

## El lapsus del sexo. Apuntes sobre el GID (Gender Identity Disorder) en la infancia y adolescencia

GUSTAVO DESSAL

El *Lurie Children's Hospital* (Chicago) posee en la actualidad uno de los servicios más avanzados en el abordaje multidisciplinario del GID (siglas en inglés para Trastorno de la Identidad de Género) en la infancia y la adolescencia. Está integrado por especialistas en pediatría, urología, endocrinología, psiquiatría, psicología, terapia familiar, educadores sociales y consultores sobre los presupuestos éticos del enfoque. Aunque el hospital pionero en esta problemática ha sido el *Boston Children's Hospital*, el de Chicago posee actualmente la ventaja de reunir en un mismo servicio las distintas y complementarias aproximaciones terapéuticas a estos casos. Un riguroso y concienzudo protocolo permite una acogida de la demanda que es elaborada y discutida por todo el equipo, con el propósito de tomar cada uno de los casos en su estricta singularidad. La estandarización del encuadre y las etapas que se siguen están deliberadamente concebidas para que el paciente sea recibido y evaluado de un modo en el que se privilegia la importancia de su historia particular, sus antecedentes, el contexto familiar, y todo

aquello que puede contribuir a reconocer la demanda en primer lugar como un hecho de discurso, antes que una realidad clínica. Uno de los aspectos fundamentales que constituye la filosofía del servicio –dirigido en la actualidad por los doctores Robert Garofalo y Earl Cheng– es brindar un soporte terapéutico que comienza por acoger y reconducir la angustia que el problema despierta en los pacientes y sus familias. Hay un cuidado especial para no precipitar ninguna acción estrictamente clínica –en el sentido médico del término– hasta no haber cumplido con una exhaustiva evaluación del caso. Para ello, el primer paso consiste en situar la demanda en el marco de alguno de los siguientes tres grupos de sujetos:

*Gender-non conforming children* (niños no conformes con su género): niños que exhiben una conducta que no es típica de su sexo natal.

*Gender-questioning youth* (juventud que se cuestiona sobre el género): niños y adolescentes que se cuestionan acerca de su identidad de género (“He nacido chica, pero me pregunto si no seré realmente un chico”).

*Transgender and gender-fluid youth* (juventud transgénero y de género fluido): niños y adolescentes que asumen una identidad de género que difiere del sexo natal (por ejemplo, “He nacido niña, pero soy realmente un varón”).

El primer grupo está constituido por niños de corta edad que exhiben muy precozmente comportamientos propios del sexo contrario, pero que aún no se manifiestan en el plano del discurso. El segundo implica un grado mayor de subjetivación del problema, en la medida que el niño o niña es capaz de verbalizar su malestar, pero presentándolo bajo la forma de la división subjetiva. En el tercer grupo se incluyen aquellos sujetos que declaran una convicción identitaria cuyo estatuto es cuidadosamente estudiado. En el primer grupo, la experiencia muestra una alta probabilidad

de que la atipia conductual desaparezca al alcanzar la pubertad. En el segundo grupo, la probabilidad de que la pregunta subjetiva evolucione hacia una “identificación invertida” es mayor. En el tercero, la casuística revela que los sujetos que declaran de forma afirmativa su identificación sexual confirman en su mayoría su certidumbre sin que el proceso evolutivo y psicosocial alteren su *declaración del sexo* (para emplear la expresión que Lacan enfatiza en sus lecciones reunidas bajo el título “El saber del psicoanalista”).

Otro aspecto que merece destacarse de la filosofía de este servicio, es el hecho de que en modo alguno se proponen “normalizar” la elección de género, en el sentido de intentar inducir una reconciliación con el sexo biológico, sino por el contrario “normalizar” el síntoma transexual, es decir, introducirlo en el discurso social como una modalidad alternativa de elección sexuada. Para ello se requiere no solo un trabajo intenso con las familias, sino también con la comunidad, en particular las escuelas, donde alumnos y profesores son informados y educados sobre la necesidad de acoger y admitir esta diferencia que desequilibra los criterios clásicos, y que además no debe confundirse con una alteración de la tendencia sexual. Los profesionales distinguen con toda precisión lo que en nuestros términos podríamos traducir como el registro del semblante, el de la elección de la posición sexuada, y la orientación de la elección de objeto. No obstante, su metodología se basa –siguiendo el modelo anglosajón– en una pragmática del caso, mientras que los postulados teóricos son más difíciles de reconocer.

La “normativización” de la identidad transgénero no supone que los especialistas descuiden los aspectos psicopatológicos. Reconocen que una proporción significativa de pacientes presentan un historial psiquiátrico que incluye depresión, intentos de suicidio, casos de automutilación, angustia extrema, trastorno bipolar, y hospitalizaciones psiquiátricas. Mediante entrevistas

diagnósticas y tests se evalúa la “comorbilidad”, la posibilidad de que la disforia de sexo se acompañe de otra patología. No obstante, los especialistas no llegan a una fórmula conclusiva, y se preguntan si la problemática sexual es el efecto de los síntomas mórbidos, o a la inversa. Como veremos, el hecho de que los pacientes tratados con bloqueadores hormonales (que demoran la transformación física puberal) reaccionen con un inmediato alivio sintomático, inclina a los profesionales a pensar que en la mayoría de los casos las alteraciones psicopatológicas son el resultado del conflicto sexual. Otro aspecto que interesa resaltar es que en ningún caso los estudios revelan alteraciones genéticas, hormonales u orgánicas. Aunque no se pronuncian sobre la causalidad, son claramente explícitos a la hora de descartar la organogénesis (salvo algunos, como el doctor Norman Spock, que sugieren que aún queda mucho por indagar sobre el funcionamiento del cerebro). Más aún, el Dr. Garofalo (que admite públicamente su condición homosexual) argumenta que enfocar el abordaje terapéutico (tanto en el plano psicoterapéutico como el paso a los procedimientos médicos de hormonación y eventual cirugía de “reassignación de sexo” en los casos que lo soliciten y que reúnan los criterios) prescindiendo de una teoría causal, forma parte de una estrategia destinada a evitar la estigmatización de las familias y de la comunidad. En otros términos, se procura evitar lo que para el psicoanálisis supuso argumentar la causalidad del autismo en el deseo del Otro: el desencadenamiento de una batalla de graves consecuencias tanto para los pacientes como para los psicoanalistas. La estrategia del doctor Garofalo puede ser discutible, pero no cabe duda de que ha dado buenos resultados para los propósitos del equipo.

Si bien, tal como hemos destacado, el servicio no promueve una ideología tendiente a readaptar al sujeto a su sexo biológico,

admiten que la respuesta al problema es extremadamente compleja. En uno de los informes elaborados por el Boston Children's Hospital se expresa con absoluta crudeza que “a pesar de que las hormonas para el cruce de sexo y la cirugía genital reconstructiva promueven los rasgos físicos del género cruzado, a menudo fracasan a la hora de obtener la apariencia del género afirmado. Las hormonas para el cruce de sexo no pueden impedir la existencia del pecho femenino, el contorno del cuerpo, o limitar la altura en los individuos con genotipo femenino, o en el caso de individuos con genotipo masculino, alterar el patrón capilar en el rostro o en el cráneo, los cambios del esqueleto, la voz y la nuez de Adán. Esto provoca malestar emocional y solo puede modificarse mediante tratamientos excesivamente caros y con resultados a menudo poco retributivos” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/15/peds.2011-0907>). Por otra parte, la mamoplastia realizada en las adolescentes que aún no han alcanzado la madurez biológica puede tener consecuencias estéticas importantes si lo que se persigue es dotar al sujeto de un torso con aspecto viril.

Si bien los especialistas no lo expresan de forma manifiesta, resulta evidente que admiten una premisa indiscutiblemente freudiana: la independencia del sexo biológico y la asunción subjetiva de la identidad y orientación sexual. Algunas observaciones resultan verdaderamente interesantes al respecto, y aunque se apoyan fundamentalmente en aspectos culturales, constituyen un modo de reconocer la fuerza estructurante de lo simbólico. El Dr. Norman Spack, codirector del *Gender Management Service* del Boston Children's Hospital, comienza uno de sus artículos del siguiente modo: “En la cultura Navajo tradicional, los individuos con rasgos físicos o de comportamiento de ambos géneros eran considerados *de doble espíritu*, y a menudo actuaban como

árbitros en las disputas maritales, porque se confiaba en su capacidad de ver ambos lados del asunto. En la cultura americana más extendida, sin embargo, la identificación con un género distinto al asignado de nacimiento –lo que llamamos transgénero– no es aún plenamente comprendido o aceptado. Pero es algo que está cambiando lentamente” (<http://thriving.childrenshospital.org/norman-spack-saving-transgender-lives/>).

Y en el informe mencionado más arriba, los autores señalan por una parte que los padres de niñas con comportamientos masculinos suelen consultar más tarde que los padres de niños con conductas femeninas. “Los padres de individuos con genotipo femenino tienden a pensar que sus hijas con trastorno de identidad sexual atraviesan una fase temporal, dado que en la sociedad occidental la androginia es relativamente aceptada en individuos femeninos”. También argumentan que los bloqueadores hormonales permiten minimizar el malestar agudo que en estos casos produce el desarrollo endógeno de la pubertad, y a la vez maximizar una “apropiada atribución de género”, que definen como “la percepción que la sociedad tiene acerca del género de una persona”. Términos tales como “identidad de género”, “expresión de género” y “percepción de género”, demuestran que los autores, a pesar de la debilidad conceptual de los paradigmas con los que enfocan el aspecto estrictamente subjetivo del problema, se mantienen a prudente distancia de una posición científicista.

Distintos trabajos y entrevistas dan cuenta de un factor común: la necesidad de situar a los sujetos transgénero en el discurso y el lazo social, para lo cual una importante labor debe realizarse en los centros comunitarios, colegios, instituciones universitarias y empresas, a fin de que la población asimile la existencia de una condición sexual que para muchos resulta aún casi desconocida, o se confunde con la homosexualidad (orientación que, según la

casuística, resulta ser tres veces más frecuente en los sujetos transgénero que la heterosexualidad).

Para los especialistas americanos, el propósito inicial en el abordaje de los casos de sujetos prepuberales no es un tratamiento médico, sino en primer lugar una correcta evaluación del problema desde el punto de vista psicológico, aunque no sepamos a ciencia cierta en qué consiste esa “correcta evaluación”. Lo que sigue a continuación, es la decisión consensuada entre el niño, sus padres o tutores y el equipo acerca de la conveniencia de utilizar bloqueadores hormonales (cuyo efecto es reversible) con el fin de retrasar la maduración sexual y permitir un tiempo de elaboración psicoterapéutica. En la mayoría de los casos, el uso de estos bloqueadores es rápidamente aceptado, y estadísticamente esta segunda fase suele casi siempre dar paso en la adolescencia al proceso de hormonación (este sí de carácter irreversible). Los autores se interrogan sobre las razones por las cuales los pacientes adolescentes cambian su actitud psicológica y se estabilizan cuando obtienen una apariencia semejante o incluso idéntica a la de sus pares del género “afirmado”. Es precisamente en este punto donde podemos interrogar la función “sinthomática” formulada por Lacan, en la medida que la identificación imaginaria por una parte, y fundamentalmente la asunción de un nuevo nombre propio y el modo de ser re-nombrado en el discurso como sujeto femenino o masculino opera como nominación o punto de almohadillado que permite reparar el lapsus en el nudo RSI. En la mayoría de los casos, apenas los sujetos saben que se ha decidido la aplicación de supresores de la pubertad, la ideación suicida desaparece de manera inmediata. Ello demuestra que, al demandar una intervención en el cuerpo, el real que los desborda está paradójicamente más allá del cuerpo.

Lo más sorprendente en lo que hemos podido indagar, es el hecho de que tanto en los artículos bibliográficos, como en los documentales donde son entrevistados los sujetos, los padres y los profesionales, reina una verdadero misterio acerca de lo que, de modo muy sencillo y genérico podríamos denominar “la vida sexual de los jóvenes transgénicos”. Ni una sola mención al modo de satisfacción que obtienen, ni cómo tramitan el goce sexual. Todo el acento psíquico está puesto en la reivindicación por parte de los sujetos en su conformidad con el semblante y la satisfacción por el reconocimiento del Otro de la identidad declarada. En un documental, unos varones adolescentes traban amistad con M., una joven que ha adoptado una identidad masculina. En la entrevista, los jóvenes confiesan su sorpresa inicial, pero al cabo de un tiempo admiten la situación y entablan un vínculo de camaradería con el nuevo integrante, al que adoctrinan con el fin de ayudarlo a “perfeccionar” el semblante. “Le hemos dicho que cuando tiene ganas de eructar –explica uno de ellos– no debe reprimirse. Que eructe con todas sus ganas, puesto que así es como lo hacemos los chicos”. Otro recomienda la gimnasia con el fin de mejorar la masa muscular y virilizar la silueta. M. se muestra feliz de encontrar su lugar entre pares, y se siente protegido por sus nuevos amigos. Si la feminidad está ligada a la mascarada, los simpáticos consejos de estos chicos son una muestra de que la virilidad es siempre una impostura: incluso el sujeto que posee un sexo biológico masculino tiene que parodiar la masculinidad, tanto más inverosímil cuanto más se exagera el “hacer de hombre”, desempeño en el que la histérica no tiene rival.

Como lo ha demostrado de manera muy aguda Joan Copjec (2013), la teoría del género declaró “sospechoso” el concepto de *diferencia sexual*, sustituyéndolo por la categoría de género, una categoría que la autora califica de “neutered”, aprovechando el



juego de palabras que permite la lengua inglesa, en la que el vocablo “neuter” significa tanto “neutro” como “castrar un animal” (“capar”). “La teoría del género realizó una gran proeza”, afirma Copjec. “Extrajo el sexo de la diferencia sexual”, aludiendo al hecho de que la teoría de género ontologiza el sexo privándolo asimismo de toda relación con el goce. La teoría de género prescinde de cualquier reflexión sobre la diferencia, al admitir la multiplicidad virtual de los sexos, una suerte de multiplicación de “unos” correlativa de la posibilidad de postular una infinitización de las pulsiones. Cada sujeto dispondría así de su “pulsión individual”.

El verdadero problema, que ninguna aproximación médica ni psicológica puede resolver, es que la identificación “al género” –o su trastorno– es un concepto que se basa enteramente en lo simbólico y lo imaginario. El curioso silencio sobre la vida sexual de los sujetos transgénero revela que el enfoque del síntoma desconoce por completo que la diferencia sexual no se reduce a las múltiples posibilidades que ofrece el “uno” del significante (“Admitamos la posibilidad de dos, tres, cuatro, todos los sexos que queramos. ¡Es solo cuestión de ponerles un nombre!”), sino que se trata de una diferencia que no puede reducirse a una oposición simbólica, ni a dos partes que sumadas harían Uno. La diferencia sexual tal como el psicoanálisis la concibe es una diferencia que concierne a lo real del goce, el cual excede al significante, razón por la cual la sexualidad no posee un lugar propio, esto es, se trata de una perversión de la biología, pero al mismo tiempo no es subsumible a la determinación cultural como postulan las teorías de género. Y a partir del momento en que nos situamos en la dimensión del goce (de allí la pregunta pertinente que nadie responde: “¿Cómo goza un sujeto transgénero?") Debemos necesariamente abandonar el terreno de la ontología. El seminario XX, *Encore*, (Lacan, 1975) constituye un hito decisivo en la teoría lacaniana sobre la sexuali-

dad. Se trata de un problema muy complejo y delicado, porque el abordaje de la diferencia no parte del dos. No hay ningún binario originariamente constituido, ni el de hombre/mujer, o naturaleza/cultura, ni presencia o ausencia del falo o del órgano, ni  $S_1/S_2$ , ni siquiera el célebre binomio *significante/goce*. Nada de todo eso servirá para fundamentar el modo en que Lacan aborda allí “el ser-para-el-sexo” y la diferencia sexual, un modo según el cual la diferencia pierde su estatuto de ley. El marco conceptual es, por el contrario, el axioma del Uno: “Hay lo Uno”, el uno del *significante*, que por sí mismo no puede nombrar la diferencia. “Hay lo Uno”, ya sea que a este uno se lo tome en el nivel del fonema, la palabra, la frase o el pensamiento en su conjunto: el *significante* es la causa del goce. Resulta evidente y a la vez paradójico que enfocar la cuestión de la diferencia sexual a partir del Uno (un Uno que subvierte la noción de lo Uno), exige prescindir por completo de todo aquello que forma parte del registro de la significación, dado que para situarnos en ese registro necesitamos el  $S_2$ , el *significante* que –si nos atenemos al axioma de la no relación sexual– justamente Lacan va a dejar bien claro que es el que falta. Se requiere por tanto una lógica especial para concebir la diferencia sexual a partir de la imposibilidad de una relación entre los elementos que integran la diferencia.

Aunque parezca obvio, en realidad no es lo mismo afirmar que “la relación sexual no existe”, o decir que “la relación entre hombre y mujer no existe”. Expresar lo segundo implicaría admitir que hombre y mujer son dos modos del ser, que ambos están sustentados por una ontología, y que incluso no habiendo relación, podríamos no obstante afirmar que hay dos clases de seres. Basta con revisar la estadística de los hospitales mencionados y advertir que un 60 % de los jóvenes transgénero encuestados declara una tendencia homosexual, para reconocer la dificultad que supone la

dimensión del amor, que debe incluir al otro. ¿Cómo incluir al otro? ¿Qué clase de otro es ese “mismo género” que el sujeto transgénero elige? ¿Cómo resolver la cuestión si, como Lacan asegura, hacemos depender al sujeto de ese Uno solo? Una cuestión que se complica en tanto la sexualidad no se reduce a un problema identitario. El doctor Norman Spack (op.cit.) es algo más radical sobre este punto: “Ser transgénero no tiene nada que ver con la sexualidad”. ¿Con qué tiene que ver entonces? Sospechamos que, en efecto, todo aquello relativo al goce está sencillamente forcluido en la aproximación propuesta por los servicios especializados en el GID.

A contrapelo del sexo pensado a partir del ser (“¿Soy hombre o mujer?” “Soy una mujer cautiva en el cuerpo de un hombre”, o “Soy un hombre que ha nacido en un cuerpo equivocado”), Lacan va a sostener la imposibilidad de que el psicoanálisis pueda fundar una nueva ontología, porque el goce del cuerpo que especifica al ser hablante no constituye en verdad un ser, no instaura ninguna clase de esencia, de allí que solo “para abreviar” Lacan se permite emplear los términos “hombre” y “mujer”. Lo real es esa anomalía producida por lo simbólico y que su vez redundante en una “deformación” de lo simbólico. Lo que en psicoanálisis llamamos “sexualidad” –que como vemos no se limita a una cuestión de identidades– es precisamente esa anomalía donde tienen cabida todos los fenómenos que circunscribimos bajo los conceptos de libido, de goce y de pulsión.

Sin duda, “la no relación sexual” presupone no obstante alguna clase de diferencia sexual, de lo contrario sería incongruente postular que determinada relación no se produce. El Uno, el significante que se afirma como uno y no en la formulación clásica de la pareja significativa, es un Uno paradójico, un Uno que es menos que Uno (todo el desarrollo lacaniano que conocemos bajo el acápite de la “falta en ser”) pero también es más que uno, es mayor que la uni-

dad, puesto que se acompaña de ese excedente que denominamos goce. De allí que el Uno no solo no permite una unidad, sino que se halla en un perpetuo conflicto consigo mismo. Ese descentramiento o inconsistencia del Uno lo inhabilita para constituir un ser que pueda identificarse a sí mismo como uno. De allí que –con independencia del diagnóstico de base que podamos suponer en cualquier caso de sujeto transgénico– su certeza ontológica constituye en sí misma un fenómeno singular, como lo es la percepción pseudoalucinatoria de la imagen corporal en la anorexia. “Una certeza sin exterioridad”, sugiere François Ansermet (2014), es decir, sin dialéctica posible. “Soy un hombre” o “soy una mujer”, son afirmaciones que la lógica del goce vuelve inconsistentes, de tal modo que solo pueden enunciarse como “verdaderas” identificaciones en la medida en que cumplen una función de defensa frente a lo real. El sujeto transexual rechaza la determinación del significante, y afirma de un modo hiperbólico su “libertad” de elección. La clínica de estos casos, aun en su obligada singularidad, debe seguramente partir de un interrogante fundamental: ¿el proyecto transgénero de un sujeto es acaso algo que –más allá del diagnóstico– está o no desabonado del inconsciente?

## Bibliografía

- Ansermet, F. (2014). “Elegir el propio sexo”. En *Virtualia* (29). Buenos Aires: EOL.
- Copjec, J. (2013). “*Encore*, un esfuerzo más para defender la diferencia sexual”. En *Ser para el sexo*, VV.AA. Barcelona: Ediciones S & P.
- Lacan, J. (1975). *Le Seminaire, Livre XX: Encore*. París: Seuil.