

Discursos en torno a la niñez *trans*ⁱ



Miriam Ramírez Jiménez®
Maestra en Estudios de la Mujer
Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco

El escenario de esta investigación se constituyó con dos grupos de apoyo para familias diversas integrados por activistas, profesionales de la salud (principalmente personal médico y/o experto en sexología) y madres, padres u otros familiares de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y transgénero (LGBT).¹

El interés central al acercarme a ambos grupos, conformados primordialmente por mujeres (madres con hijas e hijos LGBT) fue identificar niñas, niños y jóvenes *trans*. La primera inquietud fue conocer cómo se les caracteriza como transexuales o transgénero y la forma en que se ponen en circulación los discursos acerca de lo *trans* en la niñez. Las y los profesionales en sexología fueron quienes destacaban más en la interlocución y se les consideraba personas expertas en el tema de la niñez *trans*, por lo tanto emitían las principales recomendaciones a madres y padres sobre qué hacer y cómo comprender “el problema” de identidad con sus hijas e hijos. También se asumían como especialistas en el campo de la diversidad sexual, debido a su labor en los grupos de apoyo y como activistas a favor de los derechos sexuales.

Asimismo, profesionales de la salud que asistían a los grupos de apoyo eran figuras centrales en el estudio de la temática *trans*, pues participaron en juicios de cambio de identidad sexo-genérica y han sido entrevistados por diversos medios de comunicación.

De esta forma, el presente artículo evidencia cómo se caracteriza a niñas y niños como *trans* con base en el enfoque biomédico, presente en el manejo de información por parte de las y los profesionales de la salud, y de la percepción que las mujeres-madre desarrollan a lo largo de sus experiencias.

En el año 2009 tuve el primer acercamiento con este tema y ocurrió a partir de mi incursión en los grupos para personas *trans*, en particular en el Grupo Pumas Trans, dirigido por el médico psiquiatra Rafael Salín Pascual, espacio al que acudían en su

mayoría personas en transición de varón a mujer, es decir, *trans* femeninas. El lugar donde se reunían estaba en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Así, inicié la tarea de analizar las experiencias de la niñez *trans* y en ese primer acercamiento solicité apoyo de este grupo para que compartieran sus historias de vida, dando prioridad a lo que había acontecido durante su niñez.

En esa labor resultó interesante la cantidad de recuerdos que las mujeres *trans* tenían y cómo se describían a sí mismas cuando eran niñas, momento en el que ya sabían que había algo diferente en su identidad de género y que era difícil externar a otras personas. En este sentido, en las narrativas enfocadas en la niñez observé similitudes que describían las mujeres *trans*, como su afirmación respecto a que desde edades muy tempranas —tres a cinco años— “sabían” que eran niñas y la influencia significativa que tuvieron en ellas figuras femeninas como madres, hermanas, tías, primas o maestras, con quienes ellas convivieron en su infancia y que en algunos casos representaron la motivación para modificar su cuerpo hasta lograr tener la apariencia de mujeres y en su elección del nombre que decidieron adoptar.

El proceso de investigación continuó al acudir a dos grupos de apoyo para madres y padres con hijas e hijos LGBT, quienes me permitieron observar el contexto y las situaciones por las cuales transitan las familias de niñas, niños y jóvenes *trans*. Las experiencias en ambos grupos fueron fundamentales para enfocar mi interés en esta temática y desarrollar la presente investigación.

En este artículo expongo cómo intervine en los Grupos de Familias Diversas (GFD) y la manera cómo elegí a las mujeres entrevistadas, tarea que tuvo implicaciones personales, mismas que considero fundamental evidenciar. Después abordé la forma en que los trastornos de identidad sexual han sido punta de lanza para referir la particularidad de la niñez *trans*; además, describo cómo dentro de los GFD predomina el enfoque biomédico en el reconocimiento de las identidades *trans* en la niñez.

© Correo electrónico: hedysta@gmail.com

ⁱ Este artículo es resultado del trabajo de investigación que realicé para la tesis de maestría en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco, en el periodo 2010-2012.

Metodología

Los antecedentes de esta investigación datan del año 2009 y el estudio del cual se desprende este artículo tuvo lugar en el periodo 2010-2012. El material de campo estuvo conformado por el registro escrito, a través de un diario de campo, de los relatos que surgían al interior de los gruposⁱⁱ, donde las personas narraban la niñez de sus hijas e hijos.

Asimismo, entrevisté a cinco madres de niñas y niños *trans*, quienes participaban en dos grupos de apoyo y tenían entre 34 y 52 años. También utilicé la técnica de observación participante en los grupos y en las dinámicas familiares que pude presenciar.

El contacto inicial ocurrió en los grupos de apoyo a los que acudí. Las entrevistas y encuentros informales se realizaron en distintos lugares públicos. En otras ocasiones utilizamos espacios privados, como las recámaras de las informantes o de sus hijas e hijos. De esta manera, pude conocer las formas de convivencia, la interacción y los vínculos de afecto entre las y los integrantes de las familias.

Una vez expuestos los objetivos de la investigación y con la firma de la carta de consentimiento informadoⁱⁱⁱ inicié cada una de las entrevistas, las cuales fueron registradas en formato electrónico. Además, la convivencia esporádica ocurrida en los grupos conformó el *rapport* con las personas que elegí como informantes principales. Las entrevistas fueron individuales, abiertas y con diferente grado de profundidad según cada caso.

En el abordaje de la experiencia *trans*, las técnicas de recolección de datos fueron relevantes porque permitieron comprender cómo las mujeres-madre tenían fuertes expectativas de género respecto

a sus hijas e hijos. En este sentido, la pregunta detonante de la entrevista fue amplia y se centró en su experiencia, lo que les permitió narrar los sucesos que consideraban significativos e identificar a las personas involucradas en sus vivencias. Es decir, qué integrantes de la familia o qué otras y otros actores fueron piezas claves en el reconocimiento de sus hijas e hijos como LGBT y *trans*.

De forma simultánea, busqué explorar cómo nombraban y dotaban de sentido sus experiencias para confirmar el reconocimiento social de la condición *trans* de sus hijas e hijos. La entrevista me permitió profundizar en el contexto familiar, pues la mayoría de las preocupaciones que las mujeres describían tenían origen en las relaciones de pareja y la comunicación en la familia.

La observación participante y el diario de campo^{iv} derivaron en la construcción de reflexiones y en la identificación de preguntas que surgían al relacionar el análisis teórico con los acontecimientos que atestigüé y de los que también formaba parte. Además, el proceso de transcripción me obligó a establecer el diálogo con las narraciones de las mujeres, lo que significó tocar *fibras sensibles*.^v

Asimismo, recopilé y analicé el material difundido en ambos grupos, como impresos -folletos, manuales, guías para madres y padres- y recursos audiovisuales -conferencias, foros, pláticas, películas, documentales, entrevistas en radio y televisión-.

Otra técnica de investigación que utilicé fue el seguimiento de redes sociales virtuales, en particular, Facebook, así como blogs y páginas especializadas en la temática. La mayor parte de los datos obtenidos de esta forma se vinculó con imágenes y descripciones de la niñez como *trans*.

El acercamiento principal fue con las mujeres, porque identifiqué que eran quienes acudían con más frecuencia a los GFD y con ellas me relacioné con facilidad a partir de la convivencia.

ⁱⁱ Ambos grupos ubicados en la Ciudad de México y que forman parte de una asociación internacional que a nivel global tiene como objetivo proporcionar información en temas de diversidad sexual y promover la aceptación social y familiar de personas LGBT.

ⁱⁱⁱ En esta carta me comprometí a mantener los datos (nombres, direcciones, eventos de mayor privacidad) de manera confidencial y de exponer los propósitos académicos de la investigación, así como proporcionar a las informantes la posibilidad de retirarse del estudio en el momento en el que lo decidieran.

^{iv} El diario de campo lo elaboré en el transcurso de un año, periodo en el cual le di seguimiento.

^v El momento de la transcripción significó un momento de reflexión. Fue difícil evitar hablar de experiencias personales y familiares durante las entrevistas, en relación con la forma en que me sentía, las cosas que me hubiera gustado saber desde hace mucho tiempo para modificar la manera como vivimos en familia. En este sentido, recordé que nos escondíamos de las y los vecinos, familiares y amistades para no dar explicaciones sobre la transición de género de una hermana.

Por lo anterior, eran quienes vivían con mayor cercanía las experiencias de sus hijas e hijos. En contraparte, fue más difícil establecer el acercamiento con los padres que asistían a las reuniones, pues se presentaban de manera esporádica y como acompañantes de sus parejas, sin tener un papel protagónico.



Yessica Sánchez Rangel

Durante los primeros meses de asistencia a las reuniones grupales, las mujeres tenían preguntas constantes que mostraban su incertidumbre ante el comportamiento que observaban en sus hijas e hijos: ¿por qué se comporta así (en el género que no les corresponde)? ¿Por qué no es “normal”? ¿Se le pasará? ¿Quién tiene la culpa? ¿Alguien habrá abusado sexualmente de ella o él? ¿Qué he hecho mal? ¿Por qué me pasa esto a mí? Estas preguntas, y otras más, eran expuestas dentro de los GFD.

En este sentido, las y los profesionales de la salud (medicina, sexología y psicología) que participaban en estos grupos coordinaban y orientaban las inquietudes derivadas de las experiencias compartidas por las mujeres. Además, acompañaban los procesos en los que las madres y los padres expresaban dudas en relación con los comportamientos que observaban en sus hijas e hijos.

De esta forma, la función principal de este personal de salud fue brindar información y aclarar dudas relacionadas con el tratamiento hormonal y los cambios en el desarrollo. Cabe destacar que el grupo de profesionales es conocido por madres y padres como “personas expertas en el tema de diversidad sexual”. Este reconocimiento se vincula con la percepción que existe en la sociedad mexicana sobre quiénes poseen el conocimiento de la sexualidad y de la diversidad sexual.

En este sentido, eran especialistas en medicina, sexología y psicología, la mayoría hombres, quienes opinaban y recomendaban qué hacer ante el diagnóstico del trastorno de identidad sexual. Lo anterior incidió en que la información predominante en los GFD conservaba el enfoque biomédico de las primeras investigaciones sobre esta temática.

Trastornos de identidad sexual: la particularidad de la niñez *trans*

Hacia 1968, un grupo psicoanalítico dirigido por Robert Stoller investigó acerca de diagnósticos de identidad sexual en la clínica de identidad de género del Hospital Johns Hopkins, en la Universidad de Los Ángeles. Así surgió la construcción de un perfil diagnóstico con base en la “incongruencia” entre el papel-rol/identidad de género.

El trastorno de identidad sexual o de género -transexualismo- no era considerado por el ámbito médico. Es hasta 1952, cuando en Dinamarca se realizó una cirugía de cambio de sexo a Christine Jorgensen, a partir de lo cual este trastorno fue reconocido en personas adultas.² Por su parte, Stoller definió la transexualidad como una condición sexual y una desviación de la identidad que puede ser estudiada desde la temprana infancia.³

Así, la primera referencia a una diagnosis relacionada con la niñez se encuentra en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés), publicado en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).⁴ El nombre asignado fue “trastorno de identidad de género en la infancia”, el cual se conservó hasta el DSM-III, publicado en 1987.⁵ Después, en el DSM-IV-R se plantearon tres grupos para la categoría “trastornos sexuales de la identidad sexual y de género”: disfunciones sexuales, parafilias y trastornos de identidad de género.⁶ En este último se especifica la categoría 302.xx como “trastornos de identidad sexual en la infancia”.⁷

Por su parte, el DSM-IV no contempla el término transexual debido a que la APA lo eliminó, pero algunas y algunos profesionales lo continúan usando al considerarlo útil en su práctica. Además, este concepto se incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10).⁷ Sin embargo, en el DSM-IV-R de 1995 se incluye el “trastorno de identidad de género” para designar a las personas que muestran una fuerte identificación con el género contrario e insatisfacción constante con su sexo anatómico.⁸

De acuerdo con el DSM-IV-TR, el elemento básico para diagnosticar los trastornos de identidad sexual en la infancia es el malestar persistente que las niñas y los niños experimentan en relación con su sexo asignado.⁹ Por lo tanto, se describe que unas y otros sienten aversión hacia la vestimenta estereotipada y normativa del género que se les asignó socialmente y reniegan de sus respectivas características anatómicas.

El diagnóstico de trastornos de identidad sexual en la infancia también describe que lo que las niñas y los niños quieren, afirman o desean de manera persistente: *pasar al otro género*. En este caso no se cuestiona la normatividad que se impone para lograr que encajen en el otro sexo/género y socialmente se construyen expectativas de lo que significa “el otro”. A partir de ahí, se espera que las niñas y los niños *pasen* y se adecuen a la vestimenta, los nombres y los comportamientos (femeninos o masculinos).

De esta manera, las diferencias de género se imponen, como se refiere en el siguiente estudio clínico con adultos transexuales, cuando se describe el cambio de sexo respecto a la apariencia corporal:

Los hombres deberán llevar vestidos, someterse a electrólisis y practicar conductas femeninas. Las mujeres deberán cortarse el cabello, disimular los pechos y (de manera parecida a los hombres) tendrán que adquirir una identidad masculina.¹⁰

La dicotomía femenino/masculino es el referente desde donde se han construido los términos para hablar de transexualidad o transexualismo en la niñez; estas categorías se han empleado en los estudios clínicos con descripciones como las siguientes:

Los niños afeminados buscan cualquier excusa para ponerse ropa de niñas, solamente quieren jugar con niñas, tienen juegos de niñas y quieren juguetes de niñas, prefieren jugar con muñecas a las que visten, peinan y arreglan. Les gusta disfrazarse con ropa o los objetos de la madre y les gusta maquillarse. Son niños a los cuales no les gusta buscar líos o pelearse. En ocasiones, llegan a decir cosas como “yo quisiera ser una niña” o “cuando crezca seré una niña”. Es menos frecuente encontrar niños que digan “yo soy una niña” o que expresen odio hacia sus genitales masculinos y esperen deshacerse de ellos o amenacen con quitárselos. Generalmente la escuela pone en alerta a madres y padres.¹¹

Los niños transexuales son particularmente bellos y mimados; en general, los menores de la familia. Sus madres los consideran amables. Son niños que les agrada vestirse de niña, aconsejan a sus madres sobre la vestimenta y los adornos. Suelen orinar sentados y realizar actividades femeninas.¹¹

Las niñas masculinizadas hablan de su rechazo a ser niñas; para ellas, ponerse un vestido representa un drama. Son deportivas, suelen ponerse un nombre de niño. La salida de los senos en la pubertad les hace sentir desesperanza, así como la menstruación.¹¹

[Respecto al] transexualismo en niñas, son niñas que fueron poco mimadas, no fueron consideradas como femeninas por sus padres.¹¹

En estudios recientes, estas categorías distinguen acepciones, tratamientos e interpretaciones sobre la niñez. Aunque el enfoque biomédico ha marcado las pautas sobre cómo referirse a las niñas y los niños con comportamientos variantes de género, las intervenciones no solo dependen del ámbito médico, sino que incluyen los intereses familiares, las creencias religiosas, el contexto social y económico, el nivel de estudios de las madres y los padres, así como la influencia de los medios de comunicación, entre otros.

En este sentido, las y los profesionales de la salud no son las únicas personas especialistas en el tema de diversidad, pero sí son quienes tienen mayor reconocimiento en el campo de la sexología para determinar qué hacer ante los casos de trastornos de identidad sexual en la infancia.

En los GFD existe una estrecha relación con el campo de la sexología, pues coinciden en la construcción de espacios a favor de los derechos sexuales y del reconocimiento de las denominadas identidades LGBT.

Lo anterior, aunado a la visibilidad de las personas *trans*, está presente en los principales discursos que actualmente tienen relevancia social en la Ciudad de México, esto influye en las definiciones de nociones básicas como sexo, género, identidad sexo-genérica y orientación sexual. Además, se relaciona con determinadas recomendaciones por parte de quienes son profesionales de la salud.

A partir de este discurso dominante surgieron programas de radio y televisión que anunciaban los servicios de las y los principales médicos-sexólogos. Asimismo, los documentales, las entrevistas y los *reality show* han incidido en la consolidación del discurso sexológico y se ha reconocido a profesionales de la salud como personas expertas que pueden hablar de la niñez *trans* en la Ciudad de México.

De esta manera, en nuestro país la sexología se situó con un estatus de saberes que podían ser ejercidos, en el área educativa o clínica, solo por algunas personas, quienes se asumen como especializadas y expertas, por lo que

se encargan de definir las propiedades que serán usadas para construir la clasificación, así como la forma en que dichas propiedades serán sopesadas, [...] la presunción de que solo el experto posee acceso ante la verdad de los sujetos.¹²

A partir de los diálogos entre las personas participantes y coordinadoras de los dos grupos de apoyo, me enfoqué en los motivos por los cuales las mujeres asistían a las reuniones y recopilé las frases, los discursos, las metáforas, los hallazgos en torno a la niñez y mis reflexiones. Lo anterior me permitió identificar y analizar el escenario de estudio y describir cómo se enunciaban los discursos y se hacían visibles las experiencias de la niñez. Así, comencé a distinguir a las personas que en cada reunión participaban y comentaban hallazgos de la niñez de sus hijas e hijos.

Así, registré la manera cómo se definían las nociones para referirse a lo *trans* en la niñez, cuáles eran la paradojas, cómo se debatía o se reforzaba la normatividad sexo/género. Además, me centré en la forma en que se interpretaban los comportamientos y cómo hacían eco cuando coincidían con el discurso experto. Asimismo, recopilé algunas imágenes que consideré importantes por el lugar que ocupaban en los escenarios de estudio y por su función en los grupos.

De acuerdo con lo anterior, observé la presencia de las niñas y los niños, aunque era ocasional, pues las mujeres preferían no llevarles al grupo, al ser ellas las responsables de su cuidado. No obstante, aproveché los momentos en que asistían para observar cómo interactuaban con otras personas de su edad, por lo que me enfoqué en los comportamientos, las actitudes, el lenguaje corporal y la manera como respondían cuando se les solicitaba información, así como la forma en que su presencia motivó largas discusiones entre las personas adultas.

Las mujeres que participaron en las entrevistas habían llegado a los grupos por recomendación de alguna amistad o por sugerencia de profesionales de medicina o psicología, en particular terapeutas. Sin embargo, detecté que la mayoría se había enterado por medio de un programa de radio.

En el cuadro 1 presento las características de las mujeres entrevistadas y de sus hijas o hijos.

Cuadro 1. Características de las entrevistadas

Nombre*	Edad	Hija o hijo	Edad de la hija o el hijo	Se identifica como
Carolina	41	Cris	9	Niña <i>trans</i> (HaM) ^{vi}
Karla	34	Antonio	12	Niña <i>trans</i> (HaM)
Verenice	45	Dan	16	Mujer (<i>trans</i> HaM)
Raquel	37	Javier	8	Niño <i>trans</i> (MaH)
Isabel	35	Miranda	5	Niña <i>trans</i> (HaM)

Fuente: elaboración propia.

* Se utilizan pseudónimos, con el fin de mantener el anonimato.

Comenzaré la presentación de las madres y de sus experiencias con Carolina, quien era una mujer de 41 años, divorciada y vivía con su hija Cris, de nueve años y caracterizada como *trans*. Mi interés en ellas surgió a partir de que Carolina compartió el siguiente relato:

Quando mi hija tenía cuatro años una psicoterapeuta que la atendía por el problema de paladar hendido me sugirió buscar ayuda psiquiátrica, porque según ella mi hija era propensa a homosexualidad. Posteriormente, supe que mi hija no tenía nada, sin embargo, en el Instituto Nacional de Pediatría un psicoterapeuta me recomendó ir al Grupo de madres y padres por la diversidad sexual (NE).^{vii}

De este modo, desde mediados del año 2010 Carolina asistió con Cris a las reuniones; a partir de ello aprendió a describir y definir a su hija como niña transgénero transexual o con comportamientos atípicos de género.^{viii}

Las entrevistas se llevaron a cabo en su casa, en mayo de 2011 y en febrero de 2012; en esta segunda ocasión destacó que Cris ya asistía como niña a la escuela, lo que implicó el cambio de domicilio. Carolina señaló que la mayor fuente

de apoyo ha provenido de amistades y personas vecinas, a diferencia de su familia (extensa) a quien percibe como alejada e indiferente.

Por su parte, Karla vivía con su hijo Antonio, de doce años, y con su esposo, a quien conocía desde la preparatoria, quien era gerente de un restaurante. Además, mencionó que su madre y algunas mujeres de su familia extensa (cuñada y suegra) habían sido su principal apoyo emocional.

En nuestra primera conversación comenté a Karla que me sorprendió cómo se había expresado de su hijo, pues para ella desde los diez años él era femenino, momento en que le dijo que quería usar ropa de mujeres. Poco después le sorprendió jugando con un niño y simulando actos eróticos:

Estaban en la recámara con la luz apagada, Antonio estaba arriba de él, en ese momento prendí la luz y dije: “¿qué está pasando aquí?”. Me acuerdo de ese día, le di una bofetada y le dije: “¿qué rayos estás haciendo?” (NE).

A partir de este relato decidí realizar la entrevista, la cual tuvo lugar en su casa y

^{vi} Usaré las marcas que utilizan en inglés para facilitar la comprensión de los términos, HaM (hombre biológico a mujer transexual) y MaH (mujer biológica a hombre transexual). Hablaré de niñas transgénero o *trans* (HaM), para referirme a quienes al nacer fueron asignados niños, pero posteriormente fueron descritas como niñas. También hablaré de niños transgénero (MaH), para referirme a quienes fueron asignadas niñas al nacimiento y después fueron descritos como niños.¹

^{vii} Con el fin de identificar el origen de las narraciones asigné las siglas NE para las notas de entrevistas y NDC para las notas de diario de campo.

^{viii} Estas expresiones son usadas de manera indistinta en el contexto de estudio para referirse a las y los niños. Sin embargo, en el caso de las personas adultas sí escuché diferencias en el uso de la terminología.

observé que su esposo escuchaba nuestra conversación desde una de las recámaras. Finalmente, la acompañé a una secundaria pública para recoger a Antonio. El contacto se interrumpió porque dejó de asistir al grupo.

Verenice es otra mujer-madre, quien se divorció cuando su hija menor tenía tres años. Al momento de la entrevista vivía con su madre, una de sus sobrinas y su hija Dan, una mujer *trans* de 16 años. Su principal apoyo familiar, emocional y económico eran su madre y una de sus primas. En su relato comentó:

Desde que Dan tenía tres años jugaba con muñecas y su mejor amiga era una prima mayor, quien se caracterizaba por mostrar una apariencia muy femenina, con el tiempo pensé que podría tener tendencias homosexuales. [Posteriormente] cuando Dan tenía 15 años y acababa de salir de la secundaria, me enteré por medio de mi prima que mi hijo [en ocasiones se refiere a él y en otras a ella, aunque se trata de la misma persona, una joven *trans* femenina] estaba a punto de suicidarse en Navidad. Dan estaba muy mal, poco a poco se iba deshaciendo de sus cosas, incluso le estaba buscando dueño a su perro que tanto quiere (NE).

A partir de lo anterior, Verenice acudió con un psicólogo varón, quien le recomendó asistir a las reuniones del grupo de apoyo, lo que hizo a partir de diciembre de 2011. Cabe señalar que las entrevistas ocurrieron entre enero y marzo de 2012.

El interés sobre la niñez *trans* me motivó a incluir a dos informantes más: Raquel e Isabel, a quienes conocí en el transcurso de la investigación; consideré que sus vivencias y narrativas eran relevantes porque representaban casos en los que las experiencias transgénero en la niñez se tornan con mayor visibilidad. Sin embargo, no las incluyo con descripciones detalladas porque fueron seleccionadas cuando el estudio ya estaba en desarrollo.

Las características de las mujeres permiten profundizar en el contexto familiar; además, todas tienen una posición de cuestionamiento y búsqueda de aceptación en torno a la identidad de sus hijas e hijos. Reconocerlas ayuda a comprender cómo se relacionan con sus parejas y quiénes son sus principales apoyos dentro de la familia. Asimismo, fue posible establecer una mayor confianza a través de la identificación de temas en común y así consolidar el vínculo con cada una de ellas con el fin de conocer sobre sus expectativas de género respecto a sus hijas e hijos.

Los discursos en torno a la niñez *trans* en la Ciudad de México

Las narrativas de las entrevistadas permitieron identificar momentos compatibles con los discursos normativos, pero también contradicciones con los mismos. El papel de las mujeres en el contexto de estudio es fundamental, pues asumen el cuidado de sus hijas e hijos y es difícil que sus narrativas se alejen del imaginario que persiste cultural y socialmente sobre las mujeres: la maternidad.

Así, utilicé la expresión mujeres-madre para describir las funciones sociales que les son impuestas, pues se espera que cumplan con el rol materno de cuidados y vigilancia hacia las y los hijos identificados como *trans*. Utilizo el plural “mujeres” y añado el término madre en singular, debido a que me interesa destacar que se trata de una construcción social individualizada, donde se percibe que cualquier mujer “debe” desempeñarse cumpliendo el



estereotipo de la madre. Lo anterior reitera el lugar de las mujeres como responsables de la esfera familiar donde su “deber” se encuentra mediado por el *amor materno*.¹³

Las mujeres (en tanto madres) se convierten en portavoces del GFD y son referentes que los medios de comunicación exaltan para generalizar la experiencia. Se espera que demuestren afecto a sus hijas e hijos, lo que se relaciona con decirles que les quieren y que les hagan saber que asisten a un grupo de apoyo para familias diversas.

Una de las preocupaciones expresada por la mayoría de las mujeres abordadas en esta investigación es saber que están haciendo “bien” su labor como madres. Por lo tanto, la necesidad de saberse aprobadas y acompañadas en la toma de decisiones es asumida y a la vez es impuesta.¹⁴

De esta forma, la identidad femenina es valorada con base en el desempeño en la familia, se pone en tela de juicio la forma en que las mujeres, en tanto madres, socializan una “verdadera” feminidad y ellas mismas se ven sometidas a verificación constante por parte de las demás personas: “La identidad femenina es situada en el ‘entremedio’. El ideal de las mujeres es diferente de aquel que tiene la gente en general, y ambos no pueden ser logrados al mismo tiempo por cualquier mujer”.¹⁵

En los GFD algunas de las mujeres-madre asumían que una de sus tareas principales consistía en enseñar desde edades tempranas las diferencias de género a sus hijas e hijos. Socialmente se espera que sean quienes eduquen sobre la feminidad con base en los estereotipos de género:

Me urge lo de la depilación, que de seguro me van a cobrar de a kilo [hace referencia a su hija, una joven transgénero].

(NDC, madre de una joven *trans* de 17 años)

Claro, hay que tomar en cuenta que lo femenino, ¡empieza en casa!

(NDC, coordinadora)

Yo como que lo impulso y le digo: ¡prueba! ¿Cómo sabes que no te gustan las niñas, si no pruebas? Él dice: ¿sí verdad? y le respondo: ¿cómo sabes que no te toca alguna y sucede magia?

(NE, Karla)

En adelante vamos de la mano y a quien le guste ver su transformación a mujer [hace referencia a la transición de género de masculino a femenino], y a quién no, ¡pues no! Es la transformación de mi hija inspirada.

(NDC, madre de una mujer *trans* HaM de 18 años)

De acuerdo con Beatriz Gimeno, son pocos los cuestionamientos o las críticas hacia el binomio mujer-madre, el cual se considera natural, normal e incluso inevitable para todas las mujeres. Sin embargo, es pertinente cuestionar por qué no existe el binomio varón-padre; es decir, por qué dicha expresión no implica de la misma manera a los hombres, en relación con su tiempo, sus proyectos de vida y su cuerpo.

Material de apoyo para familias diversas

En la investigación, durante más de un año recopilé material de apoyo y audiovisual que consideré significativo y en particular analicé tres videos. El primero es “Madres y padres hablan de homofobia”, producido en el año 2007 y financiado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, con duración de 45 minutos y exhibido en noviembre de 2012 en uno de los grupos.

En este video se entrevistó a 23 madres y padres de familia, integrantes de los GFD, quienes expusieron cómo han enfrentado diversas experiencias en relación con sus hijas e hijos LGBT. También participaron especialistas, la mayoría con formación en el área de la sexología, quienes apoyaban a los grupos y que reconocieron que el trabajo principal corresponde a madres y padres.

Asimismo, en este material se presentan casos en los que mujeres y varones hablaron a partir de sus experiencias como madres o padres, expresaron emociones y sentimientos, y reconocieron sentir culpa, dolor, angustia, desesperación, pánico, asco, violencia y agresión. Lo anterior se relaciona con el dispositivo terapéutico, en tanto se dirigen a construir narrativas de sufrimiento.¹⁵ También se observa el énfasis que se hizo en la música a manera de melodrama y en las escenas donde exaltan partes del cuerpo para representar situaciones dolorosas, de sufrimiento, angustia o depresión. Por ejemplo, se muestran escenas de personas llorando al hablar de sus hijas e hijos, como ocurre en la siguiente narrativa:

Si no hubiéramos sido homofóbicos, mi hijo desde muy temprana edad hubiera podido expresar su orientación sexual y no hubiera muerto de sida.

(Rosa Feijoo Andrade)¹⁷

Los relatos se completan con fotografías de niñas y niños pequeños que se integran a escenas donde representan a las familias que conviven de manera armónica.

El segundo video se titula “Niña transgénero”, producido en febrero de 2012 y transmitido en el programa “Lo que llamamos las mujeres”, su duración es de 40 minutos y describe el caso de una mujer que vive con su hijo de nueve años, quien es diagnosticado por una psicóloga como transexual. La actuación de la madre se enfoca en una figura que exalta lo “femenino” y se le representa llorando en un contexto en el que de forma constante suceden eventos negativos y desgracias, en los cuales ella no recibe el apoyo de la familia extensa. Además, se dedica de tiempo completo a cuidar a su pareja e intentar comprender a su hijo, quien es presentado con apariencia masculina y es atendido por una psicóloga, a quien platica lo siguiente:

Me siento niña en muchas cosas. Desde que era bebé me gustaban mucho las muñecas y jugar con las niñas, es como tener un cuerpo que no es mío.

(Niña caracterizada como transexual)¹⁸

En relación con este material, el acercamiento en el grupo de apoyo con las personas que viven la historia en la que se basa el video fue crucial para comprender la influencia de los medios de comunicación para difundir este tipo de situaciones, desde un enfoque de consumo y con exageración en los momentos de tensión y drama en las relaciones familiares.

El tercer video es “Nuestros hijos *trans*”, producido y transmitido en agosto de 2012 en el programa “Diálogos en confianza”, con duración de una hora con cincuenta minutos. Este material muestra situaciones que viven algunas madres con hijas e hijos *trans*. El panel de personas expertas estaba compuesto por terapeutas y especialistas en sexología y derecho, los tres ámbitos que se consideraron básicos para comprender la diversidad sexual. El público que asistió a la transmisión en vivo se identificó como activista o representante de organizaciones y colectivos *trans* en la Ciudad de México.

Desde el punto de vista de las y los especialistas, el tratamiento médico para las personas adultas *trans* es un recurso de salud personal. En esta perspectiva se afirma que la coherencia sexo/género se relaciona de forma directa con la salud y la armonía; por lo tanto, se establece que para lograr dicha coherencia es indispensable el apoyo de profesionales del campo de la sexología.

De esta forma, quienes se ostentaron como especialistas de la salud recomendaron a madres y padres de niñas, niños y jóvenes *trans* que asistieran a grupos de apoyo, considerando esta la mejor alternativa para acompañar su proceso. Esto implica apoyar a sus hijas o hijos en las modificaciones de sus cuerpos, meta que se traza de antemano y se prescribe como una necesidad inapelable para lograr un “sentimiento” de pertenencia al sexo, tal como es nombrado acorde con la apariencia femenina o masculina. Además, las y los expertos reconocieron que esta necesidad se puede solventar con mayor facilidad, en tiempo y recursos, cuando existe el acompañamiento de la familia.

Por lo tanto, en el contexto del estudio, el discurso experto –sexológico– sostiene la idea de que las personas transexuales o transgénero son aquellas que se encuentran en un cuerpo equivocado y por eso necesitan apoyo por parte de la medicina, la psicología o la psiquiatría. En este sentido, cuando las niñas o los niños son reconocidos como lesbianas, gays o *trans* se infiere que necesitan recibir un trato acorde con su sentir. Sin embargo, no se indaga por qué se antepone la diferencia para justificar un trato especial y para cuidar con mayor atención la socialización de género y las relaciones entre pares.

A través de las opiniones de especialistas y profesionales, las madres y los padres se dan cuenta de la situación de sus hijas e hijos, lo que genera un sentido y una explicación de lo que viven. De otra manera se encontrarían ante la incertidumbre y la frustración para enfrentar situaciones en la vida cotidiana.²⁰

En una investigación realizada entre los años 2010 y 2012 en Madrid, España, que incluyó entrevistas con madres y padres que asistían a los servicios de atención a homosexuales y transexuales, se subraya la importancia de las y los especialistas en el reconocimiento de la condición *trans*: “se confía mucho en la medicina y en la psiquiatría como un lugar de ayuda y de asistencia. Es un grave error, pues no todos los profesionales respetan los derechos y no todos

ayudan”.²¹ La confianza absoluta en el personal médico se evidencia con el testimonio de una entrevistada:

Fue finalmente la psicóloga la que me dijo en mi cara que mi niña era transexual y que le tenía que tratar como un hijo.”²¹

En el contexto del presente estudio, quienes son profesionales de la salud y en sexología se constituyen como centrales en la vida cotidiana, pues apoyan los cambios en la familia y sugieren las formas en que se puede comunicar la situación a otras personas integrantes del núcleo familiar:

Mi marido no quería aceptar; no es hasta que a partir de que ambos asistimos a la consulta con sexólogos quienes dan el diagnóstico de transexualidad masculina en nuestro hijo. [...] El sexólogo está presente para responder ante el desconcierto familiar, ¡esto me produce una sensación de alivio!

(NDC, Raquel)

En este caso, la admiración hacia los sexólogos hombres es una tarea reiterativa de las coordinadoras y es parte de la percepción social hacia los profesionales varones (médicos o sexólogos), quienes se asumen como portadores de un saber/poder: “ciertos encargados son los que reciben retribución para escuchar a cada cual hacer confidencias sobre su sexo”.²²

Los sexólogos varones que participan en las reuniones son médicos, psicólogos, terapeutas o abogados, quienes imparten talleres o conferencias y por lo regular conforman un grupo claramente identificado que se relaciona entre sí. Las interpretaciones de dichos profesionales son las que tienen mayor influencia en los grupos, pues a través de sus puntos de vista, los comportamientos de niñas, niños y adolescentes se leen como atributos de identidad.

Raquel expone cómo modificó su percepción ante el problema que en inicio atribuyó a la salud de su hijo y después lo describió como de índole familiar. Esto sucedió a partir de que ingresó al grupo y consultó a tres sexólogos, quienes coincidieron con el diagnóstico de transexualidad masculina.



La percepción de las y los profesionales de la salud refuerza la idea de que el problema de identidad en niñas y niños atañe principalmente a las madres y los padres. Por un lado se les dice cómo tratarles y por otro se dejan a la deriva dudas respecto a la hormonación, los cambios corporales a través de cirugía, la afectación en el desarrollo de la pubertad y aspectos de la sexualidad.

Los comportamientos, el cuerpo y el deseo se leen desde el sentido común sobre unidades identitarias: niña y niño. Las investigaciones antropológicas e históricas de la diversidad sexual señalan que no existe conexión entre los comportamientos sexuales y la identidad sexual,^{23,1} pero los discursos normativos biomédicos, psiquiátricos y sexológicos reconocen una relación lineal entre el comportamiento de género y la identidad de género.^{23,1}

En este sentido, socialmente se espera que niñas y niños tengan un lenguaje corporal diferenciado (posturas, gestos, motilidad); sin embargo, cuando los comportamientos, el cuerpo y el deseo no coinciden con las expectativas sociales y no

pueden ser interpretados con claridad en una de las dos categorías, femenino o masculino, no se incluyen en un conjunto homogéneo: “una vez que se vuelve cosa médica, hay que ir a sorprenderla en el fondo del organismo, en la superficie de la piel o en los signos del comportamiento.”²²

De esta forma, en las narrativas se expone cómo los comportamientos de género que difieren de la normatividad sexo/género/deseo provocan desconcierto, angustias, miedos y culpas. No se toma en cuenta la violencia que se genera cuando la identidad es leída en términos de patología social, la cual no es ejercida de arriba hacia abajo, sino que se lleva a cabo a partir de múltiples lugares y direcciones: el entorno social, la familia extensa, los medios de comunicación, las voces influyentes de las y los profesionales de la salud, incluso desde los vínculos de afecto. El rechazo social a un niño sensible y una niña enérgica, por seguir solo una variante, son ejemplos de patología social e implican reconocer que no es una paradoja personal.²⁴

Por lo tanto, individualizar el problema y especificarlo como personal o familiar es parte de la violencia que



se ejerce y que es constitutiva de la patología social. El discurso patologizador atribuye un papel al malestar, pues para poder controlarlo o evitarlo se apuesta por una revelación basada en la explotación del sufrimiento, antes que reconocer la agencia social respecto a la identidad de género.²⁴

En esta investigación, las recomendaciones dirigidas a madres y padres de hijas e hijos *trans* implican mantenerse en contacto con personal de sexología y se les pide que se dirijan a las y los niños con un nombre acorde al género con el cual se identifican. También se sugiere iniciar el tratamiento con bloqueadores hormonales durante la niñez.

El efecto de los supresores hormonales en la pubertad se relaciona con el crecimiento, cuyo efecto en las niñas y los niños es que no calcifican de manera normal.²⁵ Al suprimir la pubertad, la persona queda en un estado de prepubertad, pues la falta de calcio es similar a la que vive una mujer en la menopausia; sin embargo, estos efectos son manejables si se utilizan sustitutos de forma periódica. De esta forma, en el contexto local “iniciar la reasignación hormonal antes de que empiecen las transformaciones puberales tiene ventajas, el obstáculo es la minoría de edad, ya que requieren del convencimiento de los padres”.²⁶

Conclusiones

Uno de los retos de la problemática de las identidades *trans* en la niñez es encontrar otras metodologías para conocer sus necesidades sin categorizarles de antemano o intervenir en su cuerpo afectando las decisiones futuras. Al respecto, Alice Dreger reconoce que lo más recomendable es no afectar su crecimiento en términos de la capacidad reproductiva y la plena sensación sexual, temas que están pendientes por abordar y que son de vital importancia, pues forman parte de las decisiones que a largo plazo recaen sobre la niñez.²⁷ En este sentido, no hay razón para que las niñas y los niños estén atrapados en las políticas de las personas adultas respecto al sexo/género/orientación sexual.

Asimismo, es importante reconocer que en nuestro país los derechos de las y los niños *trans* aún no son visibles y tampoco se han considerado como voces disidentes frente

a las normas de género. Aunque a partir de 2013 este tema se ha abordado en algunos medios de comunicación, todavía no ha sido relevante en el contexto escolar. Por ello, las escuelas de educación básica requieren de trabajo e intervenciones para incluir los temas de diversidad sexual y derechos sexuales en la niñez.

Entre las limitantes de esta investigación se reconoce que no se han tomado en cuenta las experiencias de niñas y niños *trans*, narradas desde sus voces, para reflexionar en torno a los cuestionamientos de género por parte de las y los profesionales de la salud, principalmente en el campo de la sexología. Si bien las narrativas de las mujeres-madre permitieron explorar las vivencias familiares, es indispensable construir técnicas de acercamiento que den cuenta de las vivencias y estrategias de niñas y niños como *trans*.

Tampoco se han generado espacios alternos a los GFD para dar a conocer lo que madres y padres narran en torno a sus hijas e hijos *trans*. Los grupos representan una alternativa social porque apoyan para resolver dudas, exponer preguntas y compartir inquietudes, por lo que las madres que asisten reconocen que ahí reciben la confirmación de que lo que han observado tiene un nombre, en el cual se prescribe la pertenencia a las denominadas identidades *trans*.

En este sentido, quienes se ostentan como profesionales de la salud y con reconocimiento como especialistas en el área de la sexología son quienes más legitimidad han adquirido en los grupos para confirmar el diagnóstico de transexualidad en la niñez. De acuerdo con las narrativas de las entrevistadas, dicho discurso implica consultas médicas y orientación de otras personas especialistas que apoyen el mismo proceso. Por ejemplo, el asesoramiento legal para cambiar el nombre en el acta de nacimiento, cuando así lo requiera el caso.

Algunas preguntas de carácter urgente se enfocan en cuestionar quién y de qué manera se explicará a las niñas y los niños *trans* los cambios en la pubertad, quién resolverá las dudas que madres y padres se plantean sobre el uso de bloqueadores o supresores hormonales recomendados y en quién recaerá la decisión de la edad en la que empezarán o dejarán de tomar hormonas. Respecto a este tema, es fundamental reconocer de qué manera afectan las hormonas la capacidad reproductiva y la plena sensación sexual. Finalmente, es indispensable poner en discusión cómo se puede afirmar que una niña o

niño es homosexual o que difiere del sexo/género que se le asignó al nacer, solo por mostrar afecto a alguien del mismo sexo.

Ante estas preguntas, es necesario destacar la labor de las y los profesionales de la salud debido al alcance de su trabajo en el área emocional con la familia, su incidencia en la toma de decisiones sobre el uso de hormonas y el reconocimiento de los cambios físicos durante el proceso de transición de género. Las personas especialistas que están en los grupos de apoyo para madres y padres con hijas e hijos *trans* son reconocidas como figuras centrales para orientar a la familia en temas de diversidad sexual, de ahí que la mayoría tenga formación en el área de la sexología y la atención a grupos de diversidad sexual.

Cabe destacar que la mayoría de estas personas son expertas en sexología y comparten puntos de vista en relación con las categorías identitarias. Por ello, es importante la presencia de profesionales de la salud, dentro y fuera de un consultorio, pues el apoyo que brindan minimiza la angustia e incertidumbre familiar ante las expectativas sobre el comportamiento y la identidad de género.

Sin embargo, la sexología no es el único discurso desde el cual se puede prescribir la identidad de género, por lo que las y los profesionales de la salud requieren contar con recursos de apoyo, como material impreso para coadyuvar en el aprendizaje de la construcción de la identidad, la cual no solo se consolida alrededor de los dos primeros años, sino que está en constante cambio y deconstrucción.

Finalmente, es importante destacar que la ciencia médica mantendrá su importancia en términos de salud, pero es necesaria la actualización constante de las y los profesionales de esta área para abordar e incidir en el tema de la niñez *trans*.

En la Ciudad de México la atención médica no ha contemplado alternativas en temas de diversidad sexual, cuando quienes buscan apoyo y orientación son madres y/o padres con hijas e hijos *trans*. La demanda de espacios rebasa el consultorio particular, por lo que la atención de niñas y niños *trans*, así como de sus tutoras y tutores debe orientarse y canalizarse en el sistema de salud pública.



Referencias bibliográficas

18

1. Ramírez Jiménez M. Significados en torno a las identidades LGBT: un estudio en grupos de familias diversas. En: Instituto Politécnico Nacional. Memoria del Coloquio de investigación en Género desde el IPN. México: Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género-IPN; 2015. p. 395-409.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
3. Stoller R. Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity. Nueva York: Science House; 1968.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Revised (DSM-IV-R). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1987.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
7. Morrison J. Trastornos de la identidad sexual y de género. En: Diagnostico Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Guía para el diagnóstico clínico. México: Manual Moderno; 2008. p. 365-420.
8. Sandoval Rebollo EM. La transgeneridad y la transexualidad en México: en búsqueda del reconocimiento de la identidad de género y la lucha contra la discriminación. Documento de trabajo núm. E-12-2008, diciembre. México: Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas-CONAPRED; 2008.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson; 2002. p. 599-652.
10. Hales R, Yudofsky S. Fundamentos de psiquiatría clínica. España: Masson; 2006. p.537-550.
11. Barón P, Rojas A. (2008). Trastornos de identidad sexual en la adolescencia. En: Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Panamericana; 2008. p. 289-294.
12. Guerrero F. La homosexualidad a la luz de la filosofía de la ciencia: mecanismos biológicos, subjetividad y poder. [Tesis de doctorado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras-Facultad de Ciencias; 2010.
13. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? Madrid: Paidós-Pomare Colección Padres e Hijos; 1981.
14. Cuevas M. Machismo y ginecocracia: la familia mexicana y latinoamericana como forma mixta. Intersticios. Marzo-agosto 2012;(3):3-28.
15. Ilouz E. El sufrimiento triunfante. En Ilouz E. La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda. Madrid: Katz; 2010. p. 139-249.
16. Gimeno B. (2014). Construyendo un discurso antimaternal. Pikara Magazine [Revista online] 2010 [Consultado 11 de marzo de 2014]. Disponible en:<http://www.pikaramagazine.com/2014/02/construyendo-un-discurso-antimaternal/>
17. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Madres y padres hablan de homofobia (documental). [Video] México: CENSIDA; 2007.
18. Niña transgénero. Lo que llamamos las mujeres (programa de televisión abierta). [Video] México: TV Azteca; 2012.
19. Nuestros hijos trans. Diálogos en Confianza (programa de televisión abierta). [Video] México: Canal Once-IPN; 2012.
20. Platero RL. La relación que establecen las mamás y los papás con sus niños y sus niñas cuando son variantes de las normas de género o jóvenes transexuales y transgénero (video-conferencia) [Video]. México: Programa Interdisciplinario de Investigación y Acción Feminista de México; 2012.
21. Platero RL. Can We Teach Transgender Issues in Vocational Training". En: Moreno O, Puche L. (coordinadores.). Transexualidades, teens and education: Multidisciplinary perspectives. Madrid: Egales; 2012. p. 305-316.
22. Foucault M. El dispositivo de la sexualidad. En: Foucault M. Historia de la sexualidad, vol. 1: La voluntad de saber. México: Siglo XXI editores; 2010. p. 93-159.
23. Weeks J. Sexualidad. México: Paidós-PUEG-UNAM; 1998.
24. Missé M. Coll-Planas G. (editores). El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Madrid: Egales; 2010.
25. Foro Reconocimiento de los derechos de las personas transgénero desde la infancia. Ciudad de México; 3 de septiembre 2013. México: COPRED; 2013.
26. Lamas M. Transexualidad, identidad y cultura. [Tesis de doctorado]. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Doctorado en Antropología; 2012.
27. Dreger A. Gender identity disorder in childhood: inconclusive advice to parents. The Hastings Center Report. Enero-febrero 2009;39(1):26-29.