

## Repensando los orígenes de la disforia de género

*En el próximo manual de diagnóstico de trastornos mentales (DSMV), el antiguo diagnóstico de Trastorno de la Identidad de Género pasará a llamarse “Disforia de Género”. Para el diagnóstico se hará especial hincapié en el malestar sentido por la persona con su rol de género asignado y las partes más sexualizadas de su cuerpo.*

*En este artículo trataremos de profundizar en el significado y la emergencia de la noción de “disforia” en la psicopatología psiquiátrica. También abordaremos la aparición de la disforia en la experiencia de algunas personas trans, con especial incidencia en la infancia tardía y la adolescencia. Trataremos de plantear la posibilidad de que la aparición de esas emociones asociadas al cuerpo pueda estar en relación con las coacciones y violencias recibidas por los niños y niñas desde muy pequeños para impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado, proponiendo una alternativa a la teoría planteada por varios autores de que se trate de una alteración neurobiológica que se manifiesta en la adolescencia y edad adulta.*

**Palabras clave:** disforia de género, psiquiatría, transexualidad, neurobiología.

### 1. Introducción:

Con el cambio de nombre que se producirá en el próximo Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSMV), de Trastorno de la Identidad de Género a Disforia de género, la noción de disforia tendrá especial relevancia a partir de este momento tanto para los profesionales de la salud como para las propias personas trans.

Dada la importancia que adquirirá este concepto, trataremos de profundizar en este trabajo en el significado y la emergencia de la noción de disforia en la psicopatología psiquiátrica y las teorías etiológicas de la misma, elaborando la hipótesis de que este malestar, que aparece de forma más intensa o se consolida en la adolescencia, pueda estar relacionado con las coacciones y violencias recibidas por aquellos niños y niñas cuya expresión de género difiere de la norma. Posteriormente, y desde esta perspectiva, nos preguntaremos por la forma en que se articula la noción de disforia en la experiencia de las personas trans a partir de los relatos de varias personas diagnosticadas de transexualidad que explican su relación con su cuerpo y con el entorno social.

De esta forma, realizaremos una revisión de los criterios que sustentan las teorías etiológicas de la disforia desde la perspectiva médica, analizándolos a través de la literatura psiquiátrica. Cuestionaremos que la disforia aparezca como consecuencia de un trastorno neurológico, hormonal o psiquiátrico, e introduciremos la posibilidad de una posible relación de la misma con los sistemas de coacción y exclusión que funcionan en nuestro contexto para mantener un sistema binario de género (Butler, 2008).

Al tratarse la supuesta naturaleza inherente de la disforia a un trastorno de uno de los argumentos utilizados para mantener el diagnóstico en las

clasificaciones psiquiátricas, este cambio de perspectiva no sólo supondría un cambio epistémico, sino que tendría una repercusión ética al sumarse a los argumentos ya existentes para poner el foco del origen de la disforia no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado), sino en el dispositivo de control que ejerce violencias sobre las personas cuya identidad o expresión de género cuestionan el sistema sexo-género binario.

## 2. Genealogía y conocimiento situado

Para abordar este trabajo, lo primero que tendríamos que preguntarnos es: ¿qué queremos decir con genealogía? En el texto *Nietzsche, la genealogía, la historia* (Foucault, 1988), Foucault analiza el pensamiento de Nietzsche respecto a las formas de hacer historia. Cuestiona la construcción de un relato metahistórico, en búsqueda de un origen o una verdad en el pasado, y critica que la historia ignore su propio carácter histórico en busca de una esencia inmutable. Plantea que los acontecimientos no se producen de forma lineal, sino como producto de una red de fuerzas que tienen como consecuencia la emergencia.

De esta manera, podríamos entender la genealogía como la historia de la problematización de un concepto (Dussel, 2003) no en busca del origen, sino de la emergencia como lugar de enfrentamiento. La genealogía exploraría la articulación del cuerpo con la historia (Foucault, 1988). En este caso no se trataría de rastrear el “descubrimiento” de la disforia, sino de la producción del cuerpo disfórico, y las condiciones que la hacen posible.

A la hora de trabajar en una genealogía crítica, tenemos que tener también en cuenta que, en palabras de Foucault: *“El sentido histórico, tal y como Nietzsche lo entiende, se sabe perspectiva, y no rechaza el sistema de su propia injusticia”* (Foucault, 1988). Así, no pretenderé una supuesta objetividad histórica o científica en este trabajo, puesto que asumo que lo que aquí expondré serán conocimientos parciales y situados (Haraway, 1991), que estarán atravesados por mi propia experiencia vital y como activista, por mi formación en medicina y a lo largo de mi labor clínica como psiquiatra, pero también por lo que he aprendido de la historia de la teoría feminista o de la teoría queer.

## 3. De instinto contrario a la naturaleza a Disforia de género. La emergencia del cuerpo disfórico

En 1869 Westphal publicaría un artículo llamado “Die contrare sexuellempfindung” (Crozier, 2008) que ha sido considerado el primer artículo sexológico. Foucault apunta que se podría tratar de la fecha de nacimiento de “El homosexual” como personaje con un pasado, una historia, una infancia, un carácter, una anatomía y fisiología especiales y una forma de vida (Foucault, 2010). Desde nuestra perspectiva, también la podríamos considerar el alumbramiento de “El transexual”.

A partir de aquí, lo que antes fueron prácticas más o menos condenadas por la ley y la moral pasarán a extenderse sobre toda la identidad de algunas personas, que constituirán casi una especie. Por el momento, en 1869 se hablará aún de una suerte de androginia interior en la que el homosexual y el transexual se confunden y podrían ser la misma persona.

En el artículo, Westphal habla de Fraulein N., una mujer de 30 años que llevaron al hospital Charité de Berlín. Explica con detalle cómo Fraulein N. se había sentido especialmente satisfecha en su infancia cuando jugaba a juegos propios de niños y utilizaba ropa masculina, y desde los ocho años

presentaba una particular inclinación por otras niñas. En el texto se detallan sus prácticas sexuales, deseos y fantasías con mujeres desde temprana edad, y se señala que no se sentía atraída por los varones. En busca de una certeza anatómica de su desviación sexual, Westphal realiza una cuidadosa antropometría y se muestra sorprendido por que se trate de una persona que, aunque sea de talla grande, tiene un tipo femenino. También describe en detalle sus genitales, que únicamente tienen un clítoris “demasiado largo”. Realiza una exploración vaginal digital, comprobando que tiene el himen intacto y por tanto no ha mantenido relaciones con penetración, dado que señala que la exploración ha de ser forzada y le produce dolor (Crozier, 2008).

Foucault (Foucault, 2010) mantiene que el dispositivo de sexualidad, elemento imprescindible para la emergencia de la biopolítica como poder que gestiona la vida, se apoya en cuatro grandes conjuntos estratégicos que despliegan alrededor del sexo como dispositivos de poder y saber: la histerización del cuerpo de la mujer, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras y la psiquiatrización del placer perverso. Estaríamos ante un ejemplo de éste último caso, en el que la confesión de las prácticas, sueños y fantasías sexuales ya no sería con el sacerdote sino con el psiquiatra, en Westphal busca en el cuerpo la señal de la perversión y en el que siguiendo la teoría de la degeneración Westphal asocia perversión, herencia y degeneración cuando señala como dato importante en su relato que el padre de Fraulein N. se había suicidado tras un episodio de melancolía.

Unos años más tarde, en 1886, Richard von Krafft Ebing publicaría en su *Psychopathia Sexualis* (Krafft Ebing, 2011) todo un corolario de casos en los que se reflejaban diversas narrativas de lo que se entendía como perversión, es decir, cualquier práctica sexual no orientada a la reproducción. Entre ellos podemos encontrar diagnósticos como Gynandry, Effeminitio, Viraginitismo, o Hermafroditismo psíquico, en los que el Sentimiento Sexual Contrario descrito por Westphal se correlaciona con una biografía específica a través de la que se realiza una búsqueda de todos aquellos signos, tanto en los antecedentes familiares o la historia personal como en la anatomía, que puedan dar cuenta de una inversión sexual. En los casos descritos como Transmutatio Sexus el Sentimiento Sexual Contrario puede sobrevenir incluso por contagio. Por ejemplo, en el caso 152 se refiere cómo la masturbación debilitó el sentimiento heterosexual de un muchacho que, tras tener un contacto sexual con un hombre (Krafft Ebing especifica que un único contacto es suficiente), comienza a sufrir un cambio en su deseo sexual y un afeminamiento progresivo tanto en sus gustos y aficiones como en su aspecto y anatomía.

Desde otro punto de vista, Magnus Hirschfeld (1868-1935), sexólogo alemán, desarrolló la teoría del “tercer sexo” o “estados sexuales intermedios”, produciendo un discurso alternativo a los discursos heteronormativos de su época que incluía la posibilidad de un “tercer sexo” además del binario masculino/femenino (Balzer, 2011). Hirschfeld, convencido de que un mayor conocimiento científico de la homosexualidad eliminaría la hostilidad hacia los homosexuales, fundó un comité para anular el artículo 175 de la ley alemana, que penaba las prácticas homosexuales entre hombres. En 1910 acuñó el término *travestidos*, que contenía lo que ahora llamaríamos transexualidad, travestismo y feminidad masculina, y más tarde, en 1931, el de *transexualismo mental*.

En 1913, Havelock Ellis (Ellis, 1936) habló de *eonismo*, haciendo referencia al Caballero de Eon, y de *inversión sexo-estética*, diferenciándola de la *inversión sexual*. Iniciándose a partir de sus clasificaciones la separación entre el homosexual y el transexual. En 1916 Marcuse (Gastó, 2006) describió un tipo de *inversión psicosexual*.

No sería hasta 1950, cuando Cauldwell utilizaría por primera vez el término *transexual* en su texto “Psichopatia transexualis”, donde escribe: “*Cuando un individuo que está desfavorablemente afectado psicológicamente determina vivir y presentarse como miembro del sexo al que no pertenece, este individuo se puede llamar psicópata transexual. Significa, simplemente, que no está sano mentalmente, y por esto la persona desea vivir en el sexo opuesto*” (Cauldwell, 1949). Presentó en su artículo el caso de Earl, una paciente que, según refiere, le demandaba insistentemente hormonación y cirugía para convertirse en un hombre. Aunque la primera operación genital documentada data de 1931, en el caso de Lili Elbe (Pauley, 1969), Cauldwell consideraba que sería criminal que un cirujano extirpase órganos sanos por esta causa, planteando como más apropiada la adecuación de la mente al cuerpo mediante la intervención psiquiátrica. En función de esta lógica, el sexo se considera verdad natural inmutable, y es la mente la que debe adecuarse a la anatomía.

La emergencia de la transexualidad será, a partir de este momento, inseparable de las tecnologías médico-quirúrgicas que posibilitan el “cambio de sexo”. Paralelamente, en 1947, John Money, psicólogo especializado en tratar a bebés intersexuales, utilizará la noción de género por primera vez en relación con la posibilidad de modificar hormonal y quirúrgicamente el sexo de los bebés cuyos genitales no son claramente reconocibles como masculinos o femeninos. Posteriormente, Money acuñará en 1969 el término *identidad de género*, y describirá la transexualidad como “*Un problema de identidad de género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto, y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto*” (Bergero et al., 2004). Asistimos aquí a la confluencia del régimen biopolítico de Foucault (Foucault, 2010) con el farmacopornográfico de Preciado (Preciado, 2008). Estaríamos desde este momento ante un sexo modificable que puede ser (re)producido tecnológicamente y un género que en el caso de los bebés intersexuales puede (re)conducirse incidiendo en la educación y el entorno. En el caso de las personas transexuales, nos encontraríamos en cambio ante una identidad de género que nos hablaría de una verdad íntima esencial, estable e inmutable en el tiempo. Se abriría entonces la posibilidad de modificar el cuerpo para hacerlo “concordante” con la mente.

En 1953 Christine Jorgensen volvería a EEUU tras realizarse una vaginoplastia en Dinamarca produciéndose como consecuencia un gran revuelo mediático (Hamburger, Sturup, & Dahl - Iversen, 1953) En este punto coexisten dos paradigmas, por una parte la consideración del sexo como inmutable y la posibilidad de modificar la mente, y por otra la posibilidad de modificar el sexo para adecuarlo a la identidad de género.

Pese a que fue Cauldwell el primero en utilizar la palabra *transexual*, sería Harry Benjamin, endocrino nacido en Alemania, el que popularizaría el término en Estados Unidos a partir de 1953. Benjamin hacía una distinción entre *transexualidad* y *travestismo*, que radicaba en el deseo de las personas transexuales de corregir el “error anatómico” de la naturaleza mediante cirugía, considerando que no se trataba de una afectación mental, sino endocrina (Benjamin, 1954). Posteriormente, en su libro “The transsexual phenomenon” (Benjamin, 1966) clasificaría a los transexuales en “no quirúrgicos” y “verdaderos” en función de la intensidad de su deseo de intervención, defendiendo la cirugía como una forma de ajustar “el cuerpo a la mente”, dado que las intervenciones psicoterapéuticas que pretendían ajustar la mente al cuerpo no resultaban exitosas.

En 1968 Robert Stoller, publica su libro “Sex and Gender”, en el que analiza desde el psicoanálisis variantes de la sexualidad humana. Describe el Transexualismo como “*la convicción de un sujeto, biológicamente normal,*

*de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia le acompaña en nuestros días la demanda de intervención quirúrgica y endocrinológica para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo”* (Stoller, 1968). Stoller trata de determinar con precisión el diagnóstico de transexualismo, diferenciándolo de otros trastornos como el travestismo o la homosexualidad en los que, a diferencia del transexual, la persona se sentiría perteneciente a su sexo asignado, y gozaría con sus órganos sexuales.

Aquí el deseo o no de modificar el cuerpo mediante técnicas médico-quirúrgicas como consecuencia del rechazo de algunas partes del mismo comienza a convertirse en eje que vertebra la clasificación de los cuerpos, primero en travestistas y transexuales, y después, en transexuales falsos (no quirúrgicos) y verdaderos. De forma colateral, el deseo de cirugía va a suponer también un eje central en la investigación posterior sobre transexualidad. Desde este momento, y hasta el momento actual, gran parte de los esfuerzos de los investigadores se invertirán en discriminar correctamente para qué personas es adecuada la intervención médico-quirúrgica y cuales correrán riesgo de arrepentimiento, siendo este enfoque imprescindible para la emergencia de la disforia.

Person y Ovesey (Person & Ovesey, 1974a; Person & Ovesey, 1974b) en 1974 introducirán la diferenciación entre *transexualismo primario y secundario* en función de la edad de aparición. Estos autores definían el transexualismo como la resolución de una reasignación del sexo por medio de las hormonas y la cirugía en personas biológicamente normales, y distinguían entre *transexuales primarios o core*, que presentan alteraciones de la identidad de género desde la infancia y tienden a la asexualidad, y *transexuales secundarios* que, tras largos periodos de homosexualidad o travestismo, tenderían hacia la transexualidad.

En la búsqueda del transexual primario o verdadero, para el que realmente estaría indicada la adecuación del cuerpo a la mente, surge en 1973, de manos de Norman Fisk, la disforia de género (Fisk, 1973b) Fisk señala el aumento de interés tanto en los sectores médicos como en la opinión pública sobre las cuestiones relacionadas con el género, y considera una moda pasajera el interés de “ciertas élites intelectuales y creativas” en las personas con comportamiento “cruzado” de género. Mantiene que aunque el diagnóstico de transexualismo se comenzó a utilizar con el objetivo de no confundir a los transexuales con homosexuales, travestis o intersexuales, está convencido, gracias a su experiencia clínica, de que el diagnóstico diferencial, con el objetivo de identificar claramente a un grupo de pacientes como transexuales es, en muchos casos, un trabajo improductivo, y añade que este diagnóstico diferencial no está relacionado de forma significativa con un éxito o fracaso del tratamiento.

Basándose en la distinción clásica entre homosexuales, transexuales y travestidos, acuñada por Harry Benjamin su equipo se embarca en una investigación tratando de discriminar en qué casos la intervención quirúrgica es beneficiosa para el tratamiento y en cuáles no. Concluye que dado que en su estudio no hay un grupo control al que no se le realice cirugía en su investigación se puede oscurecer la respuesta a esta pregunta, pero añade que sus datos le permiten responder a otra pregunta igualmente importante: ¿daña la conversión quirúrgica a un grupo bastante amplio de pacientes que consideran que podrían identificarse mejor con un síndrome de disforia de género? Ya no se trata de distinguir cuáles son transexuales verdaderos y deben tener acceso a cirugías, sino qué personas de un grupo con disforia de género podrían sufrir consecuencias negativas en caso de acceder a la operación.

Fisk describe el género como una compilación compleja de un número amplio de factores biológicos, psicológicos y psicosociales entre los

que incluye los genes, el sexo de asignación y de crianza, la morfología genital, factores endocrinológicos pre y postnatales, y aspectos relativos al comportamiento. Para definir la disforia, lejos de revisar las discusiones existentes al respecto en la psicopatología de la época, va al diccionario: disforia quiere decir insatisfacción, ansiedad, inquietud y malestar. Desde este punto de vista, podemos decir que “disforia de género” podría definirse como malestar en un género.

Explica que en los tres años de su investigación su equipo se ha dado cuenta de que cuanto menos inventadas, más precisas, honestas y candidas eran las psicobiografías obtenidas de sus pacientes, más diferentes eran los síntomas relatados de los que se definían en el “transexualismo clásico”. Es más, esta definición sería la correspondiente al más alto nivel de disforia con el sexo asignado. Fisk plantea una clasificación dimensional en lugar de categorial que amplía los márgenes del transexualismo clásico, considerando que existe un espectro de trastornos de género más y menos severos de los que la transexualidad estaría en el extremo. Incluye en este espectro la “homosexualidad masculina afeminada”, la “hipermasculinidad homosexual femenina”, un “fascinante” subgrupo de pacientes que podrían describirse como “personalidades inadecuadas pasivo-dependientes con fetichismo travestista de medio a moderado”, y un grupo de personas de “personalidad psicopática” que buscan la conversión sexual para convertirse en un “transexual profesional” y conseguir fama y fortuna. Si somos estrictos al analizar esta lista, podríamos suponer que estaba considerando que tenían disforia de género todas aquellas personas que demandaban intervenciones médico-quirúrgicas para modificar las partes de su cuerpo codificadas como caracteres sexuales fuera cual fuera su motivación, incluida una supuesta motivación económica.

Explica que el concepto disforia de género nace como una necesidad clínica más que naturalista, cuando se dan cuenta de que la mayor parte de sus pacientes relata biografías perfectamente preparadas, en especial para dar datos que excluyan los diagnósticos diferenciales, con el objetivo, supone, de acceder a las intervenciones. En algunos casos, considera que han preparado incluso a sus familiares y amigos para las entrevistas. Aun así, dice que no todos parecen haberlo hecho a propósito, sino que muchos de ellos, inconscientemente, podrían haber reexaminado sus historias vitales a la luz de la biografía del transexual clásico y haber modificado algunos aspectos o resaltado otros. Sospecha que algunos podrían estar lidiando con un fetichismo travestista o una homosexualidad afeminada, y preferirían recibir el diagnóstico de transexualidad, como enfermedad médica, antes que verse acusados de perversión sexual.

Utilizando el diagnóstico de síndrome de disforia de género, dice, sus indicaciones para cirugía de conversión se han ampliado. Explican a los pacientes que el diagnóstico de transexualismo no es la única forma de conseguir la cirugía, y refieren estar más interesados en el aquí y ahora del paciente que en su pasado. Intentan determinar cómo de bien se las arregla una persona en su vida en su género de elección. Para ello, reclaman un periodo de 12 a 18 meses de vida a tiempo completo en el género deseado, lo que ahora llamaríamos “test de la vida real”. Consideran importantes, en su valoración factores como la “pasabilidad física”, sus habilidades vocacionales, su estabilidad global psicológica y emocional, la comprensión de los principios nucleares de género (1), la ausencia de sociopatía y síntomas psicóticos, o de excesivos síntomas neuróticos.

(1)  
Sería interesante una aclaración de a qué se refiere con esos “principios nucleares” del género.

(2)  
Calco del inglés “passing”: acción o efecto de “pasar por”.

Los criterios previos para distinguir el transexual verdadero, basados en la narración de una historia biográfica adecuada, el sentimiento de aversión a los genitales, y una cierta asexualidad serán sustituidos por la “pasabilidad” (2), es decir, la capacidad de mimetizar el género deseado durante al menos un año, lo que incluye el reconocimiento por parte de los otros de la

persona como perteneciente a ese género. Así, ya no basta con que la persona realice una búsqueda íntima para descubrir su identidad de género y la manifieste al resto, sino que esa identificación debe ser sancionada tanto por el psiquiatra como por el entorno para considerarse auténtica.

Fisk reclama en su artículo el reconocimiento de la “legitimidad médica” de los trastornos de género, y que los médicos superen sus prejuicios morales al respecto. Defiende que, en su experiencia, tras la cirugía se produce un gran adelanto en el ajuste social y psicológico, una mejoría en lo económico y un importante avance en la adaptación sexual.

Comenta, además, que muchos pacientes que en una primera instancia no se consideran aptos para cirugía, pueden quedar en un estado de suspensión para ser reevaluados posteriormente. En este retraso, explica, está implícito el mensaje de que deben conseguir una mayor estabilidad en su estilo de vida. Refieren que para algunos pacientes esto puede durar de dos a cuatro años, produciéndose cambios pronunciados al menos en su comportamiento superficial.

Resulta llamativo que, en una revisión de la literatura médica posterior a la introducción del concepto de disforia de género por parte de Fisk, no he podido encontrar artículos que la cuestionen, por lo que podríamos pensar que no hubo mucha discusión posterior, y que el término tuvo buena aceptación.

Hasta aquí podemos seguir la construcción del cuerpo disfórico desde 1869. Con Westphal y Krafft Ebing estaríamos ante la progresiva psiquiatrización del placer perverso (Foucault, 2010). El cuerpo transexual y el homosexual pueden ser el mismo, y se encuentran en la intersección entre la moral, la ley y la psiquiatría. Persiste aún una idea de degeneración y contaminación, en la que el sentimiento sexual contrario puede aparecer en cualquier momento si se dan las condiciones adecuadas. De esta forma, no sólo se traza una línea entre sexo normal, natural y bueno (heterosexual y reproductor) y sexo perverso (no orientado a la reproducción) (Rubin, 1989), sino que los normales tendrán que estar alerta, porque si descuidan el control de su sexualidad podrían contagiarse de perversión. La esencialización del transexual todavía no es completa.

Al inicio del siglo XX comienza a producirse una separación entre el homosexual y el transexual, para la que es necesario que ocurran dos eventos. En primer lugar, la aparición de la hormona sintética y las técnicas quirúrgicas que permitirán intervenir los genitales. A continuación, para poder justificar estas intervenciones en los bebés con genitales ambiguos, la emergencia de la noción de género como aspecto psicológico y cultural del sexo, y la de identidad de género como autoconciencia estable de la pertenencia a un género. Estos conceptos convertirán la transexualidad en una forma de intersexualidad mental, teoría que aún se mantiene por parte de algunos autores, sobre todo endocrinólogos (Ehrhardt & Meyer-Bahlburg, 1981; Dornier, 1977; Gooren, 2003). De esta forma, con una lógica similar a la aplicada en la intersexualidad, el médico descubrirá la auténtica verdad profunda de la identidad sexual para corregir la anatomía, que se considera equivocada. Tras una dura controversia médica y social alrededor de las cirugías, comienza a tomar fuerza en el discurso médico la idea del transexual como enfermo, mental o endocrino, en lugar de perverso. Y en consecuencia empieza a emerger el sufrimiento como aspecto esencial y necesario de la condición transexual.

A partir de este momento, se hace imprescindible diferenciar aún más el cuerpo transexual del resto. Será aquel cuyo deseo de intervención quirúrgica, en relación directa con el rechazo de su anatomía, sea detectado como más genuino por el médico. En un primer momento se descubre

al transexual verdadero en función de una narrativa biográfica concreta. Sin embargo, el acceso de las personas trans a los textos médicos tiene como consecuencia que esta diferenciación sea cada vez más complicada, puesto que las personas que acuden a las consultas comienzan a mimetizar la “historia natural de la transexualidad” en sus relatos. Además, la idea de una experiencia transexual cuyo núcleo es el sufrimiento va tomando cada vez más peso. En este contexto, en relación con esta búsqueda del transexual verdadero, y con la idea de sufrimiento inherente asentándose progresivamente en su descripción, aparece el concepto de disforia de género.

#### 4. Pero, ¿qué quiere decir “Disforia”?

Según la información que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) expone en su página web, el diagnóstico “Trastorno de la Identidad de Género” pasará a llamarse “Disforia de género” en la próxima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)(American Psychiatric Association, 2011). Este cambio de nomenclatura no se puede analizar sin tener en cuenta las críticas al diagnóstico desde algunos grupos trans en número creciente (3), que comienzan a defender que la transexualidad no es un trastorno mental (Platero, 2009), y que este diagnóstico es estigmatizante, por lo que reclaman su salida de las clasificaciones psiquiátricas (Missé, M & Coll-Planas, G., 2010).

En respuesta a estas reclamaciones, y a pesar de que lo que se demandaba era la salida del diagnóstico de las clasificaciones, lo que se planteó por parte de la APA en un primer momento fue cambiar el diagnóstico a “incongruencia de género”, por considerar que al eliminar la noción “trastorno” sería menos estigmatizante, pero algunas personas señalaron la posibilidad de que eso patologizara a quienes sus comportamientos atípicos de género no les producían sufrimiento. Finalmente, se ha propuesto el término “disforia de género”, que parece que será el nuevo diagnóstico. Los motivos aducidos para utilizar la noción de disforia son principalmente cuatro: que es más apropiado semánticamente que otros, que expresa un componente emocional aversivo, que tiene una larga historia en sexología clínica, y que es un término familiar para los especialistas.

Pero, ¿qué queremos decir cuando hablamos de disforia? La palabra “Disforia”, del griego *dysphoros*, se compone del sufijo *δυσ-*, difícil, y *φέρω*, soportar. Etimológicamente, es lo opuesto a “Euforia”. Si buscamos disforia en el diccionario de la RAE, no encontraremos ninguna definición.

Sin embargo, en una revisión superficial de la psicopatología psiquiátrica la disforia como síntoma puede aparecer en prácticamente todos los diagnósticos de trastorno mental. Puede aparecer disforia en la depresión, en el trastorno bipolar, en los trastornos psicóticos, o en los trastornos de personalidad. Como diagnóstico específico aparecerá también en el “trastorno disfórico premenstrual” que se define como sintomatología ansioso depresiva que aparece de forma previa a la menstruación (American Psychiatric Association, 2000), o en la “disforia histeroide” (Spitzer & Williams, 1982) un diagnóstico muy cuestionado, que se refiere a algunos rasgos depresivos atípicos, que incluyen irritabilidad y rabia, y se consideran más comunes en mujeres con trastorno histriónico de personalidad. Por último, se describe un tipo de “disforia neuroléptica” (Awad & Voruganti, 2005) en relación con el uso de fármacos antipsicóticos.

Una búsqueda más amplia en la literatura médica nos muestra que hay muy pocos artículos médicos que se centren en la definición y el análisis de los usos de la noción de disforia. En estos artículos se refiere que el concepto de disforia, a diferencia de lo que se señala en el documento de

(3)

A estas críticas se están añadiendo progresivamente las de clínicos que trabajan habitualmente con personas trans, y voces desde la filosofía (Butler, 2004a) o la biología (Fausto-Sterling, 2006)

la APA, es un concepto poco claro y de uso variable (Berner, Musalek, & Walter, 1987), poco específico (Musalek, Griengl, Hobl, Sachs, & Zoghiami, 2000) al que se le ha prestado poca atención en psicopatología (Stanghellini, 2000) y que semánticamente es muy poco satisfactorio, puesto que sus definiciones son normalmente demasiado amplias o simplistas y por tanto poco útiles clínicamente. Además se sugiere que no hay acuerdo en lo que el término significa (Starcevic, 2007). Llama la atención también que a pesar de que todos los artículos que he revisado son posteriores a la introducción de la noción de disforia de género, sólo en uno de los artículos a los que he podido acceder y que analizan psicopatológicamente el concepto de disforia se hace referencia a esta acepción del término, y es para señalar que debería retirarse la noción de disforia del diagnóstico de transexualidad, puesto que, en opinión del autor, poco tiene que ver con lo que quiere decir el concepto (Starcevic, 2007).

A pesar de que Fisk introduzca la disforia de género basándose en la definición del diccionario, de forma previa a este momento ya había discusiones en psiquiatría sobre los usos de la noción. Globalmente, podríamos señalar las diferencias de opinión entre los clínicos alemanes y los anglosajones. En la psicopatología anglosajona se da relativamente poca importancia al término, relacionándolo con los síntomas depresivos. Así, Mercier (Mercier, 1902) en 1902 escribe: *“el acompañamiento más frecuente de la disforia es la sensación de humillación o la baja autoestima, en cualquier nivel – físico, mental, posesivo o moral”*. Esta acepción relacionada con la tristeza y el ánimo bajo continuará utilizándose en la psicopatología anglófona en adelante.

En el caso alemán, en cambio, la disforia se entiende como una mezcla de tristeza e irritabilidad, o únicamente como ánimo irritable. Spetch, en 1901 describirá la disforia como un “estado mixto”, incluyendo componentes maniacos y depresivos, que llevan a un estado de suspicacia. Kraepelin (1909-1915) está de acuerdo con esta definición, describiendo la disforia como “una mezcla de rasgos maniacos y depresivos”. Pero en el mismo contexto, menciona aparte de una “constitución” maniaca y depresiva, una tercera llamada “constitución irritable” como una predisposición a los trastornos afectivos (Schanda, 2000). Jaspers, en 1913, reserva el atributo “disfórico” para condiciones del ánimo con un tinte negativo. De este modo, usando un término genérico, engloba depresión e irritabilidad sea cual sea la situación (Jaspers, 1913). Los autores alemanes posteriores continuarán, en general, utilizando esta doble acepción del término, aunque se da una diferencia interesante entre Kraepelin y Jaspers para el trabajo que nos ocupa. Mientras el primero consideraba una llamada “constitución irritable”, el segundo entendía los “estados disfóricos” como “cualidades autóctonas del ánimo”, pero también como “reactivos” en la forma de una respuesta a un estímulo externo.

Aquí aparece otra de las cuestiones que se abren al pensar la disforia en psiquiatría, ¿se trata de un estado reactivo, relacionado directamente con el entorno, o tiene que ver con una constitución propia del individuo? En esta discusión resultan interesantes las reflexiones de Ballerini y Stanghellini (Ballerini & Stanghellini, 1993a) (Ballerini & Stanghellini, 1993b): *“Queremos preguntarnos si la disforia representa una forma primaria de trastorno del ánimo, desde el punto de vista etiopatogénico, o mejor una reacción titánica en contra de un destino al que uno no se quiere someter”*, o las de Musalek et al (Musalek et al., 2000) cuando plantean un modelo de patogénesis circular de la disforia. Explican que, desde su punto de vista, en primer lugar aparecen estresores inducidos por experiencias específicas, que tienen como consecuencia un estado disfórico siempre y cuando se trate de una persona propensa y que no tenga mecanismos de defensa. La disforia llevaría progresivamente a un deterioro en el estado mental, y en ocasiones en el físico. Tendría un efecto en el contexto social de la persona,

y las reacciones en el contexto cercano podrían provocar o agravar el estado disfórico. Esto causaría que el ciclo se reiniciara. Finalmente, exponen, el estresor ya no será necesario en el punto inicial del proceso.

Aunque es evidente que estas reflexiones se refieren a la disforia entendida como irritabilidad o rabia, creo que es interesante plantearse un paralelismo entre esta concepción de la etiopatogenia de la disforia y las que se manejan en el caso de la disforia de género, cuyos orígenes se han buscado en una mala educación de los padres, que habría fallado en orientar correctamente a los niños y niñas en el género asignado (4) (Bradley & Zucker, 1990; Money & Ehrhardt, 1972; Gómez - Gil, Esteva, & Fernández - Tresguerres, 2006) o en factores neurológicos u hormonales (Lish, Meyer-Bahlburg, Ehrhardt, Travis, & Veridiano, 1992; Allen, Hines, Shryne, & Gorski, 1989), siendo la posibilidad de que esté relacionada con las violencias y coacciones del entorno poco contemplada en la literatura médica.

En la séptima edición de los Estándares de cuidado (SOC7) de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) se describe la Disforia de género como *“malestar o angustia causada por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado a esa persona al nacer (y el rol de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)”*. Explican que, aunque hay personas cuya identidad, rol o expresión de género difieren de las normas culturales prescritas en función del un sexo particular, se trata de “disconformidad de género”, pero matizan que sólo algunas personas con disconformidad de género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas. Desde su punto de vista, cuando la disforia alcanza un nivel tal que el malestar cumple criterios para un diagnóstico formal, entonces es cuando debe ser clasificado como trastorno mental.

En el DSM V el diagnóstico quedaría de la siguiente forma:

#### Disforia de género (en Adolescentes y Adultos)

- A. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado, de al menos 6 meses de duración, manifestada por 2 o más de los siguientes indicadores:
  1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y las características sexuales primarias o secundarias (o, en adolescentes jóvenes, la anticipación de las características sexuales secundarias).
  2. Un intenso deseo de eliminar las características sexuales secundarias por su marcada incongruencia con el género experimentado/expresado (o, en adolescentes jóvenes, el deseo de prevenir el desarrollo de las características sexuales secundarias anticipadas).
  3. Un intenso deseo de tener las características primarias o secundarias del otro género.
  4. Un intenso deseo de ser del otro género (u otro género alternativo diferente del género asignado).
  5. Un intenso deseo de ser tratado como una persona del otro género (u otro género alternativo diferente del género asignado).
  6. La fuerte convicción de que uno tiene los típicos sentimientos y reacciones del otro género (o un género alternativo diferente del género asignado).

(4)

Esta hipótesis resulta algo paradójica: si la identidad y las expresiones de género deberían ser “naturalmente” concordantes con el sexo de asignación, ¿por qué razón sería necesario (re)conducirlas con una educación adecuada?

- B. La condición provoca malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de funcionamiento, o supone un riesgo aumentado de sufrimiento, como malestar o discapacidad.

Aunque se han eliminado del diagnóstico las especificaciones que se hacían en el diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” en el DSM IVTR (American Psychiatric Association, 2000), que hacían referencia a juegos, aficiones, compañeros de juegos o vestimenta más adecuados para cada persona en función del sexo de asignación, y que han sido ampliamente criticados como criterios sexistas (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010; Garaizabal, 1999; Ehrbar, Witty, Ehrbar, & Bockting, 2008) se mantiene la idea de que se produce una “incongruencia” entre la identidad, la expresión de género y la anatomía, que implícitamente presupone que debe haber una congruencia o lógica de correlación entre ellas. Aún sugiriéndose que puede haber personas con identidades o expresiones de género diversas, o incluso distintas del binario masculino/femenino, y que en el caso de la WPATH incluso se especifique que las normas de género binarias son consecuencia de prescripciones culturales, se continúa asociando esta diversidad a la idea de un sufrimiento inherente producido por esta supuesta incongruencia entre el sexo asignado y la identidad y expresión de género.

A pesar de la insistencia en la idea del sufrimiento inherente, en la propia literatura médica podemos encontrar argumentos que pueden cuestionar este supuesto. Por ejemplo la evidencia de que las personas que consultan en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género no presentan un mayor índice de patología psiquiátrica grave que la población general (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999) o la aseveración de que el criterio diagnóstico que alude a dificultades de funcionamiento y sociales tampoco está presente en todas las personas que acuden a las unidades (Bower, 2001). Haraldsen et al (Haraldsen & Dahl, 2000) realizando un estudio comparativo entre personas transexuales, no transexuales y diagnosticadas de trastorno de personalidad, encuentran que la puntuación en los test diagnósticos es considerablemente similar entre las personas transexuales y el grupo control, y añaden que no se puede sostener tampoco una relación entre transexualidad y trastorno de personalidad. Concluyen que la transexualidad ha sido considerada una expresión de sintomatología severa, pero sin evidencia empírica suficiente. Por último, Cohen-Kettenis et al (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2010) encuentran, en su experiencia clínica con adolescentes transexuales, que aquellos que han tenido el apoyo de sus padres, que sabían desde antes de la pubertad que podrían tener tratamiento y que eran aceptados por iguales y profesores no recuerdan sufrimiento en la infancia y adolescencia, a diferencia de los que han vivido en entornos menos tolerantes.

## 5. Disforia encarnada

Teniendo en cuenta la función performativa del lenguaje (Butler, 2007) podríamos preguntarnos en este punto de qué forma se articula en la experiencia de las personas trans la noción de disforia. Planteando como hipótesis que este malestar no es desvinculable de las violencias y coacciones recibidas por aquellas personas que transgreden las normas de género, citaré aquí algunos extractos de entrevistas a personas trans que relatan su experiencia, centrándome en aquellos aspectos de su narrativa relacionados con la articulación de la disforia en sus experiencias durante su infancia y adolescencia.

Realicé estas entrevistas como trabajo exploratorio previo a una investigación más amplia, reclutando a las personas entrevistadas a través de asociaciones de personas trans, y realizando entrevistas semi-estructuradas,

individuales y en profundidad, que fueron analizadas posteriormente con metodología cualitativa.

Teniendo en cuenta que la muestra incluyera mujeres y hombres transexuales que hubieran sido diagnosticados y se encontraran en momentos diferentes de su proceso, entrevisté a las siguientes personas:

P1. Hombre trans de 30 años. Licenciado en Ciencias Ambientales. Diagnosticado a los 30 años. No ha comenzado el tratamiento médico.

P2. Hombre trans de 31 años. Estudios medios. Diagnosticado a los 25 años. Ha realizado hormonación, mastectomía e hysterectomía.

P3. Mujer trans de 30 años. Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales. Diagnosticada a los 22 años. Ha realizado hormonación y cirugía facial.

Las personas entrevistadas relataban que desde la infancia presentaron conductas y expresiones de género diferentes de la norma, pero que en inicio no eran conscientes de que fueran conductas que no debían tener:

*"(...) cuando tenía 10 años, o incluso cuando eres más pequeño, cuando eres más pequeño ni siquiera te lo planteas, sabes que te gustan las chicas, y que te comportas de tal forma, pero no lo identificas con ningún género. Simplemente te comportas así y ya está" (P1. 10:10).*

Como consecuencia de estas conductas e intereses, refieren haber sido corregidos insistentemente por su familia:

*"¡No juegues con eso!, ¿Por qué estás siempre con tu vecino tal y no con las niñas y con tu hermana?, siempre bajo la corrección. Absoluta. O sea... no puedes hacer esto, tienes que hacer lo otro, no puedes jugar a esto, juega con lo otro." (P1. 32: 32).*

O en el caso de que hubieran sido respetadas en su familia, haberse dado cuenta de que no se consideraban adecuadas al comenzar el colegio:

*"(...) mira, mi percepción de que esto no puede ser empezó justo cuando empecé el cole." (P3. 22:22).*

En relación con las correcciones, aparece en el discurso una sensación de incompreensión de la norma e impotencia al darse cuenta que no se consideraba adecuado que se expresaran de la forma deseada:

*"(...) en realidad tú dices, pues siento un deseo así como un poco irresistible, de ser así, pero a la vez no puede ser, no sé porqué exactamente, pero todo el mundo dice que no puede ser, entonces no puede ser. Y como no puede ser, además, si es va a ser malo, entonces no puede ser más todavía." (P3. 24:24).*

*"(...) pero yo no entendía nada, o sea, no entendía nada de nada." (P3. 40:40).*

En inicio estas personas relatan haber sentido malestar en aumento en relación con su deseo de expresarse de una forma concreta que era constantemente corregida, llegando un momento en el que "ponen nombre" a este malestar, al contactar con el discurso médico por diferentes vías (con frecuencia el cine o la televisión), dándose cuenta de que lo que le ocurre es que "son transexuales", y por tanto el malestar que sienten se llama "disforia". Databan este momento en la adolescencia:

*"(...) con ella fui con la que vi la película esta de "Boy`s dont cry", y le dije: yo soy eso. Y tenía yo 17 años. Y digo: yo soy eso, S., le dije a la chica... y ella no lo quería ver." (P1. 30:30).*

*"(...) había conseguido un poco ponerme de acuerdo conmigo mismo, y centrarme... de decir, eres transexual, déjate de historias y de movidas, porque sabes que no eres esto, y si no eres esto, y odias que te llamen esto y te digan esto, eres transexual y punto." (P1. 102:102).*

Respecto a las reacciones del contexto social, se relataba haber vivido las consecuencias de la transfobia y la homofobia desde la infancia:

*"Homofobia, transfobia... llámalo x. Por todos los lados, incluso en la propia familia." (P1. 30: 30).*

Y en el contexto escolar se refieren insultos y agresiones continuas:

*"En el colegio pues insultos como marimacho... (...). Los compañeros... y ya en el instituto, claro, otro vocabulario como... bollera, como tal, como..." (P2. 38: 40).*

*"Sí, insultos y agresiones físicas. Los 20 minutos, media hora del recreo eran lo peor, o sea, era como... que no llegue, que no llegue, estaba que... quería que desapareciera de la faz de la tierra el recreo." (P3. 54: 54).*

Se ponen en relación las violencias recibidas con la ruptura de la norma social, y se señala que disminuyen cuando el passing es más convincente:

*"Y con respecto a la gente de la calle, pues... yo creo que las agresiones han parado cuando me han empezado a notar como una chica" (P3. 236: 236).*

*"(...) pero que te agreden por no ser ni hombre ni mujer, eso es una violencia brutal." (P3. 236: 236).*

Al preguntar por el deseo de someterse a procedimientos médicos en relación con el malestar con el propio cuerpo, se cita con frecuencia la demanda de modificaciones por parte de otras personas, sintiéndose en ocasiones presionados por sus parejas, personas conocidas, o el propio personal médico:

*"Entonces... pues, con eso muchísimas veces, empezando desde los profesionales médicos, mogollón, o sea, a lo bestia, hasta terminar... pues eso, la mayoría de la sociedad, que luego, gracias a Dios hay gente que no te está cuestionando por eso, menos mal, o sea, como que puedes tener ahí tu isleta de remanso y de paz, con respecto a tu cuerpo frente a los demás, pero con lo de las tetas también. Es: genitales, tetas. Que parece que es como lo definitorio de los cuerpos masculinos y femeninos, ¿no?, no son nada más que genitales y tetas..." (P3. 218: 218).*

Y al preguntar por los motivos que relacionan con el deseo de someterse a intervenciones, la respuesta más frecuente las asocia con el deseo de ser tratados por otras personas conforme a su género sentido:

*"(...) no me siento en una cárcel, salvo cuando la gente se dirige a mí en femenino, que lógicamente, mira por eso yo echo en falta mi barbita y mis historias, ¿sabes?, porque se siguen dirigiendo a mí en femenino." (P1. 128: 128).*

*"Y con respecto a la gente de la calle, yo creo que las agresiones han parado cuando me han empezado a notar como una chica. O sea, es*

*un poco triste decirlo, ¿eh?, pero yo creo que es así. Y yo creo que eso también justifica que yo me redujera el mentón, o que me tomara hormonas, porque realmente... o sea, sí. La gente cuando ya no nota nada sospechoso en ti que le haga pensar que no eres una chica, no te agrade.” (P3. 236: 236).*

Y con el deseo de resultar deseables a otras personas:

*“(…) y luego, pues no sé, la cosa de cambiar mi imagen corporal, ya en una última fase, yo creo que era por el tema del ligoteo y cosas así.” (P3. 214: 214).*

En el discurso de todas las personas entrevistadas aparecía una demanda de cambio social:

*“Creo, que si la sociedad, sigue avanzando, o avanzara mucho en la manera de pensar, creo que muchas personas transexuales sí que se podrían como personas transgénero, si les da miedo operarse, si no pueden operarse por cierto estado de salud, o lo que sea. Llegará un momento en el cual, creo que habría más personas transgénero, que no tuvieran tanto esa necesidad de operación, hormonación... y las personas transexuales quedaríamos como en un segundo plano, e incluso... no sé, ojala que evolucione esto muchísimo, y dejaríamos de existir.” (P2. 355: 355).*

*“(…) yo me pregunto, si yo viviera en un mundo donde hubiera ya un recorrido histórico de aceptación y donde se asumiera, como se asume en otros lados, (...), que alguien que tiene los hombros grandes, o que tiene pelos en la cara puede ser una mujer, e incluso puede resultar atractiva para otra gente, si eso lo asumiéramos y no viviéramos en la hipocresía de por el día te escupo, por la noche te compro, y ese tipo de cosas, ¿no?, y toda la sociedad haga eso... pues yo me pregunto si empezaría con un proceso médico, si hubiera tomado hormonas, si estaría presente la sociedad frases como: “vivir en un cuerpo que no me pertenece”, ¿sabes?, si esas condiciones cambiaran, y son condiciones sociales, ¿eh?, no son condiciones biológicas, pues yo me pregunto si esa frase tendría sentido, en una sociedad así, de hecho me pregunto si esa frase tiene sentido en resquicios de sociedades donde esas cosas se ven. Porque seguramente, igual, ni siquiera se plantean ese tipo de frases.” (P3. 204: 204).*

En esta última cita, la sensación de “vivir en un cuerpo que no me pertenece”, o el deseo de realizar modificaciones en el cuerpo, se pone claramente en relación con la violencia recibida por las personas cuyas expresiones de género no concuerdan con la normal social, poniendo en duda que, en caso de que sus cuerpos fueran aceptables y deseables en un contexto social concreto, existiera la necesidad de modificarlos.

## 6. Algunas conclusiones

Tras examinar la bibliografía para realizar una genealogía crítica de la disforia se pone en evidencia una gran desconexión entre el uso del término en la psicopatología general y la noción aplicada a la transexualidad. Sin embargo, poniendo en relación ambas acepciones de la disforia, podemos realizar un paralelismo interesante entre las diferentes teorías etiopatogénicas. En las definiciones médicas de disforia de género, como apunta Judith Butler: “*El diagnóstico no se pregunta sobre si las normas de género son erróneas*” (Butler, 2004b). A pesar de que desde diversas voces críticas se ha sugerido una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social o la violencia sufrida por las personas con expresiones de

género diversas para que se adecúen a las normas de género (Coll - Planas, 2010; Pérez, 2010) esta posibilidad no ha sido, desde mi punto de vista, suficientemente tenida en cuenta en la perspectiva médica.

La disforia, entendida como inherente a la experiencia trans, tiene como consecuencia un cuestionamiento del individuo, que sufriría un trastorno, en lugar de cuestionar la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma. De esta forma, el diagnosticar de trastorno mental a las personas con identidades y expresiones de género diversas considerando que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, tiene el efecto de reforzar esa misma matriz.

Respecto a los resultados obtenidos en las entrevistas a personas trans, teniendo en cuenta el tamaño del estudio y la dificultad para la extrapolación de datos del mismo al tratarse de un estudio cualitativo, no podemos considerar las conclusiones obtenidas como generalizables. Sin embargo, fuera de tratar de realizar generalizaciones a toda una población, el estudio cualitativo sí permite realizar proposiciones teóricas, que propongan nuevas hipótesis o señalen direcciones para futuros estudios (Riessman, 2008), por lo que considero relevante continuar investigando la posible relación entre el sistema coercitivo de género y los malestares sentidos por aquellas personas que no se pliegan al binarismo de género esperado en nuestro contexto.

Por otra parte, independientemente de la búsqueda de la etiología de la disforia, considero urgentes las intervenciones desde todos los ámbitos, desde el educativo, el legislativo, o el de la salud mental para erradicar las violencias y acosos que pueden recibir estas personas especialmente durante la infancia y adolescencia, de forma que sus entornos se conviertan en espacios habitables en los que explorar con seguridad su identidad y expresión de género sin miedo a la violencia.

## Referencias bibliográficas

**Allen, L. S., Hines, M., Shryne, J. E., & Gorski, R. A.** (1989). Two sexually dimorphic cell groups in the human brain. *J.Neurosci.*, 9, 497-506.

**American Psychiatric Association** (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*. (IVTR ed.) Washington DC.

**American Psychiatric Association.** (2011). DSM 5 Development. <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/GenderDysphoria.aspx> .

**Awad, A. G. & Voruganti, L. N.** (2005). Neuroleptic dysphoria: revisiting the concept 50 years later. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl*, 6-13.

**Ballerini, A. & Stanghellini, G.** (1993a). Some remarks on dysphoria from an anthropological point of view. *Psychopathology*, 26, 189-194.

**Ballerini, A. & Stanghellini, G.** (1993b). Some remarks on dysphoria from an anthropological point of view. *Psychopathology*, 26, 189-194.

**Balzer, C.** (2011). "Eu acho transexual e aquele que disse: eu sou transexual" reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil. In M.Missé & G. Coll - Planas (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 81-96). Barcelona: Egales.

**Benjamin, H.** (1954). Transsexualism and tranvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 8, 219-239.

- Benjamin, H.** (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press.
- Bergero, T., Cano, G., Giraldo, A., Esteva, I., Ortega, M., & Gómez, M.** (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público de salud. *Rev.Asoc. Esp.Neuropsiq.*, 24, 9-20.
- Berner, P., Musalek, M., & Walter, H.** (1987). Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology*, 20, 93-100.
- Bower, H.** (2001). The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Aust.N.Z.J.Psychiatry*, 35, 1-8.
- Bradley, S. J. & Zucker, K. J.** (1990). Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. *Can.J.Psychiatry*, 35, 477-486.
- Butler, J.** (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J.** (2007). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.
- Caldwell, D. O.** (1949). Psychopatia transexualis. *Sexology*, 16, 274.
- Cohen-Kettenis, P. T. & Gooren, L. J.** (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J.Psychosom.Res.*, 46, 315-333.
- Cohen-Kettenis, P. T. & Pfafflin, F.** (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch.Sex Behav.*, 39, 499-513.
- Coll - Planas, G.** (2010). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Barcelona: Egales.
- Crozier, I.** (2008). Pillow talk: Credibility, Trust, and the Sexological Case History. *Hist. Sci.*, 48, 375-404.
- Dorner, G.** (1977). Hormone-dependent brain differentiation and sexual behavior animal experiment. *Probl.Actuels.Endocrinol.Nutr.*, 7-11.
- Dussel I.** (2003) Foucault y la escritura de la historia: Reflexiones sobre los usos de la genealogía. *Educación y pedagogía*;XV(37):13-31.
- Ehrbar, R. D., Witty, M. C., Ehrbar, H. G., & Bockting, W. O.** (2008). Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *J.Sex Marital Ther.*, 34, 385-412.
- Ehrhardt, A. A. & Meyer-Bahlburg, H. F.** (1981). Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science*, 211, 1312-1318.
- Ellis, H.** (1936). *Studies in the psychology of sex*. New York.
- Fausto-Sterling, A.** (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fisk, N. M.** (1973a). Gender dysphoria syndrome--the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J.Med*, 120, 386-391.
- Foucault, M.** (2010). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. (2ª ed.) (vols. 1) Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Foucault, M.** (1988). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pretextos.
- Garaizabal, C.** (1999). Problemas de diagnóstico en los casos de transexualidad. *Revista de psicoterapia*, X, 41-48.

- Gastó, C.** (2006). Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales. *C.Med.Psicosom.*, 78, 13-20.
- Gómez - Gil, E., Esteva, I., & Fernández - Tresguerres, J. A.** (2006). Causas o fundamentos fisiológicos. In E.Gómez - Gil & I. Esteva (Eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno judicial y social* (pp. 113-124). Barcelona: Glosa.
- Gooren, L. J.** (2003). El transexualismo, una forma de intersexo. In A.Becerra (Ed.), *Transexualidad, la búsqueda de una identidad* (pp. 43-48). Madrid: Díaz de Santos.
- Hamburger, C., Sturup, G. K., & Dahl - Iversen, E.** (1953). Trans - vestism: hormonal, psychiatric and surgical treatment. *J.Am.Mess.Assoc.*, 152-391.
- Haraldsen, I. R. & Dahl, A. A.** (2000). Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatr.Scand.*, 102, 276-281.
- Haraway, D.** (1991). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. In *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Jaspers, K.** (1913). *Psicopatología general*. Mexico: Fondo de cultura económica de España.
- Krafft Ebing, R.** (2011). Psychopatia Sexualis. Traducción de Alberto Bustos. <http://psychopathiasexualis.enelfilo.com/>
- Lish, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F., Ehrhardt, A. A., Travis, B. G., & Veridiano, N. P.** (1992). Prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES): childhood play behavior and adult gender-role behavior in women. *Arch.Sex Behav.*, 21, 423-441.
- Mercier, C. A.** (1902). *A text book of insanity*. London: Allen&Unwin.
- Missé, M. & Coll-Planas, G.** (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales.
- Money, J. & Ehrhardt, AA.** (1972). *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Musalek, M., Griengl, H., Hobl, B., Sachs, G., & Zoghiami, A.** (2000). Dysphoria from a transnosological perspective. *Psychopathology*, 33, 209-214.
- Pauley, I. B.** (1969). Adult manifestations of female transsexualism. In R.Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and Sex Reassignment* (pp. 34-58). Baltimore: John Hopkins Press.
- Pérez, K.** (2010). Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género. In M.Missé & G. Coll - Planas (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 97-114). Barcelona: Egales.
- Person, E. & Ovesey, L.** (1974a). The Transsexual Syndrome in Males. II Secondary Transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28.
- Person, E. & Ovesey, L.** (1974b). The Transsexual Syndrome in males I: Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28.
- Platero, R.** (2009). Transexualidad y agenda política. *Política y sociedad*, 1 y 2, 107-208.
- Preciado, B.** (2008). *Testoyonki*. Madrid: Espasa.

- Riessman, K.** (2008). Narratives Methods for Human Sciences. *Science*.
- Rubin, G.** (1989). Reflexionando sobre el sexo, notas para una teoría radical de la sexualidad. In C.Vance (Ed.), *Placer y peligro* ( Madrid: Talasa.
- Schanda, H.** (2000). Paranoia and dysphoria: historical developments, current concepts. *Psychopathology, 33*, 204-208.
- Spitzer, R. L. & Williams, J. B.** (1982). Hysteroid dysphoria: an unsuccessful attempt to demonstrate its syndromal validity. *Am.J.Psychiatry, 139*, 1286-1291.
- Stanghellini, G.** (2000). Dysphoria, vulnerability and identity. An eulogy for anger. *Psychopathology, 33*, 198-203.
- Starcevic, V.** (2007). Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australas.Psychiatry, 15*, 9-13.
- Stoller, R. J.** (1968). *Sex and gender*. New York: Science House.