata Posada, Johanna Jazmín, Messenger, Tatiana. (2015). Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicol Vol 8*(2). Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3555>
- Peabody, Shelly Anne. (1982). Alternative Life Styles to Monogamous Marriage: Variants of Normal Behaviour in Psychotherapy Clients. *Fam Relat*, 31(3). 425-34.

- Pérez Blanco, MJ. (2014). ¿Se puede amar a dos parejas a la vez? ABC. Recuperado de <http://www.abc.es/familia-parejas/20140203/abci-nueva-tendencia-poliamor-201401211149.html>
- Pines, Ayala. (2016). *Romantic jealousy: causes, symptoms, cures*. Lugar de publicación no identificado: Taylor & Francis.
- Prause, Nicole, Grahah, Cinthia A. (2007). Asexuality: Classification and Characterization. *Arch Sex Behav*, 36(3). 341-56.
- Quelart, Raquel. (2014). Un estudio concluye que el 30% de la población es infiel. La Vanguardia. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20140930/54416448564/un-estudio-concluye-que-el-30-de-la-poblacion-es-infiel.html>
- Richards, Christina, Barker, Meg-John. (2015). The Palgrave handbook of the psychology of sexuality and gender. New York: Palgrave Macmillan.
- Rubel, Anthony, Bogaert, Alice F. (2015). Consensual Nonmonogamy: Psychological Well-Being and Relationship Quality Correlates. *J Sex Res*, 52 (9). 961-82.
- Rubin, Arline M y Adams, James. (1986). Outcomes of sexually open marriages. *J Sex Res*; 22 (3). 311-19
- Rubin, Gayle y Vance, Carole S. (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. *Revolucion SAL*, [citado 19 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0323/Reflexionando\\_sobre\\_el\\_sexo\\_Rubin.pdf](http://www.cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0323/Reflexionando_sobre_el_sexo_Rubin.pdf)
- Sáez, Javier. (2018). El amor es heterosexual. Recuperado de <http://www.hartz.com/amorhetero.htm>
- Scheinkman, Michelle, Werneck, Denise. (2010). Disarming Jealousy in Couples Relationships: a Multidimensional Approach. *Fam Process*, 49(4). 486-502.
- Serrano, Marta. (2018). Roma al revés es política. Anarquista relacional. Inquire Magazine. Recuperado de <http://inquiremag.com/roma-anarquista-relacional/>
- Solopoly. (2012). Riding the relationship escalator (or not). Solopoly. Recuperado de <https://solopoly.net/2012/11/29/riding-the-relationship-escalator-or-not/>
- Taormino, Tristán. (2015). Opening up: una guía para crear y mantener relaciones abiertas. Barcelona: Melusina.
- Vagalume, Miguel. Educación, formación y consulta de sexualidades y relaciones no convencionales (2018). Recuperado de <http://www.miguelvagalume.com/>
- Vasallo, Brigitte. (2013). Romper la monogamia como apuesta política. Pikara magazine. Recuperado de <http://www.pikaramagazine.com/2013/03/romper-la-monogamia-como-apuesta-politica>
- Vasallo, Brigitte. (2018a). Poliamor: el método ingeniería para superar los celos. Mentésana. Recuperado en: [http://www.mentesana.es/blogs/brigitte-vasallo/poliamor-como-no-tener-celos\\_1306](http://www.mentesana.es/blogs/brigitte-vasallo/poliamor-como-no-tener-celos_1306)

- Vasallo, Brigitte. (2018b). 7 ideas para superar los celos: un viaje hacia uno mismo. Mentesana. Recuperado de: <http://www.mentesana.es/psicologia/pareja/7-ideas-superar-celos-via-je-uno-mismo> 508
- Veaux, Franklin. (2018). Glossary of Polyamory Terms. More than two. Recuperado de <https://www.morethantwo.com/polyglossary.html>
- Wolf, Tikva. (2017). Poliamor. Lo mejor de Kimchi Cuddles. Barcelona: Continta me tienes.
- Yela García, Carlos. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicol. Soc.*, 1(2), 263-7.

## 11. INTERSECCIONALIDAD EN SALUD MENTAL.

**Maite Climent Clemente.**

Dedicatorias:

A Habiba El Khamlichi. Mucho de lo que está escrito aquí, tiene que ver con alguna de nuestras conversaciones.

A Meri Merlo, quien me enseñó los entresijos del vivir queer.

La motivación principal de la que parto al escribir este capítulo, nace del convencimiento de que uno de los conceptos introducidos dentro de la producción del conocimiento del espectro queer<sup>1</sup>, la interseccionalidad, puede ser de gran utilidad para el entendimiento de lxs pacientes en la práctica clínica habitual. Además, considero que nos ayuda a clarificar cómo está organizado el mundo, colocándonos en un lugar de comprensión que puede facilitar llevar a la práctica, en nuestros distintos ámbitos de influencia, una aproximación a una sociedad más justa e igualitaria, en la que se respeten los derechos humanos y las libertades.

Desde algunos puntos de vista, se considera que la introducción y desarrollo del concepto de interseccionalidad ha sido la contribución más relevante de los estudios de género. Como vamos a ver a continuación, la interseccionalidad es un instrumento que sigue suscitando interés, sobre el que se mantiene una producción académica abundante en el momento actual. Se plantean debates y cuestionamientos basados en este constructo teórico-práctico, en relación con sus límites, en el aspecto puramente de conceptualización y en las dificultades para llevar a la práctica determinadas políticas públicas, en el campo de la intervención social, fundamentalmente. Para abordar la cuestión, en primer lugar, realizaré una aproximación teórica, intentando definir el concepto. Des-

---

<sup>1</sup> Con “espectro queer” quiero referirme a los estudios, la teoría y el activismo queer, sus antecedentes y ancestros.

pués, trataré de resumir la genealogía (una de las posibles) de este constructo. En tercer lugar, intentaré una aproximación a los límites del concepto y los escollos que se pueden encontrar en la aplicación del enfoque interseccional en la implementación de políticas públicas, sobre todo en las relaciones con la administración y otras instituciones. Terminaré con varios ejemplos posibles de situaciones interseccionales en el campo de la salud mental.

Como han realizado ya otros compañerxs, me gustaría aclarar que mi lugar de enunciación al tratar este tema es: psiquiatra, con educación universitaria, de clase media, blanca y feminista. A muchxs, ya nos resulta imprescindible acercarnos a las formas de conocer, desde la perspectiva del *conocimiento situado* de Haraway.

## **Interseccionalidad: concepto y genealogía**

---

Aunque la idea estaba presente previamente, debemos el desarrollo de este concepto, en los años 80 del siglo pasado, a la fundadora de la teoría crítica de la raza, a partir de las ideas del feminismo negro estadounidense, Kimberlé Williams Crenshaw. Esta profesora de derecho universitario, introduce el concepto en su multicitado artículo *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics* (Crenshaw, 1989).

Lo que ella denuncia, desde su posición de abogada y feminista negra, es que muchas de las demandas por discriminación que se interponían ante tribunales estadounidenses por mujeres negras acababan siendo desestimadas, a pesar de las leyes existentes específicas en contra de la discriminación racial y por motivos de sexo-género. Desde la lógica del sistema judicial se estimaba si en la empresa se ejercían políticas discriminatorias hacia las personas negras. Entonces, se veía que no, porque había empleados negros. Por otro lado, se valoraba de la misma manera si había mujeres contratadas y esto también se confirmaba positivamente. Para el caso concreto de Emma DeGranffenreid, persona que denuncia la discriminación, esta misma atribuye el motivo por el que no se la contrata a ser una mujer negra. Se evidencia que en la empresa donde no se la contrató todos los empleados negros eran hombres y realizaban

trabajo físico; las contratadas mujeres, tenían trabajo fundamentalmente administrativo y eran todas blancas. Así, se visibiliza que ambos ejes de opresión valorados de manera independiente no definen la situación de manera adecuada. (Crenshaw, 2016).

Citando a Crenshaw (1989): “el hecho de que las mujeres negras puedan experimentar discriminación de varias formas y que la contradicción surge de nuestras asunciones de que sus reivindicaciones ante la exclusión deben ser unidireccionales, consideramos la analogía del tráfico en una intersección, yendo y viniendo en cuatro direcciones distintas a un tiempo. La discriminación, como el tráfico en una intersección, puede fluir en una dirección o puede fluir en otra. Si ocurre un accidente en una intersección, puede ser causado por vehículos provenientes de distintas direcciones y en ocasiones desde todas ellas”. De manera similar, definiría la interseccionalidad como la expresión de un “sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Crenshaw, 1991).

Más adelante, en el artículo que escribe dos años después, *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*, analiza en términos de interseccionalidad las situaciones de negritud, violencia doméstica, violencia estructural, violación, políticas antirracistas y antiviolencia y de los servicios de atención a las víctimas, en la intersección Mujer Negra.

El origen de esta tradición intelectual y política lo podemos encontrar en dos ramas, la estadounidense y la europea. Dentro de la primera, se puede ubicar el origen de este marco teórico-político en diversas posiciones intelectuales y políticas, que podríamos resumir en:

- los movimientos sufragista y abolicionista (Crenshaw, 1989) de la primera mitad del siglo XIX
- los *Black Feminisms*-feminismos negros- (Jabardo, 2012)
- y los feminismos de chicanas y latinas desarrollados en EEUU.

Se pueden enumerar aportaciones como las de Angela Davis (2004), Audre Lorde (1984/2007), Barbara Smith (Hull, Bell y Smith, 1982), Patricia Hill Collins (1989), bell hooks (2017), Cherrie Moraga, Gloria Anzaldúa (Moraga y Anzaldúa, 1981), el Manifiesto Feminista Negro del Colectivo del Río Combahee (1977/2012) y muchas más contribuciones que han cuestionado históricamente la dificultad para adaptarse a los movimientos de denuncia ya existentes (de gays, de izquierdas, feministas...), considerándose las *outsiders*

*within* -permanentemente intrusas-(Hill, 2014), al no encontrar una posición cómoda dentro de esos sujetos políticos de lucha contruidos de manera tan homogénea, en los que no cabían las experiencias de estas mujeres.

Por otro lado, se considera la influencia en el desarrollo de la interseccionalidad, de los feminismos negros británicos y la teoría postestructuralista (Gil Hernández, 2008). En este marco, nos encontramos con autorxs británicxs como Avtar Brah (Avtar y Ann, 2004), Nira Yuval-Davis (2006) y Flora Anthias (Yuval-Davis y Anthias, 1992/2002), entre otras, que apuestan desde su trabajo por quebrar los esencialismos identitarios, para empezar a reconocer la diversidad, la variabilidad y el conflicto en la multitud de posiciones de sujetx.

A lo largo de la historia, se han estudiado de manera preponderante:

- las relaciones entre género y raza (Davis, 2004)
- entre género y clase: como en los feminismos marxistas de Alexandra Kollontai, Rosa Luxemburgo y Gerda Lerner-con su recientemente reeditado *La creación del patriarcado*- y los feminismos anticapitalistas (Silvia Federici (2010, 2013 y 2018).
- en los estudios poscoloniales<sup>2</sup>: Frantz Fanon (2009), Gayatri Spivak, Chimamanda Ngozi Adichie, Silvia Rivera Cusicanqui... (Galcerán, 2016). En especial, desde Abya Yala<sup>3</sup> (Latinoamérica) quiero destacar los estudios poscoloniales de María Lugones (2008) y la crítica decolonial al feminismo de Yuderkis Espinosa (2014).

Otras intersecciones se han cultivado menos, por ejemplo las acaecidas entre raza y sexualidad (Mara Viveros, 2010 y 2016), entre género y sexualidad (Gayle Rubin, 1989) y otros feminismos lesbianos, como Monique Wittig (2005). Mucho menos aún se ha trabajado con el ciclo de vida, la discapacidad y el sexo. En el listado de categorías, vemos que hay muchas posibles variables, pero los trabajos son escasos a la hora de establecer determinados tipos de puentes.

Generalmente, los sistemas de opresión culturales a estudio que han sido considerados son: género, orientación sexual, identidad de género, sexualidad,

<sup>2</sup> Me refiero a todos los estudios del espectro colonial: postcoloniales, neocoloniales, decoloniales, anticoloniales, de la colonialidad, de los procesos coloniales, del autocolonialismo o del inconsciente colonial.

<sup>3</sup> Abya Yala es el término usado en los estudios coloniales para referirse al continente americano. Se supone que algunas comunidades indígenas de la zona lo usaron para referirse al continente antes de la llegada de los españoles. El uso de este término intenta visibilizar parte de la opresión ejercida por el colonialismo español.

heteronormatividad, raza, pobreza, (des)empleo, afiliación religiosa, procedencia nacional, etnia-etnocentrismo, clase, color de la piel, apariencia física, edad, salud (mental), capacitismo (mental), diversidad funcional, clase funcional...

De manera habitual se critica esta forma de citar los ejes de opresión, porque potencia la idea de que los sistemas de dominación, a los que está sometido un mismo cuerpo, tienen efectos sumatorios, lo que se considera una limitación intrínseca al concepto de interseccionalidad. Citando la idea propuesta por R. Lucas Platero, las *proverbiales comas*.

La abogada Kimberlé Crenshaw, con el acuñamiento del término de interseccionalidad, nos dotó de una palabra que sintetizaba múltiples tradiciones previas, que venían cuestionando los esencialismos y los privilegios. La socióloga Patricia Hill Collins, es quien realiza el desarrollo más teórico y epistemológico del concepto en los EEUU, mientras que K. Crenshaw se ocupa de la vertiente más práctica, la violencia y discriminación hacia las mujeres negras. Desde el punto de vista de Baujke Prins (Romero, 2015), habría dos enfoques o perspectivas fundamentales en los estudios que versan sobre la interseccionalidad: la sistémica estructuralista, fundamentalmente representada por la tradición estadounidense y la construccionista, más ligada a los estudios culturales británicos.

En el enfoque sistémico, se pondría el énfasis en generar categorías identitarias como forma de resistencia, desvelando las opresiones producidas por las dinámicas de poder que conforman categorías de supremacía (hombre, blanco, heterocentrado...). En cambio, en el construccionista, se produce una lectura más dinámica de las relaciones de poder y los procesos que conforman las desigualdades. En lugar de entender las categorías como algo estático, se entenderían como procesos que están interrelacionados, que se narrarían, en lugar de designarse.

En el estado español, las raíces de la interseccionalidad las encontramos en los movimientos sociales y de disidencia sexual (LSD-Lesbianas Sin Duda, Radical Gai), especialmente en los feminismos, desde finales de los años setenta de siglo XX, que enfocan las situaciones de las mujeres gitanas, mujeres con discapacidad, empleadas del hogar, mujeres migrantes, amas de casa... (Romero, García y Bargeiras, 2005). También se ha producido una academización de estas preocupaciones con antecedentes en los estudios queer y colonialistas. Podemos encontrar autoras remarcables como Raquel Osborne, Dolores Juliano, Carmen Romero (2006), Marisela Montenegro y Verena Stolcke que

estudian a las “otras mujeres”, así como a otrxs investigadorxs que se han preocupado de gitanos LGTB, mujeres gitanas, discapacidad y violencia de género, mujeres con discapacidad, mujeres inmigrantes, mujeres presas, estudios de diversidad funcional y sexualidad no normativa... el listado es amplio.

Una compilación de textos editada por R. Lucas Platero (2012) recoge colaboraciones en torno a situaciones de interseccionalidad que tienen que ver con diversas expresiones de sexualidades no normativas. Podemos destacar la diversidad funcional (Paco Guzmán y R. Lucas Platero), el VIH (Javier Sáez) y la etnicidad gitana (David Berná), haciendo una mención especial al trabajo de Gerard Coll –Planas, *“El circo de los horrores”: una mirada interseccional a las realidades de lesbianas, gays, intersex y trans*.

En Madrid, hemos podido disfrutar durante varios meses del año 2017, de talleres, cine, seminarios y exposiciones enmarcadas dentro del epígrafe *El porvenir de la revuelta. Memoria y deseo LGTBIQ*. A través de estas actividades, se ha podido indagar en varias intersecciones: entre diversidades sexuales y SIDA; homosexualidad y etnia gitana, transexualidad y crianza, racialización y lesbianismo, afectos queer, cárcel y lesbianismo, transfeminismos...

## **Límites del concepto y propuesta para la formulación de la interseccionalidad**

---

De manera tradicional, se ha concebido la interseccionalidad como cruce de ejes de opresión o como posición.

Si nos aproximamos a este concepto como cruce de ejes de opresión, nos encontramos con que la interseccionalidad sería el resultado de la acción de diferentes ejes de opresión en un cuerpo preexistente. Esto tiene varios inconvenientes. El primero, que se desconoce la forma concreta en que se ha producido, qué elementos serían prioritarios (¿cuál sería el elemento principal? ¿El género, el capitalismo, la raza?<sup>4</sup>).

---

<sup>4</sup> En relación con este punto, se puede comentar la reciente polémica entre el movimiento feminista madrileño, convocante de la huelga del pasado 8M, y Afrofeminas, un colectivo virtual destinado a mujeres afrodescendientes y negras, quienes publicaron un comunicado para exponer los motivos por los que no iban a secundar la huelga. La directora de este colectivo, realiza una crítica de clase, raza y colonialidad a los planteamientos del feminismo “académico” organizador de la huelga.

Además, si se sigue esta lógica, se cree que un eje particular funcionará de manera unívoca, teniendo los mismos efectos en todos los cuerpos a lo largo del tiempo y el espacio. Por ejemplo, el modelo patriarcal no es universalizable, no funciona igual en todos los contextos mundiales. También se puede pensar que los ejes de opresión actuarían de manera isomórfica, en la que todos los ejes de opresión actuarían de la misma forma y para todos los cuerpos igual. Para el mismo eje, raza, es evidente que no ha operado de la misma manera en Barack Obama que en un inmigrante senegalés del barrio de Lavapiés. La lógica sumatoria que se suele derivar es que en el cruce, se multiplicarían los efectos de todos los ejes que actúan, como si todos tendieran a deprivar. Por último, en esta concepción, se tiende a identificar los cuerpos interseccionales o marcados. Las posiciones de privilegio no tendrían la necesidad de ser explicadas, por lo que se genera el disimulo de que solamente se construye socialmente en negativo, quedando una parte de los cuerpos sin ser explicados.

Si nos colocamos en la conceptualización de la interseccionalidad como posición, también nos encontramos con varias incomodidades. La primera, es que el intento de crear un marco para desesencializar, se puede intercambiar por generar una homogenización de la identidad en subcategorías que representan posiciones subyugadas habituales a diferentes ejes de opresión (normalmente género, raza, etnia, edad...por ejemplo mujeres inmigrantes, enfermas mentales ancianas...). Se tendería a estandarizar la experiencia de todos los cuerpos que entraran en cada subcategoría. Esta visión también marca los sujetos considerados deficitarios y favorece la visión de que son carentes por sus propias características, sin cuestionar las marcas de normalidad/neutralidad/normatividad, no se cuestionan los espacios de privilegio<sup>5</sup>, tendiendo a poner el foco donde hay necesidad de intervención.

Ante esta problemática, lo que Carmen Romero y Marisela Montenegro han propuesto, es concebir la interseccionalidad como situación. Las formas de opresión interaccionarían entre sí y con su contexto concreto, de manera que determinadas prácticas de dominación emergerían en determinados contextos y no en otros. Habría ciertos privilegios y vulnerabilidades, que se activarían o no, en función del contexto y se reactualizarían de forma específica en la

<sup>5</sup> Esto es lo que se intenta evitar a partir de lo trabajado en los estudios de *nuevas masculinidades* (Azpiazu, 2017; Bacete, 2017; Carabí y Armengol, 2015; Salazar, 2017).

vida de las personas. La identidad interseccional como situación, nos remite a la teorización de la identidad como ente fluido, no lineal, dinámico, plural, siguiendo a Judith Butler (1997).

En palabras de Avtar Brah (2011), se trataría la interseccionalidad como una *sistematicidad de las contingencias*. La contingencia se explicaría como la posibilidad de que se produzca un efecto y a la vez, observar que determinadas situaciones tienden a repetirse a lo largo de la historia como espacios de privilegio y de subordinación. Se ve que determinados sistemas de opresión se han sistematizado socio-históricamente. La contingencia descarta el determinismo, ciertas posiciones se tornan potencialmente transformables. La sistematicidad alude a la mayor probabilidad de ocurrencia de ciertas vulnerabilidades vinculadas a determinados cuerpos que encarnan posiciones interseccionales determinadas. En la producción académica, se han producido multitud de referencias a unos espacios (clase, raza, género). Romero lo relaciona con que estos elementos se han politizado, generalmente a través de los movimientos sociales y gracias al activismo se ha hecho posible su posterior teorización (Davis, 2004).

Tenemos que pensar en que además de las formas habituales de convergencia y expresión de la interacción de los ejes de opresión en cada contexto socio-histórico concreto, se debería prestar atención a la potencial emergencia de nuevas vulnerabilidades no descritas previamente. El sujeto, puede negociar constantemente sus posiciones de subordinación y privilegio. La pregunta sería, ¿cómo incluir las diferencias sin contribuir a esencializarlas?

Un ejemplo de este último punto podría estar representado por Fátima (nombre ficticio, caso basado en una situación real), de 40 años, con padre de origen marroquí y madre blanca nacida en España, atea. Esta persona ha crecido en una ciudad española, endoculturada en las costumbres dominantes de la zona, no ha integrado apenas influencia cultural de su padre en su identidad actual. A los 25 años, se traslada a vivir a Francia, donde completa sus estudios de Medicina, realiza su especialización e inicia y continúa en la actualidad su trabajo como médica de familia. Se situaría en el llamado tercer espacio de identidad cultural, con un nivel de integración en la sociedad francesa de acogida alto. Esta mujer explica que en sus conversaciones telefónicas con pacientes o colegas que no la han visto nunca, el rasgo principal para su categorización es el acento (no ha conseguido asimilación al acento francés). Describe cómo en estas tesituras, le hablan despacio, intentando usar palabras sencillas y asumiendo que no comprende bien el idioma, incluso cuestionando

su valía profesional. Se siente muy frustrada en estas interacciones, ya que no puede explicar los años de experiencia profesional que tiene, su formación, su competencia cultural...

La misma persona cuenta que algunos de sus pacientes de origen magrebí o de oriente próximo, migrantes a Francia, la asimilan con su propia procedencia por el aspecto físico. Así, recibe pacientes que asumen que es de origen marroquí, sirio, libanés, turco...y expresan con comodidad que se sienten mejor atendidxs por una compatriota, aunque no compartan el acento, ni ella posea competencia alguna en su lengua nativa. También asumen que practica la religión musulmana. En estas interacciones el acento pasa a un segundo plano y la categoría dominante es la racialización. Esta identificación facilita que la elijan como profesional de referencia. Vemos que, en esta misma persona, el acento y el aspecto físico operarían según un sistema de contingencias, donde se pueden subvertir las categorías, en función de la situación.

## Lo político desde la perspectiva interseccional

---

¿La interseccionalidad es un modelo adecuado para la elaboración de políticas públicas y en la organización de los servicios para la atención de personas con problemas de salud mental? Este punto es una de las problematizaciones habituales cuando se aborda el enfoque interseccional. Muchxs estudiosxs opinan que la propia institucionalización hace que se tampoñe su capacidad crítica. En cuanto a la nuestra práctica, como equipos de salud mental, la perspectiva interseccional abre nuevos espacios de comprensión de los pacientes y de obtención de recursos para su atención, al tiempo que cierra posibilidades para otrxs. También se corre el riesgo de vulnerabilizar a los individuxs, si no se visibilizan las dinámicas de poder y solo se marcan los cuerpos no privilegiados.

Cherrie Moraga y otras autoras, en un texto colectivo proponen: “no tenemos que ser iguales para constituir un movimiento, pero tenemos que admitir nuestro dolor y nuestro miedo y dar cuenta de nuestra ignorancia, en definitiva, finalmente, debemos rechazar fallar las unas a las otras” (Moraga y Anzaldúa, 1981). Se propone centrarnos en la vulnerabilidad de la experiencia,

que es lo que puede ser compartido, para no generar subcategorías de las que infinitamente quedarían excluidos otros colectivos.

Pasar a la práctica esta idea es lo más difícil, ya que diluye el sujeto político, de intervención. La alternativa no sería atender a cada uno de nosotros en nuestras diferentes circunstancias, no se pueden eliminar los colectivos, porque se negarían las relaciones de poder, se negaría que no todos los cuerpos han sido producidos en las mismas realidades relacionales, que hay algunos que han tenido más posibilidades de movilizar unos recursos que otros, que unos están en riesgo de unas determinadas experiencias de vulnerabilidad y otros no.

Que reconozcamos que ciertas situaciones de vulnerabilidad tienden a perpetuarse en unos colectivos y no en otros, no quiere decir que sean posiciones estáticas, isomórficas, unívocas...

La clave puede estar en pensar en las subjetividades como entidades influidas por los ejes de opresión, en situaciones mediadas por la sistematicidad de la contingencia de Brah, donde la realidad se constituye de manera dinámica y constante.

Para ilustrar varias de estas posibles densidades, voy a tratar de describir varias situaciones de interseccionalidad entre salud mental y otros elementos.

## **Salud mental y capitalismo**

---

Por muchos es conocida la relación establecida por Karl Marx, entre el capitalismo, la propiedad privada y el trabajo enajenado, ya en el siglo XIX, haciendo referencia a cómo un sistema económico-social, genera unas circunstancias que producen una forma de estar en el mundo laboral que es considerada enferma. Las relaciones de parentesco entre los sistemas político-económicos (en todas sus vertientes ideológicas) y los estados de bienestar/salud mental requerirían un texto mucho más amplio para ser sistematizadas.

En este apartado me voy a centrar en las aportaciones realizadas por distintos autores, que vinculan el neoliberalismo con distintas maneras de sufrimiento psíquico y su forma de producción. El neoliberalismo es entendido como la formulación más reciente del liberalismo clásico, emparentado ideo-

lógica y políticamente con el capitalismo. Una de las interpretaciones es que surge a partir de los años 30 del siglo XX, y que cobra su mayor fuerza desde los años 80, con dos principales actores políticos en el panorama global, Ronald Reagan y Margaret Thatcher. El *leitmotiv* del neoliberalismo tendría que ver con la consideración de la economía como principal motor de desarrollo y la subordinación de toda la sociedad, a las normas del libre mercado- con la menor intervención del estado posible- para conseguir el máximo beneficio social.

Iván de la Mata (2017) considera las consecuencias de la asunción de este modelo económico, que se extiende a la conformación de la estructura social, llegando a tener un poder constitutivo en la construcción de nuestras subjetividades como individuxs, en la manera en que lo describe el filósofo Byung-Chul Han en su *Psicopolítica*: “Quien fracasa en la sociedad neoliberal del rendimiento se hace a sí mismo responsable y se avergüenza, en lugar de poner en duda a la sociedad o al sistema. En esto consiste la especial inteligencia del régimen neoliberal...En el régimen neoliberal de la autoexplotación, uno dirige la agresión hacia sí mismo. Esta autoagresividad no convierte al explotado en revolucionario, sino en depresivo” (Han, 2014).

Otra manera de definir este escenario es con la terminología de Zygmunt Bauman, y la descripción que confecciona de la identidad moderna en su *Modernidad líquida* (2003). La persona se concibe en el aislamiento del individualismo radical y se hace responsable así, de todo cuanto acontece en su vida. No habría determinantes sociales en su modo de sufrir psíquicamente, habría una concordancia entre meritocracia y bienestar o malestar mental. Los malestares que habitualmente escuchamos en nuestras consultas se pueden correlacionar con esta construcción identitaria.

Es frecuente encontrar a sujetxs en las consultas con quejas relacionadas con estas cuatro áreas definidas por de la Mata (2017):

- Sufrimiento del valor personal. Baja autoestima, sentimientos depresivos, de incompetencia, de fracaso personal...
- Inestabilidad de las narrativas biográficas. Fruto de las coordenadas entre sociedad líquida (temporalidad, flexibilidad, adaptabilidad constante...) y la pérdida de narrativas creadas en el tejido social.
- Sufrimiento del rendimiento. Alude a la competencia y la productividad, con quejas de fatiga crónica y el dopaje para aumentar el rendi-

miento. En la infancia, una de las críticas más conocidas en este punto, la ha realizado Sami Timimi (2015), propone la McDonaldización de la salud mental infantil, en clara alusión al término McDonaldización de la cultura, empleado por el sociólogo George Ritzer. En su artículo de 2015 expone cómo este sistema narcisista se filtra en las instituciones donde se atienden los problemas de salud mental de la infancia y conforma la forma en la que entendemos que lxs menorxs expresan su malestar, tendiendo a psiquiatrizar, diagnosticando y sobretratando farmacológicamente.

- Sufrimiento de la nueva simbolización. Sentimientos intensos de vacío, en una fantasía de libre elección individual.

Una de las consecuencias de mayor impacto del modelo económico, social y subjetivo neoliberal, aplicado a nuestro sistema sanitario y en el área de la salud mental en concreto, es el progresivo y primordial calado del modelo biomédico para explicar en forma de fallo orgánico (en diferentes niveles de organización: cerebral, genético, imaginaria, neurotransmisores, metabolismo...) el sufrimiento psíquico, ampliando cada vez más las fronteras, aumentando las categorías diagnósticas y priorizando la oferta farmacológica para el alivio de ese malestar. Se considera que se ha producido un viraje similar en la aplicación de técnicas psicológicas que se aplican sobre el individuo sin considerar su contexto: *lo psicológico es político* (de la Mata, 2017).

Para una desmitificación y revisión crítica de la efectividad de los tratamientos psicofarmacológicos resultan muy útil familiarizarse con los postulados de Joanna Moncrieff (2013). Esta psiquiatra británica, cuestiona la robustez de la producción científica que justifica la etiología biológica en los trastornos mentales, así como la supuesta especificidad farmacodinámica sobre los síntomas de los distintos grupos de psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos, estimulantes...). Igualmente, visibiliza sus posibles efectos a largo plazo y legitima intervenciones que posibiliten la retirada segura de los mismos. En esta línea, se han propuesto otras iniciativas en el estado español, por ejemplo, de José A. Inchauspe y Emilio Pol Yanguas.

## Salud mental y género<sup>6</sup>

---

En cuanto a género y salud se han escrito toneladas de información. Me interesa abordar este tema desde la perspectiva interseccional que articula este texto, pensando la subjetividad como un producto entre el feminismo y los estudios de género, la psicología y otras ciencias que se ocupan de la salud mental (psicoanálisis, psiquiatría).

El género puede ser entendido como un constructo social, que intersecta con otros ejes de opresión (salud mental-sufrimiento psíquico; capitalismo) y se encarna en determinadas mujeres y confiere sus subjetividades. Una de las ideas principales de la interseccionalidad es que la interacción de los ejes de opresión se integra dentro del psiquismo de las personas y se encarna en sus cuerpos.

Me parece importante resaltar que ya ha habido estudiosas que han relacionado el orden social con la construcción de la identidad desde distintas disciplinas. Por ejemplo, Almudena Hernando, articula las diferentes construcciones de identidad de género en los hombres y las mujeres, haciendo un recorrido histórico y arqueológico de la construcción diferencial de la identidad de género y la conformación del origen de la desigualdad por motivos de género (Polo, 2018).

Otras psicoanalistas feministas han criticado al psicoanálisis clásico por su sesgo patriarcal y contextual (histórico-sociológico), la categorización binaria del género y por formar parte del engranaje del biopoder. Freud ya recibió críticas de mujeres, una de las más conocidas, la de Karen Horney, al concepto de envidia del pene. Desde la rama lacaniana también se articulan cuestionamientos, sobre todo en terreno francés (Juliet Mitchell, Julia Kristeva y Luce Irigaray).

En el ámbito hispano, destacamos a Silvia Turbert y sus polémicas sobre la maternidad y la noción de género, así como Emilce Dio Bleichmar, con importante influencia y que trabaja ampliamente sobre las parcelas de la sexualidad femenina, la diferencia sexual, la psicopatología diferencial, violencia de género, construcción de género... Otras de las figuras reseñables son Nancy

---

<sup>6</sup> Me gustaría mencionar a las compañeras del seminario dirigido por Nora Levinton, Feminismo y Salud. Es un espacio donde, desde hace años, podemos debatir, intercambiar, pensar... sobre tantos temas... Gracias a Nora Levinton, Henar Sastre, Cristina Polo, Marisa Pires, Alicia Llácer, Inmaculada Romero, Amelia Morales, Begoña Pernas, Michela Sonogo, Carmen Estrada, Laura González, Maribel Sillero, Ana Anes y Mar Rodríguez por compartir sus saberes, que me han ayudado tanto para elaborar este capítulo.

Chodorow –quien concibió el rol maternal como una forma de sometimiento– y Jean Baker Miller. Ya en el espacio del psicoanálisis intersubjetivo-relacional, podemos citar a Jessica Benjamin, Nora Levinton y Concepció Garriga, mujeres que nos son contemporáneas, así como Mabel Burín y Pilar Errázuriz, referentes estudiosas de la subjetividad femenina.

Desde el psicoanálisis feminista, Nora Levinton, realiza una destacada aportación, los *mandatos de género*, o la interiorización en la subjetividad de las normas, expectativas, estereotipos, formas de relacionarse, comportarse... a través de la socialización, en función del género al que te adscribas y adscriban los demás. Estos mandatos, se conforman de manera tan arraigada que es difícil diferenciarlos de los propios deseos. En las mujeres, se constituyen como eje central, orientándose al cuidado de los demás (olvidando en ocasiones el propio cuidado), la entrega, la bondad, con represión de la agresividad, con la maternidad en una posición central, la custodia de la armonía en las relaciones, el narcisismo obtenido desde el apego, como fuente principal.

Clásicamente se ha relacionado la transgresión de los mandatos de género, con un sentimiento intenso de culpa en las mujeres y con otras formas de malestar psíquico femenino. En el capítulo de este mismo libro de Margot Pujal, se afirma que acatarlos también se vincula con malestar, en la medida en que se incorpora en la subjetividad la desigualdad social.

Me gustaría detenerme y describir con más detalle sobre la contribución de Ana Távara. Para teorizar, se basa en su práctica clínica e investigadora, fundamentalmente en formato grupal y en sus influencias formativas desde la psicología social, la concepción operativa de grupos y la producción teórica previa de las compañeras psicoanalistas feministas. Le gusta inscribirse dentro del feminismo afectivo, ya que, como veremos a continuación, cuestiona desde la perspectiva feminista, el amor y las relaciones afectivas, tal y como están constituidas en nuestro contexto sociohistórico. Su punto de partida es que todo psiquismo está diseñado por el orden social, que en el caso de las mujeres<sup>7</sup>, se relacionaría con su posición subordinada y en el de los hombres<sup>8</sup>, su subjetividad, se construye desde el privilegio y la dominación. Nora Levinton lo expresa así: “Lo que es norma o imperativo externo se incorpora a la subjetividad, convirtiéndose en ideal que moldeará el deseo”.

---

<sup>7 y 8</sup> Cis Heterosexuales.

La autora se ha preguntado a través de qué mecanismos la desigualdad social patriarcal se ha constituido como parte del mundo interno de las personas. También considera que esto cumple una función de homeostasis, estabilización, utilidad y cierta ganancia en ambos, mujeres y hombres. Los hombres integran la posición de hegemonía, autosuficiencia, de no valoración de las emociones. Las mujeres hacen lo propio con la posición de subordinación, con sentimientos de insuficiencia, de escasa autovaloración y desconocimiento de sus deseos. También se ha pensado en la identidad de las mujeres definiéndola en función de los vínculos que establecen. Con esta explicación, se entiende que vínculo afectivo es algo prioritario para las mujeres y en la jerarquía de relaciones, la principal es la de pareja, estando muy cerca la de los hijos y a más distancia las amistades, el trabajo... La importancia de los vínculos, tiene que ver con una motivación principal en la subjetividad femenina, el deseo de ser querida. Si no se cubre esta necesidad, la mujer se siente insuficiente, carente. Incluso, es considerada una motivación que abre la puerta a otras necesidades, *necesidad llave* (en todos los ámbitos, conocemos a mujeres que si no tienen pareja, se sienten fracasadas, a pesar de que tengan éxito en otras facetas de la vida. Esta idea aparece de manera reiterada en la producción cinematográfica, literaria, publicitaria... y en las propias vivencias personales, que mayoritariamente tienen como base un modelo de amor romántico).

Ante este carácter vertebrador de la necesidad de sentirse querida, se desarrollan estrategias para sostener, anticiparse y cubrir los deseos del otro, en la fantasía de que así, él cubrirá los de la mujer, eludiendo el abandono, que resulta tan amenazador. Si una persona se centra en el otro, deja de lado otras necesidades y motivaciones, como su propia autonomía, su desarrollo personal, de seguridad básica, sus deseos... La construcción viene dada a través del amor, y no de una misma, la conexión emocional da identidad a las mujeres.

Varias psicoanalistas han remarcado este mismo aspecto, usando diferentes terminologías (Jessica Benjamin: necesidad de ser *reconocidas* y *afirmadas* por los otros para poder autoafirmarnos; Nora Levinton: necesidad del *apego* en el desarrollo de las niñas; Emilce Dio Bleichmar: identidad para *ser mirada*; Mabel Burin: el *poder de los afectos*).

La motivación principal de las mujeres, sería, como se ha detallado, la de sentirse queridas, de forma que esto se convierte el eje principal de tus motivaciones, con preferencia por una pareja. No se potencia en las mujeres en autoanálisis, la conexión consigo mismas. Estar centrada en el otro puede

ocultar otros conflictos con una misma, con otras mujeres o con el poder... Además de esta fuerza motivacional, Ana Távora señala la necesidad de sentirse imprescindibles en el vínculo. Si no se cubre la necesidad de sentirse querida ni imprescindible, se produce un sentimiento de profunda insuficiencia.

Para estudiar cómo se construye desde la infancia esta necesidad, en función del grupo familiar -en especial en la díada madre e hija y en lo observado por la hija de sus padres como pareja-, remito a la bibliografía de la autora. La idea principal tendría que ver con que las niñas integran el sentimiento de insuficiencia y que estas carencias afectivas infantiles se intentan cubrir con vínculos amorosos desde la adolescencia. El inconveniente y la propia función de la motivación de sentirse queridas, es que intenta evitar el conflicto al que nos enfrentamos por ser personas, que es aceptar que somos dependientes, vulnerables y diferentes. La forma diferencial de afrontar (en realidad negar) esto, en hombres y mujeres aumenta la probabilidad de establecer relaciones complementarias, que se relaciona con la forma de sentirse mal psíquicamente, como refiere Margot Pujal en esta misma edición. La masculinidad se pone en cuestión si en los hombres se evidencia que necesitan un sostén afectivo. La forma de resolverlo socialmente, es subordinando a las mujeres y destinándolas a que ejerzan esta función, pero no de una forma represiva, sino en forma de poder generador, potenciando las necesidades de sentirse queridas en ellas y querer sentirse imprescindibles.

Tanto a mujeres como a hombres les resultaba útil la complementariedad. Ambos alimentan la fantasía de que no hay conflicto en la existencia humana, desde posiciones diferentes. Las mujeres, ocupando lugares de carencia e insuficiencia, con la expectativa de que toda deficiencia, la va a suplir el otro (diferencia), que es posible desprenderse de lugares de dependencia (no hay autoafirmación) y que es viable evitar el conflicto con el poder (vulnerabilidad). Esto se consigue a costa de tener serios problemas de diferenciación, agencia, no conseguir conexión con una misma, ni con los deseos...

Si el hombre se plantea el dilema de la diferencia, la dependencia y la vulnerabilidad, se cuestionaría su propia identidad, su masculinidad, ya que esta misma se levanta a partir de una posición de omnipotencia muy cohesionada, pero sin conexión emocional con el mundo. La problematización tendría que ver con la empatía y la conexión emocional, no con sus deseos. La esperanza de los hombres es que siempre van a tener mujeres para cuidarlos, no precisan de la integración de estos elementos en su propia identidad.

En palabras de Ana Távora (2017), en terapia, un espacio que ella denomina de militancia feminista, se deberían cubrir estos aspectos:

- Duelo sobre el anhelo de simbiosis. Romper con el deseo de relación fusional que describe Jessica Benjamin.
- Relación entre los deseos y el sentido de agencia, desde lugares que tienen que ver con el yo en los hombres, y en las mujeres, con la conexión emocional, con el aprender a desear.
- No repetir relaciones complementarias en la relación terapéutica. Jessica Benjamin advierte de que en las relaciones más igualitarias, se trabaja constantemente desde posiciones de ruptura-reencuentro.
- Asumir que la relación con el otro (terapeuta, pareja, madre...) no resuelve el conflicto con la dependencia, la diferencia y la vulnerabilidad.

Távora (2013) propone como objetivos generales en el trabajo terapéutico con las mujeres:

- Aprender a cuidarse
- Construir un yo diferenciado y separado de los otros
- Aumentar los deseos de autonomía
- Conocer los mandatos y conflictos de género que influyen en su subjetividad
- Reflexionar sobre sus relaciones de pareja
- Tomar conciencia de los conflictos que aparecen en las relaciones con otras mujeres

En sintonía con lo propuesto, otra de las hipótesis, que sostiene la antropóloga Mari Luz Esteban (2011), desde una perspectiva feminista queer encarnada, es que la forma de vínculo amoroso en el constructo de amor romántico (idealizando la atracción, deseo de pervivencia en el tiempo, de exclusividad e intimidad), a través del que se prioriza este tipo de relación frente a todas las demás, favorece la integración en la subjetividad de las mujeres del vínculo subordinado del que habla Távora. Propone otras maneras de pensar en el amor, dando importancia a otras relaciones sociales, para evitar la trampa del amor romántico.

Coral Herrera, trata de influir en la transformación de las identidades, tiene una extensa producción a la que mayoritariamente podemos acceder libremente, a través de su blog. Trabaja desde la antropología y propone nuevas formas de relación amorosa, con alternativas al amor romántico, apelando a “lo romántico es político” y “otras formas de amar son posibles”.

También se introduce esta idea de amor romántico y capitalismo en su intersección con el género a partir de la producción de Eva Illouz, desde la sociología emocional, quien expone en su libro *Por qué duele el amor*, que la forma de construirse el romanticismo, lleva aparejado un sufrimiento que es específico de la modernidad, y una contradicción interna que surge en la búsqueda de parejas que encarnan posiciones contradictorias: dependencia y autonomía. Ella describe cómo en épocas anteriores, el sufrimiento que es constituyente del amor, tenía una connotación positiva, ya que conformaba la personalidad, ponía a prueba a la persona, por ejemplo en el amor cortés. A partir de la época moderna, hablando desde el punto de vista histórico, el sufrimiento se vive como una insuficiencia personal, especialmente en el caso de las mujeres. Propone que el sistema socioeconómico capitalista, modela la forma en que elegimos pareja, poniendo en una posición central la atracción física-sexualidad y la sensualidad, en una jerarquía equivalente a otras cualidades que es posible valorar en la elección de pareja. Esto puede hacer que se entre en contradicción, ya que los motivos de elección tienen el mismo rango. A la par que se demanda en la pareja exclusividad, entrega, sostén...se le pide que no sea demasiado, este deseo y la búsqueda de la propia autonomía resultan antagónicos. No habría forma de resolver esta paradoja y esto llevaría a la frustración por el malestar producido por el amor. La búsqueda de soluciones individuales a esta inquietud, no haría sino agravar el problema.

En este capítulo se ha estructurado una somera exposición de la perspectiva interseccional, con algunas posibles aplicaciones, en categorías concretas, que ya han sido habías estudiadas con anterioridad. Obviamente, quedaron pendientes de ser tratadas numerosas intersecciones posibles: edad, capacitismo, migración, pobreza y exclusión social, por citar algunas de las que con mayor frecuencia, podríamos aplicar en el ámbito profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amorós, Celia y de Miguel, Ana (Eds.). (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. De la Ilustración al segundo sexo 1*. Madrid. Minerva Ediciones.
- Amorós, Celia y de Miguel, Ana (Eds.). (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. Del feminismo a la posmodernidad 2*. Madrid. Minerva Ediciones.
- Amorós, Celia y de Miguel, Ana (Eds.). (2005). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización. De los debates sobre el género al multiculturalismo 3*. Madrid. Minerva Ediciones.
- Azpiazu Carballo, Jokin (2017). *Masculinidades y feminismo*. Barcelona. Virus Editorial.
- Bacete, Ritxar (2017). *Nuevos hombres buenos. La masculinidad en la era del feminismo*. Barcelona. Ediciones Península.
- Barker, Meg-John y Scheele, Julia. (2017). *Queer: una historia gráfica*. Alcobendas. Melusina.
- Bauman, Zygmunt (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Brah, Avtar y Phoenix, Ann (2004). Ain't a woman? Revisiting intersectionality. *Journal of International Women's Studies* 5 (3), 75-86.
- Brah, Avtar (2011). *Cartografías de la diáspora. Identidades en cuestión*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona. Paidós.
- Butler, Judith (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Traducido por Javier Sáez y Beatriz Preciado. Madrid. Síntesis.
- Carabí, Àngels y Armengol, Josep M. (eds.). (2015). *Masculinidades alternativas en el mundo de hoy*. Barcelona. Icaria editorial.
- Combahee River Collective. (1977): "A Black feminist statement". Reprinted in Nicolson L. (ed) *The Second Wave: A Reader in Feminist Theory*, New York: Routledge. (1977/2012) "Un manifiesto feminista negro", en R. Lucas Platero (ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, traducción de R. Lucas Platero y Javier Sáez. Barcelona. Edicions Bellaterra. 75-86.
- Crenshaw, Kimberlé W. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. *University of Chicago Legal Forum*: Vol. 1989, Article 8. Recuperado de: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>
- Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, Vol. 43, No. 6 (Jul., 1991), 1241-

1299. (1991/2012) “Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color”, en R. Lucas Platero (de.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*, traducción de R. Lucas Platero y Javier Sáez, Edicions Bellaterra, Barcelona, 87-122.
- Crenshaw, Kimberlé W. (2016). *TED TALK: The urgency of intersectionality*. Recuperado de: [https://www.ted.com/talks/kimberle\\_crenshaw\\_the\\_urgency\\_of\\_intersectionality?language=es](https://www.ted.com/talks/kimberle_crenshaw_the_urgency_of_intersectionality?language=es)
- Davis, Angela (2004). *Mujeres, raza y clase*. Madrid. Ediciones Akal.
- Espinosa, Yuderkis (2014). Pensando la academia feminista desde una mirada co-constitutiva de la opresión, en Montserrat Rifa Valls, Laura Duarte Campderrós y Maribel Ponferrada Arteaga (eds.), *Nuevos desafíos para la Inclusión Social y la Equidad en la Educación Superior*. Actas del III Congreso Internacional MISEAL. Berlín.
- Esteban, Mari Luz (2011). *Crítica del pensamiento amoroso*. Barcelona. Edicions Bellaterra.
- Fanon, Frantz (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. Madrid. Ediciones Akal.
- Federici, Silvia (2004/2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Federici, Silvia (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Federici, Silvia (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Galcerán Huguet, Montserrat (2016). La bárbara Europa. Una mirada desde el postcolonialismo y la descolonialidad. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Gil Hernández, Franklin (2008). Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad, en Peter Wade, Fernando Urrea Giraldo y Mara Viveros Vigoya (eds.), *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES), Escuela de Estudios de Género, 485-512.
- Guerra, Paula (2018). *Huelga del 8M, o cómo el feminismo blanco sigue dominando la narrativa de la lucha feminista*. Recuperado de: [https://www.eldiario.es/tribunaabierta/Huelga-feminismo-dominando-narrativa-feminista\\_6\\_746885345.html](https://www.eldiario.es/tribunaabierta/Huelga-feminismo-dominando-narrativa-feminista_6_746885345.html)
- Han, Byung-Chul (2014). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona. Herder.
- Haraway, Donna J. (1995). *Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Ciencia ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid. Cátedra.
- Hernando, Almudena (2012). *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Madrid. Katz Editores.

- Herrera Gómez, Coral. Blog. Recuperado de: <https://haikita.blogspot.com.es/>
- Hill Collins, Patricia (2014). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought. *Social Problems*, Volume 33, Issue 6, 1 December 1986, 14–32. Recuperado de: <https://doi.org/10.2307/800672>
- Hill Collins, Patricia (1989). It's all in the family: intersections of gender, race, and nation. *Hypatia*, 13 (3), 62-82.
- Hooks, bell (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Hull, Gloria T., Bell Scott, Patricia, and Smith, Barbara (eds.). (1982). *All the Women Are White, All the Blacks Are Men, But Some of Us Are Brave: Black Women's Studies*. New York. The Feminist Press at The City University of New York.
- Illouz, Eva (2012). *Por qué duele el amor. Una explicación sociológica*. Madrid: Katz Editores.
- Jabardo, Mercedes (2012). *Feminismos negros. Una antología*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Johnson, Rebecca (2002). *Taxing Choices. The Intersection of Class, Gender, Parenthood, and the Law*. Vancouver. UBC Press.
- Lerner, Gerda (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona. Crítica.
- Lorde, Audre (1984/2007). *Sister outsider. Essays and Speeches*. Berkeley. Crossing Press.
- Lugones, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, 9, Bogotá, Colombia, 73-101.
- Maestro, Ángeles; González Duro, Enrique; Rendueles, Guillermo; Fernández Liria, Alberto y de la Mata, Iván (2017). *Salud mental y capitalismo*. Madrid. Cisma. 147-160.
- Metrópolis, programa de TVE1: el porvenir de la revuelta. Memoria y deseo LGTBIQ. Recuperado de: <http://www.rtve.es/television/20180104/porvenir-revuelta/1649961.shtml>
- Metrópolis: El porvenir de la revuelta. Memoria y deseo LGTBIQ (2017). Televisión Española. Recuperado de: <https://www.madridcultura.es/orgullo-mundial/el-porvenir-de-la-revuelta>
- Moncrieff, Joanna (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona. Herder.
- Moraga, Cherrie y Anzaldúa, Gloria (eds.). (1981). *This bridge called my back: writings by radical women of color*. Nueva York. Kitchen table: women of color press.
- Piper Shafir, Isabel y Montenegro, Marisela. Ni víctimas, ni héroes, ni arrepentido/as. Reflexiones en torno a la categoría “víctima” desde el activismo político. *Revista Dossier*, 98-109. DOI: <https://dx.doi.org/10.7440/res59.2017.08>
- Platero, Lucas R. (ed.). (2012). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona, España. Edicions Bellaterra.
- Platero, Lucas R.; Rosón, María y Ortega, Esther (eds.). (2017). *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona, España. Edicions Bellaterra.

- Polo Usaola, Cristina (2018). Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* nº 42. Invierno, 8-12. Disponible online en: <https://amsm.es/2018/02/12/deconstruyendo-mandatos-de-genero-en-narrativas-terapeuticas-boletin-no-42-de-la-amsm/>
- Polo Usaola, Cristina y Távora Rivero, Ana María. Mesa Debate Jornadas AEN 2017. *Psicopatología (des)generada*. Madrid. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=aAAOpS6\\_eYw](https://www.youtube.com/watch?v=aAAOpS6_eYw)
- Rodríguez López, Roberto (ed.). (2016). *Contrapsicología. De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura*. Madrid. Ediciones Dado.
- Romero Bachiller, Carmen (2015). *Interseccionalidad y Feminismo: miradas críticas de la diversidad*. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8MIoz5VDIm4>
- Romero Bachiller, Carmen (2006). *Articulaciones identitarias: prácticas y representaciones de género y "raza"/etnicidad en "mujeres inmigrantes" en el barrio de embajadores (Madrid)*. Tesis doctoral. Departamento de Sociología V (Teoría Sociológica). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.
- Romero Bachiller, Carmen; García Dauder, Silvia y Bargueiras Martínez, Carlos (eds.). (2005). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*. Madrid. Traficantes de Sueños.
- Rubin, Gayle (1989). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. En Vance, Carole, *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Madrid. Revolución, 113-190.
- Salazar Benítez, Octavio. (2018). *El hombre que no deberíamos ser*. Barcelona. Editorial Planeta.
- Salgado, Míriam. (2018). *Las feministas negras no estamos al margen de la huelga, sino que hemos decidido seguir otro rumbo* (2018). Recuperado de: [https://www.eldiario.es/desalambre/feminis-mo-mujer-racializada-afrofeminas\\_0\\_747176175.html](https://www.eldiario.es/desalambre/feminis-mo-mujer-racializada-afrofeminas_0_747176175.html)
- Távora Rivero, Ana M. (2010). Pensando sobre los conflictos y la salud mental de las mujeres. Disponible en: <http://cdd.emakumeak.org/recursos/1316>.
- Távora Rivero, Ana M. (2013). Una propuesta para bordar el sufrimiento de las mujeres desde la psicología social y desde la perspectiva feminista. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, nº 17. Madrid. Recuperado de: <http://www.area3.org.es/sp/item/360/Una%20propuesta%20para%20abordar%20el%20sufrimiento%20de%20las%20mujeres.%20Ana%20T%C3%A1vora>
- Timimi, Sami (2015). La McDonaldisación de la infancia: La Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Revista Atopos 16, mayo de 2015*. Pp. 15-34. Recuperado de: <http://www.atopos.es/index.php/component/content/article/2-revista/173-atopos-n-16>.

- Viveros Vigoya, Mara (2010). La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. Disponible en: [www.bivipas.unal.edu.co/handle/10720/663](http://www.bivipas.unal.edu.co/handle/10720/663)
- Viveros Vigoya, Mara (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista* 52, 1-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Wittig, Monique (2005). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Traducción de Javier Sáez y Paco Vidarte. Madrid. Egales.
- Yuval-Davis, Nira y Anthias, Flora (1992/2002). Raza y género en Eduardo Terrén (ed.) *Razas en conflicto*. Perspectivas Sociológicas. Barcelona. Anthropos.
- Yuval-Davis, Nira (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13 (3), 193-209.



A. E. N. DIGITAL