¿Homosexual, trastornado o disfórico?: Construcciones de la sexualidad, identidad y el género desde el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*

José Alberto González-Pérez

Universidad de Puerto Rico

Recinto de Río Piedras

Disertación sometida al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras, como requisito para obtener el grado de Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología Académica Investigativa.

Abril 2022

Certificamos que hemos leído y evaluado este documento y que en nuestra opinión es adecuado en el alcance y calidad de su contenido para el grado de Doctora en Filosofía con especialidad en Psicología Académica Investigativa del Programa Graduado de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

_____
Milagros A. Méndez Castillo, PhD
Directora del Comité de Disertación

_____
Luis Raúl Sánchez Peraza, PhD
Segundo miembro del Comité de Disertación

_____
Otomie C. Vale Nieves, PhD
Lectora del Comité de Disertación

Índice de contenido

Página

Lista de tablas…….....V

Lista de figuras…….....VI

Resumen …….....VII

Nota biográfica del autor …….....IX

Dedicatoria …….....X

Agradecimientos …….....XI

CAPÍTULO I: Acercamiento inicial al planteamiento del problema 1-12

Exposición inicial al problema de estudio……...1

Justificación …….....7

Preguntas y objetivos…….....10

CAPÍTULO II: Revisión de literatura 13-40

Población transgénero en Puerto Rico…….....13

Aspectos legales de la comunidad LGBT en Puerto Rico ……19

Investigaciones en Estados Unidos y América Latina……...20

La psicopatologización de la diferencia: El caso del discurso psiquiátrico y el DSM……..28

Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Desarrollo y controversias…….33

Capítulo III: Marco Teórico 41- 58

Poder, discurso y verdad …….....42

Sexualidad y género: Premisas y entendidos tradicionales ……...45

Teoría *queer* y performatividad: Hacia la reivindicación de la diferencia sexual y de género….53

Capítulo IV: Método **59-69**

Diseño de la investigación…….....59

Enfoque cualitativo…….....59

Análisis crítico del discurso…….....61

Selección del corpus teórico …….....66

CAPÍTULO V: Resultados **70-92**

Estrategias discursivas del ACD …….....71

DSM III: Transexual…….....74

DSM IV: Trastorno de identidad de género …….…….....79

DSM 5: Disforia de género…….....86

Capítulo VI: Discusión **93-136**

Desarrollo histórico: Desviaciones sexuales y la psicopatologización de la diferencia……94

Estrategias discursivas del Análisis Crítico del Discurso: Del DSM I al DSM 5……102

DSM I y DSM II: El inicio de los entuertos ideológicos…….....102

Estrategias Discursivas en el DSM III: Supuestos e implicaturas……...……107

Estrategias Discursivas en el DSM IV: Implicaturas, supuestos, individualización, agregación y oposiciones estructurales……113

Estrategias discursivas en el DSM 5: implicaturas, supuestos y agregación……...120

Reflexiones finales…….....129

Recomendaciones para futuras investigaciones……...136

Referencias…….....138-157

Lista de Tablas

Tablas **Página**

Tabla 1 Asesinatos de personas transgénero a nivel mundial……25

Tabla 2 Patrón de crecimiento del DSM en sus distintas ediciones……..37

Tabla 3 DSM III: Implicaturas en la categoría *Transexual*……...74

Tabla 4 DSM III: Supuestos en la categoría *Transexual*……...77

Tabla 5 DSM IV: Implicaturas en la categoría *Trastorno de Identidad Sexual*……80

Tabla 6 DSM IV: Supuestos en la categoría *Trastorno de Identidad Sexual*……84

Tabla 7 DSM IV: Agregación en la categoría *Trastorno de Identidad Sexual*…….86

Tabla 8 DSM 5: Implicaturas y supuestos en la categoría *Disforia de Género*……88

Tabla 9 DSM 5: Implicaturas adicionales en la categoría *Disforia de Género*…….91

Tabla 10 Diagnósticos relacionados con la sexualidad y el género……...104

Tabla 11 Frecuencia de estrategias discursivas en los manuales del DSM……...131

Lista de figuras

Página

Figura 1 Representación del Sistema Sexo-Género…….....47

Figura 2 Representación del Sistema Heteronormativo……..……...53

Figura 3 Representación de la relación entre texto, prácticas discursivas y prácticas sociales……...……..66

Resumen

El discurso médico psiquiátrico ha sido instrumental en la conceptualización, producción y psicopatologización de las representaciones dominantes de lo que son los sujetos transgénero. Por tal razón, en esta investigación me propuse como objetivo principal evaluar cómo se han representado a las personas transgénero a lo largo de las distintas ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales* (DSM). Para esto analicé el desarrollo diacrónico de las categorías Transexual, Trastorno de Identidad de Género y Disforia de Género, según aparecen en las distintas ediciones del DSM.

La propuesta teórica que utilicé como herramienta conceptual para establecer las coordenadas del análisis es la que se conoce como Matriz Heterosexual. Este concepto fue elaborado por Judith Butler, el mismo provee una estructura que articula y explica cómo se construyen y se perciben las relaciones sexo-género en una sociedad. Este modelo me permitió dar cuenta de las relaciones que se establecen entre sexo, género, identidad de género y expresión de género. También, me permitió evaluar cómo se presentaban dichas relaciones en las distintas ediciones del DSM. Además, incorporé los planteamientos epistemológicos de Michel Foucault sobre las relaciones saber-poder. Este concepto, junto al de Matriz Heterosexual, me permitió establecer cómo se inscribe el saber médico-psiquiátrico en el cuerpo transgénero.

Llevé a cabo esta investigación utilizando una metodología con un enfoque cualitativo. Específicamente, utilicé la técnica de Análisis Critico del Discurso (ACD) para evaluar los contenidos textuales asociados a los trastornos sexuales. Primero, definí y seleccioné el corpus teórico: Transexual (DSM III, 1980), Trastorno de Identidad de Género (DSM IV, 1994) y Disforia de Género (DSM 5, 2013). Luego, identifiqué distintas estrategias discursivas que se

utilizaron en la creación de cada uno de estos diagnósticos: implicaturas, supuestos, agregación, individualización versus colectivización y oposiciones estructurales.

Del análisis del texto se desprende que los diagnósticos *Transexual*, *Trastorno de Identidad de Género* y *Disforia de Género* son categorías ideológicas que reproducen los estereotipos de una sociedad heteronormativa. Según los hallazgos de esta investigación es necesario reevaluar el uso y el impacto que dichos diagnósticos tienen en la población transgénero y la pertinencia de que estos permanezcan en el DSM.

Palabras Claves: transgénero, matriz heterosexual, heteronormatividad, DSM

Nota biográfica del autor

José Alberto González Pérez nace el 17 de febrero de 1986 en el sector conocido como La Playa, en Ponce Puerto Rico. Son sus padres la Sra. Gisela Pérez González, natural de Ponce y secretaria de profesión, y el Sr. José Enrique González Lugo, natural de New York y electricista de profesión. Durante su niñez, el Sr. González fue criado por su abuela, la Sra. Ramona González Caicoya, natural de Ponce y costurera. Completó los estudios de la escuela elemental (Andrés Grillasca Salas), intermedia (Hemeterio Colón y Warrens) y superior (Academia Adventista Dr. Deniss Soto) en el pueblo de Ponce. Durante su trayectoria escolar el Sr. González fue galardonado con el *Presidential Leadership Award* y completó sus estudios superiores con la distinción Valedictorian.

En el año 2004, el Sr. González solicita admisión al programa de Bachiller en Artes en Teología Bíblica-Pastoral en la Universidad Adventista de las Antillas; al mismo tiempo que solicita admisión al programa de Bachillerato en Artes en Psicología y Salud Mental en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ponce. El interés por aspectos vinculados al sujeto humano hizo que el Sr. González iniciara sus estudios en psicología. En el año 2008, se gradúa con la distinción *Magna Cum Laude* del Bachillerato en Artes en Ciencias Sociales con concentración en Psicología y Salud Mental.

Siguiendo sus intereses académicos, en el año 2012 es admitido al Programa Graduado de Psicología Académica-Investigativa. En este participó de múltiples experiencias académicas en el área de investigación y la docencia. Además, fue asistente de cátedra de los cursos: *Métodos de Investigación Psicológica*, *Psicología General* y *Aprendizaje Humano*. Actualmente, el Sr. González se encuentra culminando su grado doctoral en el tema de sexualidad y género.

Dedicatoria

A la memoria de mi amado tío, Alberto González Caicoya.

Gracias por ser, gracias por enseñarme lo simple de la vida.

Gracias por tu amor desmedido y

gracias por haber sido parte central de quien soy.

Simplemente, gracias.

Agradecimientos

Redactar este documento supuso un reto a nivel personal y profesional. Fue una trayectoria: larga, extensa, hiperbólica, dilatada, difusa, tediosa, engorrosa, molestosa, obtusa, enigmática, misteriosa, azarosa, fortuita, incierta, funesta, nefasta, imprevista, confusa, aleatoria, caótica, contradictoria, paradójica, súbita, brusca, dolorosa, virulenta, enfermiza, incidental, inesperada, temeraria, hostil, oscura, sombría, osada, sinvergüenza, aparatosa, provocadora, peleona, sinsentido, antipática, rencorosa, aversiva, enfermiza, detestable, abominable, indescriptible, ininteligible, traumática, tormentosa, enmarañada, enredada… en fin, fue difícil. Sin embargo, el tiempo de disertar fue un periodo de encuentro conmigo mismo y con personas maravillosas. En este trayecto hubo un sinnúmero de personas que fueron de gran apoyo y que, sin importar los traspiés del camino, se mantuvieron incólumes en el proceso. A ustedes mil gracias.

La lista es larga, pero necesaria. Quiero agradecer a Carmen Morales: querida Carmen, tu abrazo y las lágrimas en aquel día los guardo conmigo. Gracias por ser humana antes que académica. Wesley Rodríguez: mi Wesley Marie, gracias por tu apoyo incondicional y por escucharme durante todos estos años. Gracias por enseñarme que para amar no es necesario poseer. Siempre te estaré agradecido. Yan Serrano: mi amigo del alma, mi compañero de viaje, a ti te debo buena parte de quien soy. Mil gracias por tus consejos y por tu paciencia. Eres lo que se quiere de un amigo. Xavier Meléndez: mi Loca de las Montañas, mi otro hermano. Gracias por permanecer; me revientas a veces, pero el amor predomina. Gracias por tu apoyo. Cristina Figueroa: mi querida, gracias por tu comprensión y tu compañía. Gracias por tantos años de amistad y soportarme. Johanna Torres: gracias por permanecer, aun cuando la distancia y mi sistema nervioso se interpone. Agradezco todas tus cartas y todos tus detalles. Gracias por

comprender. Jesús Hernández: Yivih, querido, siempre solidario, siempre ameno, siempre presente. Te amo con la vida. Gracias por tu apoyo incondicional cuando más lo he necesitado. Anamaris Santiago: querida, lamento que en este trayecto me ausentara de tu vida. Igual, quiero que sepas que el tiempo que compartimos fue sumamente valioso para mí. Gracias por rescatarme en uno de los momentos más oscuro de mi vida; aunque no sepas que lo hiciste. Por eso te estaré eternamente agradecido. Poco a poco me he ido encontrando. Brandon Vélez: mi amado, mi puchungo, mi compañero de jornada, mi jincho, mi todo, mi razón de ser, mi sostén, a ti todo lo que soy. Gracias por siempre darme lo mejor de ti. Gracias por dejarme ser. Otomie Vale: mi mentora, mi madre putativa. No hay palabras para describir todo tu esfuerzo y paciencia. Agradecido siempre de toparme contigo. Samuel Colón: mi querido Samuelito, gracias por las tertulias, por los cafés, por la comprensión y por tu honestidad. Gracias por todo el apoyo que me diste en esta jornada. Eres mi pana hetero al que aprecio un mundo. Luis Raúl Sánchez Peraza: mi pana, mi mentor que anda crítico, pero estable, a ti gracias por creer en mí aun cuando yo tenía serias dudas. Gracias por toda tu ayuda y por tus consejos. Siempre agradecido. Milagros Méndez: su risa siempre ha sido una sorpresa agradable para mí. Su abrazo, junto al de Carmen, en aquel día nefasto, lo llevaré siempre conmigo. Gracias, mil veces gracias, por su paciencia. La estimo y respeto más de lo que piensa. Carmen Inés Rivera: querida, eres de esos regalos maravillosos que da la vida. Siempre agradecido de tu amor desmedido, de las tertulias, del refugio, en fin, gracias. Amanda Amaral: gracias por todos los paseos y todas las comidas. Eres especial querida, siempre agradecido de tenerte en mi vida. María Elena Santos: querida, a ti mil gracias por el apoyo a lo largo de este proceso. Gracias por tu genuinidad y simpatía. Fuiste de mis mejores experiencias graduadas. Agradecido siempre de haberme topado contigo en este trayecto. José Lucca: gracias por hacerme siempre reír sin

control, gracias por permitirme ser parte de tu vida. Agradecido de tu comprensión inmerecida. Janice Figueroa: querida, mil gracias por darme de esa paz que te caracteriza. Encontrarme contigo es una de las cosas que le agradezco a la vida. Gracias por permanecer. Xiomara Martínez: mi querida, gracias por tus sonrisas, por los ejercicios y por tus cariños inmerecidos. Te agradezco que hayas sido parte de este proceso. Donald Escudero: Donalda Marie Feliciano, no sabes lo especial que eres para mí y lo que ha supuesto tu amistad. Te agradezco tu apoyo y constancia. Gisela Pérez: mi santa madre, no tengo las palabras necesarias para agradecerte por todo lo que has hecho. Aun con nuestras diferencias e historias, has demostrado ser el vivo ejemplo de amor incondicional. Gracias por todo tu amor demostrado en actos. Mama Luisa: mi querida tía, te amo un mundo y tu recuerdo siempre me saca una sonrisa. A ti te agradezco tu ternura y amor. Eileen Rodríguez: mi querida prima, mil gracias por tus mensajes, por perdonarme cada vez, por comprender, por estar, en fin, gracias por ser el ser de luz que eres. Radamés Padilla: mascarita sagrada, gracias por tu apoyo en lo doméstico, por las tertulias, por los viajes y, sobre todo, por la compañía. Alondra Flores: mi oposicional desafiante preferida, mil gracias por tantas tertulias, por las reflexiones, por los galletazos y por la música que nos une. Alexandra Cruz: querida, gracias por tus tertulias y por tus locuras. Gracias por permitirme ser parte de tu vida; aun en la inconsistencia. Wilmarie Palomo: mi querida psicóloga, a ti mil gracias por decirme lo que necesitaba escuchar en el momento correcto. A ti mil gracias por ver en mí lo que yo no podía; ya volveremos a hablar. MimiSun, Ariana y Ariano: mis queridos gatitos tan hermosos y bellos. Gracias por todos los arañazos y ronroneos que me han dado en este tiempo. Finalmente, gracias a todxs mis estudiantes que siempre me enseñan a ser una mejor persona. Sus locuras e historias las conservo con mucho amor.

Capítulo I

Acercamiento inicial al planteamiento del problema

"No se nace mujer: se llega a serlo."

(de Beauvoir, 1999, p. 109)

Históricamente, la población Lesbiana, Gay, Transgénero, Transexual, Queer, Intersex, Asexual (LGBTTQIA, o LGBT para propósitos de brevedad) ha sido objeto de marginalización, discriminación y agresión por parte del aparato estatal y determinados sectores de la sociedad (Cornejo-Espejo, 2012; Poteat, 2008; Powell, 2021; Poteat y Rivers, 2010; Herek, 2015). Del mismo modo, son un sector ridiculizado y feminizado en los medios de comunicación (Cordero-Mercado, 2013; Bond y Compton, 2015; Grau y Zotos, 2016). Esto es, son un sector que se representa desde lo que una visión machista considera son elementos femeninos: histeria, chisme, delicadeza, emotividad, entre otros. Las características que suponen sentimientos, actitudes, creencias y comportamientos negativos hacia las personas no heterosexuales se han definido como homofobia (Herek, 2004). No obstante, otros autores utilizan los términos homoprejuicio, heterosexismo, heteronormatividad y homonegativismo en sustitución del concepto de homofobia, al entender que este último es limitado en su contenido (Ericsson, 2011; Herek, 2015; Larsson, Redelius y Fagrell, 2011; Logan, 1996; Leach y Gore, 2022). El uso del término homofobia se ha evitado por dos razones principales: primero, al asociarse con una fobia el mismo se ha utilizado como pretexto para una reacción incontrolable que da paso al discrimen y a la agresión física a las personas no heterosexuales. Segundo, con el paso del tiempo el término homofobia se ha asociado con aspectos negativos similares a aquéllos asociados con el

término racismo. Esto hace que, por lo general, las personas tiendan a no identificarse como homofóbicas, aun cuando tengan sentimientos, actitudes, creencias y comportamientos negativos hacia las personas no heterosexuales. No obstante, el término homofobia es aún el de mayor uso por su popularización y aplicación. Esta se manifiesta, tanto de forma explícita como implícita, en distintos contextos sociales y constituyen una práctica generalmente avalada por la sociedad; aunque varía de lugar a lugar.

La orientación sexual no es el único elemento por el cual los miembros de la comunidad LGBT han sido discriminados. El género, visto éste como un conjunto de roles socialmente aceptados y establecidos para los hombres y las mujeres ha sido motivo de discrimen y maltrato hacia las personas transgénero. Comenzaré a definir el concepto género desde el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), ya que este es el referente oficial utilizado en nuestra lengua. Luego, procederé a definir el término desde varios diccionarios de psicología y, finalmente, desde la biología. La RAE (2014) define el término género como el "grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo entendido éste desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico" (p. 4441). En tal sentido, el término género, desde esta definición, cumple con una función clasificatoria similar a una categoría taxonómica que ubica a los seres humanos de distinto sexo en grupos diferenciados. El sexo, en este caso, es el criterio identificador de naturaleza exclusivamente biológica sobre el cual el género, de naturaleza sociocultural, se superpone. Esta perspectiva supone que el ser humano pertenece, desde su nacimiento, a distintos grupos en función del llamado sexo biológico. A modo de ejemplo, la RAE (2018) en sus múltiples acepciones del término género define éste como un "conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes" y como la "clase o tipo al que pertenecen personas o cosas". En consecuencia, al unir las tres significaciones se puede

argumentar que el sexo biológico es el denominador común y el criterio puntual que permite establecer la clase o tipo al que pertenecen las personas: macho o hembra. El género, entonces, no es más que la marca o el rasgo sociocultural que posibilita la inteligibilidad de los cuerpos en términos de las distintas clases y que deviene directamente del sexo. Entonces, si bien el género no es equivalente al sexo, se parte de la premisa de la existencia de una relación unívoca entre sexo y género.

En relación con la delimitación de términos como sexo y género, el Diccionario de Psicología de Cambridge (Matsumoto, 2009) añade detalles respecto a la variable sociocultural del concepto género y define éste como "los aspectos culturales, sociales y psicológicos de ser definido como hombre o mujer" (p. 246). Esta acepción del término presenta dos elementos distintivos que debo destacar. Primero, tal definición vincula las dimensiones culturales y sociales con el aspecto psicológico. A su vez, esta relación rescata la dimensión subjetiva que supone asumir el género y la importancia de éste al establecer los aspectos identitarios de la persona. Segundo, tal definición persigue establecer que dichos aspectos -culturales, sociales y psicológicos- son definidos por un Otro[1]. Es importante destacar que en la definición anterior el género se presenta sin relación o vínculo con el aspecto biológico. Este detalle es importante debido a que, como demostraré más adelante, la visión desde el discurso médico asocia al sexo con el género. Por otra parte, y en cualquier caso, la recombinación de dichos aspectos desemboca en la categoría hombre o mujer.

En general, la definición de género supone actitudes, sentimientos, conductas, actividades y roles sancionados culturalmente y que una sociedad en particular considera apropiados para los

[1] Cada vez que utilizo la expresión 'Otro' hago alusión al conjunto de estructuras sociales que conforman al tejido social como un todo, al mismo tiempo que me refiero a los sujetos individuales que lo componen.

hombres y las mujeres. A su vez, todas estas características son asociadas al sexo biológico que se le asignó al momento de la identificación de la criatura humana al nacer (APA, 2014; APA, 2015; APA, 2009; Comité de la Diversidad de Género, Sexo y Orientación Sexual [CDSGOS] 2014). La APA (2014) establece que el "género hace referencia a los atributos, las actividades, las conductas y los roles establecidos socialmente que una sociedad en particular considera apropiados para niños y hombres, o niñas y mujeres" (p.2). Por tanto, el género estipula, determina y circunscribe cómo deben vivir sus cuerpos las criaturas humanas según el sexo que se le asigne en su nacimiento. El género, entonces, no es algo con lo que se nace ni es algo que se posee. Como veremos más adelante, es algo que adviene en el hacer y el *performance*[2] del día a día.

Otro término que es importante definir antes de continuar la discusión es el de sexo. Como demostraré en la discusión de este trabajo, tanto en el discurso folklórico como en el discurso médico se imbrican, erróneamente, las nociones de sexo, identidad y género. Primero, debo señalar que el término sexo tiene distintas acepciones y no existe un criterio único que lo defina. Segundo, que en términos biológicos la noción de sexo incluye: sexo anatómico, sexo fenotípico y sexo genético o cromosomal. En términos generales, el sexo remite a una categoría biológica basada en las habilidades reproductivas de una especie. Al mismo tiempo, es una forma de clasificación de los individuos de una especie en función de los gametos que producen (Mai, Young-Owl y Kersting, 2005). Según estos autores, la determinación sexual de un individuo reside en el genotipo que posean los llamados cromosomas sexuales. Esto es, "en los mamíferos el macho es usualmente el sexo heterogamético (XY) y la hembra es el sexo homogamético

[2] El término *performance, de manera general, implica una puesta en escena en el contexto artístico. Para propósitos de este trabajo utilizo el concepto performance* para explicar cómo el género se produce en el acto creativo de la vida en el día a día.

(XX)" (p. 482). Entonces, "la presencia del cromosoma Y (específicamente, el gen SRY) en un embrión causa que el feto se desarrolle en un macho, mientras que la ausencia del cromosoma Y causa que el feto se desarrolle en una hembra." (p.482). Por regla general, en nuestra especie el sexo genético se traduce en lo que se denomina sexo anatómico. Este, a su vez, remite a las características anatomofisiológicas que asociamos con un macho (XY) (pene, testículos, espermatozoides) y con una hembra (XX) (vagina, óvulos, útero). Por último, el sexo fenotípico remite a características secundarias que culturalmente asociamos con un macho (tono de voz, vello facial, musculatura) o una hembra (senos, distribución de grasa corporal) (Rosenthal, 2013).

Dicho lo anterior, me parece importante destacar dos aspectos fundamentales de las definiciones previas. Primero, en condiciones favorables para el desarrollo de un embrión, el genotipo sexual va a predeterminar, en gran medida, el sexo anatómico. Esto es cierto tanto en hembras como en machos. Claro está, hay gran variabilidad en cuanto a las características sexuales anatómicas que puede tener un macho con otro macho y una hembra con otra hembra. No solo eso, sino que el desarrollo de dicha anatomía está directamente modulado por factores epigenéticos y ambientales. En tal sentido, si bien es cierto que el sexo anatómico está predeterminado por los cromosomas sexuales, esto no implica, en ninguna circunstancia, que dichas características anatómicas sean fenotípicamente iguales entre los individuos de una especie; aunque, generalmente, son similares. Segundo, el sexo fenotípico, aunque guarda correspondencia con el genotipo sexual, no está directamente determinado por este. Los factores ambientales y culturales son los que van a modular el cómo se expresan las características del sexo fenotípico (Bosson, Vandello y Buckner, 2019). Por lo tanto, podemos interpretar el genotipo sexual como esa estructura biológica que sirve de andamiaje para el desarrollo del sexo

anatómico y fenotípico, pero que no determina, por sí solo, el desarrollo ulterior de los mismos. Por último, es importante destacar que el genotipo sexual no prescribe ni proscribe, en ningún momento, el género, identidad, rol, conducta o comportamiento sexual de una persona. Dichas características, como veremos más adelante, están directamente vinculadas con las interpretaciones sociales que se hacen sobre los cuerpos de los machos y los cuerpos de las hembras.

Por su parte, la categoría *transgénero* es un término sombrilla que agrupa a un amplio sector de personas que no se identifican con los roles tradicionales que se desprenden del binomio sexo-género. Es decir, es un término para describir la identidad de género, conducta o expresión de género que difiere del género vinculado al sexo que le fue asignado al momento del nacimiento (NCFTE, 2014). Por ejemplo, un hombre transgénero (Mujer a Hombre, MaH) sería una persona que al nacer o por determinación de sus padres o médicos, tiene una identidad biológica de mujer, pero presenta una identidad de género masculino y vive como tal. Una mujer transgénero (Hombre a Mujer, HaM) sería una persona que al nacer o por determinación de sus padres o médicos, tiene una identidad biológica de varón, pero presenta una identidad de género femenino y vive como tal (Amaro., 2018; National LGBT Health Education Center, 2016). Según el Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Concerns (2011/2006): "muchos transgéneros viven parcial o totalmente como miembros del otro género. De manera general, cualquier persona cuya identidad, apariencia, o conducta caiga fuera de las normas de género convencionales se puede clasificar como transgénero" (p.1). Entonces, se incluyen dentro de esta categoría a personas que se identifican respecto al género como: transgénero, transexuales, transformistas, travestis, andróginos, a-género, no binarios e intersexuales (Comité de Asuntos de la Comunidad LGBT, 2014).

Anteriormente, la categoría *transexual* era reservada para personas que habían llevado a cabo algún procedimiento médico para el cambio de sexo, incluida la Cirugía de Reasignación de Género (CRG). Esto fue común cuando dicha categoría se incluyó en la tercera edición del DSM. En la actualidad, el término transexual se refiere a cualquier persona cuya identidad de género es incongruente con el sexo y/o género asignado al nacer sin importar los procedimientos que haya llevado a cabo para el cambio de este (Moleiro y Pinto, 2015). De igual manera, el National LGBT Health Education Center (2016) nos menciona que la categoría transexual:

> A veces es usado en la literatura médica o por algunas personas transgénero para describir a quienes han hecho la transición por medio de intervenciones médicas. Evite usar este término para describir a las personas transgénero a menos que se identifiquen como tales, ya que en gran medida es obsoleto. (p.4)

Para efectos de este trabajo utilizaré el término transgénero como categoría general que incluye las distintas permutaciones del género y a las personas que en algún momento se les nombraba transexuales. Entonces, utilizaré el término transgénero como equivalente a la categoría transexual, dado que esta se encuentra incorporada en la primera. No obstante, en algunos momentos haré referencia directa al diagnóstico *Transexual*, según aparece en la tercera edición del DSM.

Justificación

Históricamente, la población transgénero ha sido discriminada en la sociedad y sus derechos han sido violentados tanto en la esfera pública como privada. Por ejemplo, en el año 2016, la *National Center for Transgender Equality* llevó a cabo una encuesta nacional en los Estados Unidos, que contó con la participación de un total de 6,450 personas transgénero (James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet y Anafi, 2016). Este estudio incluyó una muestra de los 50

estados y sus territorios (Puerto Rico, Distrito de Columbia, Guam e Islas Vírgenes). Entre los hallazgos se destacó que las personas transgénero son objeto de altos niveles de discriminación y se encuentran en mayor desventaja social que otras minorías. Entre los datos más pertinentes se puede destacar que un 41% de los que respondieron informaron haber intentado cometer suicidio. Estas cifras resultan alarmantes al ser comparadas con el 1.6% de la población general. También, el 53% de los participantes reportaron haber sufrido acoso verbal en lugares públicos como hoteles, restaurantes, autobuses, aeropuertos y agencias gubernamentales, entre otros. De igual manera, el 78% de los participantes reportaron haber sufrido discriminación en la escuela, el 90% reportó acoso laboral, el 19% reportó la negación de alquiler de una vivienda, el 35% indicó haber sufrido violencia física y un 12% informó haber sido víctima de violencia sexual (James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet y Anafi, 2016). Asimismo, en el campo de la salud, el 19% de los encuestados reportaron que se les había negado servicios médicos debido a su *status* de persona transgénero y un 50% indicó que tuvieron que educar a sus proveedores de servicios de salud sobre las necesidades específicas que tiene una persona transgénero (James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet y Anafi, 2016). Además, dentro de la misma comunidad LGBT, el grupo que conforma a las personas transgénero tiende a estar entre los más discriminados, tanto por la población general como por los propios miembros de la comunidad LGBT (Francia-Martínez, Esteban y Lespier, 2017). Es decir, al interior de la misma comunidad LGBT, los grupos transgénero son los que más discriminación reciben por parte del mismo colectivo. Se han esgrimido distintas razones para esto, no obstante entre las principales se encuentran: transfobia internalizada por parte de la comunidad LGBT (Gill y Randhawa, 2021; Nagoshi, Hohn, Nagoshi, 2017; Warriner, Nagoshi y Nagoshi, 2013; Yolac y Meric, 2021) y la adherencia de los miembros de la comunidad a los roles tradicionales de género.

No sólo el contexto social inmediato se ha asociado con el discrimen hacia la población transgénero. El discurso médico ha sido instrumental en la conceptualización, producción de conocimiento y psicopatologización de los sujetos transgénero (Beek, Cohen-Kettenis y Kreukels, 2016; Byne, et al., 2012; Davy, 2015; Drescher, 2010; Drescher, 2015; Lev, 2005; La Fountain-Stokes, 2014; Martínez-Guzmán e Iñiguez-Rueda, 2010; Stryker, Currah y Moore, 2008). Específicamente, el discurso psiquiátrico, según aparece articulado en instrumentos tecno-científicos como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), en sus diferentes ediciones, incluye todo un repertorio de dispositivos para regular e intervenir en la vida de las personas que no viven en conformidad con los estándares de la sociedad (Ross, 2017; Vale-Nieves, 2013). El DSM tuvo su primera publicación en el año 1954 y, desde entonces, se han producido distintas ediciones que, a su vez, han sido revisadas en diversas ocasiones. La versión más actualizada del manual es el DSM 5 (APA, 2014/2013). El texto consiste en un conjunto de *descripciones* de patrones de comportamiento que se significan como indicadores de patología. De manera general, este texto se utiliza para diagnosticar los llamados trastornos mentales o psicológicos. A modo ilustrativo, una persona podría ser diagnosticada con *disforia de género* si su conducta o percepción de sí mismo no corresponde a la visión tradicional del binomio sexo-género y siente una incomodidad persistente con dicha incongruencia, entre otros criterios. Más adelante trabajaré las distintas categorías diagnósticas vinculadas a: transexualidad, trastornos de identidad sexual, disforia de género y los criterios específicos que se utilizan para diagnosticar las mismas.

En el caso de las personas que se identifican como transgénero, éstos han sido catalogados de diversas maneras según el desarrollo de las distintas ediciones del DSM. Inicialmente, las primeras dos ediciones del DSM no hacían alusión a personas transexuales, sino

que solo remitían a la homosexualidad. En estas primeras ediciones no había un reconocimiento de la posibilidad de otras identidades (aunque fuera para presentarlas en términos psicopatológicos) y el diagnóstico remitía puntualmente a la orientación sexual. Luego, se les identificó como *transexuales* (DSM III, 1980), luego como personas con un *trastorno de identidad de género* (DSM IV, 1994) y, actualmente, el trastorno se conoce con el nombre de *disforia de género* (DSM 5, 2013). Las revisiones a las ediciones (DSM III-R, DSM IV-R) no se incluyen en este trabajo dado que las modificaciones realizadas en los mismos no trastocan ni alteran los diagnósticos de interés para este trabajo. Es importante puntualizar que entre las múltiples categorías psicopatológicas que presenta este manual, las que corresponden a los Trastornos de Identidad Sexual (TIS) y Disforia de Género (DG) han resultado altamente controversiales (APA, 2014/2013; Lev, 2013; Zucker, Cohen-Kettenis, Drescher, Meyer-Bahlburg, Pfäfflin y Womack, 2013). De manera similar, el desarrollo mismo del DSM 5 y los cambios que introdujo a la estructura diagnóstica han sido altamente cuestionados (Welch, Klassen, Borisova, y Clothier, 2013). En consecuencia, la inclusión de las identidades transgénero como categorías psicopatológicas del DSM ha abonado a la percepción popular de que estas personas son enfermos mentales y que necesitan intervención profesional para lidiar con su problema.

Preguntas y objetivos

Por las diversas razones esgrimidas previamente, me propongo en este estudio evaluar cómo se han representado las personas transgénero en diversas ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM). Específicamente, uno de los objetivos es analizar cómo se han desarrollado los *Trastornos Sexuales* para construir los siguientes diagnósticos: transexual, trastorno de identidad de género y disforia de género. Lo

que persigo con este objetivo es develar el contenido ideológico que permea a la categoría de los trastornos sexuales y su rol en la estigmatización de las personas a quienes se adscriben dichos trastornos. De esta manera, pretendo evidenciar o producir datos que sirvan de apoyo para la lucha en contra de la estigmatización de dicha población y la reivindicación de sexualidades alternas. Para lograr esto, realicé un Análisis Crítico del Discurso respecto a las categorías: *transexual, trastorno de identidad de género* y *disforia de género*, según aparecen en las distintas ediciones del DSM. Es importante señalar que el término transgénero no aparece explícitamente como una categoría diagnóstica o psicopatológica en el DSM. Las referencias hechas a las personas transgénero en el DSM hacen alusión a la definición genérica del término e incluye las siguientes categorías psicopatológicas: Transexual y Trastorno de Identidad de Género. La Disforia de Género, como veremos más adelante, se distancia de los diagnósticos previos al enfocarse "en la disforia como problema clínico, y no en la identidad *per se*" (DSM 5, 2014/2013, p. 451). Por tanto, el concepto transgénero lo utilizo, en este trabajo como un término amplio y abarcador que queda psicopatologizado por el DSM al vincularlo a diversos trastornos sexuales.

Para realizar tales fines, las preguntas y objetivos que me guiarán en esta investigación son:

1. ¿Cómo se representa la categoría transgénero (Transexual, Trastorno de Identidad Sexual, Disforia de Género) en los diagnósticos de los trastornos sexuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales?

Objetivo: Identificar las representaciones de la categoría transgénero en los diagnósticos de los trastornos sexuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

2. ¿En qué medida tales representaciones responden a discursos heteronormativos?

Objetivo: Identificar en qué medida tales representaciones responden a discursos heteronormativos.

3. ¿Cuál ha sido el desarrollo diacrónico de las categorías patológicas asociadas a los trastornos sexuales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desde el DSM-III hasta el presente?

Objetivo: Describir el desarrollo diacrónico de las categorías asociadas a los trastornos sexuales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desde el DSM-III hasta el presente.

4. ¿Cuáles son los supuestos ideológicos que subyacen a la categoría transgénero en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales?

Objetivo: Analizar los supuestos que subyacen a la categoría transgénero en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Capítulo II

Revisión de literatura

"La taxonomía es base para la comunicación, sí,
pero ella no alcanza para conferir estatus científico
a los términos comunicados."
(Braunstein, 1980, p.55)

A continuación, presento una revisión de las investigaciones consultadas para propósitos de esta investigación. Primero, discutiré las investigaciones que se han llevado a cabo relacionadas con la población transgénero en Puerto Rico. Luego, discutiré algunos de los aspectos legales más importantes respecto a la población transgénero en Puerto Rico. Segundo, discutiré distintas investigaciones realizadas en Estados Unidos y América Latina relacionadas con las personas transgénero. En éstas se exploran temáticas de discrimen, interacción social, suicidio y servicios de tratamiento para la personas transgénero. El propósito es brindar una visión general sobre las distintas problemáticas que se hacen patentes en esta población. Luego, realizaré un breve recorrido histórico en torno al desarrollo del DSM y las principales controversias asociadas al mismo. Por último, discutiré distintas investigaciones que vinculan el discurso médico psiquiátrico con el discrimen hacia las personas transgénero.

Población transgénero en Puerto Rico

En Puerto Rico, al igual que en otras partes del mundo, existen pocas investigaciones relacionadas a la población transgénero. De estas, buena parte han sido el resultado de investigaciones en el área de VIH y no de investigaciones directamente asociadas a la población.

Rodríguez-Madera y Toro-Alfonso (2003) exploraron el riesgo de contagio con el VIH/SIDA en el que se encuentran las personas transgénero. De los resultados de la investigación indicaron que efectivamente la población transgénero se encuentra en mayor riesgo de contagiarse con el virus del VIH. De igual manera, se concluyó que el desconocimiento por parte de las entidades gubernamentales sobre las identidades transgénero es un factor que pone en riesgo a esta población en la medida en que se les cataloga como a hombres gay sin reconocerles su identidad transgénero y, tampoco, las necesidades particulares que tienen. Por tanto, la mayoría de los grupos gubernamentales que ofrecen servicios directos a la comunidad transgénero desconoce las necesidades básicas de esta población (Avilés, 2016) mientras estas comunidades viven continuamente con el estigma de la prostitución y el prejuicio (Mercedes, 2016). En el caso de Puerto Rico, similar al resto del Caribe y Latinoamérica, las personas transgénero están en mucho mayor riesgo de contagio de VIH al compararlas con otras poblaciones (Padilla, Rodríguez-Madera, Varas-Díaz y Ramos-Pibernus, 2017). Al momento actual, la tasa de contagios de VIH en PR se encuentra en 75.2% en hombres y 24.7% en mujeres (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2018). No obstante, al registrar a las personas con VIH, el Departamento de Salud de Puerto Rico no hace la distinción entre personas transgénero, por lo cual no se conoce de manera exacta la cantidad de los miembros de esta comunidad que pueda tener el VIH. Esta omisión de parte del Departamento de Salud es una de las muchas instancias en las cuales no se reconoce la identidad transgénero y se omiten las necesidades específicas de este sector poblacional. Respecto a este particular Bockting y Keatley (2012) argumentan que:

> Una de las razones de la falta de información es el hecho de que las mujeres trans, a menudo, han sido incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con

> hombres (HSH). Esta práctica no sólo no reconoce, en un nivel fundamental, la identidad de las mujeres trans, sino también invisibliza la especial vulnerabilidad de esta población. Esto último se evidencia en estudios que muestran que la prevalencia de VIH entre las mujeres trans pueden ser hasta 40 veces superior a la prevalencia entre la población general, y hasta el doble de la prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres. (p.32)

Así mismo, Toro-Alfonso (2008) exploró la percepción de la comunidad lesbiana, gay, bisexual y transgénero (LGBT) hacia los niveles de exclusión e intolerancia en varias agencias de gobierno de Puerto Rico. De los participantes de esta investigación:

El 63% informó haber sido víctima de insultos verbales por razón de su homosexualidad, 11% reportó que en alguna ocasión les fue negado un servicio en una agencia gubernamental, mientras que otros informaron haber sido "corridos o perseguidos", "golpeados o pateados" o que le "habían tirado con algún objeto" por razón de su orientación sexual. (p.55) De igual manera,

> 32% de las personas que participaron informaron que en algún momento se han sentido atemorizados por su vida al estar en un lugar público y que esto está relacionado a su orientación sexual, mientras que un 57% de las personas participantes reportaron que han tenido la experiencia de que algún compañero/a de trabajo le molestara o le hostigara. (p.56)

Respecto a la percepción y experiencias en agencias gubernamentales, "43% de los participantes reportaron percibir rechazo, 30% con la policía, 9% en dependencias de Tribunales y Justicia y 8% en dependencias del Departamento de la Familia" (p. 57). En general, la percepción de rechazo que tienen las personas de la comunidad LGBT indica que la agencia

gubernamental que en su opinión discrimina más contra la comunidad incluye a la Policía (56%), la Administración de Tribunales (17%) y la Administración de Familias y Niños (17%). (p.59)

De manera que la percepción que tiene la población LGBT en Puerto Rico es una de inseguridad, discrimen y poco apoyo social. No solo sufren discrimen en lugares públicos, sino que el mismo Estado los margina al no ofrecerles los servicios a los que tienen derecho. Esto, a su vez, viabiliza que las personas transgénero eviten solicitar servicios públicos por miedo al rechazo y la violencia que han experimentado en estos contextos.

La investigación realizada por Rivera-Quiñones, Toro-Alfonso & Meléndez (2013) exploró los niveles de seguridad que siente la comunidad LGBT en Puerto Rico. Entre los resultados encontrados destacan que "los sujetos manifestaron sentirse *Inseguro o Muy Inseguro* en lugares de índoles recreacional, con el Sistema Judicial, con la Policía de Puerto Rico y con la economía de Puerto Rico". (p. 9). Del total de la muestra, "73% indicó sentirse inseguro y 17% muy inseguro, mientras que un 44% reportó sentir temor por su vida" (p.12). Esto pone de manifiesto la percepción de inseguridad que sufre la población transgénero en su diario vivir comparado con sus contrapartes cisgénero[3]. Aun en las entidades gubernamentales del Estado creadas para brindar seguridad y algún sentido de justicia no logran sentirse completamente seguras.

No solamente la población transgénero tiene una percepción de inseguridad generalizada, sino que concretamente han reportado ser víctimas directas de distintos tipos de violencia. Por ejemplo, "entre 2009 y 2011 se reportaron 18 homicidios en contra de la comunidad LGBT" (Rivera-Quiñones, Toro-Alfonso y Meléndez, 2013, p. 2). Padilla, Rodríguez-Madera, Ramos

[3] Cisgénero es un término utilizado para remitir a las personas que cuya identidad de género concuerda con el género asignado al nacer. Es decir, describe a las personas que se sienten cómodas con identidad y roles de género.

Pibernus, Varas-Díaz y Neilands (2017) realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los significados y prácticas de la inyección de drogas, hormonas y silicona entre mujeres transgénero en Puerto Rico y describir los contextos sociales en los cuales dichas prácticas se llevaban a cabo. Específicamente, se enfocaron en las experiencias violentas reportadas por las participantes. La muestra estuvo constituida por 59 mujeres transgénero mayores de 21 años. Entre los datos más importantes se encuentra que 51% de las participantes se encontraban desempleadas al momento del estudio, 30% se dedicaban al trabajo sexual para obtener algún ingreso y el 62% tenía menos de 30 años. De manera general, cerca del 100% de las participantes reportó haber experimentado algún tipo de discriminación por ser una persona transgénero. Específicamente, 42% reportó experimentar discriminación por ser una persona transgénero, 14% al recibir servicios sociales y 15% al recibir servicios médicos. Respecto a actos de violencia, 37% reportó sufrir de violencia verbal, 27% violencia física, 14% violencia sexual, 44% violencia sexual de parte de los clientes y 34% violencia física de parte de la Policía de Puerto Rico. El 83% reportó conocer a una persona transgénero que había sido asesinada, 83% conocía a una persona transgénero que había sido agredida físicamente y 41% conocía a una persona transgénero que había sido mutilada. Estos datos muestran el escenario de incertidumbre y agresión que viven en general las personas transgénero, lo cual, junto a la percepción de inseguridad crea un escenario perfecto que describen las condiciones de vida en la marginalidad.

En el estudio, el desconocimiento, agresión y maltrato hacia la comunidad transgénero no solo se percibe en las instancias gubernamentales o privadas, también se ha demostrado que distintos profesionales de la salud mental desconocen las necesidades básicas de esta población y no tienen el adiestramiento necesario para atender sus necesidades. Por ejemplo, Francia-

Martínez, Esteban y Lespier (2017) llevaron a cabo un estudio que tuvo como propósito "auscultar las actitudes, el conocimiento y la distancia social que tienen los/as psicoterapeutas en Puerto Rico sobre el tema Trans" (p.100). Los participantes consistieron en 233 psicólogos y estudiantes graduados en el área de psicología en Puerto Rico. A los participantes se les administraron cuatro escalas que, de manera general, medían conocimientos y actitudes respecto a la comunidad transgénero, conocimiento sobre los diagnósticos a la comunidad transgénero y distanciamiento social[4] hacia esta comunidad. Entre los resultados más sobresalientes se encontró que:

> 14.9% mostró un prejuicio moderado hacia la comunidad transgénero, 19.8% mostró prejuicio moderado hacia la comunidad transexual, 16.4% no se sentían cómodos al dar servicios a un cliente transgénero, 4.7% cree que es inadecuado que una persona transgénero asista a una actividad donde haya niños/as y 14.4% suele confundir con qué nombre debe referirse a la persona en una entrevista. Además, 18.3% reconoce que la transgresión de género reta sus valores personales, 19.7% no se sentiría tranquilo/a si su hijo/a tuviera un/a maestro/a transgénero, 7.7% no compartiría su oficina con un/a terapeuta transgénero. Además, 21.2% siente ansiedad cuando atiende por primera vez un/a cliente transexual. (p. 106-107)

Estos datos evidencian cómo el prejuicio a la comunidad transgénero es uno sistémico y está imbricado a través de toda la estructura social.[5] No obstante, los y las psicólogos no son los únicos profesionales que han demostrado desconocer asuntos relacionados a la población

[4] La distancia social se define como la percepción de cercanía o lejanía emocional que tiene una persona con respecto a otra persona o grupo.

[5] Cuando utilizo el término estructura social me refiero a "una cultura compartida, a unos valores y normas que gracias a las instituciones de socialización conforman la personalidad de los individuos a través del desempeño de los roles" (Santiago, 2015, p. 135).

transgénero. El fenómeno es similar en estudiantes de medicina (White, et al. 2015), en estudiantes universitarios (Toro- Alfonso y Varas Díaz, 2004; Rottenbacher de Rojas, 2012) y otras disciplinas (Sell, et al. 2021).

Aspectos legales de la comunidad LGBT en Puerto Rico.

De igual forma, las protecciones legales que tiene la población LGBT en Puerto Rico son limitadas y los avances alcanzados en materia de derechos son, en su mayoría, por disposiciones federales y presiones de grupos en pro de la comunidad LGBT. Por ejemplo, uno de los últimos proyectos de ley radicados ante el Senado de Puerto Rico y que buscaba ampliar las protecciones de la comunidad LGBT fue el proyecto 1139 del año 2014. En este Santiago-Negrón (2014) buscaba establecer la Política Pública del Gobierno de Puerto Rico en contra del discrimen por orientación sexual o identidad de género en el empleo público o privado, con el fin de "expandir dicha protección a cualquier gestión gubernamental, pública o privada" (p.1). No obstante, ante la presión de grupos conservadores que entendían que el proyecto discriminaba contra los sectores religiosos del país, el mismo sufrió diversas enmiendas en las cuales "se desterraron de la medida las protecciones contra el discrimen por orientación sexual o identidad de género en lugares públicos, en los negocios, en los medios de transporte y en las viviendas" (p. 2). De esta manera, un proyecto que buscaba brindar seguridad en las diferentes esferas de la vida social terminó siendo una ley que solo prohibía el rechazo al discrimen en el empleo público. Por otro lado, el Gobierno de Puerto Rico se ha caracterizado por atemperar sus leyes al ordenamiento jurídico federal, mientras al mismo tiempo propone medidas y enmiendas en el Código Civil que van en contra de dicho ordenamiento (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2018).

De manera similar, es típico encontrar por parte de la Rama Legislativa proyectos de ley que van en contra de los derechos adquiridos por las poblaciones LGBT (Noticel, 2017) mientras

que los mismos son vetados por la Rama Ejecutiva (El Nuevo Día, 2018). Es decir, el contexto jurídico para la comunidad LGBT es de incertidumbre dado que el Gobierno de Puerto Rico protege estas comunidades cuando por obligación federal viene obligado a hacerlo y no porque sea política pública del gobierno. Por ejemplo, el último logro obtenido por parte de la comunidad transgénero en Puerto Rico fue que los miembros de este grupo pudieran cambiar sus nombres en el certificado de nacimiento. Sin embargo, fue el Tribunal Federal el que tuvo que declarar inconstitucional el estatuto que prohibía a las personas transgénero realizar el cambio de nombre en el certificado de nacimiento en Puerto Rico (Noticel, 2018). Similar fue el caso con el matrimonio entre personas del mismo sexo; solo cuando el Tribunal Federal tomó la decisión de legalizar el mismo fue que el gobierno de Puerto Rico posibilitó dichos matrimonios. Por otra parte, debo destacar que durante la administración actual del Gobierno de Puerto Rico el ex gobernador Ricardo Roselló estableció a través de una orden ejecutiva el Consejo Asesor en asuntos LGBTT (La Fortaleza, 2017) con el objetivo de asesorar al gobernador en asuntos vinculados a la comunidad LGBTT. Actualmente en Puerto Rico se cuenta con la Ley de Crímenes de Odio que establece "considerar como circunstancia agravante el hecho de que un delito se haya cometido motivado por prejuicio hacia la víctima" (p.1). Además, en el empleo público en Puerto Rico es posible la inclusión de parejas del mismo sexo al plan médico, sean estas casadas o no y es permitida la adopción por parte de parejas del mismo sexo.

Investigaciones en Estados Unidos y América Latina

Según sugiere la literatura revisada, entre las principales problemáticas que enfrenta la población transgénero en estas áreas geográficas se encuentra la falta de apoyo social, alto riesgo de suicidio, altos niveles de violencia, negación de servicios médicos, discrimen en la esfera pública y privada, altos niveles de estigma de parte de profesionales de la salud, homicidios, alta

prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Si bien el nivel y frecuencia de estas problemáticas varía por región geográfica, las mismas son similares en Estados Unidos, América Latina y Puerto Rico. Según Meerwijk y Sevelius (2017), en Estados Unidos la población transgénero ha ido en aumento continuo en la última década. El mejor estimado establece que uno de cada 250 adultos o casi un millón de estadounidenses se identifican como personas transgénero. No obstante, los autores establecen que la categoría transgénero es insuficiente para rescatar la diversidad de identidades dentro de esta población dado que "cerca de un 20% de las personas que contestan las encuestas nacionales se identifican como no conforme al género o género variante" (p.6).

La investigación llevada a cabo por Davey, Bouman, Arcelus y Meyer (2014) tenía como objetivo comparar los niveles de apoyo social que tenían las personas diagnosticadas con disforia de género en comparación con un grupo control y examinaron la relación existente entre apoyo social y bienestar psicológico. Los participantes de esta investigación fueron seleccionados por disponibilidad en una clínica especializada para trabajar con trastornos de identidad de género. En total participaron en la investigación 103 personas diagnosticadas con disforia de género. Entre los instrumentos de evaluación se utilizaron el Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Psychopathology (Symptom Checklist 90 Revised, SCL), Quality of Life (Short Form 36 version 2, SF), and Life Satisfaction (Personal Wellbeing Index, PWI). Entre los resultados más sobresalientes resaltan que las mujeres transgénero obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el MSPSS al compararlas con el grupo control. No obstante, no encontraron diferencias significativas en los puntajes de los hombres transgénero y el grupo control. De manera que las mujeres transgénero fueron las que obtuvieron las puntuaciones más bajas dentro de la muestra. La interpretación de los resultados indica que las mujeres transgénero

perciben tener menor apoyo social al compararlas con un grupo control de mujeres cisgénero. Según los investigadores el apoyo social está íntimamente vinculado a la calidad de vida y satisfacción de vida, de manera que es un área en que se debe mejorar en las personas diagnosticadas con disforia de género. Los investigadores recomendaron mayor inclusión de los psicólogos clínicos en el proceso de mantener el apoyo social para las mujeres transgénero y mayor educación a las personas que no se identifican como transgénero respecto a la disforia de género y sus particularidades.

Carroll, Güss, Kimberly & Andy (2012) exploraron las respuestas que brindaron estudiantes subgraduados en el sur de los Estados Unidos sobre sus sentimientos y deseos de interacción social con personas transgénero en contextos de ayuda. Específicamente, los investigadores evaluaron el nivel de empatía, curiosidad interpersonal e interés en interactuar en el futuro con estas poblaciones. En esta investigación participaron 251 sujetos, divididos en 200 mujeres y 51 hombres, todos estudiantes subgraduados de psicología en una universidad de Estados Unidos. Para llevar a cabo el estudio los investigadores dividieron la investigación en dos fases. Durante la primera fase les administraron a los participantes el Interpersonal Reactivity Scale y el Interpersonal Curiosity Scale. Luego, tomaron diversas medidas respecto al interés de los participantes en interactuar con personas de la comunidad transgénero. Entre los resultados más importantes se destaca que los participantes identificados como hombres fueron los más que expresaron molestia e incomodidad al interactuar con personas transgénero. Específicamente, expresaron mayor incomodidad al interactuar con mujeres que se habían realizado el cambio de reasignación de sexo a hombres. En otras palabras, sentían mayor rechazo y sentimientos negativos con personas que asumían una identidad de género similar a la de ellos.

Por otro lado, los participantes identificados como hombres presentaron altos niveles de interés para interactuar con hombres que se habían realizado el cambio de reasignación de sexo a mujeres y tuvieron pocos sentimientos negativos hacia estas personas. Las mujeres, por su parte, no presentaron niveles significativos de incomodidad ni de sentimientos negativos. Para futuras investigaciones, los investigadores sugieren explorar el impacto que pueda tener la clase social, raza, etnicidad y edad de los participantes al momento de llevar a cabo una investigación con personas de la comunidad transgénero. Igual, mencionaron la importancia de explorar la estigmatización de la comunidad transgénero en personas gay, lesbianas y bisexuales. Por último, recomendaron explorar la estigmatización y prejuicios en contra de la población transgénero a través de las micro agresiones que esta sufre en la sociedad. Dichos resultados denotan cómo los hombres cisgénero visualizan como una intromisión indebida el que alguien intente traspasar los limites sociales del género. Además, muestra cómo los roles sociales del género tienden a presentarse de manera más estática y restricta en los hombres que en las mujeres.

Liu y Mustanski (2012) llevaron a cabo una investigación en la cual exploraron las ideaciones suicidas en la población LGBT en la ciudad de Chicago, en Estados Unidos. El propósito principal del estudio fue proveer una evaluación longitudinal de los factores de riesgo y riesgos asociados a la ideación suicida y comportamientos auto agresivos en una muestra de jóvenes de la población LGBT. Para realizar la investigación se reclutaron a 246 jóvenes de la comunidad LGBT entre los 16 a 20 años. Estos participaron de la investigación en cinco momentos distintos en intervalos de seis meses. En la primera intervención se realizaron entrevistas a los participantes en las cuales se indagó sobre intentos e ideaciones suicidas y se les administraron cuestionarios que medían conformidad de género, impulsividad y búsqueda de

sensaciones. En las intervenciones posteriores los participantes completaron entrevistas estructuradas y cuestionarios que buscaban indagar sobre ideaciones suicidas, desesperanza, apoyo social y victimización. Los datos fueron recolectados entre el año 2007 y 2011. Entre los resultados más destacados, los investigadores señalan que la victimización de la comunidad LGBT estaba asociada con ideación suicida y auto mutilación, al igual que a los intentos suicidas. En contraste, la impulsividad y el poco apoyo social predijeron ideación suicida, mientras que la búsqueda de sensaciones, género y conformidad de género predijeron auto mutilación. De esta manera, tanto factores generales como específicos contribuyeron a la ideación suicida y la auto mutilación en jóvenes de la comunidad LGBT. Los investigadores recomendaron ampliar las redes de apoyo a la comunidad LGBT y trabajar con la estigmatización que recibe esta población. Estos resultados sugieren la posición vulnerable en la que se encuentran las poblaciones LGBT y la necesidad de crear y mantener redes de apoyo para dichas comunidades.

En América Latina la situación de las personas transgénero guarda cierto paralelismo a la de sus pares en Puerto Rico y algunas similitudes con sus pares en Estados Unidos y Europa. No obstante, una persona transgénero en América Latina tiene mayor probabilidad de sufrir discrimen y morir a causa de un crimen de odio que sus contrapartes en otras áreas del mundo. Por ejemplo, Bockting y Keatley (2012) establecen que las personas transgénero en América Latina y el Caribe presentan:

> Altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio), alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas; alta tasa de prevalencia de VIH e infecciones de transmisión sexual y alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. (pp. 29-30)

También, Bockting y Keatley (2012) informa en su reporte “Por la Salud de las Personas Trans” que “una de las amenazas más inmediatas para la salud de las personas trans consiste en los niveles desproporcionadamente altos de violencia física, a menudo mortal, a los que están expuestas” (p. 30). Por ejemplo, El Observatorio de Personas Trans Asesinadas (TMM, por sus siglas en inglés) establece que entre 2008-2016 se han registrado 2,190 asesinatos de personas transgénero alrededor del mundo (Carsen y Berredo, 2016). De este total, 78.1% de los asesinatos han ocurrido en Centro y Sur América como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1

Asesinatos de personas transgénero a nivel mundial

Número de países	Región/Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	Porcentaje
5	África	2	2	0	1	4	1	1	1	0	12	0.5%
16	Asia	18	20	31	26	21	20	31	21	10	198	9.0%
23	Latino América	94	167	182	208	254	217	238	216	135	1711	78.1%
16	Europa	13	20	11	16	15	10	8	13	7	113	5.2%
2	Norteamérica	19	14	9	17	17	23	15	23	14	151	6.9%
4	Oceanía	3	1	0	0	0	0	1	0	0	5	0.2%
66		149	224	233	268	311	271	294	274	166	2190	100%

Esto es una cifra reveladora del nivel de discrimen y vulnerabilidad a la que está expuesta la población transgénero en América Latina. No obstante, los autores señalan que dichos datos deben ser interpretados con precaución dado que el número de homicidios que reportan está directamente relacionado con la cantidad de agencias de monitoreo que tienen en los distintos países. En el caso de América Latina, esta es el área geográfica donde mayor presencia tiene la TMM, de manera que logra recolectar mayor cantidad de datos. Esto sugiere que el número de homicidios de las personas transgénero puede ser mucho mayor en otras áreas del mundo y pasar desapercibido en los registros oficiales. Por esta razón, los autores del TMM establecen que este número es solo "la punta del iceberg" (p. 12) dado que la cantidad real de asesinatos es mucho mayor que la que se brinda oficialmente. Estos resultados son consistentes con las investigaciones previamente citadas que argumentan que las poblaciones transgénero se encuentran excesivamente vulnerables cuando se comparan con otros grupos poblacionales.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2015) en su reporte Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América argumenta que los principales problemas que enfrenta esta población son: falta de denuncias y estadísticas oficiales de violencia hacia la población LGBT, violaciones al derecho a la vida, ejecuciones extrajudiciales, asesinatos, violaciones al derecho a la integridad personal, violaciones por fuerzas de seguridad del estado, tortura, trato cruel e inhumano, violencia médica hacia las personas intersex, violencia en la prestación de servicios de salud, discurso de odio, entre otros. La CIDH establece que las personas transgénero tiende a ser el grupo más marginado dentro y fuera de la comunidad LGBT. Por ejemplo, cuando en el San Salvador se reportó un ataque brutal contra un agente de la policía identificado como hombre transgénero, el CIDH (2015) menciona que "mientras estaba siendo golpeado, según se reporta, se le gritaba que se le estaba

tratando “como se trata a un hombre”, haciendo referencia a su identidad de género.” (p. 83). Respecto al tipo de violencia particular que sufre esta población el CIDH (2015) establece que:

> En el Registro de Violencia, referido anteriormente, existen numerosos ejemplos de homicidios particularmente crueles, incluyendo casos de personas lapidadas, decapitadas, quemadas y empaladas. Muchas víctimas son repetidamente apuñaladas o golpeadas hasta la muerte con martillos u objetos contundentes. Otras reciben puñetazos o patadas hasta su muerte, les arrojan ácido o son asfixiadas. Algunas de las víctimas en el Registro fueron reiteradamente atropelladas por carros, mutiladas o incineradas. En muchos casos, las víctimas fueron asesinadas luego de ser sometidas a horribles actos de tortura, tratos inhumanos o degradantes, y múltiples formas de extrema humillación, degradación, y violación. (p. 85)

Los datos presentados en los reportes del CIDH (2015), el de la Bockting, y Keatley (2012) y el del TMM (2016) establecen de manera clara y contundente las formas en que la población LGBT es discriminada y maltratada tanto en la esfera pública como privada. De igual manera, en el ámbito laboral es típico el discrimen hacia las personas LGBT. Jiménez-Castaño, Cardona-Acevedo y Sánchez-Muñoz (2017) realizaron una investigación en la cual evaluaron la discriminación y exclusión laboral en la comunidad LGBT en Bogotá, Colombia. Entre los resultados encontraron altos niveles de exclusión y segregación en los ámbitos laborales por razones de orientación sexual, visibilidad de la identidad de género y expresión de esta. En el caso de los servicios médicos, por ejemplo, en México Winton (2017) presenta cómo sistemáticamente los mismos le son negados a las personas transgénero en México por considerar que esta población no merece dichos servicios. Esto lleva a todo un sector de la comunidad transgénero a buscar alternativas de atención médica de manera clandestina. Por

ejemplo, es típico que ante la negativa en la prestación de servicios médicos las personas transgénero incurran en el uso ilegal e insalubre de inyecciones de hormonas, Botox, intervenciones quirúrgicas, entre otros (Roller, Sedlak y Draucker, 2015). Todo lo anterior apunta a que aun existen altos niveles de prejuicio y discrimen hacia las poblaciones transgénero en el ámbito social. En la próxima sección explicaré el desarrollo del DSM, la visión que se ha construido de las personas transgénero desde el discurso médico y la relación de este con el estigma y marginalización que sufre dicha población. Las investigaciones previamente citadas demuestran, primero, lo vulnerable que se encuentran las poblaciones transgénero. Segundo, explican cómo las entidades gubernamentales no responden a las necesidades de estas poblaciones, sino que abonan al discrimen social que sufren las mismas. Tercero, demuestran el alto riesgo suicida que presentan estas poblaciones y alto número de homicidios a los que se enfrentan.

La Psicopatologización de la Diferencia: El caso del discurso psiquiátrico y el DSM

Dos grandes pensadores del siglo XIX son los que establecen las bases teóricas que van a dar cuenta de la etiología y clasificación de los llamados trastornos mentales en el campo de la psiquiatría; Sigmund Freud (1856-1939) y Emil Kraepelin (1856-1923) (Caponi & Martínez-Hernáez, 2013). Es importante destacar que ambas propuestas representan posiciones antagónicas respecto a la naturaleza de los trastornos mentales y coexistieron conflictivamente al interior del discurso psiquiátrico hasta finales de la década del 70. Inicialmente, la propuesta psicodinámica elaborada por Freud va a dominar el discurso psiquiátrico desde principios del siglo XX hasta mediados de la década del 1970 (Johnson, 2014). No obstante, los retos que plantea la Primera y Segunda Guerra Mundial logran que la visión kraepeliana tome total control de la disciplina a comienzos de la década del 1980 (del Barrio, 2009). Previo a la discusión de

ambas propuestas, me parece esencial destacar que, si bien es cierto que el discurso psiquiátrico tradicional en los Estados Unidos argumenta, que el inicio de dicha disciplina tuvo como eje central la propuesta del psicoanálisis; existe gran controversia respecto a la adaptación y adecuación del discurso psicoanalítico al interior de la psiquiatría. Es decir, las conjeturas, inferencias, contradicciones e ideas especulativas que son inherentes y constitutivas del desarrollo histórico del discurso psiquiátrico- y que permanecen actualmente-, no se deben vincular a la propuesta psicoanalítica que, según los mismos psiquiatras, servía de base teórica al inicio de la disciplina. En tal sentido, el uso de términos asociados al psicoanálisis y que sirvieron como referentes en el inicio y desarrollo de los primeros manuales de la psiquiatría, no tienen correspondencia directa a la propuesta freudiana. En todo caso, el discurso psiquiátrico reinterpreta, elimina e incorpora conceptos utilizados en el psicoanálisis y los presenta como parte de su disciplina. Por tanto, las limitaciones y contradicciones que son características del inicio y desarrollo de la psiquiatría no se deben atribuir al psicoanálisis ni a los llamados psicodinámicos.

El enfoque psicodinámico se caracteriza por intentar comprender la etiología de los trastornos mentales y la forma en que experiencias traumáticas, especialmente en la niñez, influencian el desarrollo emocional y psicológico de las personas. Entonces, desde esta propuesta teórica, la psiquiatría de la época percibía a los trastornos mentales como el producto del conflicto de fuerzas inconscientes y experiencias en la niñez temprana. El objetivo principal de la disciplina era explorar junto al paciente sus experiencias pasadas e intentar conciliar los conflictos internos que este tuviera. De manera que la historia del sujeto, sus narrativas y construcciones oníricas tienen un rol central en el trabajo psiquiátrico. Plantea Blashfield, Keeley, Flanagan y Miles (2014) en referencia a los psiquiatras de principio del siglo XX que:

> había poco interés por la nosología de los trastornos mentales excepto cuando esta resultaba útil para el manejo de los pacientes y llevar a cabo tareas administrativas en los hospitales. Los diagnósticos eran una preocupación primaria para los psiquiatras, pero solo cuando servían para algún propósito práctico. Los psiquiatras estaban muy al tanto de la problemática de definir categorías de trastornos mentales, de manera que las clasificaciones que llevaban a cabo tendían a ser generales y fluidas. Además, clasificaciones basadas en la etiología de la psicopatología no eran posibles debido a que las teorías explicativas eran, en el mejor de los casos, especulativas. (p. 27)

De esta manera, se puede observar lo difuso y complicado que resultaba el proceso de diagnóstico en la psiquiatría. La ausencia de un fundamento teórico coherente, la imprecisión en criterios e indicadores de las psicopatologías, así como un desconocimiento de la etiología de las enfermedades abonó al pobre desarrollo inicial de la disciplina. Plantea del Barrio (2009) que la idea de clasificar y agrupar los hoy llamados trastornos Psicológicos o mentales data desde la antigua Grecia con pensadores como Hipócrates en el siglo IV antes de Cristo (a. C.) que distinguía entre Manía y Melancolía. Si se coteja la genealogía reciente de los llamados trastornos mentales se encuentra que los principales referentes del sistema de clasificación actual fueron: Linneus, Pinel y Kraepelin. Por ejemplo, fue Linneus un "experto biólogo clasificador, que pulió la clasificación creando unos géneros de enfermedades: Ideales (Delirio, Amentia, Manía, Melancolía y Vesania), Imaginarias (Hipocondría, Fobia, Somnambulismo y Vértigo) y Padecimientos (Bulimia, Polidipsia, Satiriasis y Erotomanía)" (del Barrio, 2009, p. 82). Además, durante el siglo XVIII, Linneus crea el primer sistema riguroso de clasificación botánica que servirá de antecedente para el desarrollo actual del sistema de clasificación de las llamadas enfermedades mentales. Por otro lado, Pinel desarrolla un sistema de clasificación de las

enfermedades basadas en distintos criterios etiológicos. Menciona Braunstein (2013) que "en el marco ideológico de la medicina clasificatoria se produjo la distinción de cinco clases fundamentales: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo…" (p. 21). El valor de este sistema de clasificación residía en que clasificaba y organizaba a las enfermedades mentales como entidades "cerebrales, hereditarias o morales" (Braunstein, 2013 p. 21). En otras palabras, dicho sistema clasificatorio brindaba, de manera preliminar, una etiología y ordenamiento de las llamadas enfermedades mentales. Según el diccionario APA (2015) la clasificación se define como:

> el proceso por el cual objetos, eventos, personas o experiencias son agrupadas en categorías o clases sobre la base de: a) características compartidas por los miembros de una misma clase y b) atributos que distinguen a los miembros de una clase de los miembros de otra clase. (p. 164)

Emil Kraepelin es el que crea y sienta las bases para el sistema de clasificación en el campo de la psiquiatría a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Eberty Bär, 2010). Uno de los logros más importantes de Kraepelin fue relacionar la patogénesis con la manifestación de los trastornos psiquiátricos. Es decir, para Kraepelin era posible describir y clasificar un trastorno mental bajo la premisa de que algún correlato biológico era la causa de este. Según Johnson (2014) Kraepelin "estaba enfocado en la clasificación, categorización y descripción de los trastornos psiquiátricos" (p. 154). Este insistía en que los trastornos psiquiátricos fueran tratados como enfermedades médicas y categorizados como entidades diferenciadas en función de sus síntomas y prognosis. Esta visión de la psiquiatría se fundamenta en la idea de que la etiología de los trastornos mentales es de naturaleza biológica; similar a la etiología de las enfermedades médicas. Por tanto, el rol de la psiquiatría debe ser describir, categorizar y clasificar. Menciona

Ebert y Bär (2010) que el impacto de Kraepelin fue de tal magnitud que en la actualidad tanto el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) se basan en los conceptos que este elaboró.

Como toda disciplina que se hace llamar científica, la psiquiatría ha tenido un desarrollo histórico diverso e influenciado por distintas vertientes teóricas y tecno-científicas. Estudiar el desarrollo y constitución del sistema de clasificación en el campo de la psiquiatría remite, necesariamente, al contexto histórico en el cual dicho aparato taxonómico se articula. Como atinadamente argumenta Braunstein, Pasternac, Benedito y Saal (1982) "sucede que al definir el objeto de una disciplina (ésta u otra cualquiera) se define al mismo tiempo y de un solo golpe qué se habrá de estudiar y también cómo se abordará ese objeto." (p. 22). No obstante, es legítimo preguntarse ¿y si el objeto de dicha disciplina no está adecuadamente definido? ¿podemos hablar de qué se habrá de estudiar y de cómo se abordará dicho objeto? A mi modo de ver este es un asunto medular en la constitución de la psiquiatría como disciplina científica y presenta un punto de inflexión- *a Turning Point*- que dificulta el desarrollo de la misma. De igual manera, diversos autores argumentarían que esta limitación pondría en duda el estatuto mismo de cientificidad por el que tanto ha luchado la psiquiatría a lo largo de su desarrollo (véase, Chalmers, 2000/1982; Habermas, 2011/2007; Kuhn, 1996/1962).

De hecho, desde la perspectiva kuhniana el discurso médico-psiquiátrico estaría aun en un estado de pre-ciencia y en un esfuerzo por articular los pre conceptos que, eventualmente, propiciarían el desarrollo de una ciencia madura. No obstante, mientras no se clarifiquen y demarquen los límites específicos del objeto de estudio de la psiquiatría, esta no se puede considerar una ciencia madura desde esta perspectiva. Del mismo modo, para Braunstein (1982) estos conceptos son el equivalente al aspecto ideológico que precede a todo desarrollo de una

disciplina científica. En cambio, es importante señalar aquí que para este autor esto no tiene que significar, necesariamente, algo negativo o que limite el desarrollo ulterior de la ciencia. Uno de sus argumentos principales establece que toda ciencia se desarrolla desde un discurso ideológico que le precede y que, sin este, no podría existir tal cosa como la ciencia. Aun así, es relevante hacer la acotación respecto a que la mayoría de estas definiciones parten de la premisa de que el estudio que hace el discurso médico-psiquiátrico de estos objetos es uno de carácter científico. Es decir, se presupone que dichos objetos de estudio se abordan desde una perspectiva científica y que la psiquiatría, en sí misma, es una ciencia. Esto a pesar de no lograr conceptualizar con precisión lo que sería el fundamento de la disciplina misma.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Desarrollo y controversias

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) es publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). A pesar de las críticas, el DSM es considerado actualmente como la 'biblia' de los trastornos mentales y es reconocido en los Estados Unidos como una autoridad en los sistemas de clasificación. De manera general, el DSM estructura, orienta y dirige la investigación en torno a la salud mental en los Estados Unidos. Se utiliza en disciplinas tan variadas como la psiquiatría, psicología, trabajo social, consejería, derecho y educación (Bower, 2001; Cooper, 2017; Johnson, 2014). El DSM no solo mantiene una posición de autoridad en el ámbito académico, sino que como plantea Figert (1996) este "tiene una gran influencia en la vida y en los aspectos legales de los ciudadanos. Dictamina la forma en la que los trastornos mentales son definidos, moldeados, formados y tiene consecuencias reales en la vida de las personas" (p. 23). Esto es sumamente relevante debido a que, como se demostrará más adelante, los discursos tecnocientíficos se materializan en prácticas de intervención que se inscriben en los cuerpos de las personas transgénero.

Según la APA (2016) la necesidad de clasificación de los trastornos mentales ha sido clara a través de la historia de la medicina, pero solo en tiempos recientes es que ha habido un acuerdo respecto a cuáles desórdenes deben ser estos y cómo deben estar organizados. Lo que dio origen y propició inicialmente el desarrollo de un manual de las enfermedades mentales fue la necesidad que tenía Estados Unidos para principios del siglo XX de recolectar información estadística sobre los trastornos mentales (Cooper, 2017). En el año 1918, la APA comenzó a colaborar con la Academia de Medicina de New York en el desarrollo de un sistema de clasificación psiquiátrico nacional. Este sistema se utilizó primordialmente para el diagnóstico de pacientes con condiciones psiquiátricas y neurológicas severas. Para la década del 1940 ya existía en Estados Unidos el Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases (APA y National Committee for Mental Hygiene, 1945/1942) que seguía la nosología creada por Kraepelin (Cooper, 2017). No obstante, la APA continuó trabajando en el desarrollo de su propio manual para la clasificación de los trastornos mentales.

Luego de la Segunda Guerra Mundial el Comité de Estadística y Nomenclatura de la APA desarrolla, junto a la sexta versión del ICD, la primera edición del DSM en el 1952 (véase tabla 2). Esta primera edición contenía un glosario de términos y descripciones de las categorías diagnósticas y fue el primer manual oficial de trastornos mentales en enfocarse en aspectos clínicos. El mismo se dividía en cinco secciones y contenía definiciones generales de los trastornos psiquiátricos principales (DSM, 1952). Plantean Blashfield, Keelu. Flannagan y Miles (2014) que:

> las descripciones de los desórdenes en el DSM I fueron redactadas en formato de prosa e incorporaban criterios comportamentales de los trastornos. Las descripciones eran muy cortas, rara vez llegaban a las 200 palabras y añadían muy poco al significado que se podía derivar del nombre del trastorno (p. 28).

El DSM I no tuvo tanta acogida y su uso fue limitado al contexto de los hospitales psiquiátricos. Desde su inicio el texto tuvo muchas críticas debido a lo impreciso de las categorías diagnósticas y el sesgo hacia desórdenes orgánicos y psicóticos. Esto llevó a la revisión del texto al poco tiempo de haber sido publicado. Luego, en el año 1968 se publica la segunda edición del DSM el cual se divide en tres secciones con once subdivisiones y delimita de manera un poco más específica los distintos tipos de trastornos (DSM, 1968). No obstante el esfuerzo de la APA por desarrollar un manual coherente respecto a los trastornos mentales, estas primeras ediciones eran muy limitadas al momento de explicar la etiología y los diagnósticos relacionados con los trastornos mentales y no tenía una buena organización. Similar al DSM I, el DSM II continuó con definiciones imprecisas y categorías de uso limitado (del Barrio, 2009). Como plantea Johnson (2014) respecto al DSM II "el manual permaneció a la periferia de las discusiones respecto a la naturaleza de los trastornos mentales tanto al interior de la psiquiatría como a nivel social más general" (p. 157). Antes de discutir las ediciones subsiguientes de los manuales, entiendo es fundamental señalar algunas precisiones respecto al DSM I y DSM II. Si bien es cierto que, a modo general, la historia de la disciplina psiquiátrica argumenta que las primeras dos ediciones del DSM tenían como eje teórico la propuesta del psicoanálisis; diversos autores plantean que dicha afirmación es, en el mejor de los escenarios, altamente debatible y cuestionable (Braunstein, Pasternac, Benedito y Saal, 1982; Kotan, Kotan y Özcürümez Bilgili, 2018). Tanto el DSM I como el DSM II contienen terminología y vocabulario que se desprende del abordaje psicoanalítico, no obstante, la etiología, aplicación y extensión de los llamados diagnósticos se alejaba por completo de la propuesta original del psicoanálisis. Es decir, no hay duda de la influencia que tuvo el psicoanálisis en los inicios y desarrollo de la psiquiatría y, de igual manera, la influencia que ejerció en las primeras dos ediciones del DSM. Sin embargo,

como ha sucedido con otras propuestas teóricas al interior de la psicología[6] norteamericana, el psicoanálisis sufrió distintas adaptaciones y mutilaciones al momento de ser coaptado por el discurso psiquiátrico. Dicho esto, quiero establecer que las críticas esbozadas a los primeros dos manuales del DSM, si bien es cierto que aluden al asunto de la subjetividad asociada al sesgo psicoanalítico, también es cierto que es altamente cuestionable el uso y aplicación de la propuesta psicoanalítica que la psiquiatría llevó a cabo en estas primeras dos ediciones del DSM.

Por otro lado, en el año 1980 se publica la tercera edición del DSM que cambia por completo el formato y la estructura del manual (APA, 1980). Esta versión introdujo cambios sustanciales e innovaciones importantes respecto a cómo se trabajaría con los llamados trastornos mentales. Entre los cambios principales se encuentran: criterios diagnósticos específicos, sistema multiaxial de evaluación y neutralidad respecto a los orígenes/etiología de los trastornos mentales (APA, 2016). Esta última modificación no alcanza sus objetivos en la medida en que no existe un discurso científico sin una buena teoría (Rodríguez- Arocho, 2011). En segundo lugar, invoca neutralidad, cuando, como veremos más adelante, arrastra una carga ideológica que pone en tela de juicio dicho reclamo. El DSM-III y las subsiguientes ediciones explicitan que no asumen postura teórica. Sin embargo, el mismo responde a premisas médicas que explican las patologías, en muchos casos, desde un esencialismo que no está explícito en el texto. Como demostraré más adelante, el DSM parte desde un modelo biológico para explicar los Trastornos Sexuales. Dicho modelo biológico está atravesado, a su vez, por perspectivas ideológicas.

Estas modificaciones supusieron abandonar los desordenes orgánicos y las categorías imprecisas que dominaron en las primeras ediciones del DSM por una perspectiva de corte

[6] Véase el caso de la adaptación de la teoría Vygotskiana y Piagetiana al contexto norteamericano (Rodríguez-Arocho, 1999).

krapeliano (Caponi y Martínez-Hernáez, 2013; Tsou, 2011). Además, aumenta el número de diagnósticos y se crean clasificaciones descriptivas que permiten ubicar a los pacientes en función de criterios más específicos. Este sería el formato que continuaría en los manuales subsiguientes, con excepción del sistema multiaxial que es eliminado en el DSM5 (DSM IV, trad. 1995; DSM 5, trad. 2014) con algunas revisiones y cambios en algunos trastornos como se verá más adelante. Como se muestra en la siguiente tabla, el DSM III marca un patrón de crecimiento en comparación con las ediciones anteriores y que será continuo en las ediciones futuras del manual.

Tabla 2

Patrón de crecimiento del DSM en sus distintas ediciones

Edición	Fecha de Publicación	Número de Páginas	Número de Diagnósticos	Ganancias de la APA
DSM-1	1952	132	128	No disponible
DSM-II	1968	119	193	$1.27 millones
DSM-III	1980	494	228	$9.33 millones
DSM-III-R	1987	567	253	$16.65 millones
DSM-IV	1994	886	383	$120 millones
DSM-IV-R	2000	943	383	No disponible
DSM 5	2013	947	541	No disponible

Las críticas, que fueron típicas y continuas en el DSM I y en el DSM II, fueron atendidas

en esta nueva versión del Manual. Como menciona Johnson (2014) “la versión final del DSM III ya no describía los diagnósticos en función de disturbios intrapsíquicos, sino que incluía descripciones detalladas de los trastornos como prevalencia, edad de inicio, prognosis, comorbilidad, entre otras” (p. 163). Esto, sin duda, supuso un giro paradigmático en la construcción del DSM y dictaminó la ruta que seguirían no solo los subsiguientes DSM, sino la psiquiatría en general. Antes de continuar elaborando respecto a las próximas ediciones del DSM, creo pertinente realizar algunas acotaciones respecto al mismo. Es necesario tener en cuenta que los cambios a la estructura y a los criterios utilizados para la construcción del DSM III y que continuaron en las ediciones subsiguientes, no implican un cambio en las premisas ideológicas que subyacen al interior del texto. Es decir, si bien para el discurso médico-psiquiátrico el giro que tomó la construcción del DSM III estableció el curso a seguir en la producción de los siguientes manuales, esto no eliminó las fallas conceptuales y estructurales que son inherentes al manual. Con lo anterior quiero enfatizar que, aunque no hay duda de que al interior del discurso médico-psiquiátrico estos cambios se visualizaron como un giro paradigmático importante para la profesión, esto no alteró las premisas ideológicas contenidas en el texto, sino que las revistió de etiquetas que simulan algún grado de cientificidad. En términos kuhnianos, esta edición del Manual, así como las que le preceden, se catalogarían como una pre-ciencia. Es decir, como nociones desarticuladas sin capacidad explicativa del fenómeno que pretenden explicar. En tal sentido, estos manuales solo describen fenómenos sin la posibilidad de explicarlos o dar cuenta de ellos. Además, no existía consenso en la comunidad científica de la época respecto a la validez y confiabilidad de dicho manual.

En 1994 se publica la cuarta edición del DSM que amplía el número de diagnósticos y

hace una revisión general al manual. Del Barrio (2009) menciona respecto a los cambios hechos en el DSM IV que "los trastornos mentales orgánicos desaparecen y se incorporan nuevos como 'trastornos de la alimentación', 'delirio', 'demencia' y 'amnesia', 'trastornos cognitivos' y 'trastornos del desarrollo severos', (síndrome de Rett, síndrome de Asperger). También fueron remodelados los trastornos sexuales infantiles" (p. 86). Finalmente, el DSM 5 es publicado en el año 2013 e incorpora más categorías diagnósticas, aunque disminuyen los criterios descriptivos en muchas de estas. Más adelante, en el capítulo de discusión, discutiré en detalle los aspectos ideológicos relacionados al desarrollo del DSM y cómo las personas transgénero se han representando desde la ideología heteronormativa.

En resumen, nos encontramos con una gran variación respecto a qué y cómo conceptualizamos una sexualidad saludable vis a vis una no saludable. Es evidente que a lo largo del tiempo han cambiado los criterios y las miradas que se le ha dado a la sexualidad. Inicialmente tenemos la categoría de Desviaciones Sexuales- DSM y DSM II- que no especificaba criterios diagnósticos ni brindaba la etiología de los trastornos contenidos en esta. Igual, lo único que se menciona en estas primeras dos ediciones del manual es la homosexualidad como una conducta desviada. Luego, en el DSM III se eliminan algunos de estos trastornos y se añaden algunos nuevos como el Transexualismo. Posteriormente, el DSM IV elimina el trastorno de Transexualidad, pero incorpora el Trastorno de Identidad de Género. Por último, el DSM 5 elimina este trastorno y añade el de Disforia de Género. En la sección de discusión de este trabajo elaboraré en detalle cómo cada una de las categorías previamente mencionadas.

Capítulo III

Marco Teórico

> "El género es el mecanismo a través del cual se producen y se naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino, pero el género bien podría ser el aparato a través del cual dichos términos se deconstruyen y se desnaturalizan" (Butler, trad. 2004, p.11).

La sexualidad humana ha sido explicada a lo largo del desarrollo de la ciencia médica desde distintas propuestas teóricas. Como se presentó antes, Drescher (2015) argumenta que en el desarrollo de los trastornos sexuales en el DSM se pueden rescatar tres visiones principales: el patológico, el de inmadurez en el desarrollo y el modelo de la variación normal. Es importante rescatar la relación unívoca que se establece entre el modelo ateórico que subyace a la explicación de los trastornos sexuales en el DSM y la percepción que, a su vez, se produce de estos. Como argumenta Rodríguez-Arocho (2011) "no hay una técnica o estrategia que se sostenga al margen de un marco conceptual y no hay un marco conceptual que pueda construirse al margen de premisas filosóficas y de las formas de pensar que derivan de ellas" (p. 2). Desde dicha óptica es posible argumentar que la construcción de la sexualidad y el género que se hace en el DSM está estrechamente vinculada con los presupuestos ideológicos que permean en el discurso médico científico de la psiquiatría. A modo de ejemplo, la premisa imperante en el DSM-I era la patológica, de manera que la visión de la sexualidad humana producida por el discurso médico era a favor de una sexualidad tradicional y en detrimento de sexualidades alternativas. Por tal razón, el objetivo de este capítulo será establecer el modelo teórico que permita dar cuenta de las vivencias de las personas transgénero desde una mirada no patológica.

Para esto, se utilizará la teoría Queer elaborada por Judith Butler y analizaré la misma con los conceptos de poder, discurso y verdad, según elaborados por Michel Foucault. Desde dichas perspectivas es posible vincular la producción de la identidad transgénero en el DSM como una tecnología del poder que se inserta al interior del discurso médico y que se promueve a través de los presupuestos ideológicos que permean al mismo.

Poder, Discurso y Verdad

Van Dijk (2005) menciona que una noción central en casi todo el trabajo crítico sobre el discurso es la de poder y, más específicamente, de poder social de grupos o instituciones. Según Ávila-Fuenmayor (2006), el término "poder proviene del latín *possum*, que de manera general significa ser capaz, tener fuerza para algo, o lo que es lo mismo, ser potente para lograr el dominio o posesión de un objeto físico o concreto" (p. 216). Foucault comenta respecto a la noción de poder que:

> Cuando digo «poder» no me propongo identificar una instancia, visible o no, que poco importa, como una especie de potencia que difundiría su efecto nocivo a través del cuerpo social y que extendería de modo fatal su red, progresivamente tupida, hasta estrangular a la sociedad y al individuo. No se trata de eso. El poder no es una cosa, el poder significa relaciones. Relaciones entre los individuos de tal manera que uno puede determinar voluntariamente la conducta de otro. (Colina y Jalón (2009) p. 140)

Es decir, la noción de poder está íntimamente relacionada con la posibilidad de ejercer control sobre un otro, sea este control de tipo físico y directo o de naturaleza abstracta y discursiva. Para Foucault (trad. 1984) lo central de las relaciones de poder es evaluar los mecanismos de estas, cómo se inserta este en el orden social y dilucidar los dispositivos sociales de poder y sus implicaciones. El poder, en este contexto, no es una cosa que existe puntualmente

en un lugar o institución, no contiene una marca específica que permita coaptarlo o controlarlo. El poder, en fin y al cabo, se conjuga en las relaciones entre individuos, instituciones y el discurso. Lo importante en las relaciones de poder consiste en mantener un balance adecuado entre los actores que llevan a cabo el ejercicio del poder. Lo contrario a esto sería el equivalente a una relación de opresión en la cual uno de los miembros de la relación de poder no tiene las estrategias de alterar dicha relación. Es decir, para Foucault es importante que en toda relación de poder sea posible resistir, subvertir y alterar el orden de este. Como el mismo Foucault plantea (2008/1977) que:

> Me parece que por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las trasforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales. (p. 112)

Es en esta instancia donde la noción de poder adquiere relevancia para el Análisis Crítico del Discurso (ACD). Para Foucault el poder no implica, necesariamente, el uso de la fuerza física para controlar a un otro o la imposición directa y violenta de un grupo sobre otro. En nuestra contemporaneidad, las relaciones de poder entre los grupos se articulan en lo que Foucault denomina relaciones poder-saber. Esto es, relaciones en las cuales el poder se ejerce desde el control del contexto discursivo y, en apariencia, en beneficio del grupo dominado. Este tipo de

relaciones de poder se caracterizan por el control y dominio de un grupo sobre otro de manera solapada. Importante, esto no implica el control directo y el ejercicio irrestricto del poder de un grupo sobre otro, sino, cómo a través del control discursivo -esto es, quién o quiénes otorgan significado a la experiencia- se modulan los grupos entre sí. El control ya no es físico- aunque podría serlo- sino discursivo. Es decir, el poder se tramita a través de la hegemonía discursiva y los efectos de verdad que se construyen en conjunto con las estructuras de poder. Respecto a este particular Van Dijk (2005) menciona que:

> Aunque gran parte del control discursivo es contextual o temático, los detalles locales de estilo léxico o sintáctico, el significado proposicional, la toma de turnos en la conversación, los recursos retóricos y las estructuras narrativas (entre muchas otras estructuras discursivas) pueden ser controladas por miembros de grupos poderosos, profesionales, organizaciones o instituciones. (p. 209)

Por tanto, el uso de la noción de poder en este contexto no alude al uso de fuerza desmedida ni control directo sobre los grupos. En todo caso, la relación poder-saber es la manera en que los actores del juego social popularizan un discurso y lo presentan como verdadero desde sus respectivas posiciones de poder. Como Van Dijk (2005) argumenta "el poder no es siempre ejercido bajo la forma de actos abusivos ejecutados por miembros de un grupo, sino que puede ser representado por un vasto repertorio de acciones naturalizadas en la vida cotidiana" (p. 207). Es decir, el poder se tramita como una ideología o discurso que logra dominancia en algún aspecto de la esfera social y es presentado como la visión normativa respecto a un tema. En esta misma línea Urra, Muñoz y Peña (2013) explica que el discurso "es una creencia, una práctica o un conocimiento que construye realidad y proporciona una forma común de entender el mundo por los individuos y pragmáticamente, es el lenguaje en uso y sus efectos en los distintos

contextos sociales" (p. 52). Desde esta perspectiva el poder se tramita en y a través del discurso al producir conocimientos ideológicos que sirven de marcos interpretativos para los grupos dominados. Es de esta manera que se produce, desde el discurso médico, la visión dominante respecto al tema transgénero. Claro está, el discurso médico hace transparente las relaciones de poder que se despliegan en el orden de lo social como resultado de múltiples sistemas de sistemas de conocimiento. En tal sentido, es posible describir, explicar y modular a las personas transgénero en función del control- físico y discursivo- que ejerce el campo de la medicina respecto al cuerpo y que, las personas transgénero, de modos contradictorios reproducen y recusan simultáneamente. El discurso, entonces, es un dispositivo o estrategia en las relaciones de poder con consecuencias similares al dominio del poder físico. Esta capacidad de controlar el discurso no solo tiene un efecto de control de los cuerpos de otros, sino que es una fuerza productiva. Produce cuerpos, subjetividades, intereses, gustos e ideologías. Es una fuerza que produce marcos interpretativos y maneras de ver al mundo a las personas que son marcadas bajo la etiqueta de transgénero. Son estos juegos de verdad producidos desde los discursos normativos los que Foucault (2005a) explica que son:

> una cierta forma capilar, una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general logran, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos, las palabras; la manera, en síntesis, como todos esos poderes, al concentrarse en el descenso hacia los propios cuerpos y tocarlos, trabajan, modifican y dirigen (...) las fibras blandas del cerebro. (p. 51)

El discurso, en el sentido antes explicado, nos lleva al próximo concepto de interés: ideología. En esta se insertan los discursos heteronormativos que van a modular las percepciones

y actitudes que se tienen hacia las personas transgénero. Por ejemplo, Van Dijk (2005) argumenta que:

> las ideologías consisten en representaciones sociales que definen la identidad social de un grupo, es decir, sus creencias compartidas acerca de sus condiciones fundamentales y sus modos de existencia y reproducción… No son cualquier tipo de creencias socialmente compartidas, como el conocimiento sociocultural o las actitudes sociales, sino que son más *fundamentales* o axiomáticas. Ellas controlan y organizan otras creencias socialmente compartidas…Una de sus *funciones cognoscitivas* es proporcionar coherencia (ideológica) a las creencias de un grupo y así facilitar su adquisición y uso en situaciones cotidianas. (p.10)

En tal sentido, las ideologías funcionan como un andamiaje sobre el cual se reproducen las ideas de un grupo social respecto a un fenómeno. Por ejemplo, existen ideologías racistas, homofóbicas, misóginas, entre otras. Estas no solo brindan coherencia "lógica" al grupo que las sigue, sino que media las actitudes y acciones que dicho grupo pueda tener respecto a otro grupo poblacional. Como veremos más adelante, el discurso heteronormativo que permea en nuestra cultura es un buen ejemplo de una ideología que modula el cómo se piensa, representa y actúa hacia la población transgénero.

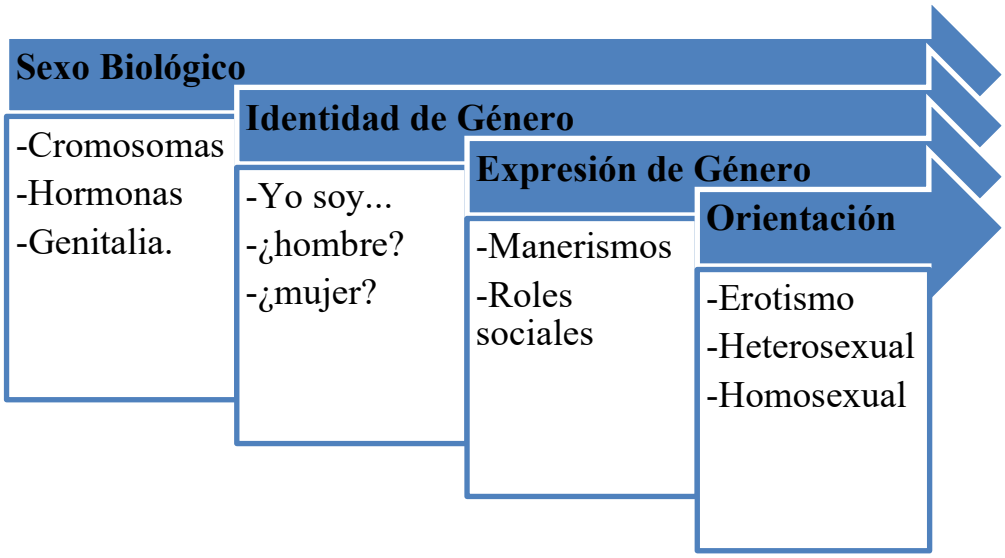
Sexualidad y género: premisas y entendidos tradicionales

Como mencioné al inicio del trabajo, el diccionario de la Real Academia Española (RAE) (2014) define el término género como el "grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo entendido el género desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico" (p. 4441). Similar, la RAE (2018) define el sexo como "condición orgánica, masculina o femenina; conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo o lo referente a los

órganos sexuales”. Ambas definiciones rescatan la visión tradicional que permea en torno a la sexualidad humana y el género. Esto es, que el género clasifica, organiza y categoriza en función del sexo. A su vez, el sexo es presentado como un elemento relacionado con lo orgánico y que, a su vez, puede ser masculino o femenino. Esta postura, típica en el discurso social y científico, responde a lo que diversos autores presentan como teorías esencialistas de la sexualidad humana (Butler, 2002; Clarke, Ellis, Peel y Riggs, 2010; Dreschler, 2015). Dichas teorías asumen que la sexualidad tiene su origen en la estructura biológica de la persona y que el género deviene directamente de ésta. Por tanto, al nacer, una persona llega al mundo con una estructura biológica predeterminada que dictamina y fija el curso normal del desarrollo sexual. Lo normal, entonces, se define y establece en función de la genitalia o sexo biológico que, a su vez, predetermina la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. Esta visión naturalizada de la sexualidad humana se conoce como el sistema sexo-género. Para Butler (trad. 2006) este sistema es el ente social que “examina cómo se regula el género, cómo se imponen dichos reglamentos, cómo se incorporan y cómo se viven por parte de los sujetos sobre los cuales se imponen” (p. 67). Es un sistema basado en la dicotomía de los sexos y géneros que sólo admite como normal la relación hombre/mujer y masculino/femenino. Desde esta perspectiva se entiende que si se nace macho, se es hombre. Si se es hombre, entonces se es masculino y si se es masculino se es heterosexual (véase Figura 1).

Figura 1

Representación del Sistema Sexo-Género



A su vez, la relación que se establece entre estas variables es de naturaleza lineal. El sexo biológico viene a ocupar el rol de categoría ontológica que designa y brinda esencia a la identidad de género, expresión de género y a la orientación sexual. Así, desde esta postura el género es a la cultura, lo que el sexo es a la naturaleza. Como argumentan Osborne y Molina-Petit (2008), el binomio sexo-género va a ser el sistema que se encarga de que los machos se conviertan en hombres/masculinos y las hembras en mujeres/femeninas. Esta idea de la sexualidad que se produce desde el binomio sexo-género es la que permite patologizar a todas las personas que no se adscriben a dicha visión. Es decir, desde el sistema sexo-género se lleva a cabo la demarcación entre lo que se considera normal y anormal en la sexualidad humana. Los cuerpos son vistos como productos de la naturaleza y el sexo de dichos cuerpos, por lo tanto, es pre-discursivo. En efecto, lo que esta visión sugiere es que dado que el cuerpo existe previo al sujeto mismo- es decir, previo al discurso-, las características de dichos cuerpos son las mismas y no están sujetas a la interpretación social. En consecuencia, el cuerpo- la biología- prescribe y

proscribe el desarrollo sexual normal, típico y esperado. Todo lo que se aleje o varíe de este desarrollo "normal" se cataloga como patológico y, en el caso del DSM, como trastorno.

Este sistema sexo-género es lo que Butler (trad. 1990) denomina como matriz de inteligibilidad heterosexual. Este concepto que acuña Butler hace referencia a todo el entramado social, médico y jurídico que viabiliza y produce unas identidades al mismo tiempo que les niega la existencia a otras. Desde la propuesta butleriana no existe un sujeto a priori al discurso, por lo cual no solo no es posible establecer un sexo biológico, una identidad ni expresión de género al nacer, sino que es éticamente cuestionable intentar hacerlo. Dado lo generalizado del sistema sexo-género en nuestra cultura se adscriben posiciones, estereotipos, categorías, identidades, conductas, roles y comportamientos a las personas en función de su sexo biológico. Es en este sentido que la matriz heterosexual hace inteligible unos cuerpos y conductas mientras que hace ininteligible todo lo que se aleje de lo heteronormativo. En el caso de las personas transgénero, la existencia misma de estas se pone en juego cuando no se adscriben a las expectativas de la matriz heterosexual. Al no ser inteligibles, es decir, al no poder ser leídos por los entendidos culturales de la sexualidad, su propia humanidad se hace riesgosa y amenazante. El sistema sexo-género no solo supone un riesgo real a la integridad física de una persona transgénero, sino que ocluye la posibilidad de que emerja un sujeto al margen de la reglamentación del género. En consecuencia, cuando se viabiliza una identidad-cuerpo que no corresponde a los entendidos culturales de la sexualidad, la misma se tilda de patológica. Como Butler (trad. 2007/1990) misma argumenta:

> En la medida en que la «identidad» se preserva mediante los conceptos estabilizadores de sexo, género y sexualidad, la noción misma de «la persona» se pone en duda por la aparición cultural de esos seres con género «incoherente» o «discontinuo» que

> aparentemente son personas pero que no se corresponden con las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen las personas. (p. 72)

En otras palabras, es la diferenciación sexual al interior del sistema sexo-género el que provee los criterios de inteligibilidad y que sirve como estructura ontológica que otorga sentido a la identidad de los sujetos. Por tal razón, las identidades-cuerpos que no se adscriben a dichas normativas se relegan al campo de lo patológico o perverso. Explica Butler (trad. 2007/1990) que:

> Los géneros «inteligibles» son los que de alguna manera instauran y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo. La matriz cultural -mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género-- exige que algunos tipos de «identidades» no puedan «existir»: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son «consecuencia» ni del sexo ni del género. (p. 72)

Entonces, el concepto de matriz heterosexual/sistema sexo-género supone el conglomerado de prácticas que normalizan, regulan y promueven las conductas tradicionales respecto a la sexualidad y el género. Es decir, la heterosexualidad, el binomio sexo-género y la correspondencia unívoca entre estos, el matrimonio, la familia, entre otros. Desde este constructo, entonces, es que se regulan las conductas y las manifestaciones alternas a la sexualidad tradicional. Son estas ideologías las que sirven de premisas ontológicas cuando los propulsores del DSM presentan al mismo como un manual ateórico que solo se basa en el registro de síntomas. Por ejemplo, Duque (2010) menciona algunas de estas prácticas vinculadas a la masculinidad y que son producto de la matriz heterosexual como “su ropa será azul, sus juegos estarán relacionados con la fuerza, la competencia y el poder, tendrá menos restricciones

en su movimiento y por supuesto se le prohibirá en lo posible llorar, así como expresar atracción por otros niños" (p. 88).

Esto es, el concepto de matriz heterosexual permite explicar las agresiones y marginalización que sufren las personas transgénero que no actúan conforme a las normativas del género tradicional. Desde esta lógica se espera que a través del proceso de socialización las personas transgénero asuman y vivan el reglamento del género según la sociedad lo dicta. Es decir, existe la expectativa de que haya correspondencia entre el sexo asignado en el nacimiento y el género que se entiende corresponde a ese sexo. Por esta razón, las personas que son parte de la comunidad transgénero son marginadas y psicopatologizadas puesto que no responden a las normativas del binomio sexo-género. En otras palabras, no se conforman a los entendidos que se producen a través de la matriz heterosexual. También, porque ponen en entredicho el supuesto de naturalización que gravita en torno a lo heteronormativo y, de esta manera, cuestionan la validez de dicho concepto.

De la noción de matriz heterosexual se desprenden algunos conceptos claves que permiten cotejar los efectos e implicaciones que dicho sistema sexo-género tiene hacia la población. Entre estos conceptos se encuentran: heteronormatividad, identidad de género, estereotipo, rol de género y expresión de género. Estos términos acaparan, en su mayor parte, las distintas instancias de la vida de una persona. Según el Comité de Asuntos de la Comunidad LGBT (2014) la heteronormatividad se define como "el conjunto de relaciones de poder que normalizan y reglamentan la sexualidad, marginando todo lo que se encuentre fuera de los ideales de heterosexualidad, monogamia y la conformidad del género" (p. 4). Es decir, la heterenormatividad es el ideal que se tramita a través de las múltiples instituciones culturales y sociales y que establece los límites respecto a la orientación sexual, identidad, rol y expresión de

género. En su sentido más amplio, la heteronormatividad es un sistema que dirige y brinda significado a las distintas instancias de vida al abarcar la dimensión cognitiva (identidad de género) y conductual (rol y expresión de género). Antes de continuar, es importante definir y explicar a qué nos referimos con el término identidad y qué implica el mismo. Golubović (2011) nos explica que:

> el significado básico de identidad se refiere a dónde uno (una persona o un grupo) pertenece, y este es expresado como "autoimagen" e "imagen común", qué los integra dentro de uno mismo o de una existencia grupal, y qué los diferencia a ellos vis a vis los "otros". (p. 25)

Entonces, cuando hablamos de identidad hacemos referencia al sentido de pertenencia-tanto individual como colectivo-, a la forma en que nos vemos a nosotros mismos en comparación con un otro. Por este motivo, la identidad puede ser nacional, cultural, de género, individual, colectiva, religiosa, política, de clase, entre otras. En el contexto de este trabajo, me interesa enfocarme en la identidad de género y las múltiples permutaciones que esta puede presentar. Dicho esto, según el Comité de Asuntos de la Comunidad LGBT (2014) la identidad de género abarca el "sentido personal y/o interno de ser femenino, masculino u otra identidad relativa al género (bigénero, andrógino, trans, transgénero, entre otros)" (p. 4). Esto es, la identidad de género es la experiencia interna que una persona experimenta de manera subjetiva respecto a su propia identidad de género. ¿Cómo significamos las distintas identidades? ¿Cómo se les asigna juicio valorativo? Velandia-Morales y Rincón (2014) definen los estereotipos como:

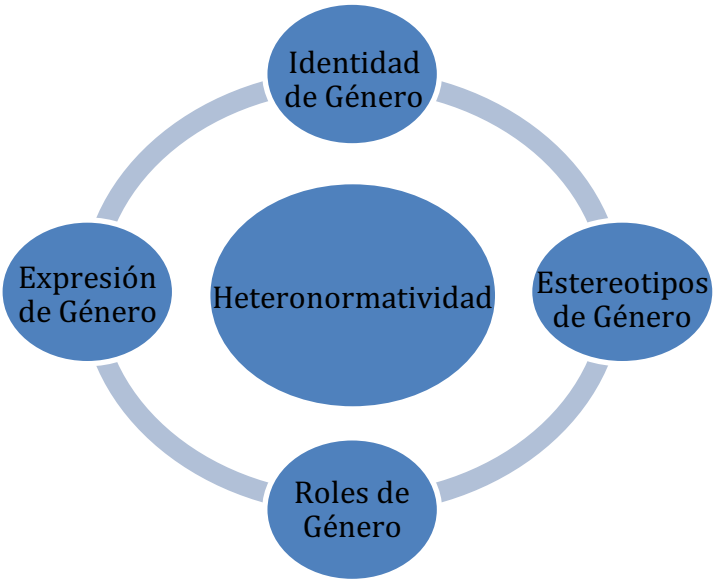
> el conjunto de creencias positivas o negativas que caracterizan a un grupo social y que permiten incluir a las personas en diferentes grupos sociales. Cuando son negativos se relacionan con el prejuicio, entendido como las opiniones que sin evidencia suficiente de

> su veracidad son relacionadas con las personas de otros grupos distintos al propio, incluyendo emociones negativas y creencias irracionales que llevan a la discriminación, generalmente con limitación de las oportunidades y creando relaciones inequitativas entre el grupo minoritario y el dominante. (p. 518)

Los estereotipos, entonces, serán el conjunto de creencias que nos permiten categorizar, significar y adscribir juicios valorativos a las distintas identidades. Es por esto que me parece central evaluar cómo a través de una visión heteronormativa se promueven unas identidades de género mientras se ocluyen otras; al mismo tiempo que se crean estereotipos negativos respecto a las identidades marginadas. Las identidades de género, a su vez, se viabilizan a través de la expresión de múltiples roles de género. Ceballo-Fontes y García-Oramas (2017) explican que "los roles de género corresponden entonces a las características que cada sociedad atribuye a los sexos; son llamados tradicionales, puesto que establecen lo que es esperado y rechazado para mujeres y hombres" (p. 229). Es decir, lo roles de género son los libretos -heteronormativos- que se le adscriben a las personas al momento de nacer y que se adjudican en función del sexo anatómico. Por último, el Comité de Asuntos de la Comunidad LGBT (2014) define la expresión de género como las "manifestaciones conductuales externas del género, usualmente asociadas a los constructos de lo masculino, lo femenino u otra variante del género. Éstas incluyen la vestimenta, el estilo del cabello, la voz y las características corporales" (p. 4). Entonces, el sistema heteronormativo es el mecanismo ideológico que informa a la identidad, estereotipos, roles y expresión de género (véase figura 2).

Figura 2

Representación del Sistema Heteronormativo



Teoría queer y performatividad: hacia la reivindicación de la diferencia sexual y de género

Según Fonseca-Hernández y Quintero-Soto (2009), "la teoría queer es la elaboración teórica de la disidencia sexual y la de-construcción de las identidades estigmatizadas, que a través de la resignificación del insulto consigue reafirmar que la opción sexual distinta es un derecho humano" (p. 43). En otras palabras, la teoría queer es una propuesta política y con consecuencias pragmáticas sobre la vida de los individuos sobre los que pretende dar cuenta. Reconocer la diversidad sexual y las múltiples configuraciones que esta toma junto al género implica una crítica directa a los discursos médicos, sociales y políticos que pretenden normalizar y regular la sexualidad. Como menciona Spargo (1999), el término queer puede funcionar como sustantivo, adjetivo o verbo, pero en cualquier caso es definido en contraposición a los discursos que se consideran normal o normalizantes. Es decir, es un término que se utiliza para rescatar las construcciones sexuales y de género que no se adscriben a la heteronorma. En términos de Butler (trad. 1990; 2002; trad. 2006), la teoría queer se opone a cualquier afirmación de la identidad y

de la sexualidad tradicional. Esto es, el término queer permite pensar la sexualidad, la identidad y el género como categorías mutables y polisémicas. Entonces, el sexo ya no es una categoría natural dictaminada por la biología, sino que el aparato social y simbólico se inscribe sobre el cuerpo y le atribuye significado. Para Clarke, Ellis, Peel y Riggs (2010) la teoría queer es un cuerpo de conocimiento enfocado en criticar la heteronormatividad. Por consiguiente, el objetivo principal de la teoría queer es desarticular los entendidos tradicionales que gravitan en torno a la sexualidad humana y producir una visión no patologizante de la diversidad sexual. La sexualidad, vista desde la teoría queer busca reivindicar la llamada Diferrance, la otredad, o como plantea Duque (2010) parafraseando a Deleuze y Guattari, "la emergencia de las identidades nómadas" (p. 92). En tal sentido, desde esta propuesta teórica es posible explicar la emergencia del fenómeno transgénero como un elemento constitutivo de la diversidad humana y no como una categoría psicopatológica que necesita ser regulada. La teoría queer supone la reivindicación de lo humano a través del rescate y la rearticulación de la sexualidad, la identidad y el género según se desprende del discurso heteronormativo. Es posible pensar esta propuesta como una antesala a la posibilidad de la existencia de múltiples identidades; al mismo tiempo que presenta la posibilidad de la indecibilidad sexual, identataria y de género. Es por esta razón que dicha teoría resulta tan heterodoxa y contestataria a los discursos heteronormativos. La misma propone la ruptura de los esencialismos y la posibilidad de un humano impredecible en términos identatarios, sexuales y de género. No solo esto, sino que esta propuesta cuestiona la noción misma de sexo y la resignifica fuera del orden "natural" para reescribirla en el orden de lo simbólico. En tal sentido, el sexo ya no se plantea como una categoría monolítica, a priori, inmutable, dictaminada por la naturaleza, sino como una potencialidad o punto de partida para la emergencia de una identidad que, bien puede ser tradicional como nómada. Para Butler (trad.

1990), esta propuesta teórica establece la imposibilidad de plantear una ontología identataria que esté directamente relacionada con el género y la sexualidad. Es decir, no existe a priori un género que corresponda a un sexo o un sexo que corresponda a un género. Si bien el sexo y el género son elementos que se superponen en nuestra cultura y están estrechamente relacionados entre sí, no hay una relación unívoca entre uno y el otro. En esta misma línea Martínez (2009) argumenta que:

> el género no es a la cultura lo que el sexo a la naturaleza, sino que constituye un artefacto discursivo de producción a través del cual el sexo es culturalmente construido. En otras palabras, podemos entender por género, junto a Butler, aquel medio discursivo que otorga a un sexo –*natural*– un carácter prediscursivo, de superficie políticamente neutra sobre la cual actúa la cultura. Es así que tanto el *sexo* como el *género* remiten a una construcción que instituye una normatividad a la que los cuerpos deben ajustarse. (p. 6)

Este es uno de los elementos fundamentales de la propuesta queer elaborada por Butler. El elemento cultural ahora no solo remite al género; no hay duda de que el género responde a tradiciones sociales que varían entre épocas y culturas, sino que aplica por igual al sexo. Dicha afirmación trastoca la premisa fundamental de las visiones esencialistas que son características en los distintos manuales del DSM: que el sexo biológico es la premisa ontológica que da cuenta del género, la identidad sexual y de la orientación sexual. Desde esta propuesta el sexo biológico ya no es visto como un elemento inalterable que dictamina y guía el curso de desarrollo sexual de una persona. Ahora es el discurso social- el reglamento del género- el que otorga el significado al sexo biológico y utiliza a este como referente empírico. Es decir, a través del discurso social se naturaliza el sexo y se le adscribe contenido. Como argumenta Butler (trad. 1990) con el reglamento del género se naturaliza el cuerpo y con este, a su vez, se naturaliza el

género. Esto es, no existe cuerpo humano sin discurso que le signifique ni cultura que lo construya. Entonces, no es posible pensar el cuerpo/sexo como un elemento que pueda escapar al orden de lo simbólico. El cuerpo, necesariamente, para constituirse como cuerpo humano, requiere de una cultura que le reconozca y le atribuya significado. De esta manera, es que el género:

> es (una) representación, lo que no quiere decir que no tenga implicaciones concretas o reales, tanto sociales como subjetivas, para la vida material de los individuos. La representación del género es su construcción. La construcción del género continúa hoy tan diligentemente como en épocas anteriores, por ejemplo, como en la era victoriana. La construcción del género continúa también, aunque menos obviamente, en la academia, en la comunidad intelectual, en las prácticas artísticas de vanguardia y en las teorías radicales y hasta y por cierto especialmente, en el feminismo. (Lauretis, 1989, p. 9)

El género, entonces, es la construcción simbólica de nuestros cuerpos y, a su vez, de nuestro sexo. Este, aun si se define en términos estrictamente biológicos y se presenta como perteneciente al orden de lo natural, nada tiene que decir respecto a la identidad o género de una persona. En esta misma línea, Butler (trad. 1990) argumenta que:

> el género no es, de ninguna manera, una identidad estable; tampoco es el locus operativo de donde procederían los diferentes actos; más bien, en una identidad débilmente constituida en el tiempo: una identidad instituida por una repetición estilizada de actos. (p. 296)

En este argumento es que Butler plantea que el género no es otra cosa que performatividad. Es decir, que el mismo no existe de antemano, sino que se produce y se construye en el juego de actuaciones que realiza el sujeto. El género, entonces, es una instancia

frágil que requiere de una construcción y deconstrucción continua de parte del actor. Para Butler el género es una especie de libreto que ya está dado socialmente con el cual el sujeto –actor en este caso- juega y matiza según su deseo y sus posibilidades. Es interesante notar que para Butler en la repetición de las conductas y normativas del género; es decir, en los actos performativos del mismo, es que se produce la posibilidad de ruptura y de transmutaciones del género. En tal sentido, si bien el género es una especie de libreto que es escrito a priori y asignado al sujeto para que lo actúe, es en la misma actuación del género que Butler entiende se produce la posibilidad de otros géneros que no correspondan con el binomio tradicional sexo-género. Por lo tanto, si bien es cierto que el género proscribe ciertas conductas esto no significa que las prescribe todas. O sea, el sujeto en su actuación –performance- del género producirá siempre rupturas y diferencias con las normativas sociales sobre cómo se debe llevar/vivir el género.

De esta manera es que se puede entender el fenómeno transgénero, como una producción alternativa a las nociones tradicionales del género, pero que sucede dentro de la propia matriz heterosexual y en el acto del performance. Es una ruptura a las lógicas tradicionales respecto al género, pero totalmente constitutiva del mismo. Es decir, la consecuencia lógica de entender el género como un libreto construido socialmente y que se reescribe continuamente en el manejo y actuación del cuerpo de una persona, supone, necesariamente, la posibilidad de múltiples permutaciones de dicho libreto. Lo contrario, es creer la ficción de que todas las personas interpretan el libreto de la misma forma a través de sus cuerpos. Por lo tanto, el fenómeno transgénero se puede explicar de una manera no patológica si se entiende el mismo como una producción más dentro del amplio espectro de la sexualidad y el género. Igualmente, la percepción de los sujetos transgénero sobre su propia construcción del género se puede explicar desde el mismo acto del performance. Esto es, sus entendidos sobre la sexualidad están,

inevitablemente, atravesados por la matriz cultural; no obstante, su construcción del género es distinta a la tradicionalmente esperada. Por lo cual, las percepciones que los sujetos transgénero produzcan sobre su propia construcción del género estarán mediadas por sus actos performativos y por los entendidos de la matriz cultural en la que vivan.

Es por esta razón que dicho marco teórico provee posibles explicaciones del por qué las personas transgénero son vistas desde la psicopatología por el discurso psiquiátrico. Las propuestas que constituyen el fundamento de la clasificación de los problemas sexuales y que es utilizado en el DSM es el de la Respuesta Sexual Humana propuesto por Masters y Johnson, el patológico, inmadurez en el desarrollo y el de la variación normal (Ekins, 2005; Dreschner, 2015). Dicha propuesta parte de la premisa de que la sexualidad humana deviene de manera natural como parte del desarrollo humano y se ancla en los entendidos tradicionales de la sexualidad producidos a través de la matriz1 heterosexual. En tal sentido, desde la propuesta de teórica de Butler es posible esbozar intentos para entender, desde otra perspectiva, por qué las sexualidades distintas a la heteronormativa son vistas como psicopatológicas.

Capítulo IV

Método

"El texto es la única realidad inmediata
que viene a ser punto de partida para todas
estas disciplinas y este tipo de pensamiento.
Donde no hay texto, no hay objeto para
la investigación y el pensamiento."
(Mijaíl Bajtin, 1982, p. 294)

El propósito principal de esta investigación es evaluar las construcciones-representaciones que se han hecho de los sujetos transgénero en varios textos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Específicamente, pretendo develar el contenido ideológico que permea al interior de dichas representaciones. Para lograr dicho objetivo, el enfoque de esta investigación será cualitativo de tipo exploratorio. La técnica que utilizaré será la de Análisis Crítico del Discurso (ACD) según elaborada por Machin y Mayr (2012). El corpus teórico respecto al cual realizaré el ACD será la categoría conocida como *Trastornos de Identidad Sexual*, según elaborada en las ediciones del DSM III al DSM 5 y otros instrumentos o protocolos que de forma directa o indirecta están relacionados con el contenido de estos manuales.

Diseño de la Investigación

Enfoque cualitativo.

Según Banister, Burman, Parker, Taylor y Tindall (2004), la investigación cualitativa se define como "el estudio interpretativo de un tema o problema específico en el que el investigador es central para la obtención de sentido" (p. 14). De esta definición se rescatan dos elementos

centrales y distintivos de la investigación cualitativa: la interpretación y el carácter central del investigador. Si bien es cierto que en la investigación cuantitativa encontramos que tanto la interpretación como el investigador son elementos importantes, en la investigación cualitativa estos tienen un rol central. Esto, debido a que lo que se procura en la investigación cualitativa es rescatar desde las voces de los actores sociales, las percepciones, ideas y sentimientos que tienen los personas respecto a determinado proceso o fenómeno social. De aquí la centralidad que adquiere el que interpreta, cómo lo interpreta y respecto a qué lleva a cabo esta acción comunicativa. Menciona Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio (2014) que "el enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados" (p. 358). Como argumentan Hancock, Ockleford y Windridge (2009), la investigación cualitativa "se enfoca en la descripción e interpretación. Esta puede llevar al desarrollo de nuevos conceptos y a la evaluación de procesos organizacionales" (p. 6). Plantea Leavy (2014) respecto a la investigación cualitativa que: "en las ciencias sociales y comportamentales, estas aproximaciones a la investigación son típicamente utilizadas para explorar, describir o explicar un fenómeno social; dilucidar los significados que las personas adscriben a actividades, situaciones, eventos o artefactos y construir un conocimiento profundo respecto a algún aspecto de la vida social. (p. 2).

Dado el rol central que juega la descripción e interpretación en la investigación cualitativa, esta se distingue por su diversidad tanto teórica como metodológica. Brinkmann, Jacobsen y Kristiansen (2014) explican que la investigación cualitativa no representa una tradición teórica monolítica en la cual todas las perspectivas concurren. En todo caso, es una aproximación teórica y metodológica multimodal que contiene contradicciones al interior de su

propio discurso y que se nutre de diversas disciplinas. De igual manera, de la tradición cualitativa resurge la importancia de tomar en cuenta el discurso y la manera en que este se articula en los entendidos tradicionales. Es decir, cotejar cómo a través del discurso se sostienen las distintas ideas y creencias de una cultura. Específicamente, cómo los sujetos se representan y construyen a partir del discurso escrito. Según Gergen (2007):

> una de las influencias más catalizadoras en el dominio cualitativo ha sido el animado diálogo sobre la naturaleza del lenguaje y, particularmente, la capacidad del lenguaje para calcar o dibujar el mundo al que se refiere. La inteligibilidad de nuestras explicaciones del mundo no se deriva del mundo mismo, sino de nuestra inmersión en una tradición de prácticas culturales. Es decir, hemos heredado de generaciones anteriores formas de comunicarnos acerca del mundo. Si nuestras explicaciones se ajustan a estas convenciones de inteligibilidad, entonces tendrán sentido; si violan estas tradiciones, dejamos de participar en la tradición. Así, nuestras construcciones del mundo se derivan de nuestras relaciones dentro de comunidades interpretativas. (p. 246)

Este argumento esbozado por Gergen rescata la idea principal del Análisis Crítico del Discurso (ACD). El lenguaje, entendido este como un sistema de signos y símbolos que permiten la comunicación entre los interlocutores, es un elemento crucial de la manera en que los humanos interpretan y brindan significado al mundo.

Análisis Crítico del Discurso.

Según Van Dijk (1998), el Análisis Crítico del Discurso (ACD) es un tipo de "investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político" (p. 23). Un primer

comentario respecto a los ACD es que estos no constituyen una metodología específica de estudio o análisis de textos. Van Dijk (2009) mismo argumenta respecto a los ACD "que no existe un método específico" para estos. Los Estudios Críticos del Discurso (ECD) utilizan cualquier método que sea pertinente para los objetivos de sus proyectos de investigación" (p. 21). Por esta razón, es típico encontrar al interior de las investigaciones de los ACD que estas incorporen diversas perspectivas teóricas y metodológicas en sus análisis. Según Dremel y Matić (2014), el ACD está interesado en investigar cómo el uso del lenguaje, tanto hablado como escrito, contribuye en la construcción y regulación del mundo social. En este sentido, el ACD ofrece el andamiaje teórico que conecta el discurso escrito con la práctica social. Wodak y Meyer (2001) explican que, en las prácticas humanas, las interconexiones, las relaciones de poder y las relaciones causa-efecto pueden ser distorsionadas y omitidas. La dimensión "crítica" del ACD es el recurso que, en principios, hace visible dichas conexiones y devela el subtexto del discurso. Es decir, el elemento "crítico" supone establecer la relación entre el texto, las prácticas discursivas y las prácticas sociales.

¿Qué es un discurso? Para Foucault (trad. 2005b), el discurso está constituido por estructuras productoras de conocimiento que, junto a las prácticas sociales, conforman la subjetividad y las relaciones de poder entre los sujetos. El discurso, desde este entendido, no se circunscribe al simple acto del habla o la comunicación entre sujetos, sino que hace referencia a la relación de poder que se establece al interior de una comunidad de hablantes. Como Foucault (trad. 2005b) mismo argumenta en "toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad" (p. 14). Esto supone que existe una relación unívoca en la tríada

poder, discurso y desigualdad social. De esta forma, el ACD funciona como un referente teórico-metodológico que pretende dar cuenta de la construcción discursiva de las subjetividades. En esta misma línea, Van Dijk (trad. 1983) argumenta que "la ciencia del texto pretende explicar cómo a través de estructuras textuales especiales, los individuos y grupos adoptan y elaboran determinados contenidos y cómo esta información lleva a la formación de deseos, decisiones y actuaciones" (p. 22). Es decir, el ACD, entre otras cosas, se enfoca en evaluar cómo a través del texto se materializan presupuestos ideológicos que terminan por configurar el tejido del discurso social general o, por el contrario, como los presupuestos ideológicos en el orden social se hacen patentes en el discurso. Para Wodak y Meyer (2001), el ACD considera al lenguaje y al texto escrito como una práctica social y entiende como crucial el contexto en el cual se produce cualquier discurso. Al mismo tiempo las investigaciones al interior de los estudios de ACD tienen particular interés en la relación entre lenguaje y poder y consideran las unidades discursivas al interior de los textos escritos como las unidades básicas de la comunicación. Al interior de este campo de investigación se estudian discursos institucionales, políticos, de género y de los medios de comunicación. En general, el propósito de los ACD es develar las relaciones desiguales de poder que se dan entre los diferentes actores sociales y cómo estas se manifiestan a través del discurso. Según Van Dijk (trad. 2009), los ACD deben cumplir con ciertos requisitos mínimos:

> Primero, las relaciones de dominación se estudian primariamente desde la perspectiva del interés del grupo dominado y a favor de éste. Segundo, las experiencias de (los miembros de) los grupos dominados se emplean además como prueba para evaluar el discurso dominante. Tercero, el estudio puede mostrar que las acciones discursivas del grupo

> dominante son ilegítimas. Por último, pueden formularse alternativas a los discursos dominantes que coinciden con los intereses de los grupos dominados. (pp. 21-22)

Es decir, los ACD constituyen un cuerpo teórico/metodológico cuyo principal interés estriba en denunciar con el objetivo de disminuir lo que, Foucault llamaría, las relaciones asimétricas de poder. La función principal de este enfoque no solo es develar el contenido ideológico que se produce respecto a un grupo social a través del discurso, sino crear el escenario para el surgimiento de discursos contestatarios que provean alternativas viables para dichos sectores desventajados. Wodak y Meyer (2001) establecen que a pesar del pluralismo teórico que es inherente a los ACD, en general, todos comparten las siguientes características:

> El lenguaje es un fenómeno social. No solo los individuos, sino las instituciones y los grupos sociales tienen significados y valores específicos que son expresados de manera sistemática a través del lenguaje. Los textos son las unidades relevantes del lenguaje en la comunicación y los lectores no son recipientes pasivos en su relación con los textos (p. 6).

Dicho en otras palabras, el ACD supone, en primer lugar, que el lenguaje y la manera en que este se articula se encuentra en estrecha relación con los discursos sociales en los cuales se produce, es decir, es un fenómeno social. En segundo lugar, no debe ser entendido como un proceso cuya unidad explicativa es el individuo sino que se desprende de instituciones y grupos sociales. En tercer lugar, el ACD persigue desentrañar significados y valores específicos a una formación cultural. En cuarto lugar, su expresión ocurre, de manera sistemática, en y a través del lenguaje. En quinto lugar, el ACD propone al texto como unidad básica del lenguaje en la acción comunicativa. Finalmente, el ACD parte de una concepción que retan la pasividad del recipiente de toda comunicación. Igual, resalta la relación dialéctica que existe entre el texto y quienes

participan en su producción. A su vez, destaca la importancia de esta relación dialéctica en la producción del discurso.

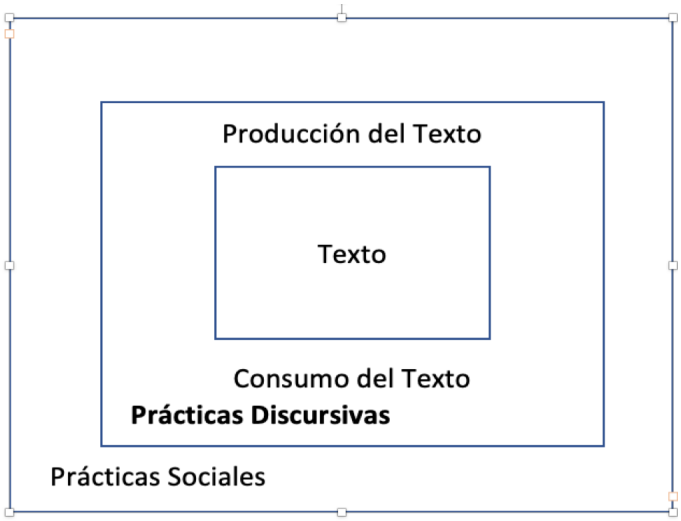
Además de los requisitos mínimos antes mencionados, Jorgensen y Phillips (2002) argumentan que, al interior de los ACD estos comparten tres premisas fundamentales respecto a lo que constituye el discurso y la producción de este. Lo primero que señalan es que "las características de los procesos sociales, culturales y estructurales son parcialmente lingüístico-discursivos" (p. 61). Es decir, las prácticas discursivas a través de las cuales se producen y consumen los textos son entendidas como prácticas sociales importantes que contribuyen a la constitución de las subjetividades que conforman y atraviesan el sistema de relaciones e interacciones propias del mundo social. Segundo, los autores argumentan que "los discursos son, al mismo tiempo, constitutivos y constituyentes" (p. 61). En tal sentido, el discurso, en tanto práctica social, y quienes lo perpetúan no pueden existir el uno sin el otro, es decir, se conforman mutuamente. El discurso no es un elemento estático, inerte en la práctica social, sino que establece una relación dialéctica entre quien lo produce y su producción misma. No solo hace y rehace las estructuras sociales, sino que en el proceso es un reflejo de estas. Por último, los autores plantean que "el discurso cumple con una función ideológica" (p. 62).

La denuncia del carácter ideológico inherente a las prácticas sociales es central en los ACD. Desde esta perspectiva, las prácticas discursivas producen, reproducen y mantienen la desigualdad social y las relaciones asimétricas de poder entre los distintos grupos sociales. Por tanto, la función principal de los ACD es develar dicho contenido ideológico, entender cómo se produce desde las prácticas discursivas y explicar la relación que existe entre el uso del discurso y la producción del sujeto humano. Fairclough (1993) propone el siguiente modelo en el cual presenta la relación intrínseca que existe entre las prácticas discursivas y las prácticas sociales.

Para Fairclough las prácticas discursivas se construyen en la relación producción/consumo de los textos y se constituyen como prácticas sociales. Por lo tanto, al momento de realizar el ACD es necesario evaluar quiénes producen el material discursivo, para cuál audiencia lo producen, quiénes lo consumen y cómo dichos discursos se insertan en las prácticas sociales cotidianas.

Figura 3

Representación de la relación entre texto, prácticas discursivas y prácticas sociales



Selección del Corpus Teórico.

Bardin (1986) explica que existen cuatro reglas centrales que deben guiar el proceso de selección y análisis de un corpus: (a) regla de la exhaustividad, (b) regla de la representatividad, (c) regla de homogeneidad y (d) regla de pertinencia. Estas reglas sirven como guía en la selección del texto a analizar. La regla de exhaustividad supone que "una vez definido el campo del corpus hay que tener en cuenta todos los elementos de éste. Dicho de otro modo, no se puede olvidar un elemento por ninguna razón" (p. 72.). En otras palabras, es necesario abarcar de manera exhaustiva el corpus teórico y asegurarse que no se queda fuera ningún elemento que sea central para el análisis. La regla de representatividad implica que la muestra o el texto que se utilice sea representativa y contenga los elementos necesarios para el análisis. Sandoval (2009) llama a este proceso la regla de adecuación y "significa contar con datos suficientes disponibles

para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno, preferiblemente, cuando la etapa de la saturación se ha alcanzado" (p. 136). La regla de homogeneidad indica que "los documentos escogidos deben ser homogéneos, es decir, obedecer a unos criterios de selección precisos y no presentar excesiva singularidad respecto a los criterios de elección (p. 73). Esta regla implica que los textos seleccionados deben trabajar los mismos temas y bajo normas o criterios similares. Por último, la regla de la pertinencia explica que "los documentos escogidos deben ser adecuados como fuente de información con arreglo al objetivo que suscita el análisis" (p. 73). Es decir, el texto seleccionado tiene que brindar la información adecuada para poder llevar a cabo los objetivos y análisis de la investigación. Respecto a la pertinencia Sandoval (2009) establece que esta "tiene que ver con la identificación y logro del concurso de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos de esta última" (p. 136).

Para llevar a cabo esta investigación seleccioné como unidades de análisis los siguientes diagnósticos contenidos en el DSM: *Transexualidad, Trastorno de Identidad de Género y Disforia de Género*. Estas categorías diagnósticas se desarrollaron entre la tercera y quinta edición del manual. La selección de dichas categorías en los manuales del DSM responde a las reglas antes establecidas y en lineamiento con los objetivos de la investigación. Primero, el DSM es el texto oficial en los Estados Unidos y Puerto Rico para el diagnóstico de los trastornos mentales, entre los cuales se encuentran los Trastornos de Identidad de Género. Segundo, en los textos del DSM se encuentra el corpus necesario y de interés para cumplir con los objetivos de este trabajo. Por tal razón, descarté otros documentos tecno científicos (por ejemplo, el ICD-11) para llevar a cabo esta investigación. Tercero, los manuales del DSM cuentan con la información y datos suficientes para llevar a cabo el análisis. Cuarto, el análisis se llevará a cabo en distintas

ediciones del DSM; es decir, realizaré el análisis en documentos que poseen continuidad uno con el otro. Como mencioné anteriormente, el DSM es reconocido y utilizado a nivel mundial, no solo para propósitos clínicos y de diagnóstico, sino para llevar a cabo investigaciones y establecer política pública respecto a un diverso rango de condiciones. Además, el DSM cumple con el criterio de ser reconocido por distintas disciplinas académicas como una autoridad en el área de los diagnósticos clínicos (Bower, 2001; Cooper, 2017; Johnson, 2014). Uno de los propósitos de esta investigación es develar cómo desde las prácticas discursivas producidas por el discurso médico se promueven los contenidos ideológicos que permean en la práctica social respecto a las personas transgénero. En este caso, seleccionar los trastornos de identidad de sexual (transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género) resulta pertinente dado que desde dichos diagnósticos es que, efectivamente, se produce la construcción "científica" de la identidad transgénero.

Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas y Rebolledo-Malpica (2012) proponen algunos criterios de rigor que deben guiar a las investigaciones cualitativas: credibilidad, transferibilidad, consistencia, reflexividad, relevancia y adecuación teórica-epistemológica. Estos autores explican que, dada la naturaleza de las investigaciones cualitativas, es posible que no se logre cumplir con todos estos criterios. Sin embargo, es importante tenerlos en consideración y aplicarlos en la medida de lo posible junto a las reglas antes mencionadas. Para efectos de esta investigación identifiqué cuatro criterios de rigor con los que cumple la misma: consistencia, transferibilidad, relevancia y adecuación teórica-epistemológica. La consistencia la definen como "la estabilidad de los datos" (p. 266). Es decir, asegurarse que los datos, a pesar de lo variables que puedan ser, mantengan coherencia. Para cumplir con este criterio establezco una descripción detalla de la selección del corpus, análisis e interpretación de los datos. Lo anterior

posibilita evaluar la coherencia en los datos obtenidos. La transferibilidad la definen como "poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos" (p. 267). Para cumplir con este criterio hago una descripción detallada del proceso de selección del corpus y las categorías a analizar en el mismo. Esto posibilita que los resultados sean transferibles (no generalizables) a otros contextos de investigación similares. Además, dicha selección y análisis fue supervisada por un comité experto en el área. La relevancia la definen como "el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno" (p. 268). Este criterio se logra al comparar los resultados de la investigación y cotejar que completan los objetivos de la investigación, al mismo tiempo que posibilitan una mejor comprensión del fenómeno bajo estudio. Por último, la adecuación teórica-epistemológica la definen como "la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empelada para la comprensión del fenómeno" (p. 268). Este criterio se cumple al comparar la naturaleza cualitativa de las preguntas de investigación y compararlas con el modelo teórico y la técnica de análisis antes descritos.

Capítulo V

Resultados

"Que algo sea observable
no implica automáticamente
que las condiciones sean adecuadas
para observarlo ahora" (Van Fraassen, 1996, p. 33)

En la siguiente sección presento las categorías y tipos de ACD que utilicé para el análisis de las categorías: *Transexual, Trastorno de Identidad de Género y Disforia de Genero,* según aparecen en los respectivos manuales del DSM. La información estará dividida en tres secciones. Primero, realicé una breve narrativa en la cual explico y defino cada una de las categorías utilizadas del ACD: implicaturas, supuestos, oposiciones estructurales, agregación e individualización versus colectivización. Esto es, qué implica cada una de estas categorías y qué sugiere el que se encuentren al interior del texto del DSM. Segundo, una vez explicadas y definidas cada una de las categorías que se utilizaron del ACD, organicé dicha información en distintas tablas según el orden cronológico de publicación de los distintos manuales del DSM. Las tablas se componen de tres columnas que incluyen: citas textuales del DSM, tipo de estrategia discursiva identificada y elementos asociados al concepto de matriz heterosexual. De este último se desprenden los supuestos ideológicos contenidos en las distintas ediciones del DSM: roles, identidad y expresión de género. Como argumenté anteriormente, el ACD tiene como meta principal develar el contenido ideológico que permea en los distintos tipos de discursos. Para lograr esto, el ACD utiliza diversas estrategias lingüístico-discursivas y se nutre de una amplia tradición filosófica. Esto implica cotejar las distintas estrategias discursivas que aparecen en un texto, al mismo tiempo que se evalúan las premisas ideológicas que lo sustentan.

Estrategias Discursivas del ACD

La primera categoría de interés del ACD es la que se conoce como Selección Activa (SA). En este caso la SA supone el análisis que implica cotejar la selección de las palabras que hace el autor en un texto (Machin y Mayr, 2012). Es decir, esta categoría busca develar qué se intenta resaltar u omitir con la selección de las palabras que se utilizan en un texto. Esta categoría parte de la premisa de que la selección de las palabras en un texto, es un tipo de arreglo parecido a un mapa en que el autor utiliza dicha selección para guiarnos en el proceso de la formación de una idea. En tal sentido, el uso de la SA busca resaltar áreas de interés, omitir información no deseada, producir percepciones o ideas no explicitas en el texto, entre otras. Machin y Mayr (2012) para explicar la SA, utilizan como analogía la tarea del cartógrafo al momento de preparar un mapa. Estos autores argumentan que el que crea el mapa "resalta cierta información, mientras omite otra. Qué exactamente se incluye y excluye, cómo se definen las áreas, qué está resaltado y qué no, dónde se marcan los límites, es un asunto de intereses para quien crea el mapa" (p. 31). De la misma forma, los autores argumentan que quien crea un texto hace un trabajo similar al que hace un cartógrafo; es decir, crea una representación del camino en función de sus intereses y de lo que le parece con mayor importancia. Existen varios tipos de SA que se identificaron en el texto del DSM. Entre los tipos de SA que se hallaron en el texto se encuentran: implicaturas, supuestos, oposiciones estructurales, agregación e individualización versus colectivización. La primera SA corresponde, según Riviére, et al. (1990), a las implicaturas y las define como:

> aquellas proposiciones que, sin ser expresadas explícitamente, se infieren de lo que se dice y forman parte de aquello que el hablante trata de transmitir al oyente… Estas son

proposiciones de contenido, que no surgen del significado convencional de las expresiones, pero que se infieren de ellas. (p. 67)

Por otro lado, según Machin y Mayr (2012), la segunda SA corresponde a los supuestos. Estas son proposiciones o afirmaciones que no se explican en el texto, pero que forman parte de este. Un supuesto es la idea o premisa que sirve de sustento a un argumento, pero que no se explica, sino que se menciona y se afirma. En otras palabras, un supuesto supone una afirmación respecto a una idea, premisa o la existencia de una idea sin la necesidad de explicar o justificar la misma. Los supuestos son utilizados cuando quien informa o brinda la información no siente la necesidad de explicar la misma porque "no es necesario" hacerlo. Por regla general, un supuesto tiene como correlato una implicatura. Esto es, lo que se afirma en el supuesto se sostiene en la inferencia implicada en el mismo. De igual manera, Machin y Mayr (2012) mencionan que la supresión o ausencia léxica ocurre cuando ciertos términos que deben aparecer en un texto están ausentes. En algunos casos la supresión se puede justificar apelando a la necesidad de simplicidad y comprensión que es central en un texto. No obstante, es necesario cotejar qué se deja fuera del texto y, particularmente, si dicha supresión cumple con alguna función ideológica. Es usual que esta estrategia discursiva se utilice cuando se desea afirmar la existencia de un fenómeno sin explicar cómo el mismo llegó a la existencia.

También, según Machin y Mayr (2012), la tercera SA corresponde a las oposiciones estructurales. Estas son estrategias discursivas para crear contrastes entre categorías binarias. Por ejemplo, "joven-viejo, hombre-mujer, democracia-comunismo" (p. 39) son categorías binarias que se construyen en oposición a ellas mismas. Según Van Dijk (1998) estas construcciones binarias tienen dos consecuencias principales. Primero, crear la falsa ilusión de que un problema o situación tiene solo dos alternativas posibles de solución. Segundo, este falso contraste propicia

enfocarse en las diferencias y descartas todas las similitudes que pueden compartir los elementos que componen el binario. Esta es una estrategia útil para sacar de foco alternativas que propicien la integración de elementos que, en principio, pueden parecer opuestos. Igual, es una estrategia que limita la comprensión de fenómenos que pueden ser explicados desde un espectro o un continuo de posibilidades, como es el caso de las identidades de género. En general, esta estrategia discursiva está presente en todos los diagnósticos relacionados con los trastornos de identidad de género, debido a que los mismos se sostienen, entre otras cosas, en la lógica binaria de los sexos: hombre-mujer.

Por otro lado, en el ACD es importante las representacionales que se hace de los sujetos sociales a través del lenguaje (Machin y Mayr, 2012). Esto es, cómo se representan a los sujetos en un discurso. La cuarta SA identificada corresponde a la estrategia representacional conocida como agregación. Esta estrategia discursiva se refiere a cuando se identifica a las personas en términos cuantitativos o estadísticos: muchas personas, miles de sujetos, entre otros. Esta estrategia representacional permite crear la impresión de objetividad científica y le brinda cierta credibilidad a los discursos. El elemento crucial de esta estrategia discursiva es que omite los datos reales y los sustituye por elementos ambiguos que crean la percepción de que se habla de grandes cantidades, aun cuando esto no sea necesariamente cierto. De igual manera, esta estrategia discursiva se puede utilizar para disminuir y demeritar un argumento al utilizar un término ambiguo que sugiera poca cantidad. Por ejemplo, se utilizan términos como: muchos, miles, cientos, multitudes, la gran mayoría, pocos, algunos, entre otros. Esto permite crear la percepción deseada sin la necesidad de brindar los datos específicos.

Finalmente, la quinta y última SA identificada corresponde a la estrategia de individualización vs colectivización. Esta estrategia discursiva se utiliza para establecer cercanía

o lejanía en el lector al contraponer al individuo o persona con el colectivo al que pertenece (Machin y Mayr, 2012). El elemento crucial de esta estrategia discursiva es presentar al individuo como parte de un grupo que tiene ciertas características, pero con las cuales el individuo no cumple. De esta forma, se destacan las diferencias que tiene el individuo al contraponerlas con las "similitudes" que tiene el colectivo.

A continuación, presento varias tablas en las cuales rescato las distintas estrategias discursivas halladas en los distintos manuales del DSM junto a los conceptos centrales asociados a la noción de matriz heterosexual. Estos últimos los elaboré en detalle en la sección del Marco Teórico. Las mismas están organizadas en el orden cronológico en que se publicaron los distintos manuales del DSM.

Tabla 3

DSM III: Implicaturas en la categoría *Transexual*

DSM III (1980)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
Cita textual: "Las personas con este trastorno generalmente se quejan de que se sienten incómodas vistiendo la ropa de su propio sexo anatómico" (p. 261)	**Implicatura:** Implica que existe algún tipo de ropa o vestimenta que guarda correspondencia con el sexo anatómico. **Supuesto:**	○ Expresión de género

	El sexo anatómico es el referente empírico que determina qué es ser mujer y qué es ser hombre. Además, es el sexo anatómico el referente para conocer cuál es la vestimenta de un hombre y cuál es la vestimenta de una mujer.	○ Binomio sexo-género
"Pueden preferir vestirse con ropa de niñas o mujeres." (p. 262).	**Implicatura:** Implica que existe ropa o vestimenta que es de niñas o mujeres.	○ Expresión de género
"La identidad de género es la experiencia privada del rol de género y el rol de género es la expresión pública de la identidad de género." (p. 262).	**Implicatura:** Implica que debe haber correspondencia entre la identidad de género y el rol de género.	○ Binomio sexo-género
"Las niñas con este trastorno regularmente tienen grupos de compañeros masculinos, un gran interés en deportes y juegos	**Implicatura:** Implica que debe haber correspondencia entre la identidad de género y las conductas	○ Expresión de género

rudos y falta de interés en jugar con muñecas o jugando a la "casa" (a menos que sea el padre u otro papel masculino).” (p. 262).	tradicionalmente asociadas al mismo. Además, implica que lo normal o esperado es que las niñas jueguen con otras niñas. **Oposición estructural:** Presenta a las “niñas con este trastorno” con unas características y comportamientos en oposición a las otras niñas.	○ Estereotipos de género
“Ellos a menudo tienen un deseo convincente de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas. Las muñecas son a menudo el juguete favorito y las niñas son regularmente las	**Implicatura:** Implica que hay juegos y pasatiempos que son propios de las niñas y otros de los niños.	○ Estereotipos de género ○ Rol de género

compañeras de juego preferidas.” (p. 262).	Implica que lo normal o esperado es que los niños jueguen con otros niños. **Oposición estructural:** Presenta a los niños con este trastorno con unas características y comportamientos en oposición a los otros niños.	

Tabla 4

DSM III: Supuestos en la categoría *Transexual*

DSM III (1980)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
Cita Textual: “La característica esencial de los trastornos incluidos en esta subclase es una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género.” (p. 262).	**Supuesto:** El supuesto se establece al afirmar que existe una correspondencia unívoca entre sexo anatómico e identidad de género sin la necesidad de explicar dicha relación.	○ Binomio sexo-género

“En diversos grados, el comportamiento, la vestimenta y los gestos son los de otro sexo” (p. 262).	**Supuesto:** El supuesto se establece al afirmar que existen comportamientos, vestimentas y gestos que guardan correspondencia con el sexo anatómico sin la necesidad de explicar dicha relación.	○ Rol de género ○ Expresión de género
“Pueden preferir vestirse con ropa de niñas o mujeres.” (p. 262).	**Supuesto:** El supuesto se establece al afirmar que existe ropa de niñas o mujeres sin la necesidad de explicar dicha afirmación ni explicar cómo se justifica dicha relación.	○ Expresión de género
“El deseo de eliminarse los propios genitales y vivir como miembros del otro sexo” (p. 263).	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que le brinda la esencia a la identidad de género sin la necesidad de explicar dicha	○ Expresión de género

	afirmación ni explicar cómo se justifica dicha relación.	
En el caso de las niñas: "Deseo firme y consistente de ser un niño, o de insistir que ella es un niño" (p.263). **En el caso de los niños:** "Deseo firme y consistente de ser una niña, o de insistir que él es una niña" (p.264).	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que le brinda a una niña su condición de niña sin la necesidad de explicar dicha afirmación ni explicar cómo se justifica dicha relación. El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que le brinda a un niño su condición de niño sin la necesidad de explicar dicha afirmación ni explicar cómo se justifica dicha relación.	○ Identidad de género

Tabla 5

DSM IV: Implicaturas en la categoría *Trastorno de Identidad Sexual*

DSM IV (1995)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
Cita textual: "estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres." (p.545).	**Implicatura:** Implica que existe un rol o papel femenino que se vincula con el sexo anatómico. Igual, implica que hay fantasías que están directamente relacionadas con el sexo anatómico.	○ Estereotipos de género ○ Identidad de género ○ Binomio sexo-género
"Estos niños… evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños." (pp. 545-546).	**Implicatura:** Se infiere que existe una relación entre el sexo anatómico y las conductas e intereses. **Individualización versus colectivización:**	○ Expresión de género ○ Estereotipos de género

	Se presenta al individuo que cumple con estas características en contraste con lo "típico de los niños", es decir, con lo típico del colectivo compuesto por niños.	
"Prefieren la ropa de niño y el pelo corto…" (p.546).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y las preferencias y gustos que puede tener una persona.	○ Expresión de género
"Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños." (p.546).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y las preferencias y gustos que puede tener una persona.	○ Rol de género ○ Binomio sexo-género

“Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer” (p.546).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y los roles y gustos que puede tener una persona.	○ Roles de género ○ Expresión de género
“Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, los sueños y las fantasías.” (p. 546).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y los roles, sueños y fantasías que puede tener una persona.	○ Identidad de género ○ Expresión de género
“el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento (p. ej., depilarse las piernas en los varones).” (p. 546).	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que le brinda la esencia a la identidad expresión y conductas de género sin la necesidad de explicar dicha afirmación ni explicar cómo se justifica dicha relación.	○ Expresión de género ○ Rol de género

	Implicatura: Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y la expresión y conductas de género.	
"Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer." (p. 546).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y la expresión de género.	○ Expresión de género
"A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas" (p. 546).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y las conductas que "corresponden" a cada género.	○ Expresión de género ○ Estereotipo de género

Tabla 6

DSM IV: Supuestos e implicaturas en la categoría *Trastorno de Identidad Sexual*

DSM IV (1995)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
Cita textual: "Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo" (p.545)	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que caracteriza lo que es un hombre y lo que es una mujer.	○ Identidad de género
"En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales" (p.545).	**Supuesto:** Existe una relación entre el sexo y las actividades femeninas tradicionales.	○ Roles de género ○ Sistema sexo-género
"pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible,	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo	○ Expresión de género

cuando no poseen ropa femenina" (p. 545).	anatómico y la expresión de género.	
"Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas" (p. 545).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y los roles de género.	○ Roles de género
"estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres." (p. 545).	**Implicatura:** Lo que se implica es que existe una relación entre el rol femenino y la identidad de género (fantasías que tienen que ver con mujeres). Además, implica que existe una relación entre "el papel femenino" y lo que es una mujer.	○ Expresión de género ○ Identidad de género

Tabla 7

DSM IV: agregación en la categoría *Trastorno de Identidad Sexual*

DSM IV (1995)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
Cita textual: "A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos." (p. 545)	**Agregación:** El uso del término "a menudo" supone una imprecisión cuantitativa. Esto crea la percepción de que lo que se menciona es característico de estas personas.	○ Expresión de género ○ Roles de género
"A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros." (p. 545).	**Agregación:** El uso del término "a menudo" supone una imprecisión cuantitativa. Esto crea la percepción de que lo que se menciona es característico de estas personas.	○ Roles de género ○ Estereotipos de género

“Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman” (p. 546).	**Agregación:** El uso del término “muy a menudo” supone una imprecisión cuantitativa. Esto crea la percepción de que lo que se menciona es característico de estas personas.	○ Roles de género ○ Estereotipos de género
“Muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto.” (p. 546).	**Agregación:** El uso del término “muy a menudo” supone una imprecisión cuantitativa. Esto crea la percepción de que lo que se menciona es característico de estas personas.	○ Expresión de género
“muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidamente como personas del otro sexo.” (p. 546).	**Agregación:** El uso del término “muchos” supone una imprecisión cuantitativa. Esto crea la	○ Expresión de género

	percepción de que lo que se menciona es característico de estas personas.	
"Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico." (P. 545)	**Supresión:** No se explica cómo los componentes existen. Solo se le mencionan.	

Tabla 8

DSM 5: Implicaturas, supuestos y agregación en la categoría *Disforia de Género*

DSM 5 (2013)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
"Prefieren las ropas y el estilo de pelo de los chicos" (p. 453).	**Implicatura:** que existe una relación entre ser chico y el tipo de ropa y pelo que se utiliza.	○ Expresión de género
"Prefieren a menudo los deportes de contacto, los	**Agregación:**	○ Estereotipos de género

juegos de pelea, los juegos masculinos tradicionales y jugar con compañeros masculinos” (p. 453).	El uso del término “a menudo” supone una imprecisión cuantitativa. Esto crea la percepción de que lo que se menciona es característico de estas personas.	○ Roles de género
“los chicos prepuberales con disforia de género pueden expresar el deseo de ser chica, afirmar que son una chica o afirmar que cuando crezcan serán una mujer” (p. 453).	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que caracteriza lo que es un hombre y lo que es una mujer.	○ Identidad de género
“Las chicas prepuberales con disforia de género pueden expresar el deseo de ser un chico, afirmar que son un chico o afirmar que cuando crezcan serán un hombre.” (p. 453).	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que el sexo anatómico es lo que caracteriza lo que es un	○ Identidad de género

	hombre y lo que es una mujer.	
"Una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos)." (p. 452).	**Supuesto:** El supuesto se establece al sugerir que existe una relación unívoca entre el sexo anatómico y el género.	○ Identidad de género ○ Binomio sexo-género

Tabla 9

DSM 5: Implicaturas adicionales en la categoría *Disforia de Género*

DSM 5 (2013)	Tipo de estrategia discursiva	Matriz Heterosexual
"Ocasionalmente se niegan a orinar en posición sendente" (p. 453).	**Implicatura:** Se implica que existe una relación entre el sexo anatómico y las formas en que se hacen las necesidades fisiológicas.	○ Estereotipos de género ○ Rol de género
"Prefieren a menudo actividades, juegos y pasatiempos que son estereotipos tradicionales femeninos (p. ej., jugar "a las casitas"), hacer dibujos femeninos y ver los programas de televisión o los vídeos de los personajes que prefieren las chicas." (p. 453).	**Implicatura:** Se implica que hay juegos y actividades que son característicos de mujeres y otros que son característicos de hombres.	○ Estereotipos de género ○ Expresión de género
"Evitan los juegos de peleas y los deportes competitivos y tienen poco interés en los juguetes que	**Implicatura:** Se implica que hay juegos y actividades que son de	○ Estereotipos de género

son estereotipos masculinos (p. ej., coches, camiones).”	característicos de mujeres y otros que son característicos de hombres.	
“Estos chicos juegan, a hacer el papel de figuras femeninas (p. ej., juegan a las "madres") y se interesan a menudo intensamente por las fantasías femeninas” (p. 453).	**Implicatura:** Se implica que hay juegos y actividades que son característicos de mujeres y otros que son característicos de hombres.	○ Identidad de género ○ Rol de género

Capítulo VI

Discusión

"reconocer que nuestros juicios pretenden poseer validez objetiva
y reconocer que están conformados por una cultura
y una situación problemática particulares no son cosas incompatibles.
Y esto es verdad tanto de las cuestiones científicas como de las éticas."
(Putnam, 2004, p. 60)

"we're all born naked and the rest is drag" (RuPaul, 2014)

El objetivo principal del siguiente capítulo es discutir los principales hallazgos de los resultados de esta investigación. De manera general, el propósito principal de este trabajo fue cotejar cómo se representa la categoría transgénero en los textos del DSM a través de discursos heteronormativos y cuáles son los supuestos ideológicos que subyacen a dicha categoría. Esto es, rescatar las principales estrategias lingüísticas utilizadas en los distintos manuales del DSM y demostrar cómo estas producen, crean y dirigen la percepción respecto a la población transgénero. Para llevar a cabo la interpretación de los resultados utilicé como referencia los conceptos medulares que elaboré en la sección del marco teórico: matriz heterosexual y las relaciones poder-saber.

La discusión la presento en el siguiente orden: primero, presento un recuento histórico del desarrollo de las categorías denominadas: transexual, trastorno de identidad de género en la niñez, trastorno de identidad de género y disforia de género. Además, discuto aspectos relacionados con el contexto histórico en el cual se desarrolla el DSM y las premisas principales desde las cuales se sostienen los diagnósticos. Con esto busco cumplir con el tercer objetivo de esta investigación: describir el desarrollo diacrónico de las categorías asociadas a los trastornos

sexuales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales desde el DSM-III hasta el presente. Lo anterior, como antesala e introducción al análisis de los resultados. Segundo, discutí aspectos generales del desarrollo de las categorías diagnósticas desde el DSM I hasta el DSM 5 y los hallazgos principales del ACD. Al mismo tiempo, interpreté dichos hallazgos en función de los conceptos de matriz heterosexual y las relaciones saber-poder. Con esta sección de la discusión busco cumplir con los objetivos restantes de esta investigación: (a) identificar las representaciones de la categoría transgénero en los diagnósticos de los trastornos sexuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (b) identificar en qué medida tales representaciones responden a discursos heteronormativos, (c) analizar los supuestos que subyacen a la categoría transgénero en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Por último, presento algunas de las limitaciones de esta investigación y realicé recomendaciones para futuras investigaciones.

Desarrollo histórico: desviaciones sexuales y la psicopatologización de la diferencia en el DSM

Las personas transgénero han existido en diversas culturas y las mismas han coexistido con los géneros tradicionales femenino-masculino. Desde la antigua Grecia se tiene registro de personas que no se adscriben al binomio de género tradicional (Mondimore, 1996). De manera similar, tanto en culturas pre-colombinas como en nativos de américa latina se ha evidenciado a lo largo de su historia gran diversidad en las expresiones de género (Mondimore, 1996). Por ejemplo, los indios nativos estadounidenses creen en lo que ellos llaman “two spirit people” o personas con doble espíritu. Para ellos, el género tiene múltiples formas de manifestarse y las identidades no se circunscriben al binario hombre-mujer. Desde su concepción de la vida las personas pueden ser: “mujeres, hombres, no-hombres, no-mujeres, lesbianas y gay” (Brown,

1997, p. 9). Al interior de esta visión del mundo, los no-hombres y no-mujeres serían el equivalente a lo que hoy es una persona transgénero. Por ejemplo, desde la perspectiva de los indios nativos estadounidenses "alguien que es diferente ofrece ventajas a la sociedad, precisamente, porque él o ella es libre de las restricciones usuales. Es una ventana distinta desde la cual se ve al mundo" (Brown, 1997, p. 9). Sin embargo, esta pluralidad respecto al género y a las identidades finalizó con el proceso de conquista y colonización del imperio británico de la época. Entonces, a través del proceso de colonización se fue reestructurando la manera en que las comunidades locales interpretaban la diversidad de género, al punto que estas terminaron por adoptar el binomio hombre-mujer. Sin embargo, esta tradición no se perdió por completo en las comunidades indígenas de Latinoamérica (Gilley, 2006). Lo anterior sugiere que nuestra concepción del género fue impuesta en el proceso de conquista y que, efectivamente, otras comunidades han logrado interpretar al sujeto humano más allá del binomio hombre-mujer.

Por otro lado, durante el siglo XIX en los Estados Unidos se comenzó a regular por la vía legislativa y médica las diversas expresiones de género que son características de las personas transgénero. Stryker, Currah y Moore (2008) mencionan que al inicio de los 1850, diferentes ciudades en los Estados Unidos comenzaron a legislar ordenanzas municipales que hacían ilegal para una mujer o un hombre estar en público en una vestimenta que no era la apropiada para su sexo. Junto al marco jurídico y a través de diversas legislaciones que comenzaron a regular las diversas expresiones de género:

> una de las herramientas más poderosas del siglo XIX para la regulación social se encontraba en rápido crecimiento y desarrollo: la ciencia médica. Para finales del siglo XVIII la ciencia comenzó de manera gradual a reemplazar a la religión como autoridad social y a mitad del siglo XIX el discurso médico jugaba ya un rol central en definir la

vida de las personas. (Stryker, Currah y Moore, 2008, p. 38)

Este cambio paradigmático del discurso religioso al discurso científico permitió justificar toda suerte de políticas sociales en nombre de la ciencia. Desde el argumento de cientificidad, el discurso médico de la época comenzó a explicar problemáticas de origen social como productos del individuo y, específicamente, como enfermedades mentales. La historia de la psiquiatría está repleta de ejemplos de "enfermedades" cuya cientificidad no era más que un subterfugio para regular el ordenamiento social. Por ejemplo, la utilización del discurso médico, específicamente de la psiquiatría, sirvió como marco de referencia para regular las conductas sociales como la "anarchia"- personas que protestaban en masa-, la drapetomania -esclavos que intentaban escapar de sus amos- y la dysathesia ethiopica- esclavos que destruían sus lugares de trabajo o se rehusaban a trabajar (Lev, 2005). Como argumenta Stryker Currah y Moore (2008), la ciencia médica que se desarrolló durante la mitad del siglo XIX fue sumamente conservadora y se encargó de "demostrar" la superioridad de los blancos en relación a los negros y de los hombres en relación a las mujeres. No es de extrañar que en este contexto se comenzara a utilizar la medicina como discurso legitimador para distinguir entre lo normal y lo anómalo. De esta manera, las conductas que resultaban problemáticas socialmente se comenzaron a tratar como problemas médicos que requerían la intervención del experto en el área. Ahora, las conductas no se interpretaban como buenas o malas desde una visión religiosa del mundo, sino que se interpretaban desde el discurso médico-científico como normales o anormales, beneficiosas o dañinas. Si bien esa era la interpretación, en el subtexto la dimensión de la censura moral seguía operando. En cualquier caso, la consecuencia era la misma: el control de los cuerpos de las personas que no adoptan las exigencias sociales de su época. Lo mismo sucedió con las personas

que no cumplían con las normativas sociales respecto a la identidad, orientación sexual y expresión de género.

Según Drescher (2015), cada edición del DSM contiene de manera implícita alguna premisa para explicar las variantes de género y orientación sexual de las personas. En este sentido es posible formular una descripción tipológica de la etiología de la sexualidad humana a lo largo de la historia moderna y la correspondencia de esta con cada manual del DSM. En general, las posturas de la época se pueden ubicar en tres premisas fundamentales: patología, inmadurez y variación normal. La visión patológica sostiene que cualquier comportamiento o experiencia sexual que se aleje de la visión heteronormativa debe ser considerada como una enfermedad. Esto es, todo lo que se aleje de la normativa heterosexual es evidencia de una patología subyacente que debe ser corregida. Drescher (2015) explica que:

> la presencia de un comportamiento o sentimiento de género atípico son síntomas representativos de una patología que los profesionales de la salud deben atender. Estas teorías sostienen que algún defecto interno o agente patógeno externo son la causa de la homosexualidad y que estos eventos pueden ocurrir pre y post natal. (p. 566)

Desde dicha perspectiva cualquier expresión de género que se distancie de la visión heteronormativa se presenta como un defecto; no solo fisiológico, sino como un defecto de tipo moral. Es dicha idea la que justifica la intervención del profesional de la salud para corregir la patología y encaminar a la persona hacia una sexualidad típica. Argumenta Drescher (2015) que previo al siglo XIX la mayor parte de los pronunciamientos respecto a la sexualidad humana provenían de los discursos religiosos de la época. No obstante, el siglo XIX marca una ruptura con el pensamiento religioso y comienza lo que, en términos de Kuhn (1996/1962) se conoce como una revolución paradigmática. Esto es, el discurso médico-psiquiátrico se apropia de

categorías hasta ese entonces articuladas al interior del pensamiento religioso y las explica desde, lo que según ellos, es una visión científica. Claro está, dicha visión científica fue un subterfugio para validar los valores conservadores de la época. La misma, sin embargo, no adjudica las premisas básicas de lo que llamamos ciencia, como lo son: (a) observación sistemática, (b) análisis, (c) precisión, (d) validez, (d) confiabilidad, (e) verificabilidad, entre otros (Bunge, 1960). Además, es excluyente de las metodologías cualitativas, enfocando solamente el aspecto cuantitativo-estadístico. Como presenta Drescher (2015) es así como categorías del discurso religioso como "posesión demoníaca, borrachera y sodomía pasan a convertirse al interior del discurso científico en insanidad mental, alcoholismo y homosexualidad" (p. 568). En este sentido, ocurre un traspaso de conceptos ideológicos propios del discurso religioso y se renombran para incorporarlos al discurso científico. Sin embargo, esto no implica avance alguno respecto al contenido ideológico que permea en dichos conceptos. Mires (1996) argumenta que dicho fenómeno es característico de lo que él llama la primera revolución paradigmática:

> El paradigma de la modernidad, por ejemplo, surgió en oposición al religioso. Fue, por tanto, un paradigma secularizado y secularizador. Pero, como ya se insinuó, al surgir en un universo religioso incorpora a su lógica, aun para contradecir principios religiosos, categorías que son propias de la religión, razón por la cual los paradigmas de la llamada posmodernidad asumen el carácter de una segunda secularización o, lo que es parecido, radicalizan la lógica secularizante surgida en el siglo XVII, llevándola a un punto que deja de ser asimilable por ella. (p. 217)

Es decir, este primer traspaso de conceptos del discurso religioso al llamado discurso científico no supone un cambio en los contenidos de la ideología que estaba como telón de fondo: la heteronormatividad. Lo único que ocurrió fue un cambio de etiqueta, no de contenido.

Lo anterior explica cómo las sexualidades alternativas son explicadas en un inicio desde la patología, el defecto o el declive moral y cómo luego se explican desde lo que se conoce en el discurso científico como las teorías de inmadurez en el desarrollo. La idea de la inmadurez en el desarrollo, en apariencia, elimina el lastre negativo evidente que carga la noción de patología y promueve la intervención y regulación del comportamiento sexual desde el discurso médico. En este sentido, la persona con una sexualidad no tradicional ya no se presenta como enferma o defectuosa, sino que desde un discurso médico se explican las variantes de género y sexuales como un paso normal hacia el desarrollo de una persona adulta heterosexual (Cochran et. al, 2014; Drescher, 2015; Drescher, 2010). Si bien cierto que desde esta mirada se atenúa la visión negativa respecto a las variantes de género y sexualidades alternativas, no se puede perder de perspectiva que el objetivo final del desarrollo sexual desde esta propuesta es la heterosexualidad. Esto es, todos los elementos asociados a una variación de la identidad de género o sexual son aceptables y, hasta típicas en el desarrollo normal de una persona, siempre y cuando dicho desarrollo tenga como consecuencia final un adulto heterosexual. De manera que la idea principal o el sustrato ideológico sigue siendo el mismo, sea que la sexualidad se evalúe desde el discurso religioso o desde el discurso científico con sus respectivas explicaciones desde la patología o la inmadurez.

En el DSM I y el DSM II se utilizaba la noción de patología en el desarrollo para explicar las variantes de los trastornos sexuales. Una última acotación que me parece necesaria mencionar es que las teorías de la variación normal presentan las variantes sexuales y de género como fenómenos que ocurren de manera natural. Como explica Drescher (2015) “dichas teorías típicamente explican que los individuos homosexuales nacen diferentes, pero es una diferencia natural que afecta a una minoría de personas, como sucede con las personas zurdas” (p. 566).

Estas teorías equiparan lo normal con lo natural, de manera que presentan las variantes sexuales y de género como parte del espectro de alternativas en el desarrollo sexual, aunque dichas variantes no son ni la finalidad ni en el desenlace "natural" esperado. En este contexto, me parece necesario explicar el uso del término "normal" y la relación que se intenta establecer entre este y el término "natural". Lo primero que debo mencionar es que en el lenguaje coloquial cuando nos referimos a lo "normal" podemos hacer referencia a dos entendidos principales: primero, la normalidad como norma estadística y, segundo, la normalidad como lo típico o lo común esperado. Respecto al primer caso, se entiende como normal lo que se conoce como el promedio estadístico. Esto es una medida que incorpora a todos los miembros de un grupo, pero que no representa a ninguno en su carácter individual. Uno de los riesgos principales al utilizar el promedio estadístico como sinónimo de normal -particularmente en relación con las identidades-, es que esta medida de tendencia central ocluye las diferencias individuales para brindarle primacía y centralidad a las del "grupo". Esto es, el promedio estadístico se puede utilizar -y de hecho se utiliza- para crear la percepción de que lo que es más típico o cercano a la norma, es sinónimo de lo deseable o moralmente correcto. El segundo caso, en cual nos vamos a enfocar, lo normal responde a las expectativas del medio social. Uno de los mejores entuertos que ha logrado el discurso médico-psiquiátrico es equiparar el ambiente social al ambiente natural. Esto es, utilizan el recurso de la analogía para extrapolar las interpretaciones que hacen de los llamados contextos naturales[7] y aplicarlas a los contextos sociales. En este ejercicio, no obstante, no hay reflexión respecto a cómo el contexto social modula y responde a intereses totalmente distintos a los que ocurren en un ambiente natural.

[7] Entiéndase por esto el espacio geográfico, con todo lo que lo constituye, en el cual cohabitan distintas especies humanas y no humanas.

La analogía es la siguiente: en un ambiente natural las especies que habitan en el mismo se adaptan al medio. Es decir, hacen lo que sea necesario en ese ambiente para lograr la supervivencia y lograr la reproducción de la especie. Esto se considera lo normal, es decir, lo esperado, lo típico. Esta misma lógica es la que se aplica cuando se intenta explicar el asunto de las sexualidades e identidades alternas desde las propuestas de la inmadurez en el desarrollo y de la variación normal. Lo normal, en este caso, es la heteronormatividad; el ambiente es el contexto social en el cual vive la persona y, lo esperado, es que se adapte a dicho ambiente o, dicho de otra forma, que sea heterosexual. Es decir, se espera que la persona se acerque al promedio estadístico que, al parecer, caracteriza las identidades sexuales en la población: binario sexo-género, heterosexualidad, entre otros. Entonces, desde estas perspectivas, es "normal" que una persona presente alguna variante respecto a su sexualidad o identidad. Sin embargo, se entiende que en su proceso de desarrollo la persona se debe adaptar adecuadamente a lo que es esperado en el medio social: la heteronormatividad. Es por esto que Braunstein (1982) argumentan que este tipo de analogías lo que hacen es socializar el ambiente natural y naturalizar el ambiente social. Dice el autor respecto a la relación que se establece entre el contexto social y el contexto natural: "salud = adaptación = normalidad", mientras que "en la biología enfermedad = inadaptación = anormalidad" (p. 388). Por esta misa razón, el autor luego se cuestiona:

> ¿Qué es conducta normal? ¿Qué es adaptación? ¿Difiere la conducta normal de la adaptación de la personalidad?... Puede decirse que tanto la conducta normal como la adaptación consisten en acciones socialmente aprobadas. Por lo tanto, conducta anormal e inadaptación se convierten en sinónimos de acciones que son socialmente inaceptables... La evaluación de la conducta de un individuo como normal o anormal

depende de las normas de la cultura a la que pertenece. Se espera que el individuo se adapte a las expectativas del grupo si desea ser aceptado. (p. 390)

A continuación, presento la discusión de los resultados más sobresalientes y las distintas estrategias discursivas que identifiqué en las distintas versiones del DSM. Dichas estrategias, junto a las posturas heteronormativas, corroboran y evidencian el carácter ideológico y pseudocientífico que caracteriza a los denominados trastornos de psicosexuales.

Estrategias discursivas del Análisis Crítico del Discurso: Del DSM I al DSM 5

Como mencioné en los capítulos anteriores, uno de los propósitos principales del ACD es auscultar cuáles estrategias discursivas se utilizan para representar un fenómeno social. En tal sentido, cuando se utiliza el ACD como técnica de análisis se logra evidenciar que las estrategias discursivas que se utilizan al momento de representar a una población, típicamente, responden a supuestos ideológicos que se tienen respecto a la misma. Esto es particularmente cierto cuando dicha representación se efectúa a través de los medios oficiales del estado y de las instituciones que ostenta el saber-poder respecto a una población o fenómeno social.

Entonces, presento las distintas categorías del ACD siguiendo el orden cronológico de publicación de los distintos manuales del DSM. Luego, interpreté algunas de las categorías principales del ACD en el mismo orden en que se presentan en la sección de resultados. Esto es: implicatura, supuesto, agregación, individualización vs colectivización y oposiciones estructurales.

DSM I y DSM II: El inicio de los entuertos ideológicos.

Las regulaciones respecto a la sexualidad y conductas socialmente aceptadas aparecen ya en la primera versión del DSM en el 1952 bajo la categoría de Desviaciones Sexuales con Personalidad Psicopática y Sexualidad Patológica. Como se mencionó anteriormente, tanto el

DSM-I como el DSM-II no presentan criterios específicos para brindar diagnósticos, sino que relegan dicha tarea al criterio de los expertos en el área clínica. La inclusión de la categoría de Desviaciones Sexuales en la nosología del DSM presenta varias interrogantes que se van a mantener a lo largo de las distintas ediciones del manual. Por ejemplo, ¿las subcategorías al interior de las Desviaciones Sexuales se catalogan como enfermedades mentales? ¿son etiquetas para regular la conducta sexual según las normas de la época? ¿son lastres ideológicos del discurso religioso que percolaron al llamado discurso científico?

Como mencioné anteriormente, el término transgénero abarca todo el espectro de las sexualidades y permutaciones del género no tradicionales. Los llamados trastornos sexuales son actualmente considerados trastornos mentales y a nivel clínico se reconocen como textos oficiales para su diagnóstico: el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el DSM. En Estados Unidos la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) utiliza el DSM como manual oficial para el diagnóstico de los trastornos mentales. En la actualidad el DSM 5 (trad. 2014) tiene establecido la categoría designada como disforia de género que la define como "una incongruencia marcada entre el género con el que se identifica la persona y el género que le fue asignado al nacer" (p. 452). Otros autores lo definen como "la inconsistencia entre el fenotipo físico y el género" (Capetillo-Ventura, Jalil-Pérez y Motilla-Negret, 2015, p. 53) o como "una fuerte y persistente identificación con el sexo opuesto y malestar con el sexo propio" (Hoshiai et al., 2010, p. 514). De manera que la persona que es diagnosticada con este trastorno no se identifica con el sexo que le es asignado al nacer, sino que se identifica con el sexo opuesto. Además, esta incongruencia que siente la persona entre el género asignado y el género experimentado le debe crear gran angustia, entre otros criterios. Por otro lado, esta inconsistencia no solo se traduce en problemas de carácter individual, sino que viene acompañada de un

sinnúmero de problemas, como la falta de apoyo e interacción social. En la siguiente tabla presento las categorías relacionadas con los trastornos sexuales según elaboradas en las distintas ediciones del DSM.

Tabla 10

Diagnósticos relacionados con la sexualidad y el género

DSM	Sub-clase	Categorías Diagnósticas	Criterios
DSM-1 (1952)	Desviaciones Sexuales En: Personalidad Psicopática con sexualidad patológica	1. Homosexual	No se estipulan criterios
DSM II (1968)	Desviaciones Sexuales En: Desórdenes de la Personalidad y otros Desórdenes Mentales No-Psicóticos	1. Homosexual	No se estipulan criterios
DSM-III (1980)	Desorden de Identidad de Género En: Desórdenes Psicosexuales	1. Transexualismo 2. Desorden de Identidad de Género en la Niñez 3. Desorden Atípico de la Identidad de Género	Critero D: Ausencia de anomalías genéticas e intersex.
DSM-III-R (1987)	Desórdenes iniciados en la infancia, niñez y adolescencia	1. Desórdenes de Identidad de Género en la Niñez 2. Transexualismo 3. Desorden de Identidad de Género en la adolescencia o adultez, tipo no transexual. 4. Desorden de Identidad de Género no-especificado	1. Se especifican tres criterios para el diagnóstico. 2. Se especifican tres criterios para el diagnóstico. 3. Se especifican cuatro criterios para el diagnóstico. 4. No se estipulan criterios.
DSM-IV (1994)	Trastorno de la Identidad Sexual, en:Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual	1. Trastorno de la Identidad Sexual	1. Se especifican cuatro criterios para el diagnóstico.
DSM IV-TR (2000)		-GID en la niñez -GID en adolescentes y adultos	
DSM 5 (2013)	Disforia de Género	-Disforia de Género en niños -Disforia de Género en	Faltan los criterios

		adolescentes y adultos -Disforia de Género no específico	

El DSM ha variado en cantidad, contenido, criterios y definiciones según la APA ha ido revisando los llamados trastornos sexuales. Por ejemplo, en la primera versión del DSM estos trastornos estaban ubicados bajo la categoría de Desviaciones Sexuales. Los mismos se definían dentro del renglón de "Personalidad psicopática con sexualidad patológica e incluía conductas como: homosexualidad, travestismo, pedofilia, fetichismo y sadismo sexual" (DSM, 1952, p. 38). El hecho de que el DSM I agrupara bajo una misma categoría a la homosexualidad, pedofilia y sadismo sexual, indica, primero, el intento de establecer una relación lógica entre una orientación sexual y conductas antiéticas y peligrosas. Segundo, relaciona dichas conductas con asuntos patológicos asociados a la personalidad. Sin embargo, en el DSM I no se definían ninguno de estos términos ni se brindaban criterios específicos o generales para su diagnóstico, solo se mencionan como desviaciones sexuales. Tampoco se explicaba la etiología de la supuesta "enfermedad", aunque se afirmaba que la misma existía. En el caso del DSM II continuó utilizando la categoría de Desviaciones Sexuales y la definió como:

> una categoría para individuos cuyo interés sexual está dirigido primordialmente hacia objetos y no a personas del sexo opuesto, actos sexuales que no estén asociados con el coito o relaciones que conlleven al coito en circunstancias bizarras como necrofilia, pedofilia, sadismo sexual y fetichismo (DSM II, 1968, p. 44).

En esta incluye conductas como: homosexualidad, fetichismo, pedofilia, travestismo, exhibicionismo, voyerismo, sadismo, masoquismo y otras desviaciones. Como se puede observar, en esta versión se añaden algunas categorías nuevas y se da una definición más amplia sobre qué

es una desviación sexual. Esto es, todo lo que no estuviese dirigido hacia la reproducción vía una relación heterosexual tradicional, era tachado como un trastorno. No solamente eso, sino que las relaciones consensuadas entre dos adultos del mismo sexo se equiparan a conductas como la pedofilia. Esto denota la visión conservadora y reguladora característica de la época y del discurso psiquiátrico. En tal sentido, estas primeras dos ediciones del DSM no buscaron establecer criterios científicos para sus diagnósticos, sino que utilizaron los estándares sociales como referentes "científicos" para brindar los mismos. Entonces, la visión patológica y de declive moral de las desviaciones sexuales fue la que dominó en el discurso psiquiátrico en estas primeras dos ediciones del manual. Primero, no se conceptualiza ni se brinda información respecto a la categoría de Desviaciones Sexuales. Esta solo se presenta como una categoría que existe y luego se describe la misma. Además, no se mencionan ni explican los presupuestos teóricos que justifiquen dicha categoría, a pesar de que, posteriormente, las principales críticas realizadas a dichos manuales residían en el supuesto sesgo psicoanalítico que poseían los mismos. Segundo, ambas ediciones del DSM relacionan, al colocar en un mismo orden lógico, a la homosexualidad, pedofilia y sadismo sexual. De igual manera, esta relación solo se establece y no se explica.

Como expliqué en el capítulo anterior, esto es cónsono con la estrategia discursiva conocida como supuestos. Dicha estrategia supone una afirmación respecto a una idea, premisa o la existencia de una idea sin la necesidad de explicar o justificar la misma. Los supuestos son utilizados cuando quien informa o brinda la información no siente la necesidad de explicar la misma porque "no es necesario" hacerlo. Por regla general, dicha estrategia se utiliza cuando no existe argumentación suficiente o evidencia sustancial para demostrar la afirmación que se lleva a cabo. En este caso, que la homosexualidad o el travestismo son desviaciones sexuales asociadas a patologías de la persona. Esto, por su parte, denota la base ideológica de dichos trastornos.

Estrategias Discursivas en el DSM III: Supuestos e implicaturas.

El DSM III (1980) trae consigo una serie de revisiones que impactan de manera general la estructura del Manual y, específicamente, a los llamados Trastornos Psicosexuales. Entre los principales cambios se encuentra la eliminación de la homosexualidad como trastorno sexual y la inclusión de dos nuevas categorías: trastorno de identidad de género en la niñez y el transexualismo. En el caso del trastorno de identidad de género en la niñez, la característica esencial es "una sensación persistente de incomodidad e inadecuación en un niño sobre su sexo anatómico y el deseo de ser, o la insistencia de que él o ella es del otro sexo." (p. 264), mientras que en el transexualismo la característica esencial es "un sentido persistente de incomodidad e inadecuación sobre el sexo anatómico y un deseo persistente de deshacerse de los genitales y vivir como miembro del otro sexo." (p. 262). Otro dato importante es que el trastorno de identidad de género es ubicado bajo la categoría de *Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence*. Se entiende que es común que este trastorno tenga inicio en la niñez o infancia temprana y no en la adultez. Desde la perspectiva del DSM III los trastornos de identidad pueden ocurrir en la niñez como parte del proceso normal de desarrollo, pero no continúan en la adultez. En todo caso, un adulto puede desarrollar lo que ellos denominan transexualidad; que es, según el DSM III, cuando la persona desea e insiste en deshacerse de sus órganos sexuales. Si se coteja en detalle, el DSM III parte de la premisa de que el desenlace del trastorno de identidad de género en la niñez, de no atenderse a tiempo, será la transexualidad en la adultez. Esto es, suponen que un trastorno en la identidad de género pudiera culminar con el deseo de tener los genitales del otro sexo. A su vez, esto produce la interrogativa de cómo se establece la relación entre la identidad de

género en la niñez y el sexo anatómico en la adultez. La pregunta que surge inmediatamente es: ¿por qué un niño podría experimentar un trastorno de identidad de género, pero un adulto no? Es decir, ¿acaso será que es típico como parte de la inmadurez en el desarrollo tener confusiones respecto a la identidad durante el periodo de la niñez? ¿no es posible en el adulto ya desarrollado?

Efectivamente, desde las teorías de la inmadurez en el desarrollo es posible que un niño esté "confundido" respecto a su identidad, pero en el proceso de maduración eso debe desaparecer. Por tal razón, en el caso de un adulto, no se le diagnostica con un trastorno de identidad de género, sino con transexualidad. Esto es, lo que establece el DSM III es que la consecuencia final del proceso de desarrollo será ser un hombre o una mujer heterosexual en los cuales hay congruencia entre su identidad género y su sexo anatómico. Por esta razón es que, por ejemplo, cuando se diagnosticaba a una persona adulta como transexual, se tenía que indicar como un especificador si esta era homosexual previo al diagnóstico. La razón para esto es porque un transexual era catalogado como un hombre que deseaba tener los genitales de una mujer, pero que sentía atracción sexual hacia las personas de su mismo sexo. Esto es, un hombre transexual no era otra cosa que un hombre homosexual que deseaba ser mujer, pero nunca lo podría ser. Ante ese escenario, creo que es válido preguntarse lo siguiente: ¿se eliminó realmente la homosexualidad en el DSM II o se solapó con el diagnóstico de transexualidad? Entonces, en el DSM III, en ningún momento se consideraba la posibilidad de que una persona con el diagnóstico de transexualidad pudiera sentir o experimentar como genuino el pertenecer o identificarse con otro género. Esto hace patente cómo las premisas heteronormativas constituyeron el fundamento ideológico para todos estos trastornos. Todo lo anterior, pone en cuestionamiento el supuesto abordaje "ateórico" que, según el mismo manual, es el fundamento de la nueva estructura clasificatoria. En tal sentido, habría que cuestionar cuán legítimo y cuánto se sostiene dicha afirmación a lo largo del manual. Es evidente, al menos

en lo que respecta a los trastornos psicosexuales, que el manual, en vez de ateórico, es altamente ideológico. A continuación, discuto las estrategias discursivas del ACD que encontré en esta edición del manual.

En el DSM III identifiqué un total de cinco referencias asociadas a la noción de implicatura[8] y seis referencias asociadas a la noción de supuesto. Es decir, identifiqué cinco instancias en las cuales se implica o dice algo que no está de manera explícita en el texto y seis instancias en las cuales se afirma una idea o premisa sin explicar o justificar la misma. Para propósitos de la discusión, englobé las distintas referencias a las implicaturas, de manera que estas representaran los distintos estereotipos de género hallados en el DSM. En relación con las implicaturas identifiqué cuatro instancias en las cuales estas remitían a visiones estereotípicas relacionadas con la expresión de género, dos instancias en las cuales remitían a los roles de género y una instancia en la cual remitía al binomio sexo-género[9]. Las implicaturas identificadas que remiten a asuntos de expresión de género tienen como premisa fundamental que existe algún tipo de vinculación o correspondencia entre el sexo anatómico con el que nacen las personas y el tipo de vestimenta y conductas que estas deben llevar a cabo. Por ejemplo, en el DSM III nos topamos con premisas como "ropa de su propio sexo", "vestirse con ropa de niñas o mujeres", "pasatiempos de niños", "papel masculino", "juegos y pasatiempos de niñas", entre otros. Todas estas afirmaciones sostienen ideas y premisas que no son explicadas ni justificadas bajo ningún concepto o propuesta científica. Esto es un elemento que amerita atención en el contexto del DSM. Primero, porque no se puede perder de perspectiva que el DSM fue y es un referente no solo para la comunidad médico-psiquiátrica, sino que se utiliza en diversos contextos clínicos,

[8] Véase la Tabla 1 y 2 en la sección de Resultados.
[9] Véase la Tabla 1 y 2 en la sección de Resultados.

académicos, de investigación y en la cultura popular. Esto es, es un texto que, aun con todos los señalamientos que ha tenido a lo largo de su desarrollo, se considera como una fuente confiable de información; no solo en el ámbito profesional, sino coloquial. A tal punto esto es cierto, que la versión actual del manual se continúa utilizando para brindar diagnósticos y justificar – aunque en otros casos negar- servicios. De hecho, Balon, Beresin y Guerrero (2017) argumentan que el Complejo Industrial Médico-Educativo presenta un "crecimiento descontrolado similar al Complejo Industrial-Militar y que, gradualmente, ha ganado un enorme poder político y económico" (p. 495). Este señalamiento responde a las regulaciones excesivas de parte de la industria médica, así como a la transición de la práctica científica de la medicina a un negocio dirigido a generar ganancias. La expectativa razonable de un texto de esta naturaleza es que se presente la evidencia correspondiente a las afirmaciones que lleva a cabo. Entonces, la pregunta que inmediatamente surge es: ¿cuáles fueron, si alguno, los criterios científicos utilizados, por ejemplo, para sugerir que el sexo anatómico se vincula con la vestimenta? ¿Cómo se seleccionaron a las personas que se encargaron de establecer dichos criterios? El manual del DSM no brinda una respuesta a este particular. No obstante, dichas implicaturas adquieren otro significado cuando se interpretan como una estrategia discursiva sustentada en una visión heteronormativa de la sexualidad y el género. Segundo, es importante recordar que el objetivo de una implicatura es no decir de manera explícita lo que se cree o se piensa de una cosa, sino sugerirlo e implicarlo. Esto es, dejar al lector la "interpretación" de lo que no se dice, al mismo tiempo que le sugiere cuál es la interpretación correcta. Por ejemplo, la siguiente cita "las personas con este trastorno generalmente se quejan de que se sienten incómodas vistiendo la ropa de su propio sexo anatómico" (DSM III, 1980, p. 261) sugiere algo que no dice de manera explícita. Esto es importante debido a que cuando se vincula el sexo anatómico con la

vestimenta, sin explicar cómo se articula dicha vinculación, se da por sentado que existe tal relación y que esta se puede utilizar como un criterio diagnóstico. Es decir, se normaliza y se crean estereotipos sobre lo que le corresponde a un hombre y a una mujer en función de su sexo anatómico. Por supuesto, lo que ocurre en el texto del DSM es que se equiparan los entendidos sociales respecto a la sexualidad a la humana con criterios de cientificidad. En otras palabras, todos los entendidos tradicionales que se desprenden de la matriz heterosexual de la que habla Butler [expresión género, identidad género, orientación sexual, estereotipos de género] se encuentran como premisas ontológicas que delimitan lo que es típico y atípico en el comportamiento de una persona. Por ejemplo, en la siguiente cita "a la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas" (DSM III, 1980, p. 546) se entrelaza el cómo se lleva a cabo una necesidad fisiológica y cómo esta sirve de indicador para un diagnóstico. Este último ejemplo, a mi modo ver, presenta con mucha elocuencia cómo los estereotipos tradicionales respecto al sexo y al género son el fundamento que posibilita la creación del diagnóstico [en este caso, transexualismo] y, a su vez, delimitan lo que se considera normal y anormal. Entonces, establecer, sin ningún tipo de justificación o explicación, que la manera en que se ejecuta un acto que es común a todos [orinar], se puede utilizar como un indicador de algún tipo de patología o enfermedad es, en el mejor escenario, pseudociencia e ideología. En tal sentido, esta edición del manual falla al no establecer los criterios de cientificidad adecuados para sus trastornos.

Identifiqué seis instancias en las cuales se utilizaba la estrategia discursiva conocida como supuestos. Es importante recordar que dicha estrategia discursiva busca evitar explicar una idea o premisa que se afirma en un texto. Por regla general, esto sucede cuando se entiende que la premisa no requiere explicación, ya que la afirmación que hace esta es evidente. Por ejemplo,

en la siguiente cita el DSM III (1980) expone que “las personas con este trastorno generalmente se quejan de que se sienten incómodas vistiendo la ropa de su propio sexo anatómico” (p.261). En este caso, lo que se dice, pero no se explica, es que cada sexo tiene un tipo de vestimenta particular. No se explica cuál vestimenta; tampoco cómo se establece dicha relación. La razón para esto es clara: en el sistema heteronormativo los sexos son interpretados desde la lógica binaria del sistema sexo-género y, por tanto, a cada sexo le corresponde una expresión de género específica. ¿Cuáles? La que las expectativas sociales hayan normalizado e impuesto en la sociedad. Por este motivo no es necesario explicar qué tipo de vestimenta corresponde a cuál sexo anatómico ni porqué existe tal correspondencia. Esto es similar a lo que Braunstein (1982) trabaja cuando define el concepto de ideología y cómo este funciona. Argumenta el autor que el conocimiento ideológico es el conocimiento de las apariencias, de lo obvio, de lo que todos saben, pero que nadie puede explicar. Lo anterior es característico de todos los supuestos que se encuentran en todos los manuales del DSM.

El siguiente supuesto identificado en el DSM III (1980) indica que “la característica esencial de los trastornos incluidos en esta subclase es una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género.” (p. 262). En este caso el supuesto no explicado es establecer la congruencia que, al parecer, debe existir entre el sexo anatómico y la identidad de género. Nuevamente, esto responde a que desde de la visión heteronormativa se establece cuál identidad de género corresponde a cuál sexo. La incongruencia se logra establecer porque en el sistema heteronormativo “se sabe” que si se tiene vagina se es mujer y si se tiene pene se es hombre. Por último, el DSM III (1980) indica que “en diversos grados, el comportamiento, la vestimenta y los gestos son los de otro sexo” (p. 262). Esta última cita vincula aspectos de la expresión y rol de género, al mismo tiempo que establece que en el caso de una persona transexual, estos

corresponden a los del otro sexo. Nuevamente, el supuesto no se explica porque la premisa que está como telón de fondo es la heteronormatividad compulsoria.

Estrategias Discursivas en el DSM IV: implicaturas, supuestos, individualización, agregación y oposiciones estructurales.

En el año 1994 se publica la cuarta edición del DSM que incluirá nuevos cambios respecto a los llamados trastornos de identidad de género. Entre estos se encuentra "la reubicación del trastorno de identidad de género en la niñez, adolescencia, adultez; y el transexualismo" (trad. 1995, p. 785). Estos ahora son ubicados en una categoría independiente llamada Trastornos de Identidad de Sexual y dejan de ser parte de los trastornos de la infancia. Otro cambio importante es que en la cuarta edición del texto se elimina el trastorno de transexualidad y se subsume como una característica que podría suceder dentro del Trastorno de Identidad de Sexual. A diferencia del DSM III, esta versión del manual unifica el trastorno de la identidad sexual de la infancia, transvestismo de rol doble y transexualismo en una sola categoría denominada trastorno de identidad de género. Esto es, aunque eliminó las etiquetas de dichos diagnósticos, lo que se hizo en este manual fue conglomerar todas esas características al interior de una sola categoría. Esta, a su vez, se subdividió entre los criterios que aplican para niños/as y los criterios que aplican para adultos. Cuando se comparan dichos criterios, resalta el hecho de que las características que aplicaban para una persona transexual en el DSM III, son ahora las que aplican para el diagnóstico del trastorno de identidad de género en adultos. La diferencia ahora estriba en que el diagnóstico puede comenzar en la niñez y continuar en la adultez o, por el contrario, puede iniciar en la adultez temprana.

Similar a las ediciones previas, la relación que establece el DSM IV entre la identidad de género que la persona experimenta y la relación de esta con el sexo anatómico no queda clara. Esto

es, ¿sentirse o identificarse con un género distinto al asignado al nacer supone, necesariamente, que la persona desea eliminar sus órganos sexuales? ¿qué sucede con un hombre que se identifica y vive como una mujer, pero conserva su órgano sexual y no desea deshacerse de este? ¿es una mujer con pene o un hombre vestido de mujer? Estas son preguntas que en el manual no se contemplan sus respuestas, debido a que su modelo "ateórico" se sostiene en una ideología heteronormativa que establece que es mujer quien tiene vagina y es hombre quien tiene pene. Por último, algo que levanta sospechas adicionales respecto a los criterios utilizados es el que establece que "el diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual" (DSM IV, 1994, p. 546). No se explica la razón por la cual esto se utiliza como un criterio de exclusión para el diagnóstico. Sin embargo, si se entiende que el supuesto ideológico que subyace a todas las ediciones del DSM es la heteronormatividad, entonces se comprende el porqué de este criterio de exclusión. Esto es, si el fundamento ontológico que le brinda la esencia a un hombre o una mujer es el cuerpo físico con el que nace y, de esta materialidad corpórea es que se desprende la identidad, rol y expresión de género, entonces; se puede concluir que una persona que nazca con genitalia ambigua, necesariamente, tendrá alteraciones en su identidad y rol de género. Es decir, lo esperado desde una visión heteronormativa es que las personas intersex van a presentar múltiples episodios de disforia asociados a su identidad de género porque su cuerpo no es el correcto. Es por esta razón que a estas personas no les aplica el diagnóstico de trastorno de identidad de género, porque "se sabe" que les va a ocurrir como consecuencia de sus variaciones biológicas. Entonces, es por esta misma razón que a una persona que no sea intersex se le puede brindar el diagnóstico de trastorno de identidad de género. O sea, una persona que no presente genitalia ambigua se sobreentiende que se desarrollará según lo esperado para su sexo anatómico y, en caso de no hacerlo, entonces se le diagnóstica un trastorno de identidad de género porque

algo debe andar mal en su proceso de desarrollo. Todo lo anterior para evidenciar lo sutil y solapado que se encuentra el discurso heteronormativo al interior del DSM. De igual manera, esto es cónsono con las estrategias discursivas conocidas como: implicaturas y supuestos. Estas estrategias implican contenidos e ideas que no están expresados abiertamente en el texto, pero que son elementos fundamentales del mismo. Esto es, lo que se implica o lo que está como telón de fondo es lo que sostiene y le brinda veracidad a lo que se dice; aunque no esté escrito ni dicho en el texto. Estas estrategias son útiles para ocultar las premisas ideológicas que permean al interior de un texto, al mismo tiempo que logran evadir la responsabilidad de explicar el por qué se piensa como se piensa respecto a un fenómeno dado. Ahora, discutiré las estrategias discursivas específicas halladas en la cuarta edición del DSM y cómo estas responden a una visión heteronormativa de la sexualidad humana.

En el DSM IV ocurre una situación similar al DSM III respecto a las implicaturas. En esta versión del manual identifiqué 12 instancias en las cuales se implicaba algo que no se decía de manera explícita. En este caso, es pertinente notar el aumento en el uso de estrategias discursivas en esta versión del DSM. La expectativa sería que estas disminuyan según se revisa cada uno de los manuales, no obstante, la realidad es que el uso de las mismas se agudiza en esta versión. La primera implicatura identificada fue "en los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer…" (p. 545). De primera instancia, la afirmación anterior puede parecer simple y puntual: los niños -varones- con trastorno de identidad sexual les interesan las actividades y vestimentas de niña o mujer. No obstante, para afirmar dicha alocución es necesario que existan, entonces, ciertas actividades y vestimentas propias de un sexo particular, en este ejemplo puntual, de una mujer. Dicha

afirmación, entonces, parte de la premisa de que existe tal cosa como “actividades femeninas y ropa de mujer”. Es decir, lo que se encuentra como telón de fondo es que a un niño -varón- le corresponden ciertos roles y actividades en la sociedad y, que dichos roles, pertenecen específicamente a un sexo. En este caso, la cita remite a la expresión de género que le corresponde a un niño al interior de un contexto heteronormativo.

Otra implicatura identificada explica que “estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres.” (p. 545). De manera similar, en este caso se presenta la existencia de un “papel femenino” y de “fantasías que tienen que ver con mujeres”. En este caso se añade un elemento interesante que es la fantasía. En otras palabras, en la afirmación anterior no solo se plantea que existe un papel o rol que corresponde al sexo de una persona, sino que a nivel cognitivo pareciera que existen deseos y fantasías que son productos y devienen del sexo de una persona. Por tanto, lo que se implica es que, efectivamente, existe una relación inequívoca entre el sexo anatómico de una persona y el tipo de fantasías que esta experimenta. Por esto es que es posible diagnosticar a una persona con el trastorno de identidad sexual: porque se “conoce” previamente cuáles pensamientos y roles son los que corresponden a un determinado sexo. En efecto, lo implicado –es decir, lo no explicitado- es que en las personas que no llevan el diagnóstico del trastorno de identidad sexual, existe una correspondencia natural entre el sexo, su expresión de género e identidad género. Este referente implícito es el que permite identificar cuándo una persona sufre un trastorno de identidad sexual y cuándo no. También, esta referencia al “papel de la madre” responde a una visión tradicional de los roles de género, dado que supone que el rol de cuidador corresponde a las mujeres y no a los hombres. Esto se hace evidente cuando se coteja que, en el caso de las niñas diagnosticadas con este trastorno, no se menciona que estas quieran emular el

“papel del padre” o cuidador. De forma implícita, lo que está planteado en el Manual son los valores tradicionales que se desprenden de la matriz heterosexual presentados como indicadores de un trastorno. Sin duda, esto cuestiona la legitimidad del estatuto de cientificidad de dicho Manual.

La tercera implicatura identificada explica que los niños “evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños.” (p.545). En este ejemplo se presupone y se implica que los hombres son violentos y competitivos. Además, se indica que hay juguetes y actividades que son propias o típicas de los niños. Este caso anterior es ejemplo paradigmático de cómo se solapan los estereotipos de género con el sexo biológico de las personas. Es importante rescatar que estas implicaturas presentan, de manera muy solapada, una visión muy puntual y específica de lo que es ser hombre y mujer en nuestra sociedad. Lo que se implica: los hombres, por naturaleza, deben ser violentos y competitivos. Si no lo son, es posible que tengan algún trastorno dado que existe correspondencia unívoca entre ser hombre – en términos biológicos- y ser violentos y competitivos. Esto no solo presenta una visión estereotipada respecto al género, sino que fomenta y justifica las conductas violentas como parte del desarrollo “normal” de un niño. La imagen que se intenta tipificar es la del hombre fuerte, valiente y competitivo vis a vis una mujer débil y asustadiza.

La última implicatura que entiendo pertinente discutir explica que “estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños.” (p. 545). Esta referencia, distinta a las otras, alude a las niñas diagnosticadas con el trastorno de identidad sexual. ¿Qué se implica? Primero, que las niñas típicas prefieren compartir con otras niñas, en vez de con otros niños. Segundo, que las niñas típicas no practican deporte y

que son pacíficas. En ambos casos, lo que se implica son nociones ideológicas respecto al género que se entremezclan con nociones tradicionales de cómo son y deben ser las mujeres. Según el DSM IV, las niñas típicas son tranquilas, sosegadas, no muy dadas a los deportes y prefieren compartir con mujeres. Si no son de esta manera, entonces es posible que tengan algún tipo de trastorno de identidad sexual. En otras palabras, lo que sí está implicado en el DSM es que existe una relación entre el sexo de la persona y el cómo esta puede y debe experimentar la vida. Así pues, una niña que entrecruce los roles de género y disfrute de las experiencias que disfrutan los niños, puede ser diagnosticada con el trastorno de identidad sexual. Es importante resaltar que lo que aquí se presenta es la normalización de los roles estereotípicos de género y la psicopatologización de cualquier desviación de las normativas de este. No solo esto, sino que se fomenta la percepción de que, si su rol, expresión o identidad de género no corresponde a la socialmente aceptada, entonces tiene un problema que puede ser catalogado como una enfermedad mental.

En el DSM IV (1994) identifiqué tres instancias en los cuales se utilizó la estrategia discursiva conocida como supuestos. Similar a las implicaturas, los supuestos se sostienen al interior de un sistema heteronormativo que no requiere explicarse. Por ejemplo, el DSM IV (1994) menciona que "el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento (p. ej., depilarse las piernas en los varones)." (p. 546). En este caso, lo que se establece es la relación entre el rol y la expresión de género, con el diagnóstico del Trastorno de Identidad de género. En este caso en particular, el mismo manual brinda un ejemplo respecto a qué se refiere con el comportamiento esperado: "depilarse las piernas en los varones". Este caso presenta un ejemplo paradigmático de cómo se utilizan costumbres sociales y tradicionales para sustentar un diagnóstico psiquiátrico.

Pensar que el acto de depilarse las piernas puede sugerir o indicar un posible trastorno, se sostiene solo en el caso de un contexto social heteronormativo en el cual se entiende que no es necesario explicar cuál es el rol que le toca a los hombres y a las mujeres. Esto es, porque se sabe que las mujeres en determinadas formaciones sociales son las que se afeitan las piernas, y las mujeres son las que tienen vagina, entonces, un hombre que se afeite las piernas estaría mostrando un rol de género que es incongruente con la expectativa social. Esto, sin duda, es la coaptación de las costumbres sociales por parte del aparato médico y la normalización y validación de los estereotipos de género. Tanto es así, que si cotejamos en la actualidad cuál es la idea que gravita en relación a depilarse las piernas, nos percatamos que la expectativa social actual, es, contraria a la esgrimida en el DSM IV, que los hombres se depilen las piernas.

También, en el DSM IV (1994) identifiqué una estrategia de individualización y tres de agregación. Por ejemplo, "estos niños… evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños." (pp. 545-546). La estrategia de individualización vs colectivización se utiliza para establecer cercanía o lejanía en el lector al contraponer al individuo con el colectivo al que pertenece. En este caso, cuando se utiliza la expresión "estos niños", se hace para identificar a los menores que no cumplen con los comportamientos esperados en un niño, en contraposición a lo que es "típico de los niños". Esto es, se establece que en el colectivo conformado por los niños es típico y común jugar deportes competitivos y juegos violentos. De esta manera, se presentan a los niños con un posible diagnóstico de trastorno de identidad de género como individuos separados del colectivo que no siguen las costumbres de este. A través de la generalización de conductas y estereotipos de género se presenta al niño diagnosticado como un elemento

discordante a lo que es típico en su grupo de referencia. A su vez, esta discrepancia se utiliza como justificación para el mismo criterio diagnóstico.

Otra de las estrategias que identifiqué en el DSM IV fue la de agregación. En este caso se utilizan imprecisiones en el uso del lenguaje para denotar grandes cantidades respecto a algo, en vez de informar el dato puntal. Plantea Machin y Mayr (2012) que el uso de este tipo de estrategia es típico en los medios de comunicación masiva para dar la impresión de objetividad científica en los temas que presentan. Por ejemplo, en el DSM IV (trad. 1995) se establece que "a menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos." (p. 545), "muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto." (p. 546) y "sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman" (p. 546). En las tres citas anteriores se utilizan imprecisiones cuantitativas para dar la impresión de que lo que se describe se da en la mayoría de los casos de las personas transgénero. En general, no es un problema el que se utilicen expresiones como "a menudo o muchos" para indicar una gran cantidad de personas o cosas. Sin embargo, esto no es admisible en un texto que ostenta poseer cierto nivel de cientificidad y que busca establecer criterios para el diagnóstico de distintos trastornos mentales. De hecho, no se sabe si, efectivamente, "muchos" intentan pasar en público por personas del otro sexo ni si sus personajes favoritos son representaciones masculinas fuertes. Es posible que haya casos en lo que esta descripción pueda ser más o menos certera, pero utilizar "muchos" como un sustantivo para denotar a las personas con el posible diagnóstico, tiene la intencionalidad de crear la percepción de que así son la mayoría estos.

Estrategias discursivas en el DSM 5: implicaturas, supuestos y agregación.

El caso del DSM 5 (trad. 2014) es particular, así que creo importante destacar que este manual, a diferencia de las ediciones previas, brinda toda una explicación respecto al uso que este

le da a los términos género, identidad de género y disforia de género. En este sentido, esta edición del DSM se distancia de las anteriores y, por vez primera, brinda explicaciones respecto al uso que le da cada uno de los términos. Esto es un cambio importante debido a que en las ediciones anteriores no se explicaban ni las diferencias ni las implicaciones en el uso de los términos sexo, género, identidad de género, entre otros. Al mismo tiempo, las explicaciones y detalles que brindan ponen de relieve las premisas ideológicas que sirven de base a este diagnóstico y que no estaban de manera explícita en los manuales anteriores. Por ejemplo, al momento de definir el término género, el DSM 5 (trad. 2014) explica:

> La necesidad de introducir el término género surgió con el entendimiento de que, para los sujetos con indicadores biológicos de sexo ambiguos o en conflicto (p. ej., "intersexual"), el rol que se vive en la sociedad y/o la identificación como varón o mujer podría no asociarse uniformemente con lo supuesto según los indicadores biológicos, y de que algunos sujetos desarrollan una identidad como mujer o varón que no coincide con su conjunto de indicadores biológicos clásicos. Por tanto, género se usa para denotar el rol público (y normalmente el reconocido legalmente) que se vive como chico o chica, hombre o mujer; sin embargo, a diferencia de algunas teorías constructivistas sociales, se considera que los factores biológicos son los que contribuyen, en interacción con los factores sociales y psicológicos, al desarrollo del género. (p. 451)

La cita anterior, a mi modo de ver, presenta, de manera muy elegante, lo que parecía obvio en los manuales anteriores; pero que no estaba explicitado: que lo que se encuentra como telón de fondo y que funge como armazón ideológico que sustenta los diagnósticos, no es otra cosa que una mirada biologicista y tradicional respecto a los cuerpos. Según se indica, la inclusión del término género responde al reconocimiento de que hay sujetos cuyos indicadores

biológicos no guardan correspondencia con el género que estos asumen. Esto es, que aunque los indicadores biológicos [sexo anatómico, cromosomas, hormonas] indican y apuntan cuál debe ser el género [hombre o mujer] que le corresponde a la persona, hay sujetos que presentan alguna incongruencia entre estos. Es decir, a pesar de que en el texto se reconoce que el género remite a aspectos sociales y de la vida pública de la persona, aun así, se afirma que debe existir correspondencia entre el aparato biológico y el género que se asume. En otras palabras, lo que el manual está asumiendo es la normalización y, específicamente, la naturalización de los patrones sociales y culturales que se vinculan al género. Esto lo logran al establecer que existe un indicador biológico que guarda correspondencia con un género: si el indicador biológico es el sexo anatómico y este resulta ser un pene, se es hombre y, si resulta ser una vagina, se es mujer. Entonces, a pesar de las clarificaciones en los términos y ser más cautelosos en cómo los utilizan, no hay ningún cambio en la ideología que permea al manual ni en las implicaciones que esta tiene en los cuerpos que se inscribe. Lo anterior responde a la estrategia discursiva conocida como supuestos. Esto debido a que supone una afirmación respecto a una idea sin la necesidad de explicar o justificar la misma. En ultimada instancia, lo que se implica es la relación inequívoca entre la biología y la identidad y expresión de género. Los otros términos que el DSM 5 (trad. 2014) trabaja son los de identidad de género y el diagnóstico de disforia de género:

> La identidad de género es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación del sujeto como varón, mujer u, ocasionalmente, con alguna otra categoría distinta de la de varón o mujer. La disforia de género, como término descriptivo general, se refiere a la insatisfacción afectiva /cognitiva de un sujeto con el género asignado. La disforia de género hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado. El término actual

es más descriptivo que el anterior término del DSM-IV, de trastorno de identidad de género, y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad per se. (p. 451).

Algo que creo se debe rescatar de estas definiciones es el intento, en esta edición del manual, de desplazar el diagnóstico de disforia de género fuera del individuo. Esto es, que el diagnóstico [el problema] no se centra en la identidad de la persona, sino en la disforia que le produce el género asignado con el género asumido. En tal sentido, el trastorno no necesariamente remite a la experiencia afectiva/cognitiva que tiene la persona en términos de su identidad de género y del género asumido, sino en la disforia que le produce la imposición social de un género con el cual no se identifica. Entonces, si el asunto de la disforia de género estriba en la incomodidad entre el género que se asigna al nacer y el género con el que se identifica la persona, ¿Por qué se psicopatologiza a la persona y no, en todo caso, a la cultura que somete a la persona a dichas condiciones? Es decir, ¿Por qué trasladar un problema social a uno individual? ¿Por qué brindar soluciones e intervenciones individuales a asuntos que son de carácter colectivo? A mi modo de ver, bien podríamos hablar de una sociedad disfórica que no puede vivir con la realidad de que existen otras posibilidades de existencia fuera de la heteronormatividad. Si, efectivamente, esta versión del DSM reconoce que el diagnóstico no remite al asunto de la identidad; esto es, que brinda el espacio a que no tiene que haber una supuesta correspondencia entre el indicador biológico y el género, entonces, ¿Por qué insistir en que el problema es del sujeto? ¿No es esto, acaso, similar a lo que hicieron los médicos del siglo pasado cuando diagnosticaron con distintas enfermedades a los esclavos que no querían trabajar? Forcades-Vila (2012) cita el trabajo de Cartwright (1851) y presenta cómo en el periodo de la esclavitud en los Estados Unidos los médicos de la época explicaron las problemáticas sociales

que eran inherentes a la estructura económica que se basaba en la esclavitud, como fenómenos individuales:

> Según Cartwright, los síntomas de la "disestesia etiópica" habían sido correctamente identificados por los médicos de los estados abolicionistas, pero estos habían errado en el diagnóstico, creyendo que el embotamiento físico y mental que observaban en los esclavos era consecuencia de la violencia y la crueldad de la esclavitud." Decía Cartwright "la disestesia etiópica es una enfermedad grave, pero por suerte relativamente fácil de curar: La mejor manera de estimular la piel es, primero, lavar al paciente a fondo con agua tibia y jabón; a continuación, untarlo completamente con aceite y hacer penetrar el aceite en la piel a latigazos administrados con una cinta ancha de cuero; a continuación hay que poner al paciente a trabajar al aire libre y al sol en un trabajo duro que le obligue a expandir los pulmones, como por ejemplo partir leña o serrarla. (p. 806)

El caso de las personas transgénero y el diagnóstico de disforia de género no está tan alejado, si algo, de lo que hacían los médicos en el siglo pasado con los esclavos. El problema en aquel entonces no eran las respuestas de resistencia de los esclavos, sino todo el aparato social que obligaba a los esclavos a vivir en unas condiciones de existencia que eran intolerables e inadmisibles. No obstante, el mantenimiento de una estructura de poder que legitima su propia existencia en la docilización y regulación de los cuerpos necesitaba trasladar el foco del problema del ámbito social al ámbito individual. De esta manera, se explicó y justificó el que los esclavos no trabajaran o quisieran escapar al libreto social que se les impuso. Así, el problema no era de la sociedad esclavista, sino del esclavo. Algo similar ocurre con los diagnósticos que regulan y docilizan los cuerpos: transexual, trastorno de identidad de género en la niñez, trastorno de identidad de género y disforia de género. En todos estos diagnósticos el elemento en

común es el sostenimiento de una estructura de poder [el aparato médico-psiquiátrico] que medicaliza e individualiza los problemas sociales que son inherentes a una estructura heteronormativa que se impone de manera violenta sobre los cuerpos e identidades que no reconoce como reales. El problema, desde este abordaje, no es la sociedad heterenormativa, sino la persona transgénero. Claro está, el argumento anterior no intenta patologizar a la sociedad al utilizar un falso binarismo: individuo-bueno en contraposición a una sociedad-mala. En todo caso, producir una reflexión respecto a la relación de tensión que media al individuo en relación con la sociedad.

En la quinta edición del DSM (trad. 2014) se elimina el Trastorno de Identidad de Género y se sustituye por el de Disforia de Género. En este caso la importancia clínica del trastorno se enfoca en la disforia y las consecuencias que esta puede tener en el sujeto y no en el sujeto en sí. También, se eliminan "los subtipos por orientación sexual por entenderse que no tenía valor clínico" (APA, trad. 2014, p. 15). Otro cambio importante que se realizó a esta categoría fue la inclusión del Trastorno de Desarrollo Sexual (TDS) o Intersex como categoría que se puede combinar con la disforia de género. En la versión anterior del DSM el TDS se utilizaba como criterio de exclusión para el diagnóstico de disforia de género, mientras que en el DSM 5 se utiliza como un especificador de este. Como plantea Kraus (2015), la condición física- del TDS- se subsumió dentro del desorden mental de la disforia de género. Si bien el asunto Intersex no es el enfoque de este trabajo, creo sumamente pertinente elaborar brevemente cómo este, al igual que la disforia de género, es pensado desde una lógica heteronormativa que está basada en el binarismo sexo-género. Primero, quiero resaltar que en los diagnósticos denominados *Trastorno de Identidad de Género en la Niñez* (DSM III), *Trastorno de Identidad de Género* (DSM IV) y *Disforia de Género* (DSM 5) nunca, bajo ningún concepto, se menciona la posibilidad de que el niño o niña

con este diagnóstico pueda o deba optar por tratamientos hormonales o de reasignación de sexo. Esto está estrictamente vedado en la etapa de la niñez y se recomienda solo en el caso de los adultos. Ninguna de las ediciones del DSM explica el porqué de esto; aunque se podría inferir que debe relacionarse con un asunto legal y de consentimiento. Sin embargo, cuando se trata de las personas intersex, el DSM 5 (trad. 2014) establece lo siguiente:

> La mayoría de los sujetos con un trastorno del desarrollo sexual que desarrollan disforia de género ha acudido en busca de atención médica a edades tempranas. En muchos sujetos, comenzando desde el nacimiento, los asuntos relacionados con la asignación de género han sido abordados por los médicos y por los padres. Además, como la infertilidad es bastante frecuente en este grupo, los médicos están más dispuestos a realizar el tratamiento con hormonas del sexo opuesto y la cirugía genital antes de la edad adulta. (p. 456)

Primero, debo señalar que esta cita pareciera responder algunas de las preguntas que me he realizado a lo largo del trabajo y para las cuales no tenía respuesta clara. Segundo, hago especial énfasis en la parte de la cita que indica "como la infertilidad es bastante frecuente en este grupo, los médicos están más dispuestos a realizar el tratamiento con hormonas del sexo opuesto y la cirugía genital antes de la edad adulta" (p. 456). Es decir, el discurso médico psiquiátrico parte de la premisa de que es razonable intervenir quirúrgica o hormonalmente con un niño/a con genitalia ambigua, bajo el pretexto de que, en fin y al cabo, la mayoría de estas personas son estériles. En este caso, lo que se encuentra como telón de fondo es la idea de que los cuerpos, necesariamente, deben tener una genitalia que sea similar a lo que tradicionalmente consideramos un hombre o una mujer. Nada que se aleje del binario hombre-mujer se acepta como una posibilidad más en el espectro del desarrollo sexual. No solo eso, sino que si el niño/a no se va a poder reproducir por el

mecanismo tradicional [entiéndase a través del acto sexual], entonces esto justifica la intervención sobre el cuerpo de estas personas.

Esto es importante señalarlo debido a que, si se compara lo que sucede con los diagnósticos de disforia de género, la pregunta que surge es la siguiente: ¿si un niño se identifica con el otro sexo y desea comenzar la transición en la adolescencia, no es posible llevar esto a cabo porque tiene el potencial de reproducirse? ¿o no es posible porque puede estar confundido y es una decisión que le corresponde tomar cuando sea adulto? ¿o, lo que probablemente sea la razón, no es posible porque se parte de la premisa de que si nació con pene debe convertirse en un hombre heterosexual que se reproduzca? No intento hacer una apología en cuanto a la reasignación de sexo en menores de edad con el diagnóstico de disforia de género; lo que quiero establecer es el doble estándar que utiliza el discurso médico-psiquiátrico al momento de decidir si interviene sobre un cuerpo o no lo hace. El supuesto ideológico que subyace a esto es que el médico tiene el derecho a intervenir sobre un cuerpo, aun cuando la persona no puede consentir; siempre y cuando dicha intervención sea para que el nuevo cuerpo se inserte al interior de la matriz heterosexual. Esto es, siempre y cuando el cuerpo intervenido termine con una vagina y sea mujer o termine con un pene y sea hombre. Además, esto pone en perspectiva la importancia que se le brinda en el discurso médico-psiquiátrico al asunto de la reproducción como un elemento fundamental de la sexualidad humana. Por supuesto, no argumento que la reproducción carezca de importancia en nuestra especie, más bien, lo que intento resaltar es el cómo se utilizan las lógicas heteronormativas para intervenir en los cuerpos de las personas. Sospecho, aunque no es el objetivo de este trabajo, que hay un correlato entre el argumento anterior y lo que sucede con la regulación del cuerpo de la mujer y el asunto del aborto.

Dicho lo anterior, en el caso de las estrategias discursivas utilizadas en el DSM 5 identifiqué cuatro instancias en las cuales se presentan relaciones que no se explican. Similar al DSM III y al DSM IV, las implicaturas se relacionan con asuntos de identidad, expresión y rol de género. Entre los componentes principales de las implicaturas se encuentran "prefieren ropa y estilo de pelo de chicos, prefieren deportes de contacto y juegos de pelea, pasatiempos de chicas, fantasías femeninas", entre otros. En tal sentido, el DSM 5, aunque disminuye en frecuencia la cantidad de implicaturas, el contenido de estas se mantuvo constante. Es decir, todas estas se relacionaban a aspectos tradicionales de expresión, rol e identidad de género.

Por ejemplo, el DSM 5 (trad. 2014) plantea en relación con los hombres con un posible diagnóstico de disforia de género que "ocasionalmente se niegan a orinar en posición sedente" (p. 453). Similar a lo que se planteaba en el DSM IV y el DSM III, esta versión del manual continúa utilizando como referentes para el diagnóstico indicadores difusos que se encuentran mediados por la cultura en la que se encuentre la persona. Esto es, no se esgrime ningún argumento lógico que valide y justifique el uso de prácticas socialmente mediadas como criterios e indicadores de un supuesto trastorno. La otra cita que creo importante rescatar en el DSM 5 (trad. 2014) es la que argumenta que las personas con un diagnóstico de disforia de género presentan "una marcada incongruencia entre el género que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos)." (p. 452). Esta cita presenta un excelente ejemplo para exponer las contradicciones que permean al interior del discurso del DSM. Anteriormente, mencioné cómo el DSM 5 se alejó de ediciones previas del manual al establecer que el foco del diagnóstico no era en la identidad de la persona, sino en la disforia que le producía la tensión entre el género experimentado y el género asignado. No obstante, si se coteja con detenimiento la cita anterior, la relación que se establece con la misma

es que una de las causas para experimentar la disforia es la incongruencia entre el género experimentado y los caracteres sexuales; sean estos primarios o secundarios. En este caso, el enlace que se establece entre el género experimentado y los caracteres sexuales supone que existe tal cosa como una relación equivalente entre uno y el otro. No solo esto, sino que la existencia de dicha relación se evidencia en la experiencia disfórica que sufre la persona. Esto corrobora que la visión "ateórica" que domina en el manual no es, tal vez, tan ateórica, sino ideológica. Es decir, ¿cómo es posible que se indique que el enfoque del trastorno es en la disforia causada por el choque entre el género asumido vis a vis el género asignado y, por otro lado, que uno de los criterios hable de incongruencia entre el género asumido y los caracteres sexuales?

Reflexiones finales

A modo de recapitulación, en la siguiente sección presento una síntesis de las principales conclusiones que se desprenden de la discusión de los resultados, así como algunas reflexiones adicionales respecto a dichos resultados. Además, presento las principales limitaciones y recomendaciones que se desprenden de este trabajo.

Según la discusión previa evidencié que tanto el DSM I como el DSM II tenían como premisa fundamental lo que se denominó una visión patológica de la sexualidad humana. Esto es, que toda conducta sexual que no estuviera dirigida y orientada hacia la heterosexualidad y la reproducción era vista como patológica y moralmente cuestionable. Esta afirmación, a su vez, pone en entredicho el argumento utilizado por los mismos psiquiatras de la época que afirmaban que estas primeras dos ediciones del DSM tenían un claro sesgo psicoanalítico (del Barrio, 2009; Johnson, 2014) y, que, debido a esto, eran las limitaciones que se presentaban dichos manuales. Además, estas primeras dos ediciones del DSM omitieron por completo establecer criterios específicos y científicos para el diagnóstico de las llamadas patologías sexuales; similar a lo que

ocurrió en las versiones posteriores. De esta manera, se institucionalizó en el corpus teórico del discurso médico-psiquiátrico una visión tradicional y moralista de la sexualidad humana. Como argumenta Vendrell-Ferré (2009) esta visión de la sexualidad supone que:

> mi cuerpo está equivocado, luego debe ser corregido. Mi cuerpo debe corresponderse con mi sexo verdadero, al igual que mi nombre. Al final todo: nombre, cuerpo, sexo, proclama la verdad del sujeto, que no es otra que la de su género, en consonancia con el orden de género establecido. (p. 73)

En tal sentido, se va construyendo desde el discurso médico-psiquiátrico la "verdad" de los cuerpos transgéneros. Esto es, a través del conglomerado de las tecnologías discursivas y los saberes biomédicos se comenzó a producir el relato ficticio del cuerpo transgénero. En tal sentido, el control del cuerpo ya no solo es en el orden de lo físico, sino discursivo. La producción del relato transgénero se tramita a través de la hegemonía discursiva que impone el aparto médico-psiquiátrico desde su posición en las estructuras de poder. Entonces, desde el mismo inicio del DSM queda plasmada la visión hegemónica que intenta producir y reproducir respecto a la sexualidad humana. Como plantea Cavia (2019):

> Desde una perspectiva feminista, existe un consenso acerca de la complejidad del sistema sexo-género, caracterizado por la biologización de la corporalidad femenina y masculina, la heterosexualidad obligatoria, la sexualidad normativa y la identidad estática de género, que forman parte de una continuidad lógica que define su construcción normativa. La transexualidad tensiona esta continuidad y, en la misma medida, activa una serie de nodos del dispositivo de sexualidad dirigidos a minimizar esta tensión desde instituciones expertas productoras del orden. (p. 226)

También, constaté que estas ediciones preliminares del DSM están plagadas de la estrategia discursiva conocida como supuestos. Como se explicó previamente, dicha estrategia se utiliza cuando no existe un fundamento teórico adecuado para el fenómeno propuesto y se procede a exponer y describir el mismo.

En el caso del DSM III, DSM IV y DSM 5, constaté, no solo el contenido ideológico que se desprende directamente del sistema sexo-género, sino todas las estrategias discursivas utilizadas para crear la percepción de objetividad y cientificidad en el discurso. En los cinco manuales identifiqué estrategias discursivas dirigidas a omitir información, pero que permiten inferir lo omitido (implicaturas), afirmaciones sin explicación ni evidencia (supuestos), explicaciones binarias (oposiciones estructurales), imprecisiones cuantitativas (agregación) y contraposición del individuo con el grupo (individualización vs. colectivización).

Tabla 11

Frecuencia de estrategias discursivas en los manuales del DSM

Estrategias Discursivas					
DSM	Implicaturas	Supuestos	Oposiciones estructurales	Agregación	Individualización Vs. Colectivización
DSM I (1952)	1	1	-	-	-
DSM II (1968)	1	1	-	-	-
DSM III (1980)	5	6	2	-	-
DSM IV (1994)	12	3	-	5	1

DSM 5 (2013)	5	3	-	1	-

Estas estrategias, en conjunto con los entendidos heteronormativos en los que se sustenta el manual, son las tecnologías que colaboran en la construcción de la percepción social de la persona transgénero como el perverso y abyecto. Como sugieren Guasch y Mas (2014):

> Si las personas que rechazan el género que les fue asignado al nacer (y demandan modificaciones corporales) son etiquetadas mediante un diagnóstico psiquiátrico, su existencia queda socialmente interpretada como una simple desviación a reparar, lo que deja sin cuestionar la legitimidad y la validez de las normas de género. Por otro lado, los diagnósticos psiquiátricos contribuyen poderosamente a fomentar el estigma y la discriminación social de quienes los sufren. (p. 9)

Es por esto por lo que es central mantener una actitud crítica sobre los discursos productores de verdades en nuestra sociedad. Esto aplica no solo a las instituciones tradicionales como la iglesia y el estado; sino a todo el aparato académico-científico que, desde su producción teórica y técnica, incide en los cuerpos de poblaciones socialmente marginadas. Las personas transgénero deben tener el mismo derecho a la posibilidad de existir desde sus subjetividades y experiencias corpóreas. Esto no solo es cierto para las personas de las comunidades LGBT, sino para los todos los miembros de una población.

También, creo importante destacar dos elementos fundamentales en la interpretación del DSM: los sistemas folclóricos de interpretación y los criterios de demarcación en los sistemas politéticos. Ambos elementos ponen en entredicho el estatuto de cientificidad del DSM.

Según Bonvillain (2000) la taxonomía folclórica se define como “un sistema de clasificación que las personas construyen para organizar el conocimiento de su universo” (p. 13). Es decir, cómo los humanos agrupamos y nombramos las entidades del mundo que nos rodea en

función del sistema cultural en el cual vivimos (Bonvillain, 2016). En tal sentido, las taxonomías folclóricas son sistemas de interpretación popular que permiten ordenar los fenómenos desconocidos a categorías ya conocidas. Por ejemplo, Atran (2006) argumenta que:

> Las personas en todas las culturas organizan de manera espontánea las categorías ontológicas de animal y planta. Cuando se encuentran un organismo que no ha sido identificado como perteneciente a una especie, aun así, se espera que pertenezca a una de las ya conocidas. (p. 6)

Es decir, las personas en las distintas culturas utilizan los entendidos sociales y la experiencia previa como marco de referencia para otorgarle sentido y organización al mundo que les rodea. A su vez, dichas taxonomías folclóricas no establecen criterios puntuales ni específicos, sino que se sirven de la experiencia para brindarle organización y sentido al mundo. Por último, las taxonomías folclóricas coexisten con las taxonomías científicas. Estas, a su vez, se caracterizan por establecer criterios específicos que permiten distinguir entre dos organismos u objetos (Aran, 2006). Entre estos criterios se encuentran: "fiabilidad, validez, utilidad, aplicabilidad, sencillez y utilidad en diversos contextos" (Dalal y Sivakumar, 2009, p. 9). Esto es, las taxonomías científicas son un sistema clasificatorio que permite organizar, clasificar y distinguir entre organismos en función de características puntuales que no comparten con otros sistemas biológicos.

El caso del DSM, tanto la taxonomía que se utiliza [sistema categórico-politético] como el uso que se le brinda a la misma está en entredicho. Por ejemplo, Flanagan y Blashfield (2008) llevaron a cabo una investigación en la que evaluaban si los psicólogos clínicos utilizaban una taxonomía científica o una taxonomía folclórica al momento de diagnosticar a los pacientes con el DSM IV. Entre los hallazgos más relevantes, estos encontraron que los clínicos no solo

utilizan mayormente sistemas folclóricos de interpretación al momento de otorgar los diagnósticos [particularmente diagnósticos de Trastornos de Personalidad], sino que había amplia similitud en los conceptos que utilizaban entre ellos. Lo anterior sugiere que, aun con la preparación que reciben los psicólogos en el área de diagnóstico, en general, estos remiten a sus marcos de referencia culturales al momento de diagnosticar. De esta forma, cuando se cotejan algunos de los elementos utilizados en las distintas ediciones del DSM para brindar los diagnósticos a las personas transgénero, sin duda, estos remiten a sistemas folclóricos de pensamiento. Por ejemplo, cuando se menciona "ropa de su propio sexo anatómico, ropa de mujer o hombre, papel femenino, pelo corto, depilarse las piernas, sentarse a la hora de orinar" entre otros, se remite a los valores culturales y no a criterios científicos. En tal sentido, estos elementos mencionados responden a un sistema folclórico que categoriza y significa desde el orden de lo social las conductas que corresponden a un hombre o una mujer. De hecho, esto el equivalente a lo que Butler denomina la Matriz Heterosexual[10].

Lo anterior, a su vez, nos lleva a otro aspecto que es importante destacar: el tipo de verbos seleccionados y utilizados como parte de los criterios diagnósticos de cada uno de los "trastornos". Si cotejamos los mismos, buena parte de estos, primero, son verbos infinitivos [terminaciones ar, er, ir: preferir, desear, realizar, evitar, mostrar, revelar, entre otros] y, segundo, aluden a aspectos relacionados con el comportamiento de las personas. De lo anterior se desprenden dos reflexiones importantes: las categorías politéticas en la taxonomía del DSM y el ejercicio de control sobre las personas transgénero. Primero, las categorías politéticas son aquellas en las cuales "el candidato debe cumplir con cierto número de criterios para cualificar para un diagnóstico" (Dalal y Sivakumar, 2009, p. 8). Es decir, son categorías que cumplen una

[10] Para una explicación del concepto, véase el capítulo III de este documento.

función similar a un sistema taxonómico, con la diferencia que no logran establecer los criterios definitorios que distingan inequívocamente entre un diagnóstico y otro. El DSM tiene como base un sistema de clasificación politética que no cumple con establecer criterios específicos que permitan diferenciar entre diagnósticos. Es decir, su sistema de clasificación no cumple con los criterios de una taxonomía científica. Por esta razón, Hergartner y Lehmann (2017) argumentan que la comorbilidad en los diagnósticos psiquiátricos tiende a ser la norma, en vez de la excepción. Al no lograr establecer criterios que distingan claramente un diagnóstico de otro, estos se traslapan y no se logran distinguir adecuadamente. En tal sentido, el DSM no solo utiliza diversas estrategias discursivas en la redacción del texto, sino que la propia estructura taxonómica que utiliza es, en el mejor escenario, cuestionable.

Ahora bien, si pensamos en los diagnósticos *Transexual*, *Trastorno de Identidad de Género y Disforia de Género*, los criterios de estos remiten, en la mayoría de los casos, a aspectos comportamentales. Es decir, cuando se coteja el uso de los verbos que seleccionan, estos aluden a elementos que responden a conductas que están mediadas por el sistema folclórico de la matriz heterosexual. Por ejemplo, la selección de verbos como preferir, mostrar, evitar, revelar, realizar, entre otros, establecen los elementos que, en fin y al cabo, buscan controlar las conductas e intereses de las personas transgénero. En tal sentido, dicha selección de verbos se enfoca en cotejar los comportamientos de las personas transgénero, al contrastarlos con las conductas "esperadas" de su grupo de referencia. De igual manera, dicha selección sugiere el énfasis de dichos diagnósticos en controlar las conductas (expresión de género) y no en explicar la etiología de los "trastornos". Esto, a su vez, constata el carácter ideológico del DSM.

Aportaciones y limitaciones

Identifiqué dos aportaciones principales en este trabajo. Primero, que utilicé el concepto de matriz heterosexual de Butler como marco interpretativo de los contenidos del DSM. Una de las principales críticas que enfrenta la propuesta de Butler es la dificultad que presenta la misma al momento de aplicarla a la realidad, dado lo abstracto de sus conceptos (Xie, 2014). En tal sentido, en esta investigación constaté la aplicabilidad que tiene el concepto de Matriz Heterosexual elaborado por Butler y cómo el mismo puede servir como marco interpretativo que permite develar los contenidos ideológicos característicos del binomio sexo-género. Segundo, creo que la principal aportación de esta investigación fue lograr establecer a través del ACD y de la Matriz Heterosexual el sesgo ideológico que permea a los diagnósticos *Transexual, Trastorno de Identidad de Género y Disforia de Género*. Como expliqué previamente, el DSM goza de un estatuto de cientificidad ante la sociedad y diversos grupos profesionales. En tal sentido, lograr evidenciar que estos diagnósticos y sus criterios se articulan al interior de los entendidos culturales del momento histórico en el que se producen, me parece una ganancia extraordinaria para las poblaciones transgénero. Termino con una cita de Bendetti (2000) que, a mi parecer, rescata la esencia y el propósito de este trabajo "¿qué es la paz (ya sea entre individuos o entre naciones) sino la aceptación del diferente, del o de los que no son como yo, como nosotros?" (p. 21).

Identifiqué dos limitaciones principales de esta investigación. Primero, el ACD que realicé estuvo limitado a un solo tipo: Selección Activa. Si bien es cierto que dicha categoría del ACD me permitió realizar un análisis ponderado de los diagnósticos de interés, de igual importancia es el análisis a nivel gramatical. Sin embargo, no lo llevé a cabo debido a que los textos originales del DSM son en el idioma inglés y, un análisis de ese tipo, requiere un dominio

exhaustivo del idioma original en el que se redactó el texto. Por tanto, recomiendo que, en una futura investigación se expandan los niveles de análisis del ACD más allá de la Selección Activa. Segundo, en esta investigación no incluí los documentos que fueron parte de los "task force" que dieron forma a las distintas ediciones y categorías en el DSM. Dichos documentos presentan "el proceso" de selección, creación y justificación de las distintas categorías que aparecen en el DSM. Analizar estos documentos puede brindar información valiosa respecto a los criterios, motivos e intereses que permitieron la creación de los diagnósticos *Transexual, Trastorno de Identidad de Género y Disforia de Género*. Por lo tanto, recomiendo que una investigación futura realice el ACD en estos documentos, de forma que se rescaten los contenidos ideológicos que permearon en el proceso.

Referencias

Amaro Carrillo, A. (2018). *Cuando el <<yo real>> no se corresponde con el <<yo ideal>>: insatisfacción corporal en personas trans* [trabajo de grado]. Universidad de Jaén: Jaén, Esp.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. APA.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2 ed.). APA.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.). APA.

American Psychiatric Association. (2009). *APA College Dictionary of Psychology.* APA.

American Psychiatric Association. (2014). *APA Handbook of Personality and Social Psychology, 3.* APA. http://dx.doi.org/10.1037/14344-000

American Psychiatric Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.). APA. http://dx.doi.org/10.1037/14646-000

American Psychiatric Association. (2016). *APA Handbook of Nonverbal Communication.* APA. http://dx.doi.org/10.1037/14669-000

American Psychiatric Association Committee on Statistics & National Committee for Mental Hygiene. (1945). *Statistical manual for the use of hospitals for mental diseases* (10th ed.). State Hospitals Press. (Primera edición publicada en 1942)

APA Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Concerns Office. (2011). *Respuestas a sus Preguntas Sobre Las Personas Trans, La Identidad De Género Y La Expresión De*

Género (2da. ed.). (Versión original publicada en 2006) https://www.apa.org/topics/lgbt/brochure-personas-trans.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Trad. T. de Flores i Formenti, J. Toro Trallero, J. Massana Ronquillo, J. Treserra Torre & C. Udina Abelló) (Ed. 4). Masson S.A. (Primera edición publicada en 1994)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Trad. T. B. Bascarán, P. Suárez-Pinilla, Dra. P. López-García, A. Bagney-Lifante & I. Baeza-Pertegaz.) (Ed. 5). Editorial Médica Panamericana. (Versión original publicada en 2013)

Atran, S. (1998). Folk biology and the anthropology of science: cognitive universals and cultural particulars. *Behavioral Brain Sciences, 21*(4), 547-569. doi: 10.1017/S0140525X98001277

Ávila-Fuenmayor, F. (2006). El concepto de poder en Michel Foucault. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 8*(2), 215-234. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436380

Avilés, E. (2016). La realidad sobre las investigaciones trans en Puerto Rico**.** *Diálogo UPR.* https://dialogoupr.com/la-realidad-sobre-las-investigaciones-trans-en-puerto-rico/

Bajtín, M. M. (1982). *Estética de la creación verbal*. Editorial Siglo XXI.

Balon, R., Beresin, E. V. & Guerrero, A (2017). Medical-education-industrial complex? *Academic Psychiatry, 42,* 495-497. doi: 10.1007/s40596-017-0856-4

Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. & Tindall, C. (2004). *Métodos cualitativos en psicología. Una guía para la investigación.* Universidad de Guadalajara, Centro Universitario.

Bardin, L. (1986). *El Análisis de Contenido* (Trad. César Suárez). Esp: Akal. (Original publicado en 1977)

Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T. & Kreukells, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 5–12. http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293

Benedetti, M. (2000). *Perplejidades de fin de siglo*. Planeta.

Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flannagan, E. H. & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *The Annual Review of Clinical Psychology, 10,* 25-51. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639

Bockting, W. & Keatley, J. (2012). Por la Salud de las Personas Trans: Elementos para el Desarrollo de la Atención Integral de Personas Trans y sus Comunidades en Latinoamérica y el Caribe (Trad, E. Corona). *Pan American Health Organization.* https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf

Bond, B. J. & Compton, B. L. (2015). Gay On-Screen: The Relationship Between Exposure to Gay Characters on Television and Heterosexual Audiences' Endorsement of Gay Equality. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 59*(4), 717-732. doi: 10.1080/08838151.2015.1093485

Bonvillain, N. (ed.). (2016). *The Routledge Handobook of Linguistic Anthropology*. Routledge.

Bosson, J. K., Vandello, J. K. & Buckner, C. E. (2019). *The Psychology of Sex and Gender.* Sage.

Bower, H. (2001). The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35,* 1–8.

Braunstein, N. A (1980). *Psiquiatría, Teoría del Sujeto, Psicoanálisis (hacia Lacan).* Siglo XXI.

Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Siglo XXI.

Braunstein, N. A., Pasternac, M., Benedito, G. & Saal, F. (1982). *Psicología: Ideología y Ciencia* (8va ed.). Siglo XXI.

Brinkmann, S., Jacobsen, M. H., & Kristiansen, S. (2014). Historical overview of qualitative research in the social sciences. *The Oxford Handbook of Qualitative Research,* 17-42. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.013.017

Brown, L. B. (1997). *Two Spirit People: American Indian Lesbian Women and Gay Men.* Haworth.

Bunge, M. (1960). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veinte.

Butler, J. (1990). Actos Performativos y Construcción del Género: Un ensayo sobre Fenomenología y Teoría Feminista (Trad. M. Lourties). 296-314. http://capacitacion.hcdn.gob.ar/wp-content/uploads/2015/12/actos-Buttler-1.pdf

Butler, J. (2002). Is kinship always already heterosexual? *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies. 13*(1), 14-44. https://muse.jhu.edu/article/9630/pdf

Butler, J. (2004). *Regulaciones de género* (Trad. Moisés Silva). *Undoing Gender.* https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5202651.pdf

Butler, J. (2006). *Deshacer el Género*. (Trad. P. Soley-Beltrán). Paidós. (Versión original publicada en 2004).

Butler, J. (2007). *El Género en Disputa: El Feminismo y la Subversión de la Identidad* (Trad. A. Muñoz). Paidós. (Versión original publicada en 1990).

Byne, W., Bradley, S., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., … & Tompkins, D. A. (2012). Report of the APA Task Force on treatment of Gender Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *169*(8), 1-35.

Capetillo-Ventura, N.C., Jalil-Pérez, S.I. & Motilla-Negret, K. (2015). Gender dysphoria: An overview. *Medicina Universitaria. 17,* 53-58. doi: 10.1016/j.rmu.2014.06.001

Caponi, S. & Martínez-Hernáez, A. (2013). Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos. *Scientiæ Zudia, 11*(3), 467-89.

Carroll, L., Güss, D., Hutchinson, K. S. & Gauler, A. A. (2012). How Do U.S. Students Perceive Trans Persons? *Sex Roles, 67,* 516–527. doi: 10.1007/s11199-012-0193-8

Carsen, B. [Carla LaGata] & Berredo, L. (2016). Informe anual del TMM 2016: 2.190 asesinatos son sólo la punta del iceberg. *Observatorio de Personas Trans Asesinadas, 15*, 1-28. https://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/11/TvT-PS-Vol15-2016.pdf

Cavia, B. (2019). La gestión de lo patológico: Itinerarios de la transexualidad. *Estudios Atacameños, 62*, 223-245. https://doi.org/10.22199/issn.0718-1043-2019-0008

Ceballo-Fontes, M. & García-Oramas, M. J. (2017). Roles de género tradicionales y personalidad tipo c en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Ciencia Ergo Sum, 23*(3), 229-238. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5713919.pdf

Chalmers, A. (2000). ¿Qué es esa Cosa Llamada Ciencia?. Siglo XXI. (Primera edición publicada en 1982)

Clarke, V., Ellis, S., Peel, E. & Riggs, D. (2010). *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer psychology: An introduction.* Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511810 121

Cochran, S. D, Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A, García-Moreno, C., Atalla, E., … & Reedi, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ, 92*, 672–679. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.135541

Colina, F., & Jalón, M.. (2009). Entrevista con Michel Foucault. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *29*(1), 137-144. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&tlng=es.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América.* http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf

Comité de Asuntos de la Comunidad LGBT. (2014). *Estándares para el Trabajo e Intervención en Comunidades de Lesbianas, Gays, Bisexuales e Identidades Trans.* Asociación de Psicología de Puerto Rico.

Comité de la Diversidad de Sexo, Género y Orientación Sexual (CDSGOS). (2014). *Estándares para el Trabajo e Intervención en Comunidades de Lesbianas, Gays, Bisexuales e Identidades Trans*. Asociación de Psicología de Puerto Rico.

Cooper, R. (2017). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Reviews of Concepts in Knowledge Organization, 44*(8), 668-676.

Cordero Mercado, D. (2013). La homofobia en los medios de comunicación en Puerto Rico… *Pedro Julio Serrano.* https://pedrojulioserrano.com/2013/03/25/la-homofobia-en-los-medios-de-comunicacion-en-puerto-rico/

Cornejo-Espejo, J. (2012). Componentes ideológicos de la homofobia. *Límite, 7*(26), 85-106. https://www.redalyc.org/pdf/836/83625847006.pdf

Dalal, P. K. & Sivakumar, T. (2009). Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian journal of psychiatry*, *51*(4), 310–319. https://doi.org/10.4103/0019-5545.58302

Davey, A, Bouman, W. P., Arcelus, J. & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *Journal of Sex Medicine, 11*, 2976–2985. doi: 10.1111/jsm.12681

Davy, Z. (2015). The DSM-5 and the politics of diagnosing transpeople. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 1165–1176. doi: 10.1007/s10508-015-0573-6

De Beauvoir, S. (1999). *El segundo sexo*. Sudamericana.

De Lauretis, T. (1989). Technologies of gender. *Essays on Theory, Film and Fiction,* 1-30. London: Macmillan.

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología, 30*(2-3), 81-90.

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2018). *Orden Administrativa Número 398.* http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/rdenes%20Administrativas/OA%20398%20PARA%20DEROGAR%20LA%20ORDEN%20ADMINISTRATIVA%20NUMERO%20395.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2018). *Puerto Rico AIDS Surveillance Summary Cumulative AIDS Cases Diagnosed as of September 30, 2018.* http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20VIH/Estad%C3%ADsticas%20Generales/2018/Septiembre%202018/Puerto%20Rico%20AIDS%20Surveillance%20Summary.pdf

Drag Core (2016). *RuPaul - Born Naked (Original)* [video]. https://www.youtube.com/watch?v=nTn9CiPWTJQ

Dremel, A. & Matić, R. (2014). Discourse and/as Social Practice – the Analysis of the Problem of Resistance and Hegemony. *Mediterranean Journal of Sciences, 5*(22). https://www.mcser.org/journal/index.php/mjss/issue/view/80

Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 427–460. doi: 10.1007/s10508-009-9531-5

Drescher, J. (2015). Out of DSM: depathologizing homosexuality. *Behavioral Science, 5,* 565-575; doi:10.3390/bs5040565

Duque, C. (2010). Judith Butler y la teoría de la performatividad de género. *Revista de Educación y Pensamiento,* 85-95.

Ebert, A. & Bär, K.J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 191-192. https://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2010/52/2/191/64591

Ekins, R. (2005). Science, politics and clinical intervention: Harry Benjamin, transsexualism and the problem of heteronormativity. *Sexualities*. *8*(3), 306–328. doi: 10.1177/1363460705049578

El Nuevo Día (2018). El gobernador veta el proyecto de libertad religiosa. *ELNUEVODIA.COM.* https://www.elnuevodia.com/noticias/politica/notas/el-gobernador-veta-el-proyecto-de-libertad-religiosa/

Ericsson, S. (2011). Heteronormativity in First Encounters: An Interactional Analysis, *NORA-Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, *19*(2), 87-104. doi: 10.1080/08038740.20 11.568124

Fairclough, N. (1993). *Discourse and Social Change.* Polity.

Figert, A. (1996). *Women and the Ownership of PMS: The Structuring of a Psychiatric Disorder.* Routledge.

Flannagan, E. H. & Bashfield, R. K. (2008). Clinicians' folk taxonomies of mental disorders. *Philosophy, Psychiatry and Psychology, 14*(3), 49-90.

Fonseca-Hernández, C. & Quintero-Soto, M. L. (2009). La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas, *Sociológica, 24*(69), 43-60. https://www.redalyc.org/pdf/3050/305024672003.pdf

Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar* (Trad. A. Garzón) (9na ed.).Siglo XXI. (Primera edición en 1975).

Foucault, M. (2005). *El Orden del Discurso* (trad. A. González Troyano). Tusquets. (Primera edición en español 1973)

Foucault, M. (2005b). *El Poder Psiquiátrico* (Trad. H. Pons). Akal. (Primera edición en español publicada en 1976)

Foucault, M. (2008a). *Historia de la Sexualidad. 1. La Voluntad del Saber* (2da ed.). Siglo XXI. (Primera edición en español publicada en 1977)

Forcades i Vila, T (2012). La medicalización de los problemas sociales Medicalization of social problems. *Revista Cubana de Salud Pública, 38*(5): 803-809. http://scielo.sld.cu803

Francia-Martínez, M. Esteban, C. & Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 28*(1), 98-113. https://www.redalyc.org/pdf/2332/233255999007.pdf

Gergen, K. I. (2007). *Construccionismo Social, Aporte para el Debate y la Práctica* (trad. A. M. Estrada Mesa & S. Diazgranados Ferráns). Uniandes.

Gill, S., & Randhawa, A. (2021). Internalised Homophobia and Mental Health. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, *12*(4), 501–504.

Gilley, B.J.. (2006). *Becoming two-spirit: Gay identity and social acceptance in Indian country. Acceptance in Indian Becoming Two-Spirit: Gay Identity and Social Country.* University of Nebraska.

Golubović, Z. (2011). An Anthropological Conceptualisation of Identity. *Synthesis Philosophica*, *26*, 25-43. http://www.hrfd.hr/documents/03-golubovic-pdf.pdf

Grau, S. L. & Zotos, Y. C. (2016) Gender stereotypes in advertising: a review of current research. *International Journal of Advertising, 35*(5), 761-770. doi: 10.1080/02650487.2016.1203556

Guasch, O. & Mas, J. (2014) La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970-2014). *Gazeta de Antropología, 30*(3). http://hdl.handle.net/10481/33813

Habermas, J. (2011). *Verdad y justificación (Estructuras y Procesos. Filosofía).* Trotta. (Primera edición en español publicada en 2007)

Hancock, B., Ockleford, E. & Windridg, K. (2009). An Introduction to Qualitative Research. *National Institute for Health Research.* https://www.rds-yh.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2013/05/5_Introduction-to-qualitative-research-2009.pdf

Hengartner, M. P. & Lehmann, S. N. (2017). Why psychiatric Research Must Abandon Traditional Diagnostic Classification and Adopt a Fully Dimensional Scope: Two Solutions to a persistent problem. *Frontiers in Psychiatry, 8*(101). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00101

Herek, G.M. (2004). Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sex Res Soc Policy, 1***,** 6-24. https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2 .6

Herek, G. M. (2015). Beyond "homophobia": Thinking more clearly about stigma, prejudice, and sexual orientation. *American Journal of Orthopsychiatry, 85*(5), 29-37. https://doi.org/10.1037/ort0000092

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo. En *Metodología de la investigación,* 356-381, (6a. Ed.). McGraw-Hill.

Hoshiai, M., Matsumoto, Y., Sato, T., Ohnishi, M., Okabe, N., Kishimoto, Y., … & Kuroda, S. (2010). Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience, 64*(5), 514-519. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey.* National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

Jiménez-Castaño, J. Cardona-Acevedo, M. Sánchez-Muñoz, M. P. (2017). Discriminación y exclusión laboral en la comunidad LGBT: un estudio de caso en la localidad de chapinero, Bogóta Colombia. *Papeles de Población, 23*(93). https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11252977009

Johnson, R. A. (2014). "Pure" Science and "Impure" Influences: The DSM at a Scientific and Social Crossroads. *DePaul Journal of Health Care Law,* 147-211.

Jorgensen, M. & Phillips, L. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method.* Sage.

Kotan, V. O., Kotan, Z., & Özcürümez Bilgili, G. O. (2018). Diagnostic Classification Systems Based on Psychoanalytical Principles. *Archives of Neuropsychiatry*, *55*, 91-97. https://doi.org/10.29399/npa.19505

Kraus, C. (2015). Classifying Intersex in DSM-5: Critical Reflections on Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, *44,* 1147–1163. doi: 10.1007/s10508-015-0550-*0*

Kuhn, T. S. (1996). The Structure of Scientific Revolutions (3ra Ed.). University of Chicago. (Primera edición en 1962).

La Fortaleza. (2017). *Gobernador Rosselló Nevares Firma Orden Ejecutiva para Crear Consejo Asesor en Asuntos LGBTT***.** https://www.fortaleza.pr.gov/content/gobernador-rossell-nevares-firma-orden-ejecutiva-para-crear-consejo-asesor-en-asuntos-lgbtt

La Fountain-Stokes, L. (2014). Translatinas/Os. *Transgender Studies Q*uarterly, *1*(1-2), 237–241. doi: https://doi.org/10.1215/23289252-2400154

Larsson, H., Redelius, K. & Fagrell, B. (2011). Moving (in) the heterosexual matrix. On heteronormativity in secondary school physical education. *Physical Education and Sport Pedagogy, 16*(1), 67-81. doi: 10.1080/17408989.2010.491819

Leach, E., & Gore, J. (2022). Culture, religion, and homonegativity: a multi-level analysis. *Mental Health, Religion & Culture*, *25*(1), 85–98. https://doi.org/10.1080/13674676.2022.2027353

Lev, A. I. (2005). Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 17*(3/4), 35-69. doi:10.1300/J056v17n03_03

Lev, A. L. (2013). Gender dysphoria: Two steps forward, one step back. *Clinical Social Work Journal*, *41*(3), 288–296. 10.1007/s10615-013-0447-0.

Liu, R. T., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine, 42*, 221–228. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023

Logan, C. R. (1996). Homophobia?, *Journal of Homosexuality, 31*(3), 31-53. https://doi.org/10.1300/J082v31n03_03

Machin, D. & Mayr, A. (2012). *How to do Critical Discourse Analysis*. Sage.

Mai, L. L., Young Owl, M. & Kersting, M. P. (2005). *The Cambridge Dictionary of Human Biology and Evolution.* Cambridge University.

Martínez, A. (2009). La matriz de inteligibilidad heterosexual: El estatuto de la identidad de género desde una perspectiva queer de la psique. Conferencia en *II Congreso Internacional de Investigación, 2 al 14 de noviembre de 2019.* Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trabeventos/ev.12093/ev.12093.pdf

Martínez-Guzmán, A. & Íñiguez-Rueda, L. (2010). La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual: Estrategias discursivas en la patologización de la transexualidad. *Discurso y Sociedad, 4*(1), 30-51.

Matsumoto, D. (2009). *Cambridge Dictionary of Psychology*. Cambridge University.

Meerwijk, E. L. & Sevelius, J. M. (2017). Transgender Population Size in the United States: a Meta-Regression of Population-Based Probability Samples. AJPH *Transgender Health*, *107*(2), 1-10. https://ajph.aphapublications.org/doi/pdfplus/10.2105/AJPH.2016. 303578

Mires, F. (1996). *La revolución que nadie soñó. La otra posmodernidad*. Nueva Sociedad.

Moleiro, C. & Pinto, N. (2015). Sexual orientation and gender identity: Review of concepts, controversies and their relation to psychopathology classification systems. *Frontiers in Psychology, 6*(1511). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01511

Mondimore, F. M. (1996). *A Natural History of Homosexuality*. John Hopkins University.

Nagoshi, J. L., Hohn, K. L. & Nagoshi, C. T. (2017). Questioning the heteronormative matrix: Transphobia, intersectionality, and gender outlaws within the gay and lesbian community. *Social Development Issues, 39*(3), 19-31.

National Center for Transgender Equality. (2014). *Transgender terminology*. https://www.nawj.org/uploads/files/annual_conference/session_materials/transgender/transgender_terminology-ncte.pdf

National LGBT Health Education Center. (2016). Affirmative care for transgender and gender non-conforming people: Best practices for front line health care staff.pdf. *The Fenway Institute.* https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2016/12/Affirmative-Care-for-Transgender-and-Gender-Non-conforming-People-Best-Practices-for-Front-line-Health-Care-Staff.pdf

Noreña, A. N., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G. & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan, 12*(3), 263-264.

Noticel. (2017). ¿Qué es lo que trae el proyecto de ley Restauración de la Libertad Religiosa?. *Noticel*. https://www.noticel.com/legislatura/ahora/20171211/que-es-lo-que-trae-el-proyecto-de-ley-de-restauracion-de-la-libertad-relig/

Noticel. (2018). Transgéneros ya pueden solicitar cambio en certificados de nacimiento. *Noticel.* https://www.noticel.com/ahora/vida/20180716/transgeneros-ya-pueden-solicitar-cambio-en-certificados-de-nacimiento/

Osborne, R. & Molina-Petit, C. (2008). La evolución del concepto de género. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, *15*, 147-182. issn: 1139-5737

Oxford library of psychology. (2014). *The Oxford handbook of qualitative research.* Leavy, P. (ed). Oxford University. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.001. 0001

Padilla, M. B., Rodríguez-Madera, S., Ramos Pibernus, A. G., Varas-Díaz, N. & Neilands, T. B. (2017): The social context of hormone and silicone injection among Puerto Rican transwomen. *Culture, Health & Sexuality*. doi: 10.1080/13691058.2017.1367035

Poteat, V. P. (2008). Contextual and moderating effects of the peer group climate on use of homophobic epithets. *School Psychology Review,37,* 188–201.

Poteat, V. P. & Rivers, I. (2010). The Use of Homophobic Language Across Bullying Roles During Adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology. 31*, 166-172. doi: 10.1016/j.appdev.2009.11.005.

Powell, L. (2021). 2021 Becomes Deadliest Year on Record for Transgender and Non-Binary People. *Humans Rights Campaign*. https://www.hrc.org/press-releases/2021-becomes-deadliest-year-on-record-for-transgender-and-non-binary-people

Putnam, H. (2004). *El desplome de la dicotomía hecho / valor y otros ensayos* (trad. F. Forn i Argimon). Paidós Ibérica, S.A.

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23ra ed.). Espasa.

Real Academia Española (2018). Género. *Diccionario de la Lengua Española.* https://dle.rae.es/g%C3%A9nero?m=form

Real Academia Española. (2018). Sexo. Diccionario de la Lengua Española. https://dle.rae.es/sexo

Rivera Quiñones, C., Toro-Alfonso, J., Meléndez, L. (2013). Minorías frente al alza en la criminalidad: Percepción de seguridad de la comunidad lesbiana, gay, bisexual y transgénero (LGBT) en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 24*(2), 1-14. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233229143002

Riviére, A., Sarriá, E. Rubio, J., Núñez, M., Sotillo, M., Quintanilla, L. & Arias, L. (1990). Procesos deductivos e implicaturas conversacionales: Una aproximación experimental. *Estudios de Psicología, 45*, 63-84.

Rodríguez Arocho, W. C. (1999). El legado de Vygotski y de Piaget a la educación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *31*(3), 477-489

Rodríguez Arocho, W. C. (2011). Aprendizaje, desarrollo y evaluación en contextos escolares: consideraciones teóricas y prácticas desde el enfoque históricocultural. *Actualidades Investigativas en Educación, 11(*1), 1-36

Rodríguez-Madera, S. & Toro-Alfonso, J. (2003). La comunidad de la cual no hablamos: Vulnerabilidad social, conductas de riesgo y VIH/SIDA en la comunidad de transgéneros en Puerto Rico*. Revista Puertorriqueña de Psicología, 13,* 7-40

Roller, C. G., Sedlak, C. & Draucker, C.B. (2015). Navigating the system: How transgender individuals engage in health care services. *J Nurs Scholarsh, 47*(5), 417-24. doi: 10.1111/jnu.12160

Rosenthal, M. S. (2013). *Human Sexuality from Cells to Society*. Wadsworth.

Ross, C. (2017). Response to Miccio-Fonseca (2015) and Defeo (2015) concerning commentary about DSM-5 sexual disorders section. *Journal of Child Sexual Abuse*, *26*(1), 92–95. http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2016.1263263

Rottenbacher de Rojas, J. M. (2012). Conservadurismo político, homofobia y prejuicio hacia grupos transgénero en una muestra de estudiantes y egresados universitarios de Lima. *Pensamiento Psicológico, 10*(1), 23-37. http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n1/v10n1a02.pdf

Sandoval, C. (2009). Módulo 4: Investigación Cualitativa. En *Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social.* ICFES. https://www.researchgate.net/publication/277753146_Modulo_de_investigacion_cualitativa

Spargo, T. (1999). *Foucault and Queer Theory*. Totem Books.

Santiago, J. (2015). La estructura social a la luz de las nuevas sociologías del individuo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS), 149*(1), 131-148. doi: 10.5477/cis/reis.149.131

Santiago-Negrón. (2014). *P. del S. 1139: Presentado por la señora Santiago Negrón. Referido a la Comisión de lo Jurídico, Seguridad y Veteranos.* https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwit8_DsgIXtAhVvu1kKHetpC5cQFjACegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fsutra.oslpr.org%2Fosl%2FSUTRA%2Fanejos_conv%2F2013-2016%2F%257BE7D9777D-B23B-4928-868D-237D326975F7%257D.doc&usg=AOvVaw3YBuso1dEyykug5mIfFxKZ

Sell, R. L., & Krims, E. I. (2021). Structural Transphobia, Homophobia, and Biphobia in Public Health Practice: The Example of COVID-19 Surveillance. *American Journal of Public Health*, *111*(9), 1620–1626. https://doi.org/10.2105/ajph.2021.306277

Stryker, S., Currah, P., & Moore, L. (2008). Introduction: Trans-, trans, or transgender? *Women's Studies Quarterly, 36*(3/4), 11-22. http://www.jstor.org/stable/27649781

Toro-Alfonso, J. (2008). Ciudadanía condicionada: Percepción de la comunidad gay sobre la tolerancia en Puerto Rico. *Revista de Ciencias Sociales, 19,* 42-69. https://revistas.upr.edu/index.php/rcs/article/view/7417/6042

Toro-Alfonso, J. & Varas-Díaz, N, (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia hombres gay y lesbianas en una muestra de estudiantes de nivel universitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(3), 537-551 https://www.redalyc.org/pdf/337/33740306.pdf

Tsou, J. Y. (2011). The Importance of History for Philosophy of Psychiatry: The Case of the DSM and Psychiatric Classification. *Journal of the Philosophy of History, 5*, 446-470. doi: 10.1163/187226311X599907

Urra, E., Muñoz, A. & J. Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria, 10*(2), 50-57.

Vale-Nieves, O**.** (2013). El DSM como mecanismo de psicopatologización y regulación social: el caso de los niños/as en Puerto Rico. *Quaderns de Psicología, 15*(1), 21-32.

Van Dijk, T. A. (1983). *La ciencia del texto.* Paidós.

Van Dijk, T. A. (1998). *Ideology: A Multidisciplinary Approach.* Sage.

Van Dijk, Teun A. (2005). Ideología y análisis del discurso. *Utopìa y Praxis Latinoamericana, 10*(29), 9-36. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid= S1315-52162005000200002&lng=es&tlng=es.an

Van Dijk, T. A. (2009). *Discurso y Poder* (trad. A. Bixio). Gedisa.

Van Fraassen, B. C. (1996). *La Imagen Científica*. Paidós.

Velandia-Morales, A., & Rincón, J. C. (2014). Estereotipos y roles de género utilizados en la publicidad transmitida a través de la televisión. *Universitas Psychologica, 13*(2), 517-527. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.ergu

Vendrell Ferré, J. (2009). ¿Corregir el cuerpo o cambiar el sistema? La transexualidad ante el orden de género. *Sociológica, 24*(69), 61-78. http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/155/146

Warriner, K. Nagoshi, G. & Nagoshi, J. (2013). Correlates of Homophobia, Transphobia, and Internalized Homophobia in Gay or Lesbian and Heterosexual Samples. *Journal of Homosexuality, 60*, 1317–1334. doi: 10.1080/00918369.2013.806177

Welch, S., Klassen, C., Borisova, O., & Clothier, H. (2013). The DSM-5 controversies: How should psychologists respond?. *Canadian Psychology*, *54*(3), 166-175. https://doi.org/10.1037/a0033841

White, W., Brenman, S., Paradis, E., Goldsmith, E. S., Lunn, M. R, Obedin-MaliverJ., … & Garcia, G. (2015) Lesbian, gay, bisexual, and transgender patient care: Medical students' preparedness and comfort. *Teaching and Learning in Medicine*, *27*(3), 254-263. doi: 10.1080/10401334.2015.1044656

Winton, A. (2017). Cuerpos disidentes en movimiento: miradas sobre movilidad transgénero desde la frontera sur de México. *El Cotidiano,* (202), 115-126. https://www.redalyc.org/pdf/325/32550024011.pdf

Wodak, R. & Meyer, M. (2001). *Methodos of Critical Discourse Analisys.* London, UK: Sage.

Xie, W. (2014). Queer[ing] Performativity, Queer[ing] Subversions: A Critique of Judith Butler's Theory of Performativity. *Comparative Literature: East & West, 20*(1), 18-39. doi: 10.1080/25723618.2014.12015486

Yolaç, E., & Meriç, M. (2021). Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(1), 304–310. https://doi.org/10.1111/ppc.12564

Zucker, K.J., Cohen-Kettenis, P.T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F., Pfäfflin, L. & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for Gender Identity Disorder in the DSM-5. *Archive of Sex Behavior, 42***,** 901–914. https://doi.org/10.100 7/s10508-013-0139-4