

TÍTULO DE LA COMUNICACIÓN

Reproducción de la masculinidad hegemónica en los procesos de patologización de la transexualidad

NOMBRE DE AUTOR/ES Y FILIACIÓN

Gerard Coll-Planas, Universidad de Vic (rejart@yahoo.es)

Miquel Missé, activista trans Campaña STP-2012 (dormirensantiago@gmail.com)

PANEL

Diversidad y masculinidad

ABSTRACT

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Psiquiatría Americana catalogan la transexualidad como una patología bajo el nombre de 'trastorno de identidad de género'. En el contexto español, la Ley 3/2007 establece que para poder modificarse la mención de sexo hace falta presentar, entre otros, un certificado de dicho diagnóstico. Las Unidades de Trastornos de Identidad de Género, ubicadas en las unidades de psiquiatría de diferentes hospitales públicos, son las encargadas de expedir este tipo de certificados una vez pasado un proceso que puede durar dos años. En la comunicación analizamos la construcción del género que subyace en el discurso médico. Concluimos que se establece una visión patologizadora, binarista, biologista y que fomenta, en el caso de los trans masculinos, los estereotipos de la masculinidad hegemónica.

PALABRAS CLAVE

Género, masculinidad, trans, patologización

REPRODUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD HEGEMÓNICA EN EL PROCESO DE PATOLOGIZACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD

INTRODUCCIÓN

Como el título indica, el objetivo de la comunicación es analizar el proceso de patologización de la transexualidad para ver mediante qué prácticas y discursos contribuye a reproducir una concepción binarista del género y, más específicamente, la masculinidad hegemónica.

El interés por el tema de la patologización se inscribe en la voluntad de ahondar en la situación en que se encuentra el colectivo trans, pero, al mismo tiempo, pretende ir más allá mostrando la relevancia que tiene este proceso en la reproducción del género normativo (Missé y Coll-Planas, 2010). En este sentido, consideramos que la cuestión de la patologización interpela a las personas trans muy directamente, pero también al conjunto de la población.

Podemos definir patologización como el proceso por el cual la transexualidad se clasifica como un trastorno mental que requiere tratamiento psiquiátrico. Así lo recogen la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la American Psychiatric Association (APA). Abordar este tema es especialmente pertinente porque actualmente estos manuales están en proceso de revisión. La quinta versión del DSM está prevista que se presente el próximo mayo de 2013 y la del CIE para el 2015. La clasificación de la transexualidad como trastorno mental tiene un gran impacto

en la salud de las personas trans, puesto que la obligatoriedad de tener que pasar por un tratamiento psiquiátrico para acceder a los tratamientos de modificación corporal ha alejado a muchas personas trans de las consultas. Pero además ha tenido una fuerte influencia tanto en el imaginario social, aumentando la estigmatización que acompaña el colectivo, como a nivel legal. Por ejemplo, en el Estado español la ley 3/2007 establece que una persona trans que desee cambiar su mención de sexo en el Registro Civil debe presentar un certificado de diagnóstico de disforia de género. El certificado de trastorno mental es expedido en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) que hay en diversos hospitales públicos.

Lo que analizaremos en esta comunicación es la concepción del género que configura el conjunto de actores sociales que intervienen en el proceso de patologización de la transexualidad.

En el siguiente apartado abordamos la perspectiva teórica adoptada. A continuación, describimos el trabajo de campo llevado a cabo y el análisis. Finalizamos con un apartado en el que sintetizamos las principales aportaciones.

PERSPECTIVA TEÓRICA

A nivel teórico, nos ubicamos en una corriente construccionista, que parte de una crítica al esencialismo, que supone que existe una esencia real, auténtica de aquello que es inmutable y constitutivo de una persona o cosa. Dicha esencia se considera presocial: la organización social la puede fomentar o reprimir, pero no modificar (Fuss, 1999). El biologismo es el tipo de

esencialismo que más fuerza tiene actualmente en la reificación de la diferencia sexual. Su argumentación básica es que las diferencias entre mujeres y hombres responden a propiedades bioquímicas de las células cuyas características están determinadas por los genes (ver, por ejemplo, Goldberg, 1976; Fisher, 2000; o Agacinski, 1998). De esta forma, establece un marco en el cual las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres aparecen como inmutables (Lewontin et ál., 1987).

Desde la aproximación construccionista, en cambio, se argumenta que no hay nada esencial o natural en el ser humano, sino que todo está construido social e históricamente. Para la psicóloga construccionista Vivien Burr (1996), los rasgos básicos de esta corriente son el antiesencialismo (las personas no tenemos ninguna naturaleza determinada sino que somos fruto de procesos sociales), el antirrealismo (la relatividad histórica y cultural de todas las formas de conocimiento) y la concepción de que el lenguaje nos constituye como seres sociales y, por lo tanto, no es un medio de expresión sino una forma de acción.

En relación con el género, desde el construccionismo se sostiene que la masculinidad y la feminidad no son producto de esencias presociales sino de prácticas discursivas, son efecto de poder. Mientras que el esencialismo afirma que la diferencia sexual es <<natural>> e inevitable, desde el construccionismo se mantiene que lo natural mismo es una construcción social y que se puede transformar (Hacking, 1999).

En relación a la masculinidad, la pregunta que nos plantearemos desde este marco es qué tipo de masculinidad se construye desde el discurso médico. En este sentido, nos interesa ver hasta qué punto se reproduce la masculinidad

hegemónica, entendida como la forma dominante de la masculinidad que sigue los cánones patriarcales:

La masculinidad hegemónica se puede definir como la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres (Connell, 1997).

Como señalan Olabarría y Parrini (2000) la masculinidad hegemónica o dominante se caracteriza porque los hombres sean importantes, activos, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados y heterosexuales.

Desde este marco teórico, el objetivo de la comunicación es analizar como se construye el género, y más concretamente la masculinidad, desde las diferentes instituciones y actores que intervienen en el proceso de patologización de la transexualidad.

TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo ha consistido en un análisis de contenido del siguiente material:

- los epígrafes referentes a la transexualidad de los catálogos de enfermedades mentales DSM-IV, de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2000), y ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992)

- el protocolo para el tratamiento de personas trans *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (WPATH, 2001), que guía el tratamiento que reciben las personas trans en las UTIG
- la escala de masculinidad/feminidad del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (o MMPI, por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory), test utilizado en el proceso de diagnóstico en las UTIG
- la entrevista a una psicóloga clínica que trabaja en una UTIG
- compilación del material del libro *Ser transexual* (Gómez y Esteva de Antonio, 2006a), escrito por profesionales que trabajan en distintas UTIG del Estado

Los discursos de las personas trans se estudiaron a través de entrevistas (8 a personas a título individual y 3 a activistas) y de grupos de discusión con hombres y mujeres trans.

ANÁLISIS

En este apartado primero trazamos el mapa de los que consideramos los principales actores que intervienen en el proceso de patologización. En segundo lugar, analizamos la concepción del género que elaboran en conjunto.

Los actores de la patologización

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Psiquiatría Americana tienen un papel muy relevante, ya que establecen las reglas de juego al

considerar que no identificarse con el género atribuido al nacer en función del sexo constituye una patología. Así lo recogen en sendos catálogos de enfermedades.

El impacto de esta consideración patológica lo encontramos, en el contexto español, en la Ley 3/2007 que, por un lado, da carta de legitimidad al paradigma patologizador y, por otro, refuerza el lugar que ocupan las UTIG al fijar como uno de los requisitos para cambiar la mención de sexo haber obtenido un certificado de disforia de género.¹ Si bien este diagnóstico no tiene porque emitirse exclusivamente en estas Unidades, en la práctica, los médicos del sistema público de sanidad y también muchos psicólogos privados derivan allí a los pacientes trans, ya que se trata de las unidades de referencia especializadas en la temática en el marco del sistema público de salud.

En el marco de las Unidades, trabaja un equipo interdisciplinario. Los profesionales de la salud mental (en el caso de Barcelona, una psiquiatra y una psicóloga) son las encargadas de diagnosticar, de guiar los grupos de ayuda mutua, de hacer la terapia, de entrevistarse con familiares si lo consideran conveniente y de supervisar la experiencia de la vida real.² A parte de estos profesionales también encontramos ginecólogos, urólogos, endocrinos que se ocupan del seguimiento del proceso de hormonación y los cirujanos en las UTIG que incluyen la cirugía (reasignación sexual, mastectomías, implantes mamarios e histerectomías). En el caso español, muchos de los miembros de

¹ Además del certificado, también establece como criterio haber recibido un tratamiento, durante al menos dos años, “para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado” (art. 4).

² La llamada “experiencia de la vida real” es definida en *Standards of Care* como “the act of fully adopting a new or evolving gender role or gender presentation in everyday life” (WPATH, 2001: 17).

la Unidades del Estado han participado en la redacción del libro *Ser transexual* (Gómez y Esteva de Antonio, 2006a).

En las UTIG, el proceso es guiado por los principios establecidos por la World Professional Association for Transgender Health y recogidos en el *Standards of Care for Transgender People*. El objetivo principal de este documento es “to articulate this international organization's professional consensus about the psychiatric, psychological, medical, and surgical management of gender identity disorders” (WPATH, 2001: 1).

En el proceso de diagnóstico, uno de los tests que se utilizan los profesionales es el MMPI, que sirve para descartar “otras patologías” y que incluye una escala de masculinidad-feminidad para conocer el grado de adecuación de la persona trans respecto al género que reclama. La escala se construyó a partir de los síntomas que presentaban varones que buscaron ayuda psiquiátrica para controlar sus sentimientos homosexuales o para hacer frente a la confusión acerca de su rol de género. Los ítems hacen referencia a intereses en el trabajo, aficiones, pasatiempos, preocupaciones, temores, actividades sociales y preferencias religiosas. La utilización de este test ha sido ampliamente criticada por mantener una visión del género muy estereotipada. La psicóloga clínica Cristina Garaizabal (2006: 167), por ejemplo, considera que el uso de este tipo de test es una muestra más de <<una confusión teórica y metodológica entre el rol de género y la identidad de género>> presente en las teorías que manejan los profesionales especializados en transexualidad.

Concepción del género

Paradigma patologizador

El primer rasgo a destacar es que los diferentes actores se mueven en un marco patologizador, en que sentirse de un género distinto al socialmente asignado no se entiende desde el paradigma de la diversidad (entendiendo que el proceso de identificación es individual y puede corresponder o no a lo socialmente esperado) sino desde el paradigma del error (que establece como anormal, como patológico, que alguien se sienta hombre teniendo un cuerpo hembra, o se sienta mujer habiendo nacido con un cuerpo macho (Coll-Planas, 2010). En el caso que no se produzca la convergencia sexo/género, las clasificaciones de enfermedades establecen un abanico de posibilidades que los profesionales deberán barajar en el proceso de diagnóstico (en el caso de la OMS: transexualism, dual-role transvestism, fetishistic transvestism, gender identity disorder of childhood).

Binarismo

El segundo elemento en común entre los diferentes actores es la concepción binarista del género, esto es, la consideración de que el género se reduce a solo a dos categorías. Así lo recoge la Ley 3/2007 que en vez de considerar irrelevante el sexo de la persona a nivel de documentación oficial³, o de ofrecer varias alternativas⁴, establece que la mención de sexo del Registro Civil (y, por consiguiente, del Documento Nacional de Identidad) se reduce a masculino y femenino. En el discurso de los profesionales también aparece reiteradamente

³ De la misma manera que la profesión dejó de figurar en el DNI y tampoco figuran otros elementos como la raza, consideramos que es una elección política hacer constar el sexo de la persona en el carné.

⁴ A raíz del caso de Norrie May-Welby, Australia es el primer país que reconoce la posibilidad de una posibilidad al margen del binarismo masculino/femenino: "non-specified gender".

este enfoque binarista, por ejemplo: “El término ‘género hace referencia a la identificación psicológica de la persona con ser hombre o mujer” (Gómez y Esteva de Antonio, 2006: 33).

De hecho, las personas que no se sienten identificadas con ninguna de las dos categorías pueden ser diagnosticadas mediante el Trastorno de la maduración sexual, que se afecta a “las personas [que] tienen dudas y se sienten inseguras bien sobre su identidad o bien sobre su orientación sexual, y ello les produce ansiedad y depresión” (Gómez, Godàs y Peri, 2006d: 140). Esta cita es una muestra de la concepción del género como algo inmutable, estable y que se divide en dos. En ningún momento se contempla el binomio masculino/femenino como una construcción cultural que no tiene porqué dar cuenta de la complejidad y la singularidad individual en el terreno de la identificación. De esta forma, las categorías hombre/mujer son reificadas⁵, y cuando las personas no se adaptan a los rígidos contornos que establecen, en vez de cuestionar la capacidad de dichas categorías para dar cuenta de la compleja realidad individual, se pone en duda la salud mental de la persona.

Determinismo biológico

El tercer elemento de la concepción del género que elaboran los actores implicados en el proceso patologizador es el determinismo biológico, que queda muy patente en los discursos de los médicos⁶. En el libro *Ser transexual*,

⁵ La reificación es atribución de un carácter natural a fenómenos sociales.

⁶ No encontramos explicaciones biológicas en las clasificaciones de enfermedades ni en los *Standards of Care* (pues las primeras recogen solamente los criterios de diagnóstico y el segundo no entra en la discusión sobre la etología de la transexualidad)

por ejemplo, encontramos varios ejemplos de explicaciones biológicas del origen de la identidad de género:

Durante el primer trimestre del embarazo las hormonas sexuales (y quizá otros factores aún desconocidos) producen una serie de efectos irreversibles sobre la estructura cerebral, que condicionará probablemente la identidad y el comportamiento sexual del individuo a lo largo de toda su vida (Esteva de Antonio y Gómez, 2006: 40).

Esta afirmación fue respaldada de forma aún más contundente por la psicóloga clínica (que declaró que en la configuración de la identidad de género “de [factores] culturales y de aprendizaje no hay”). A pesar del convencimiento mostrado, en un anexo del mismo libro encontramos la siguiente consideración:

Es cierto que los autores estamos convencidos del sustrato biológico de la transexualidad, a pesar de que los estudios al respecto son limitados y no concluyentes, como ocurre en la mayoría de los trastornos mentales y en muchas enfermedades médicas. Que existan estudios concluyentes es prácticamente imposible porque, ¿cómo evaluar el desarrollo cerebral y la influencia hormonal durante la época fetal, si para ello se debería estudiar cerebros de fetos fallecidos, y no sabemos cuáles habrían desarrollado este trastorno? (Gómez y Peri en Gómez, Esteva de Antonio y Fernández-Tresguerres, 2006c: 124).

Por lo tanto, no hay –ni parece que pueda haber– resultados científicos concluyentes que permitan sostener con tanta fuerza esta explicación biológica.

El biologismo subyacente en el discurso de estos profesionales se hace evidente en la descripción de los efectos que atribuyen al tratamiento hormonal:

Los transexuales masculinos, que eran mujeres y pasan a hombres, a veces me río porque me dicen ‘ahora sí que entiendo yo a las mujeres, a sus quejas’. Y digo ¿por qué?. ‘Ah, todos vamos salidos’. Claro, la testosterona te pega un chute a la libido brutal, claro, la actividad sexual aumenta, pero también aumenta la agresividad, un poco, en los hombres, y sobre todo el bloqueo emocional. Hay pacientes que me dicen ‘escucha, que no lloro, ya no lloro’, se vuelven más asertivos, se vuelven más seguros de sí mismos. Cambian unas características muy importantes (Entrevista psicóloga clínica).

Respecto a esta cita hay dos elementos a comentar. En primer lugar, numerosos estudios evidencian que las personas trans tienden a decir a los profesionales lo que esperan oír para conseguir que les diagnostiquen (Soley-Beltran, 2005: 214). En este sentido, las posibilidades de establecer una relación de colaboración, necesaria para cualquier tipo de terapia psicológica, están puestas en duda por los mismos profesionales, que detectan que el hecho de que el paciente dependa de la aprobación del profesional de la salud mental para lograr cambiarse el nombre, hormonarse con control endocrino u operarse, genera distorsiones en la relación terapéutica, ya que puede producirse “un cierto recelo o temor de la persona con disforia de género hacia este profesional, al cual lo percibe como un juez que decide sobre su futuro” (Gómez, Godàs y Peri, 2006d: 141-2).

En segundo lugar, es interesante constatar la conexión que elabora la psicóloga entre las hormonas y el comportamiento, y la forma en que construye la masculinidad vinculada a la agresividad, la excitación sexual, el bloqueo emocional, la asertividad y la seguridad en uno mismo; características todas ellas vinculadas a la construcción social hegemónica de la masculinidad. Además, se puede argumentar que al atribuir estos rasgos exclusivamente a los niveles de testosterona, se naturalizan las características tradicionalmente asignadas a la masculinidad, presentándolas como no modificables por el individuo ni por el entorno cultural.

La percepción de la inextricable vinculación entre la vertiente biológica y el género, puede contribuir a explicar porque en el discurso de los profesionales se trasluce una percepción de la necesidad del cambio corporal, a pesar de que *Standards of Care* insista en que cada paciente debe escoger los cambios

a los que quiere someterse para acomodarse a su identidad de género (WPATH, 2001). Esto se traduce en considerar que toda persona verdaderamente transexual se quiere operar los genitales. Esto se observa en el siguiente fragmento de la entrevista a la psicóloga:

P- Más o menos que porcentaje de gente se resiste a operarse los genitales?

-Un mínimo.

P- Mínimo.

-Bueno, los hombres transexuales masculinos muchos, muchos, porque claro, como la operación no está aún muy lograda, pues no quieren correr el riesgo. Y bueno, utilizan prótesis y tal. Lo que sí hacen siempre es la mastectomía. Ya con eso les cambia mucho la vida, mucho, mucho.

P- También hemos encontrado transexuales femeninas que se resisten mucho a operarse los genitales, que se ponen pechos y...

-Bueno, es que a lo mejor si trabajan en el mundo del espectáculo, o en el mundo del sexo y todo esto, pues claro, se quedarían sin... trabajo (Entrev. psicóloga clínica especialista en transexualidad).

Desde su punto de vista, sólo se concibe que alguien no se quiera operar por ser trabajadora sexual, por falta de recursos, por miedo o porque la operación no está bien resuelta. Becerra (2006: 108) añade a la lista de motivos para no operarse la falta de información, la ausencia de profesionales y dificultades de acceso al sistema público. En ningún caso se contempla, como efectivamente ocurre en parte de la población trans, que la persona se sienta mujer pero no desee amputarse el pene o que alguien se sienta hombre y pueda disfrutar de su cuerpo sin necesidad de una reasignación sexual.

La conexión entre la vertiente biológica y el género, también está presente en la Ley de rectificación registral de la mención de sexo, pues, a parte del certificado de disforia de género, requiere haberse sometido a un tratamiento

de al menos dos años de cambio corporal (que se traduce en dos años de tratamiento hormonal en la mayoría de casos).⁷

Se esencializa, además, la relación entre transexualidad y reasignación sexual al afirmar, por ejemplo, que “la histerectomía y anexectomía es una intervención *necesaria* en el tratamiento del paciente transexual mujer a hombre” (Garrido, 2006: 288).⁸ Esta afirmación no tiene en cuenta que para algunos hombres trans no es en absoluto necesario extirpar órganos sanos y renunciar, además, a la capacidad de engendrar (ver Coll-Planas, 2010). En la misma línea, el *Standards of Care* considera que para las personas con un “trastorno de la identidad de género profundo”, la reasignación sexual y la terapia hormonal es “medically indicated and medically necessary” (WPATH, 2001: 18).

Esta concepción de la operación como necesaria se traduce en ocasiones en que los pacientes se sientan presionados por los profesionales de las UTIG a llevar a cabo la reasignación sexual, como así expresa esta chica trans:

Yo he ido mucho a psicólogos, y la relación bien, muy buena, pero siempre me ha dado la sensación de que tienen el machaque este de que tienes que operarte. Y yo ha habido momentos charlando con ellas que he tenido la sensación de que me estaban presionando para que me operara. La decisión la he tomado yo, pero me sorprendía mucho que especialistas de la salud y dedicados a este tema tuvieran este punto de vista... Ni tan solo sé si lo hacían conscientemente o no, pero yo ha habido momentos que tenía la sensación que me estaba afectando y me estaban presionando, y esto me superaba... Y pensaba <<yo tengo la edad que tengo, pero si esto lo hacen también a una chica de dieciséis años...>> (Taller, TF).

Este tipo de presiones en algún momento u otro del proceso (test de la vida real, hormonación u operación) fueron relatados por varias personas trans

⁷ La Ley establece dos excepciones a la obligatoriedad de haber recibido dicho tratamiento: que por causas de edad o de salud no sea aconsejable llevarlo a cabo.

⁸ Cursivas añadidas.

entrevistadas y participantes en los grupos de discusión (ver Coll-Planas, 2010).

Reproducción de la masculinidad hegemónica

Finalmente, analizamos como construyen el concepto de masculinidad. Además del fragmento de la entrevista a la psicóloga citado anteriormente en que se refiere a los efectos de la hormonación, en la escala de masculinidad y feminidad del test MMPI, encontramos con nitidez los conceptos que se barajan de masculinidad y feminidad. Como se puede ver en la siguiente tabla, los indicadores que se utilizan responden a la forma hegemónica de entender la masculinidad y la feminidad.

Tabla 1. Ítems de masculinidad y feminidad en el MMPI

Ítems masculinidad	Ítems feminidad
Me gusta mucho cazar	Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario
Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras	Me gustaría ser periodista
Creo que me gustaría trabajar de guardabosques	Me gustan las novelas de amor
Me gusta reparar las cerraduras de las puertas	Si fuera periodista me gustaría mucho escribir sobre teatro
Me gustan las revistas de mecánica	Me gustan los dramas
Realmente me gustan los deportes bruscos (como el rugby o el fútbol)	Me gustaría ser florista
Me gustaría ser militar	Me gusta la poesía
Si fuera periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deportes	Me gustaría ser cantante
En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con muñecas	
Me gustaría ser piloto de competiciones automovilísticas	

Fuente: MMPI

Del lado de lo masculino, se encuentra la actividad, la agresividad, el espacio exterior, lo técnico, el deporte, la competitividad. Define lo femenino (por lo tanto, define lo masculino por oposición) el carácter ordenado, lo afectivo/romántico, el arte, la belleza, el narcisismo. Así, vemos que tanto la afirmación de la psicóloga entrevistada sobre los efectos de la hormonación como los indicadores del test MMPI reproducen el modelo hegemónico de masculinidad, presentado en el marco teórico a partir de las aportaciones de Connell (1997) y Olavarría y Parrini (2000).

CONCLUSIONES

A modo de recapitulación, hemos visto que los diferentes actores que intervienen de diferente modo en el proceso de patologización generan un marco patologizador, desde el cual no sentirse del género atribuido al nacer en base al sexo, es considerado del lado de lo anormal. De esta forma, se refuerza la idea de que lo normal y lo sano es que el sexo (macho/hembra) y el género (hombre/mujer) estén vinculados.

Este marco presupone, entonces, el binarismo. Esto es, la idea de que sólo hay dos géneros (masculino y femenino), definidos en este caso desde unos patrones profundamente sexistas. Excepcionalmente se puede pasar de un al otro, pero no se puede estar fuera de estas categorías. Y estas categorías están definidas, tanto en el caso de la masculinidad como de la feminidad, siguiendo los patrones hegemónicos.

En la base de las ideas hasta ahora identificadas como centrales, subyace el determinismo biológico: ideología que funda la reificación del género al establecer la diferencia sexual como la causa de la identidad.

Desde este discurso, no se puede dar cuenta de la diversidad de itinerarios individuales en la configuración de la identidad de género, de las personas que viven al margen de las dos categorías establecidas ni de las personas trans que optan por no intervenir quirúrgicamente. De hecho, lo que se establece es una reificación del género que, al quedar enraizado en las diferencias biológicas, se presenta como ajeno al cambio individual y cultural.

BIBLIOGRAFIA

Agacinski, Sylviane (1998) *Política de sexos*. Madrid: Taurus.