

La comprensión transexual de la **relación** entre el cuerpo y la mente

investigación



* Médico cirujano, especialista en psiquiatría, con maestría y doctorado en ciencias médicas por la UNAM. Es especialista en de trastornos del dormir por el Henry Ford Hospital, de Estados Unidos. Es investigador nacional, nivel III y profesor titular (Pride, nivel D) en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, de la Facultad de Medicina, UNAM. Ha sido profesor visitante en: University of California, en San Diego, University of Harvard, Universidad Complutense, de Madrid, y en el Instituto de Investigaciones Biomédicas, de Barcelona. Actualmente colabora en el Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Además de numerosos artículos publicados en revistas especializadas, entre sus publicaciones destacan: *Manual de antidepresivos*, *Dormir bien, dormir mal: El problema del insomnio y Psiquiatría en Medicina Interna*.

Resumen

En este artículo se revisan los conceptos relacionados con el estilo de vida de las personas transgénero, así como la terminología empleada en ello, explicando las diferencias entre transexuales, travestis y *drag-queens*. Se comenta la similitud entre los cerebros de las mujeres heterosexuales y las transexuales, así como entre los hombres transexuales y heterosexuales. Finalmente, se explica el concepto de sí mismo como un constructo biológico y cultural, disociado en el individuo transexual, lo cual lo lleva a buscar una coherencia entre cómo se percibe y como es en realidad, búsqueda que debe ser apoyada y estimulada por el núcleo familiar y social.

Palabras clave: Transgénero, transexual, travesti, autoidentidad.

Abstract

In this article the reader will find concepts related to transgender people way of life, as well as the terminology used in the topic, explaining the differences between transsexuals, transvestites, *drag-queens*. It is also commented the similarity between heterosexual and transsexuals women's brains, as well as between transsexuals and heterosexuals men's. Finally, it is explained the concept of self as a biological and cultural construction, dissociated in the transsexual individual, which takes this person to look for coherence between how he/she is perceived and how he/she really is, a quest that should be supported and stimulated by their family and social group.

Key words: Transgender, transsexual, transvestite, self identity.

Introducción

La presión justa que ejercen las personas transgénero para exigir la atención médica y el respeto a sus derechos no es equiparable a la información que el sector salud tiene sobre esta otra posibilidad de la existencia humana. Se ha observado que las instituciones médicas y legales se han visto rebasadas ya, y que la respuesta de los médicos, psicólogos y personal de salud en general –lo mismo que los jueces y el personal aledaño– es, en muchos casos, de franca agresión, con la cual tratan de enmascarar su ignorancia, pero sobre todo su intolerancia.

Esto último ha llegado a extremos alarmantes, ya que la transfobia¹ conlleva marginación, cambios en el patrón de aceptación social y en la autoestima de los transgénero, lo cual repercute directamente en el aumento de las personas de esta comunidad contagiadas del virus de la inmunodeficiencia humana.

El patrón de marginalidad, entonces, a veces obliga a los transgénero a llevar un estilo de vida bisexual (casarse o asumir relaciones socialmente aceptadas, es decir, llevar una doble vida), que los coloca en una situación de puente viral, ya que pueden optar por este patrón bisexual y tener relaciones sexuales con mujeres (asumiendo el papel masculino) y con hombres (asumiendo el femenino), en muchas ocasiones, sin protección. Todo ello ha llevado a que se

1 En un sentido literal, es miedo con agresión hacia los transexuales. Aun cuando en general se dirige contra los transgénero, debido a la poca claridad que sobre el tema existe entre la población.

reconsiderare el estilo de manejo médico, así como los derechos de las personas transgénero.

Sin embargo, en la gama de la diversidad sexual aparece una serie de esquemas que dificultan la interacción entre las partes, el transgénero y el trabajador social, el médico o el psicólogo. La identificación del solicitante con su condición en el área de la diversidad de género, lo capacita sobre la solicitud de atención médica o psicológica de una buena calidad, a la vez que ésta resulta más empática y respetuosa.

¿Qué es ser un transexual?

La persona transexual (TS) es un individuo que se percibe en un cuerpo del sexo opuesto al de su género biológico somático o de apariencia (fenocopia). Es decir, se percibe como una mujer que está en un cuerpo de un hombre, o viceversa. Al primer tipo se le conoce como mujer transexual y al segundo, como hombre transexual. Esta distinción es vital, por razones de respeto y para poder usarla como el centro de la serie de conceptos que giran alrededor. La transexualidad no está directamente relacionada con la orientación sexual, la cual tiene que ver con la atracción por las personas de un género en particular (hetero y homosexual) o por ambos (bisexual).

El término transgénero tiende a utilizarse como sinónimo de transexual, pero no es equivalente, ya que el primero abarca todos los estilos de vida en los cuales se realiza un cambio, definitivo o momentáneo, del género biológico (genético) al opuesto, esto es, engloba a todas las situaciones de transexualidad, travestismos, *drag-queen*, etcétera.

La identidad de uno mismo, o autocognición, es un fenómeno complejo que va más lejos de lo meramente sexual (reproductivo o erótico), ya que hay estilos diferentes de procesar la información y de jerarquizar las respuestas que se emiten, situaciones que nos ilustran acerca de una utilización de diferentes recursos cerebrales que se han ido afinando a lo largo del pasado evolutivo del ser humano. Las áreas detectadas como responsables de la identidad sexual se localizan en el hipotálamo, donde existen dos estructuras relevantes: el Centro de la identidad de género (Gender Identity Control Center), localizado en la parte anterior; y el núcleo supraquiasmático, situado en la parte anterior del hipotálamo. Este último, con una marcada función



en la regulación de los ritmos circadianos (cerca de las 24 horas).

En la sexta semana de desarrollo intrauterino, debido a la actividad de la gónada relacionada con el género –indicado por los cromosomas XX/XY, testículos u ovarios–, la gónada cromosómica, que en ese momento toma el control de los niveles de hormonas del bebé, produce una masculinización o feminización en el feto, según sea el caso. Si las glándulas sexuales no

realizan su función, si hay obstáculos para la llegada al sitio adecuado, si los receptores de las hormonas sexuales no están presentes o funcionan de manera defectuosa, o si, finalmente, hay una serie de pasos enzimáticos defectuosos, habrá una incoherencia entre el género de identidad (en el que se percibe a sí misma cada persona) y el fenotípico (XX o XY).

Así, el resultado final será una incoherencia entre el cuerpo y el cerebro, para fines de identidad de género y sexual (sobre todo en el ya comentado Centro de la identidad de género) y el resultado será un niño transexual, quien –es preciso subrayarlo– no decidió su condición ni le es posible controlarla. Además, la transexualidad no es detectable sino hasta varios años después, mientras la mayoría de los padres hacen caso omiso de esta situación –calificándola de defecto, de amaneramiento en el caso de los niños– y suscitando una marginación en varios ámbitos, sin tener en claro a qué se debe ese tipo de respuesta.

Los transexuales pueden ser hombres que se perciben como mujeres (MaF = masculino a femenino) o mujeres que se perciben como hombres (FaM = femenino a masculino). Las personas con esta condición tienen una percepción dolorosa de su situación desde la infancia, tan temprano como los 3 a 5 años. Aprenden, casi al mismo tiempo que se dan cuenta de su condición transexual, que ello debe esconderse porque la familia presenta un estado de caos cada vez que el tema aparece. Pero el niño o la niña no pueden controlar la situación, porque, por un lado, no tienen una idea clara acerca de la incoherencia de género y, por otro, porque los padres tratan de forzar algo que, a todas luces, resulta (para él o ella) poco claro.

Es importante connotar que la incongruencia está en la autoidentidad, y no en el número de cromosomas. Cuando la incongruencia se debe a los cromosomas, se denomina intersexualidad, condición que resulta de una mayor o menor cantidad de cromosomas sexuales. Sin embargo, existen formas

genéticas en donde los gametos sexuales son "XXX" o "XXY", etcétera; donde los pacientes presentan 47 cromosomas en vez de 46, y, en algunos casos, los caracteres sexuales secundarios tampoco son claros. El caso "XXY" se conoce como Klinefelter: estos pacientes presentan estatura elevada, pene pequeño con testículos también pequeños y duros, esterilidad y aumento de las glándulas mamarias. El síndrome de Turner, en cambio, presenta 45 cromosomas, en donde el sexual es "X", por lo cual tienen caracteres sexuales secundarios de mujer, pero presentan poco desarrollo en la pubertad, baja estatura y deformaciones físicas diversas.

Trastorno por identidad de género

En algunas clasificaciones psiquiátricas, se habla de disforia de identidad de género, pero en la entidad clínica se conoce como trastorno de identidad de género. La disforia se presenta sólo cuando hay un malestar intenso por la manera como se luce, además de enfatizar en que la persona tiene una afectación en el área del estado de ánimo, como resultado de la incongruencia entre lo que su mente le dice que es y lo que su cuerpo le informa.

El transexualismo es un fenómeno universal, está presente en todas las culturas, en los diferentes niveles socioeconómicos, en todas las razas y religiones. Es difícil saber qué tan extendido está, aunque se tiene un estimado, en países como Dinamarca y Suecia —donde se lleva un registro médico desde el nacimiento de las personas hasta su muerte—, de que las cifras de reasignación de sexo son de uno por cada 30 mil adultos de hombre a mujer, y uno por cada cien mil adultos de mujer a hombre. Éste es el único dato confiable, ya que, dada la naturaleza del fenómeno transexual, muchas personas deciden mantenerlo oculto a lo largo de sus vidas, inclusive a sus médicos.

En un estudio reciente, se documentó que en Tailandia la frecuencia de transexualidad puede ser tan alta como de uno por cada 180 o por cada tres mil. En un principio, se supuso que esto se debía a un tipo de transexualidad fingida, pues éste es un medio para acceder a un cierto tipo de ingreso económico en una sociedad pauperizada, pero después se documentó la alta frecuencia, comprobando que varios hermanos en familias extensas presentaban datos de transexualidad.

Para analizar los datos de este estudio, se eligió una muestra de 195 mujeres transgénero tailandesas (i.e. MaF) que habían terminado una serie de cuestionarios, los cuales comprendían el alias, los datos demográficos, las historias de transición y las identificaciones de género y orientación sexual. La edad de la media fue de 25.4 años. Para los datos demográficos,

descubrieron que los participantes eran los menores de la familia, que las mujeres tuvieron un papel prominente en sus vidas (a menudo los criaron sin la ayuda de figuras masculinas) y, además, presentaban un promedio de cinco hermanos, de los cuales por lo menos uno también era transgénero.

Con respecto a las historias de transición, los autores descubrieron que muchos participantes habían notado ser diferentes a edades tempranas. Antes de la adolescencia ya llevaban una vida transgénero. La mayoría comenzó a utilizar hormonas femeninas a una edad promedio de 16.3 años, aunque hubo casos extremos en donde se iniciaron tan temprano como los 10 años. El promedio de la reasignación sexual fue a los 20 años, con casos a los 15 años.

Respecto de la identidad, la mayoría de los participantes se pensaban como *phuying* (mujeres), de manera sencilla, con un número más pequeño que se identificaban como *praphet* de *phuying* (una "segunda clase de mujer"). Un número pequeño se asumía también como *kathoey* (un término tailandés más general que equivale a una variedad sexual diferente a hombre/mujer). Algunos no se sentían satisfechos con su condición ni con las expectativas de envejecimiento; otros preferían esa condición y, finalmente, la gran mayoría se sentía atraída por los hombres, independiente de su condición transgénero.

El fenómeno del transexual en Tailandia ha cobrado una dimensión especial por varias razones. Se trata de un centro mundial de entrenamiento en cirugía de reasignación sexual; hay una alta incidencia de transexuales, muchos de ellos como sexo servidoras. En el cine, se realizó la biografía de Parinya Charoenphol (Non Toom en la película *The Beautiful Boxer*, 2004), una transgénero que se abrió camino y recurrió a las cirugías de reasignación sexual, después de ser un boxeador de Muay Thai (el *kickboxing* tailandés, el deporte más "masculino"). Sin embargo, como afirma el director del filme, Ekachai Uekrongtham, la sociedad tailandesa sigue siendo muy agresiva y machista, lo cual se ejemplifica claramente en las escenas donde Non Toom inicia su feminización y utiliza maquillaje al subir al ring: "Entre más me maquillaba, más fuerte me golpeaban mis oponentes, y yo les respondía de igual manera", refiere el personaje.

Una de las dificultades que se tiene para saber la magnitud del fenómeno transexual, es que ellos difícilmente hablan acerca de su condición. Temen hacerlo porque han sufrido represión y burlas, pero, sobre todo, porque significa admitir una especie de "locura". Al encontrarse todo el conflicto en su mente, el problema resulta fácil de descalificar e incluso de atacarlo con argumentos pseudos científicos, como si se tratara de un tipo de locura.

Sin embargo, como comentaré mas adelante, hay evidencias claras que apoyan ciertas diferencias



en la manera como está constituido el cerebro de los transexuales, en cuanto a zonas y núcleos que son diferentes al de su sexo cromosómico (XX para la mujer y XY para el hombre). Es decir, existe una anatomía diferente entre el cerebro del hombre y de la mujer, pero, además, el cerebro del transexual MaF tiene más similitudes al de la mujer, y el del hombre transexual se parece más al del varón.

En un estudio reciente, se pudo observar (con técnicas de resonancia magnética funcional) que la administración de estrógenos en el hombre, para feminizarse, reduce el tamaño de su cerebro, pero no lo modifica, e incluso, en algunos casos, mejora sus capacidades cognitivas, lo cual apoya indirectamente uno de los postulados feministas, en el sentido de que los tamaños cerebrales no tienen que ver con la capacidad intelectual. Lo opuesto ocurre con el cerebro de las mujeres que reciben testosterona, el cerebro crece para estar acorde a su fenotipo.

Las personas transexuales sienten aversión por su apariencia externa, pues la imagen preconcebida que tienen de sí, y que es generada por el cerebro, no corresponde a lo que ven. La mayoría de mis pacientes me comunica que les molesta verse al espejo, a los MaF no les gusta su aspecto del cuello hacia abajo, y a las FaM les molesta tener senos. Su cuerpo se contradice constantemente con lo que sienten dentro

de sí mismos; en algunos casos, puede existir una franca dismorfobia,² ya que tienden a contemplarse de manera compulsiva en el espejo y a detectar una serie de anomalías que no son claras para el resto de las personas que los rodean.

La necesidad de hacer coherente la identidad de uno mismo con lo que observan las demás personas es tan intensa que, si usamos un ejemplo absurdo, nos daremos cuenta de lo aberrante que resulta que la sociedad se escandalice por una acción legítima de las personas transexuales. Supongamos que, de pronto, una alteración de nuestro cristalino, nos hace ver nuestra piel de color verde, sólo la nuestra. Entonces, en cada situación donde nuestra imagen nos denote esa coloración, tendremos un malestar. Pero, además, como ese color verde sólo está en nosotros y no en los demás, que nos ven del color normal, sonaría como una necedad querer cambiarnos la piel o incluso sugerir que nuestro cristalino no esté funcionando adecuadamente.

El concepto de la percepción del propio cuerpo es vital para uno mismo, pero, al ser sujetos sociales, también tiene un impacto en los demás. Los ejemplos más evidentes son los modelos y los artistas, que son utilizados por las agencias publicitarias para vender sus productos. En casos extremos de desagrado ante la autoimagen, han ocurrido sucesos como las mutilaciones, por propia mano, de genitales (MaF), o la aplicación de vendas en senos, el suicidio y el uso de drogas, con el objeto de bloquear lo

2 Sentimiento subjetivo de fealdad que lleva a sobredimensionar pequeños defectos físicos, e incluso a imaginarlos.

que sucede en su interior y también la intolerancia de los demás.

El patrón típico de los transexuales es vivir una vida doble. Se visten a escondidas con las ropas del sexo opuesto, evitan que los demás se enteren, viven en la marginalidad, todo esto con culpa extrema, lo cual les lleva a comprarse prendas muy vistosas, para luego deshacerse de ellas o regalarlas (lo cual es explotado por algunas personas que rentan ropa y espacios para que los transexuales puedan vestirse y se sientan cómodos en un ambiente privado y secreto).

Algunos transexuales y sus familiares tratan desesperadamente de buscar ayuda médica, sólo para encontrarse que la mayoría de los profesionales carecen de toda información al respecto, o tienen prejuicios y homofobia. Sin embargo, si se recurre al psicoanálisis, la hipnosis o las terapias conductuales se encuentra escasa ayuda, ya que todos esos recursos parten de la premisa de que el transexual es un enfermo y hay que "curarlo". El problema, por supuesto, es que la transexualidad no es una enfermedad, y lo que tiene que hacer el personal de salud es apoyar el cambio, en las mejores condiciones posibles.

Los indicados son los terapeutas de reasignación de género, quienes, junto con el transexual, deciden cómo se les pueden ayudar y cuáles son las opciones reales, apoyando su cambio sobre esa base, para lograr establecer una coherencia entre el cuerpo y la autovivencia de género de las personas.

El problema de la terminología

Una de las primeras cosas que debe ser aclarada es a qué nos referimos cuando llamamos a una persona "transexual", "travesti", "homosexual", "intersexual", etcétera. Lo que sigue son conceptos generales y no tratan de ser definiciones estrictas o absolutas, aunque sí operativas, pues la variabilidad y los matices parecen ser la norma en estas facetas del ser humano.

Intersexuales. Son las personas a quienes se solía conocer como hermafroditas, es decir, seres humanos que nacen con ovarios y testículos (con desarrollos parciales o totales). En algunas ocasiones, al momento del nacimiento, es difícil asignarles su sexo correctamente y se opta por la ambigüedad; en otras, puede ser el sexo deseado por los padres el que predomina en la "decisión" del tipo de cirugía que se efectuará, si se obtiene un niño o una niña. La determinación genética, de los llamados cariotipos, ayuda a veces a saber el sexo cromosómico, pero otras veces, la anomalía que origina el intersexo se encuentra, precisamente, en los cromosomas.

Travestis. Estas personas también son llamadas *cross-dresser* en inglés, que literalmente quiere decir "vestidos con lo opuesto". Consiste en vestirse con

ropas del sexo opuesto, con fines de excitación sexual; en este sentido, sería un tipo de fetichismo. Algunos transvestis pueden tener este tipo de conducta por motivos psicológicos o de gratificación diferente a la sexual. La mayoría de ellos son hombres, lo cual es un dato interesante, pues lo que ocurre es que, en realidad, las mujeres transvestis son menos notorias, debido a que es más aceptado que las mujeres utilicen ropa más o menos masculina, sin mucha notoriedad, lo cual no ocurre con los hombres que se visten con prendas femeninas, quienes son inmediatamente detectados y ridiculizados.

El travesti es, con frecuencia, heterosexual, casado, con un nivel de educación intermedio o elevado. Algunos de ellos pueden tener la fantasía de ser mujeres, lo cual los lleva a tomar estrógenos, para tener una feminización moderada. Estos travestis están satisfechos con su cuerpo, con su género, tienen satisfacción sexual con sus genitales y no piensan en lo absoluto en cambiar de sexo.

Este tipo de conducta se inicia en la pubertad y puede continuar incluso en la vejez. En la pubertad, usar ropa de mujer produce un estímulo sexual intenso y, generalmente, se hace con el fin de masturbarse. En algunos, esta conducta permanece firmemente arraigada a lo largo de la vida, mientras que para



otros sólo se presenta esporádicamente o como una forma de relajarse.

Existen travestis que pueden tener una “doble personalidad”, sin que ello desemboque en un trastorno de personalidad en el sentido psiquiátrico, o, mejor dicho, tienen una doble vida que los lleva, incluso, a vestir completamente de mujer por temporadas largas. Sus características narcisistas los convierten, muy frecuentemente, en exhibicionistas, pues buscan que se les fotografíe, verse en espejos, etcétera. En los casos reportados de mujeres travestis, la principal diferencia respecto de los hombres es que su motivación para vestirse con las ropas del sexo puesto no es sexual, sino para emular el poder y la fuerza de los hombres.

Homosexuales y lesbianas. Estas personas tienen una orientación sexual hacia personas de su mismo sexo. Los hombres son conocidos por el término *gay*, que en inglés significa “alegre”. La homosexualidad, como la heterosexualidad, es una orientación sexual y no una enfermedad. Existen bases genéticas y biológicas de la homosexualidad, es decir, se nace homosexual; no hay un esquema de preferencias, con respecto a que ellos hayan decidido a cuál de ellas pertenecer (como tampoco los heterosexuales deciden deliberadamente pertenecer a ese grupo). Aún cuando algunos gays tengan una apariencia afeminada y vistan colores o ropas tradicionalmente femeninas, no significa que deseen una reasignación sexual. En cuanto a las lesbianas, también hay quienes lucen muy masculinas, sin que por ello sean transexuales.

Drag queen. Estas personas son homosexuales que se visten con ropa femenina de manera ostentosa, en escenarios y situaciones por demás connotadas (carnavales, cabarets o espectáculos específicos); es decir, son travestis homosexuales. Ya sea que se vistan así para sus parejas sexuales o para reunirse con otras *drags*. Ellos admiten su cuerpo, están de acuerdo con él y no quieren cambiar de sexo. Pueden utilizar hormoterapia, pero sólo para aumentar su feminidad. Algunas de estas personas son famosas en el mundo del espectáculo.

Transexual. Como se ha comentado previamente, son las personas cuyo género de identidad no se



corresponde con el género biológico o fenotípico. Es decir, se trata de mujeres en cuerpos de hombre (mujer transexual) o de hombres atrapados en cuerpos de mujer (hombre transexual). La orientación sexual, en ambos casos, puede ser heterosexual u homosexual; es decir, una mujer transexual que sienta atracción por hombres es una persona heterosexual, como también lo será un hombre transexual que sienta atracción hacia las mujeres (ver Tabla 1).

Los motivos del transexual

Las motivaciones que tienen las personas transexuales para utilizar ropas femeninas son distintas de las

Tabla 1. Línea de géneros biológicos, identidad de género y preferencias sexuales

Género determinado por cromosomas	XX Mujer genitales femeninos	XY Hombre genitales masculinos	XX Mujer genitales femeninos	XY Hombre genitales masculinos
Identidad de género	Niña, más tarde mujer	Niño, más tarde hombre	Niño, más tarde hombre	Niña, más tarde mujer
Atracción sexual	Hacia hombres (HT) mujeres (lesbiana)	Hacia mujeres (HT) hombres (homosexual)	Hombres o mujeres Ambos Ninguno	Hombres o mujeres Ambos Ninguno
Identidad resultante	Mujer	Hombre	Transexual F a M	Transexual M a F

del resto de las orientaciones o estilos de ser. Aun cuando los MaF y FaM vistan ropas del sexo del cual se asumen, no lo hacen por erotismo, fetichismo, exhibicionismo, o por ser parte del mundo del espectáculo; al menos, ésa no es su motivación principal. Tampoco es la motivación el poder o el estatus; ni las razones políticas o de diversión. Simplemente quieren estar de acuerdo con la manera como su cerebro las visualiza, las conceptúa: como mujeres (en caso de hombres biológicos) o como hombres (en caso de las mujeres biológicas). Es decir, el transexual se viste de acuerdo con su identidad sexual nuclear, o género de identidad, que reside en la imagen que el cerebro tiene de nosotros mismos.

El ser transexual no tiene que ver con la orientación sexual, es decir, con el tipo de género hacia el cual se sienten atraídos. Una de las confusiones más comunes es pensar que ser transexual equivale a ser homosexual. Esa idea se ha generalizado, en parte, porque algunos hombres gay son afeminados y les gusta vestir ropas femeninas, o bien porque algunas lesbianas visten indumentarias masculinas, pero lo hacen sólo como un tipo de vestuario de identidad; ello no significa que gays y lesbianas sean transexuales, ni que los transexuales sean gays o lesbianas,

necesariamente. Los transexuales tienen un conflicto de identidad entre lo que sienten ser y lo que son en realidad, situación que no se observa en los homosexuales.

Nuestra orientación sexual se define por el sexo de los individuos a los que estamos erótica y emocionalmente atraídos. Existen sólo tres posibilidades de orientación sexual: heterosexual (nos atraen las personas del sexo opuesto), homosexual (nos atraen las personas de nuestro propio sexo) y bisexual (atracción a ambos sexos). Una persona transexual puede ser atraída por ambos sexos, por el sexo opuesto al de su sexo central o cerebral, o por su mismo sexo central; es decir, existen transexuales homosexuales ("transexuales lesbianas", en caso de ser MaF); transexuales heterosexuales y transexuales bisexuales. Esto puede parecer complicado, pero no lo es si partimos del hecho de que el sexo que cuenta verdaderamente en la orientación sexual es el sexo cerebral nuclear.

Entonces, es muy importante distinguir entre nuestra orientación sexual, la conducta sexual y las fantasías sexuales. Mientras que la orientación sexual se refiere al sexo por el cual nos sentimos atraídos, la conducta sexual se refiere al tipo de actividades sexuales que realizamos y con quién las realizamos. El besarse, masturbarse o tener sexo oral son tipos de conductas sexuales comunes a todas las orientaciones sexuales. Una persona puede elegir un compañero sexual que no satisfaga sus fantasías sexuales; por ejemplo, un hombre puede estar casado con una mujer, pero sus fantasías sexuales se enfocan a estar, vestido de mujer, con otro hombre.

Sexo y género

El término "sexo" no se refiere únicamente a la acción de tener relaciones sexuales, sino al tipo de clasificación biológica que tenemos, y sólo hay dos posibilidades: hombre y mujer. El género, en cambio, se refiere a determinismos culturales; es decir, al tipo de conducta cultural, y está determinado por factores sociales y psicológicos que se adjudican a los hombres y a las mujeres. Sin embargo, la cultura occidental tradicional asume que el sexo y el género son absolutos: hombre y mujer, sin ninguna posibilidad de variación. Al nacer —y aun antes, por medio del ultrasonido, que permite detectar las formas de los fetos—, los genitales determinan el sexo biológico de una persona, pero, como ya hemos comentado, el hecho de tener genitales masculinos no significa que el sujeto tendrá conducta de hombre en todos los casos. No obstante, estas diferencias se han admitido sólo hasta hace muy poco en la historia de la humanidad, y aún deberá trabajarse mucho para lograr la comprensión de las sociedades y, finalmente, la aceptación.





Transexualismo e identidad de género

Una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales determinará la historia sexual del nuevo ser. Los factores biológicos son: los cromosomas (XX=mujer, XY=hombre), las gónadas (testículos=hombre, ovarios=mujer), los órganos reproductores internos y externos, y el sexo cerebral del hipotálamo. Los factores psicológicos y sociales tienen que ver con el sexo que se otorga al nacer, el género de crianza y la identidad de género.

Para la mayoría de las personas, existe una coherencia entre todos estos factores mencionados. Por ejemplo, un hombre común será una persona que nace con pene y testículos, tiene cromosomas XY y produce niveles adecuados de testosterona; su hipotálamo se diferencia adecuadamente en el útero de la madre y tiene preferencia por las mujeres, hacia quienes se siente atraído erótica y afectivamente. Pero en el caso de los transexuales, hay dos factores discordantes: el hipotálamo y la identidad de género.

Como indicamos antes, el género es un constructo social que dificulta distinguir quién es hombre y quién es mujer, o en otras palabras, lo femenino de lo masculino. Cuando nacemos y nos asignan nuestro

sexo por la apariencia de los genitales, se nos enseña cómo “debe” caminar un niño, montar a caballo, correr y jugar fútbol. Si el sexo asignado es el de mujer, se nos enseñará a vestir, y caminar de otro modo, a jugar con muñecas y enseres de cocina, etcétera. Cuando conocemos a alguien nuevo, aun cuando visitan sin mucha diferenciación de sexo, podemos inferir si se trata de un niño o de una niña.

En el avance de las neurociencias y en las disciplinas cognitivas es donde podemos encontrar nuevas aproximaciones a la identidad de género. Si bien, como veremos a continuación, la autopercepción es una función de la corteza en su conjunto, la modulación de las emociones por parte del hipotálamo es lo que diferencia los estilos masculino y femenino en los dos géneros, también en el transexual. Entonces, una de las enseñanzas de la neurobiología del transexual es que estamos ante la influencia hipotalámica de la autocognición.

La autocognición

Es una propiedad emergente de los cerebros humanos sanos; la implementación de esta función adaptativa es espontánea y, generalmente, transparente en los sujetos. El cerebro tiene una serie de circuitos multidimensionales que se utilizan para el aprendizaje y el conocimiento acerca de uno mismo, cuyas cogniciones entre sí son muy complejas. Sin embargo, la integración de varias etapas de conocimiento, a lo largo de la evolución, dio como resultado diferentes niveles de funcionamiento cerebral.

El estudio formal de los mecanismos de la autocognición es una investigación sistemática que trata de descubrir cuáles son los circuitos determinantes para este tipo de función. La información básica acerca de los mecanismos involucrados en esta función se ha obtenido a partir del análisis de la función cerebral adaptativa, o de procesos patológicos (como son los accidentes o las enfermedades). Asimismo, se ha experimentado con animales, desarrollando modelos similares a una autocognición, sobre todo en primates superiores. Esta línea de investigación debe proporcionar una base sólida para entender cómo se origina la autocognición en el cerebro humano.

Los cambios evolutivos en el cerebro

El cerebro, como órgano, es un sistema físico y fisiológico que está diseñado en circuitos, cuya complejidad es exponencial y que, a fin de cuentas, origina funciones emergentes, las cuales no se explican en el nivel de una célula, una sinapsis o, inclusive, en las redes neuronales. Estas últimas son el foco de atención de los neurocientíficos contemporáneos, porque buscan entender cuáles son las nuevas propiedades

de estos sistemas que funcionan como verdaderos procesadores.

Hasta el momento, se sabe que los seres humanos con mejores cerebros tuvieron mejores capacidades de adaptación, más recursos y una serie de posibilidades para aparearse con las mejores hembras. El cerebro se ha ido modificando a través de las generaciones, proporcionando cada vez más una mayor capacidad adaptativa a las nuevas poblaciones de seres humanos.

Las modificaciones conductuales que aumentan la capacidad reproductiva buscan lograr una mejor conducta de apareamiento, de tal manera que los cerebros de los primates o de los seres humanos con una mayor capacidad para realizarse (recursos y poder) son los que tienen mejores capacidades cerebrales, en especial, para tener la autocognición bien establecida. Esto conlleva una mayor capacidad para aparearse y un mayor desarrollo del cerebro de los descendientes de las parejas exitosas.

La autocognición ha evolucionado a un nivel muy sofisticado, porque es muy versátil como herramienta para aumentar la capacidad reproductiva y el manejo de energía. La autocognición se percibe sólo hasta que el tamaño y la complejidad del organismo es abrumadora; el desarrollo del cerebro fue una estrategia evolutiva adecuada para poder evaluar los estados externo e interno, y para poder controlar variables relacionadas con la regulación de los movimientos y el almacenamiento de energía. El éxito

en la ejecución y el almacenamiento de energía hizo que su utilización se apoyara, entre otras cosas, por la expansión de la corteza cerebral, que dio origen a una evolución de todo el cerebro.

Desde la perspectiva de los circuitos cerebrales, la evolución cerebral cambió de un balance en el cual se ejercía más presión a nivel del tálamo a una mayor evolución de la corteza, sobre todo de las áreas frontales y occipitales. Las funciones de la corteza tienen como resultado final la elección, que requiere la resolución de conflictos entre los fenómenos que están en el mismo nivel, o bien, entre las alternativas de las diferentes conductas; por ejemplo: "estoy hambriento y ese postre luce maravilloso, pero estoy a dieta". El sujeto debe elegir, y elige dejar la comida, porque considera que tiene sentido hacerlo.

El concepto de elegir entre varias alternativas de comportamiento ante problemas bien delimitados tiene algunos resultados, entre los cuáles podemos destacar las consecuencias de los actos que una persona ejecuta, pues no se trata sólo de hacer u omitir, sino de la existencia de uno o varios efectos a largo plazo. La noción de futuro es un factor que determina el razonamiento de las personas y puede ser una de las consecuencias inmediatas de la función de autocognición. Esto es, no sólo sé que existo, sino que, si me como el pastel, si fumo o si tengo sexo sin protección, también tengo posibilidades de enfermarme de obesidad mórbida, de diabetes mellitus, de cáncer pulmonar o de SIDA.



El cerebro de los animales mayores toma información del medio interno y externo para poder capturar y dedicar más tiempo a optimizar los recursos para su crecimiento y reproducción. Esto favoreció de manera indirecta la evolución de la corteza cerebral. La integración de datos múltiples generó una corteza cerebral multidimensional, capaz de registrar experiencias físicas de la realidad y hacer posible representaciones muy complejas de sí mismas y de modelos de los objetos del mundo externo, que es lo que caracteriza al ser humano.

Un aspecto clave de los avances de la plasticidad cerebral³ es que originó la complejidad de la corteza cerebral, la cual se especializó por áreas receptoras y ejecutoras o motoras, pero, además, por una serie de áreas de asociación en donde se almacena la información que se utilizará, ya sea en situaciones similares o para decodificar patrones de nueva información. El cerebro con un alto nivel de plasticidad es excepcional en términos de adaptabilidad, pero requiere información especial durante su desarrollo para funcionar apropiadamente. Es decir, es como una computadora muy sofisticada que requiere ser alimentada de manera también muy sofisticada, para poder funcionar a toda su capacidad. Cuanta más “alimentación” de información se le proporcione, mayor será el repertorio de elección que tendrá ante problemas determinados.

Las alteraciones en la autocognición son causadas por deficiencias adquiridas o innatas que modifican la estructura cerebral. Estas deficiencias pueden ser deducidas por informaciones genéticas de problemas en las conexiones entre las diferentes neuronas, por enfermedades o por lesiones físicas (accidentes, traumatismos, tumores cerebrales).

Bases evolutivas de la autocognición

Desde la perspectiva evolutiva, el cerebro humano fue conformándose de una manera ascendente. Este órgano es el que coordina toda nuestra vida, sin embargo, es frágil, consume una gran cantidad de energía y requiere preparación antes de funcionar a su máxima capacidad. Para esto, el dueño del cerebro debe prepararlo por años –razón del periodo escolar tan prolongado por el que pasamos los seres humanos–, es decir, durante todo este periodo, lo que hacemos es generar instrucciones para el funcionamiento óptimo de nuestro órgano máximo: el cerebro.

A pesar de estas circunstancias tan especiales, el cerebro ha logrado que el ser humano se



convierta en una de las especies más complejas y exitosas que habitan este planeta, debido a su enorme capacidad de adaptabilidad. El cerebro humano facilita una alta capacidad de atención y de complejidad respecto de la detención del medio ambiente, lo cual le permite generar una abundante serie de opciones conductuales y decidir cómo utilizarlas para manejar determinados problemas.

Si examinamos las especies vivientes, nos percatamos de dos grandes determinantes en su evolución: la determinación de la simplicidad, la cual enfatiza la frugalidad, y la replicación, que permite colocar las cosas en un nivel simple, con un uso bajo de recursos del medio ambiente y una máxima utilidad de los mismos.

Esta estrategia ha sido exitosa en diversas especies, desde las bacterias hasta los insectos. Después están las especies más complejas, cuyas estrategias adaptativas involucran cambios en el medio ambiente para optimizar la flexibilidad de adecuación y la adquisición de poder sobre el medio ambiente y los sujetos de su misma especie.

Esto representa una inversión a largo plazo, sin embargo, debido a que los individuos deben sobrevivir a través de largo tiempo, desarrollan periodos de aprendizaje muy extensos que también permi-

3 El término “plasticidad cerebral” se refiere a la capacidad que tiene el cerebro para organizarse ante situaciones novedosas y suplir vías o áreas que no trabajan de manera adecuada. La plasticidad facilita la adaptación del cerebro para manejar retos importantes, con una mejora en la velocidad y la eficiencia.



tan reproducciones eficaces, y a menudo requieren también cuidados parentales para la supervivencia de sus crías. El patrón evolutivo de esta complejidad involucra la orquestación de muchos sistemas y subsistemas y, por lo tanto, requiere un centro de control que coordine la interacción con el medio ambiente. Este papel ha sido desempeñado por el cerebro.

Áreas de autoconciencia

El hipocampo, la corteza prefrontal y la corteza posterior parietal son tres áreas altamente interconectadas, lo cual nos da una clave de la capacidad del trabajo integrado y de las teorías que pueden emerger.

La corteza parietal posterior es un área que aparece como fundamental para poder enmarcar los objetos fuera de mi concepción de cuerpo, es decir, en el exterior. Se trata de una región clave para los primates, tanto por la aferencia de información sensorial y motora como porque en ella radica la ejecución de movimientos finos. El hipocampo y las áreas prefrontales son representativas de este tipo de corteza; en esas zonas ocurren funciones relacionadas con la evocación, la planeación de movimientos y la generación de imágenes.

Este concepto fue desarrollado por Pouget y Sejnowsky, quienes remarcan las redes neuronales que se encuentran en la región parietal posterior y que generan una serie de mapas sobre la demanda, creando modalidades sensoriales que permiten ejecutar movimientos finos, por eso reciben el nombre de "arqui-mapas". Una manera de ejemplificar este concepto es cuando tenemos un insecto en el brazo, en la oscuridad. Sentimos que éste se desliza o camina reptando, y podemos localizar la región en donde se asienta, sin que podamos verlo. Así, movilizamos el otro brazo, para poder sacudir la región donde se localiza eso que percibimos. El cerebro registra esta información como si tuviera un mapa, para poder realizar movimientos precisos. Estos mapas son esenciales para la destreza en movimientos, ni siquiera se necesita que esta planificación pase a un plano conciente. Por ejemplo, al caminar, sólo tenemos que estar "alerta" —es decir, más concientes— cuando el piso está resbaladizo. Una modelo en una pasarela ejecutará casi una danza: el cuerpo espigado, las piernas largas que se cruzan una delante de la otra, de manera rítmica; las manos en la cintura, escudriñando con ojos desafiantes a la audiencia, retándola, con una sonrisa discreta, pero presente, todo ello cuidando, al mismo tiempo, de no tropezar con los nuevos atuendos.

La alteración dismórfica corporal, antes llamada dismorfofobia, ha sido utilizada por algunos analistas que discuten la relación entre la autoidentidad y el cuerpo. Esta forma de alteración (lo mismo que la anorexia nervosa) puede servir para acercarnos a la comprensión del proceso de incoherencia entre la identidad de género y la conciencia de sí mismo.

La dismorfofobia tiene como criterio básico la focalización en un defecto persistente en la apariencia, una cierta deformidad que puede o no existir; por ejemplo, un hundimiento en la cara, asimetrías, una nariz con deformaciones en el tabique, etcétera. Esta preocupación causa un estado obsesivo, en donde se constata el defecto mediante el espejo, y se buscan estrategias para minimizarlo; sin embargo, las demás personas no son capaces de verificar la existencia de ese defecto, pues, en un sentido estricto, podemos afirmar que sólo el paciente lo percibe.

El caso más representativo es el que ocasiona la anorexia nervosa, en cuyo caso el problema es mucho más crítico, ya que pone en riesgo la vida misma. En estos casos existe una distorsión, una incoherencia entre lo que ven los demás (y lo que indica la balanza) y lo que la persona anoréxica percibe de sí misma. Personas con pesos promedio de 30 kilos, siguen viéndose "gordas", aunque su peso ideal esté entre los 50 y los 60 Kg. Así, desarrollan una serie de conductas compensadoras encaminadas a contrarrestar o a mantener ese estado de

delgadez extrema, como pueden ser ejercicios continuos, laxantes, vómito, además de reducir o eliminar del todo su ingesta de alimento.

Una aproximación fenomenológica al problema del cuerpo transgénero

El cuerpo humano puede conceptualizarse en diferentes dimensiones:

1. Como objeto físico. Es atraído a la tierra como la mayoría de los objetos; no atraviesa a otros cuerpos sólidos y puede ser fragmentado.
2. Como entidad con necesidades biológicas. Todos los seres vivos tenemos necesidades reales de subsistencia, para lo cual ayudamos al funcionamiento y mantenimiento de nuestro cuerpo. Por ejemplo, ingerimos alimentos, excretamos sustancias, nos cubrimos o descubrimos, como parte de una estrategia general para mantener el cuerpo en funcionamiento a una temperatura constante.
3. Con un significado simbólico. Es decir, nuestro cuerpo frente a los otros y lo que los otros cuerpos nos significan. No somos indiferentes ante el cuerpo humano; mientras estamos sentados en una plaza, puede pasar una cantidad infinita de gatos o perros y seguramente no lo notaremos, pero lo más probable es que no pasemos por alto el paso de un hombre o de una mujer desnudos o en traje de baño.

Esta connotación de los cuerpos es una de las primeras circunstancias que nos conecta con el problema del transgénero (y, luego, al del transexual), ya que somos animales simbólicos, pero además desarrollamos fácilmente patrones clasificatorios: "hombre vestido como mujer y maquillado es igual a travesti; mujer con chamarra de cuero, pelo corto y motocicleta es igual a lesbiana". Al hacer estas distinciones, descontamos a las otras minorías. Sin embargo, la ropa, el calzado, la manera de peinarse, todo ello es parte de los estereotipos de roles, en los que las pequeñas variaciones son interpretadas como desviaciones: "hombre con camisa rosa y pelo largo es igual a homosexual; mujer con pelo corto y sin maquillaje es igual a lesbiana."

El concepto fenomenológico del cuerpo (en la fenomenología heredera de la tradición europea, es decir, de Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, entre otros) puede entenderse en tres dimensiones: a) el cuerpo de los otros como un objeto, b) el cuerpo en un sentido abstracto o figurativo y c) el cuerpo de nosotros para los otros.

La principal fuente de conflicto es la interacción con los otros, es decir, el significado disruptivo de elementos sexuales incoherente al cuerpo (por ejemplo, senos y caderas amplias en el caso de MaF), pero también hay una zona de conflicto en cuanto al cuerpo de los otros y ello se basa en la sensación de injusticia, o de tener que hacer algo extra, lo cual es



muy complicado a la vez, como el proceso de reasignación hormonal y, en algunos casos, quirúrgico.

En sociedades con permisividad relativa para el transgénero, como Taití, las repercusiones siguen siendo importantes, porque sólo está parcialmente convencida de que se *tiene* que vivir con el transgénero. Una situación totalmente opuesta se observa con los transexuales en la región de Juchitlán, en el estado mexicano de Oaxaca, donde los transexuales son vistos de manera favorable, porque son un apoyo relevante para las labores de la casa y el campo. Allí se les conoce con el nombre de *muxes*, que significa mujeres. En la sociedad juchiteca, los varones tienen un papel equivalente al de adorno doméstico, pues son las mujeres y las hijas *muxes* las que llevan el liderazgo familiar.

Conclusiones

La especie humana tiende a recurrir a conceptos dicotómicos para entender el mundo; esto es, en la mayoría de los casos, una forma muy simplificada de la realidad. En lo que toca a la sexualidad de nuestra especie, esto resulta más que obvio. En el terreno de la identidad de género, como se ha explicado, es posible que incluso en las personas transexuales se observen subtipos que dependerán de su orientación sexual y de conexiones cerebrales que facilitan más las pautas de feminidad o masculinidad, como estereotipos culturales. Es importante resaltar que la transexualidad es parte de nuestra condición de seres humanos y que, en muchos sentidos, es un "continente" de conocimientos sobre nosotros mismos como especie, que —aun cuando ha estado todo el tiempo con nosotros— pareciera que acabáramos de descubrir. Tanto el prejuicio y el miedo al cuerpo como lo hedónico de la actividad sexual son, entre otros factores, una vanda que la cultura (sobre todo la religiosa) ha colocado sobre nuestros ojos y de la cual es precisodesprenderse por completo, para poder entendernos como seres humanos, como una misma especie, desde la biología y la psicología evolutivas. **ts**

Bibliografía

Arzy, A., G. Thut, Ch. Mohr, C. M. Michel, O. Blanke, "Neural basis of embodiment: Distinct contributions of temporoparietal junction and extrastriate body area", *Neurosciences*, núm. 26, 2006, pp. 8074-8081.

Beatrice, J., "A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals", *Journal of Nervous and Mental Diseases*, núm. 173, 1985, pp. 358-365

Beemer, B. R., "Gender dysphoria update", *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, núm. 34, 1996, pp. 12-19.

Bockting W. O., B. E. Robinson, B. R. Rosser, "Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment", *AIDS Care*, núm. 10, 1998, pp. 505-525.

Bourgeois, M., "Psychological treatment of transsexualism and sexual identity disorders: some recent attempts", *Annals of Medicine Psychologic*, núm. 136, Paris, 1978, pp. 985-1008.

Cohen-Kettenis, P. T., L. J. Gooren, "Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment", *Psychosomatics Research*, núm. 46, 1999, pp. 315-333.

Dolan, J. D., "Transsexualism: syndrome or symptom?", *Journal of Psychiatry*, núm. 32, 1987, pp. 666-673.

Feldman, J., W. Bockting, "Transgender health", *Mind and Medicine*, núm. 86, 2003, pp. 25-32.

Frith, C., "Attention to action and awareness of other minds", *Conscious and Cognition*, núm. 11, 2002, pp. 481-487.

Hulshoff Pol, H. E., P. T. Cohen-Kettenis, N. van Haren, J. S. Peper, R. Brans, W. Cahn, H. G. Schnack, L. J. Gooren, S. Kahan, "Changing your sex changes your brain: Influences of testosterone and estrogen on adult human brain structure", *European Journal of Endocrinology*, núm. 155, 2006, pp. S107-S114.

Karakas, S., E. Basar, "Models and theories of brain function in cognition within a framework of behavioral cognitive psychology", *International Journal of Psychophysiology*, núm. 60, 2006, pp. 189-193.

Kenagy, G. P., C. M. Hsieh, "The risk less known: female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection", *AIDS Care*, núm. 17, 2005, pp. 195-207.

Levine, S. B., L. Lothstein, "Transsexualism or the gender dysphoria syndromes", *Sexuality and Marital Therapy*, núm. 7, 1981, pp. 85-113.

Nerdahl, P., D. Berglund, L. H. Bearinger, E. Saewyc, M. Ireland, T. Evans, "New challenges, new answers: pediatric nurse practitioners and the care of adolescents", *Pediatric Health Care*, núm. 13, 1999, pp. 183-190.

Newfield, E., S. Hart, S. Dibble, L. Kohler, "Female-to-male transgender quality of life", *Quality of Life Research*, núm. 15, 2006, pp. 1447-1457.

Salin-Pascual, R., *Reflexiones sobre la psiquiatría en el siglo XXI*, EDAMEX, México, 2003.

Schaefer, L. C., C. C. Wheeler, "Harry Benjamin's first ten cases (1938-1953): A clinical historical note", *Archives of Sexual Behaviour*, núm. 24, 1995, pp. 73-93.

Selvaggi, G., P. Ceulemans, K. Van Landuyt, P. Blondeel, M. Hamdi, C. Bowman, S. Monstrey, "Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals", *Plastic Reconstructive Surgery*, núm. 116, 2005, pp. 135e-145e.

Spence, S. A., M. D. Hunter, T. F. Farrow, R. D. Green, D. H. Leung, C. J. Hughes, V. Ganesan, "A cognitive neurobiological account of deception: Evidence from functional neuroimaging", *Philosophy and Transsexual Royal Society of London Book of Biological Sciences*, núm. 359, 2004, pp. 1755-1762.

Stevens, P. E., S. Morgan, "Health of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth", *Child and Family Nursing*, núm. 2, 1999, pp. 237-249.

Tononi, G., "An information integration theory of consciousness", *BMC Neurosciences*, núm. 5, 2006, p. 42

Viamontes, J. G. Villemure, J. Viamontes, "Self-awareness deficits in psychiatric patients", *Neurobiology, Assessment, and Treatment*, Norton, 2004.

Viamontes G. J., B. D. Beitman, C. T. Ciamontes, J. A. Viamontes, "Neural circuits for self-awareness", en Beitman, B. D. (ed.), *Self-awareness deficits in psychiatric patients*, Nair J. Norton & Company Inc., 2004, pp. 24-111.

Winter, S., "Thai transgenders in focus: Demographics, transitions and identities", *International Journal of Transgenderism*, núm. 9, 2006, pp. 15-27.

Wise, T. N. y J. K. Meyer, "The border area between transvestism and gender dysphoria: Transvestitic applicants for sex reassignment", *Archives of Sexual Behaviour*, año 9, núm. 4, 1980, pp. 327-342.

Zeman, A., "Consciousness", *Brain*, núm. 124, 2001, pp. 1263-1289.