

relevar prácticas y experiencias concretas en los servicios, así como delimitar lo que existe y lo que queda por hacer en un espacio de trabajo colectivo permite avanzar hacia el ejercicio pleno del derecho a disfrutar una sexualidad libre, placentera y sin discriminación, en todas sus dimensiones. Porque existen diversas identidades. Porque todas y todos tenemos los mismos derechos para permitirnos ejercer nuestra libertad sexual y reproductiva de manera justa e igualitaria.

"Una ley de avanzada"

Entrevista al Dr. César Fidalgo
Coordinador del Equipo Integral en
Reasignación de Sexo del Hospital Gutiérrez (La Plata)

Por Andrea Pineda y Gerardo Ortega

Ustedes vienen trabajando con cirugías de reasignación de sexo desde los años 90, ¿cómo lo pudieron implementar?, ¿tuvieron resistencias por parte de la comunidad médica?

Empezamos en el 97, a partir del caso de una paciente que llegó con una autorización judicial para realizarse la cirugía. Tenía un diagnóstico de hermafroditismo desde el punto de vista legal. Desde el punto de vista médico, sabíamos que no era tal. Lo que en realidad presentaba era un hipogonadismo con una conducta transexual. Aunque el diagnóstico judicial no coincidía con el diagnóstico que podíamos tener nosotros desde el punto de vista médico, consideramos que eso era secundario. No discutimos el diagnóstico sino que, luego de pensarlo y trabajarlo en el equipo, lo asumimos como una responsabilidad y de ese modo acordamos la necesidad de operar, de dar una solución. Hasta ese momento la paciente había deambulado por varios hospitales. En todos se había encontrado con una negativa, fundamentalmente porque le planteaban que ese tipo de cirugía no se hacía. Cuando llegó a nuestro hospital le dijimos en principio lo mismo, que no hacíamos esa cirugía; pero también le dijimos otra cosa: que si nos daba tiempo para aprender la técnica, la íbamos a hacer. Y fue eso lo que hicimos. Viajamos a Chile y nos contactamos con el Dr. Mc Millan. Allí había una vasta experiencia en este tema, de modo que aprendimos la técnica y ya de vuelta operamos a la paciente encontrando un cierto respaldo de parte de las autoridades sanitarias. Pedimos autorización al Ministerio de Salud y al Colegio Médico, puesto que no sabíamos cómo se iba a reaccionar, y en los dos casos

nos la dieron. Por supuesto que, más allá de esto, no hay que dejar de tener en cuenta que existía una orden de un Juez que hablaba de un tema puntualmente médico. Así eran las cosas antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género. En ese momento se convocó a un Comité de Bioética que demoraba en llegar, y en esa coyuntura, personalmente tomé la decisión de llevar a cabo la cirugía, de operar a la paciente, puesto que de todos modos la resolución no era vinculante. En aquel momento el tema tuvo cierta difusión mediática, lo que hizo que se generaran más consultas hacia el hospital que llegaban de todo el país, inclusive de países limítrofes. También hubo detractores de distintos sectores sociales que no entendían bien qué es lo que hacíamos, a quién operábamos y por qué operábamos. Fue un trabajo de mucha paciencia, de salir en los medios, siempre tratando de mantener el enfoque científico por sobre todo y haciendo énfasis en la cuestión humana, en la calidad de la atención. Fuimos tratando de explicar, incluso acompañados por integrantes de la misma comunidad trans, por qué lo hacíamos y a quiénes. La imagen que tenían muchos actores de la sociedad era la que recibían a través de algunos medios: programas de escándalo, donde se ubicaba la cuestión desde un lugar bizarro y a veces irrespetuoso hacia las personas trans. Todo esto, y en el contexto social de aquellos años, en cierto modo dificultaba abordar seriamente la verdadera naturaleza de la cuestión.

Pasaron muchos años que no estuvieron exentos de cierto monto de angustia en el equipo: había profesionales que trabajaban en universidades vinculadas con la Iglesia y esto, institucionalmente, era a veces un escollo que poco a poco fueron atravesando. Afortunadamente esto fue al principio. La sociedad fue madurando, se fue abriendo. Ahora el que no lo entiende, porque sigue habiendo mucha gente sin entender, lo acepta y no lo ve en forma tan dramática como hace quince años. Podrá parecer poco tiempo o mucho tiempo, de acuerdo desde donde se lo mire, pero lo que es innegable es que hubo cambios.

En el mismo hospital había gente que cuestionaba, en los momentos políticos críticos cuando no había insumos, el porqué se hacían estas operaciones de reasignación de sexo mientras escaseaban los recursos para intervenciones de otro tipo.

Hoy por hoy, eso ha disminuido mucho porque el personal ha tenido contacto con los pacientes. Este hospital se está familiarizando con esto; se empieza a ver a las personas como tales y no como esos personajes estereotipados que ficcionaban los programas de tv. Personas que vienen a ser intervenidas porque han atravesado años de sufrimiento y discriminación. Por supuesto que levantar prejuicios no es fácil y actualmente también podemos encontrar con situaciones desagradables por parte de los trabajadores de la salud, pero menos. Y si ocurre, se interviene, se prioriza el acceso al sistema de salud y la calidad en la atención.

Quienes se acercan para solicitar una cirugía de reasignación de sexo o un tratamiento hormonal o un acompañamiento psicológico, no quedan relegados o relegadas al Servicio de Urología donde se atienden estas cuestiones. Las enfermeras, los médicos clínicos, el servicio social, todos empiezan a tener contacto con las personas trans. Y ven que, lejos de los estereotipos malintencionados, se trata de gente común: algunas son amas de casa, abogadas, peluqueras, chicos que trabajan en la construcción, también chicas que se han prostituido por no encontrar otras oportunidades, que no contaron con el sostén familiar o social, etc. Si hay algo que observamos y que es lamentable porque forma parte justamente de todas esas historias de sufrimiento personal y segregación social, es que muchos y muchas no han terminado el colegio, que este ha sido un espacio expulsivo para las personas trans, como también lo ha sido el sistema de salud. Esto es observable con mayor magnitud en las personas más grandes; los y las más jóvenes han tenido otros recorridos, si bien no han sido exceptuados de pasar por situaciones desagradables, vemos cómo las cosas han evolucionado en los últimos años. La posibilidad de cambiar el nombre ha sido fundamental. Quienes demandan una cirugía son personas que quieren terminar de completar un círculo por el que han luchado mucho tiempo.

Usted decía que lo importante fue poder sostener argumentos científicos frente a posturas más prejuiciosas. ¿Qué argumentos podían esgrimir?

Con el tema de la identidad de género, en los últimos años ha tomado relevancia toda una corriente que apunta a despatologizar el tema. Entonces los argumentos que usábamos quince años atrás parecen totalmente arcaicos. Nosotros defendíamos con los argumentos médicos que teníamos en ese momento y que eran básicamente biologicistas. Decíamos que se trataba de pacientes que tenían un sexo biológico masculino pero que desde el punto de vista psicológico se posicionaban desde un lugar femenino, o a la inversa. Que el sexo biológico no coincidía con su identidad y que eso había que corregirlo; y que no había ninguna terapia psicológica que pudiera resolver la problemática, por lo que la única corrección que había era la reasignación genital, o sea, adaptar esos genitales a lo que la paciente sentía. En lo nodal no difiere demasiado de lo que se plantea ahora, lo que pasa es que se enmarcaba más dentro de un concepto estrictamente médico guiándonos por los manuales que hablaban de un *desorden* como podía ser la disforia de género. Actualmente nos encontramos ante una situación bastante contradictoria. Por un lado, desde la Ley se propone despatologizar pero, por otro, al entrar en el PMO¹ obliga a las obras sociales a reconocer la problemática y estas a su vez exigen un diagnóstico para hacerse cargo de la intervención. Entonces estamos navegando entre esas dos posiciones contrapuestas.

Por propia experiencia, creo que va a llevar un tiempo hasta que nos acomodemos en un punto medio. Nosotros, en nuestro país, en general nos movemos así, por impulsos pendulares: pasamos de que la cirugía esté totalmente prohibida, salvo alguna que otra excepción y con autorización judicial, a que esté totalmente permitida y que no haga falta ningún tipo de evaluación. Como casi todas las cosas, se va a ir acomodando poco a poco y, si apuntamos a un enfoque integral, desde el punto de vista social, humano y médico, vamos a ir encontrando un punto de

¹ El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

equilibrio. Lo importante es abordar cada caso en su singularidad, tratar lo que llamamos el "caso por caso".

En otros países se opera desde hace muchos años. Pero un abordaje integral como el que estamos proponiendo ahora en el Hospital Gutiérrez no hay muchos centros que lo hagan. En ciertos países, si una persona desea operarse se le pide un certificado que autorice la cirugía, una constancia diagnóstica expedida por un psiquiatra y punto. Acá se está tratando de hacer que esa reasignación abarque varios aspectos, esto es, un acompañamiento psicológico si la persona lo demanda, el tratamiento hormonal en caso de ser requerido, la intervención del servicio social puesto que se acercan personas en situación de vulnerabilidad social; también se está incorporando una fonoaudióloga para trabajar la reeducación de la voz, ya que esto es un tema que traen las mismas pacientes. Ese enfoque integral, interdisciplinario, no se da en muchos países, por ende vamos aprendiendo todos los días, sobre la marcha, discutiendo y opinando y teniendo en cuenta lo que nos presenta la casuística. Probablemente muchas de las cosas que sostengo en este momento, dentro de cinco años las piense distinto. Es así y debe ser así porque cuando se está en un proceso de aprendizaje y de tratar de aprender es esperable ir modificando las opiniones. Nosotros los médicos tenemos una educación, a nivel académico, muy estricta, muy cerrada. No tenemos una gran formación en relación a pensar las subjetividades o mismo lo que implica tener una perspectiva de género y derechos, por eso la incorporación de otros integrantes al equipo hacen a la riqueza del servicio para abordar con más herramientas las diversidades.

¿Qué cambios trajo la sanción de la Ley?

La sanción de la Ley nos dio cierto argumento y cierto apoyo a nivel político para poder empezar a conformar un grupo de trabajo más compacto. Eso ha sido sumamente positivo. Hasta ese momento éramos un equipo, en un hospital con un perfil materno infantil, haciendo cirugías de reasignación de sexo. La Ley se expresa en relación a que se monten en los hospitales equipos de atención. Y desde las políticas sanitarias se trata de apoyar y fortalecer aquellos que ya están funcionando, como

el caso de nuestro servicio. Algunos pasos hemos logrado dar para conformar un equipo de trabajo pero lo problemático es que estamos desbordados en cuanto a la demanda porque pasamos de tener tres, cuatro cirugías por año, que era algo manejable, a tener ciento sesenta personas en lista de espera en cinco, seis meses. Fue un *boom*. Tenemos en este hospital una infraestructura que no está equipada para absorber esa demanda en forma inmediata, la podemos ir absorbiendo de forma gradual pero entonces se prolonga la demora. La paciente o el paciente viene con mucha ansiedad, peleó mucho tiempo por el tema de la Ley y cuando llega se encuentra con una espera de dos, tres años. En general, entienden la situación. Sin embargo, sabemos que no ayuda en ese trabajo, en el cual estamos comprometidos, que es la calidad del vínculo con el paciente. Que seamos un centro de referencia y que no se abran otros lugares también es problemático. De todos modos, la realidad es que muchos pacientes saben que ya contamos con una experiencia en el tema, una experiencia de más de sesenta cirugías realizadas, y esto ayuda a menguar la ansiedad de la espera. Llegan en su mayoría conociendo el servicio y confían en nosotros como profesionales.

En ese punto ¿también aumentó la demanda de reasignación de mujer a varón a partir de la sanción de la Ley?

También. Nosotros teníamos una proporción de tres a uno a favor de masculino a femenino y ahora prácticamente tenemos igualada la demanda. No coinciden nuestras estadísticas con el resto de la prevalencia que hay en otros países en los que se sigue manteniendo ese tres a uno. Es posible que esa diferencia se deba a que hay otro centro en el país que también está haciendo la cirugía de masculino a femenino con lo cual a esa demanda la tenemos repartida; en cambio, la otra cirugía, de femenino a masculino solo se hace en este servicio.

No aparecía antes con tanta frecuencia...

La frecuencia de intervenciones era de tres o cuatro pacientes de masculino a femenino y uno de femenino a masculino. Otra razón puede ser que quien quería realizar una reasignación de

femenino a masculino sabía que tenía que recurrir a prótesis y eso era un impedimento por los altos costos. Sabía que las prótesis eran caras, casi imposible pensar en conseguir las, mientras que ahora la Ley dice que el Estado y las obras sociales se tienen que hacer cargo de esto. Puede ser que un porcentaje de esa demanda aumentó por esta razón. Lo analizo desde ese punto de vista aunque no descarto que también se jueguen cuestiones relacionadas a las inequidades de género donde las mujeres biológicas han estado relegadas y el avance que significa la Ley haya generado algún movimiento en ese sentido. Pero es incierto realmente por qué se nivelaron las consultas rompiendo con esa ecuación que se daba antes.

Hablaba del diagnóstico sí o el diagnóstico no y la tendencia a despatologizar. ¿Cuál es su visión con respecto a esta tendencia?

Yo estoy de acuerdo, obviamente, en no enfocar esta problemática como una patología. Hay que consensuar entonces ciertos criterios para que todos los sectores estemos de acuerdo y hablemos el mismo idioma. Porque se lo puede nombrar, y de hecho se lo ha nombrado, de diversas formas: "disforia de género", "síndrome de Harry Benjamin", "transexualismo", "trans", de manera que estamos distintas personas de distintas disciplinas hablando casi del mismo tema pero nombrándolo de diferente forma. Esto ha generado que algunas personas u organizaciones se manifiesten en desacuerdo con algunas clasificaciones o de acuerdo con otras, o bien se ofendan si se pone un rótulo u otro. Entonces habría que ver, desde el punto de vista médico y de las instituciones, cómo nos ponemos de acuerdo, cómo vamos a llamar esta temática para tener una coherencia a nivel legal y una coherencia a nivel médico. Y aunque estoy de acuerdo que no es una patología, sí considero que hay que seguir ciertos pasos antes de la cirugía que quizás la Ley no los toma en cuenta, aunque tampoco los niega. Es una Ley muy amplia que conduce a establecer que cualquier persona se puede operar de acuerdo a su identidad de género autopercebida. Considero, por la experiencia de estos años, que tiene que haber un seguimiento, pero como con cualquier tipo de paciente que viene a someterse a una cirugía.

Una vez en una discusión en un foro me rebatían que si un paciente se va a operar de una vesícula, no se le pide una evaluación psicológica. No, es cierto. Pero la realidad es que la vesícula enferma la estoy viendo con estudios, y estamos hablando de una vesícula enferma. Acá es necesario descartar un cuadro psicopatológico. Conste que digo descartar y no hacer una evaluación psiquiátrica o psicológica para determinar quién sí y quién no.

Es muy importante decir que la Ley ampara al profesional quedando el mismo deslindado de toda responsabilidad si opera a un paciente y este luego tiene un brote psicótico, o si intenta suicidarse o se suicida. Pero desde el punto de vista humano y médico no es muy agradable y no es compatible con los criterios profesionales intervenir a alguien que luego tenga esa evolución. La idea de esta cirugía es solucionarle el problema a la gente y que tengan una vida íntegra, que se reen cuentren con su cuerpo, consigo mismo y no generamos un problema nuevo. De ahí en más, cualquier persona capaz es responsable de las decisiones que toma, por eso es importante brindar toda la información de manera clara y no tendenciosa, para que el otro tome su decisión de manera autónoma.

Entonces algo a perfeccionar de la Ley desde un punto de vista clínico sería el seguimiento del paciente.

Es importante que haya encuentros previos donde se puedan plantear todas las dudas, aclarar los mitos que circulan y que los mismos pacientes traen, corroborar que quien demanda la intervención lo hace sabiendo de qué se trata y siempre apuntando al caso por caso. Solo si se presentase una situación con algún cuadro psiquiátrico severo podríamos pensar en una evaluación previa y lo discutiríamos en el equipo. El seguimiento es sumamente importante, tanto en la previa a la operación como después. Esto se les propone en todos los casos y por supuesto queda a consideración de la persona, no es un requisito. De hecho, se implementó la propuesta del acompañamiento previo por la demanda de las mismas y los mismos pacientes. La cirugía implica fundamentalmente que estamos ante un hecho quirúrgico irreversible.

En la discusión de la Ley participaron organizaciones LGTTBI, pero la comunidad científica no fue convocada.

Por lo menos nosotros, que somos el primer centro trabajando en reasignaciones desde el 97, no recibimos ningún tipo de convocatoria. Hubiese sido provechoso escuchar la opinión médica y así alcanzar un entendimiento adecuado del tema. Incluso alcanzar un acuerdo básico sobre cómo llamar el cuadro para las obras sociales, cómo presentarlo, cómo nominarlo. Porque tanto desde el punto de vista legal como médico se debe armar una historia clínica, no porque sea una patología, sino porque hay que justificar que se va a hacer esta cirugía, algún nombre le tenemos que poner y justificarla, como por otra parte debe justificarse cualquier intervención quirúrgica.

¿Cuáles considera que son los aspectos más favorables de la Ley?

Muchos. Primero porque se reconoce la identidad de género. Esto es un avance tal que relativiza cualquier objeción que se le pueda hacer. Desde ese punto de vista se ha avanzado de una forma increíble porque dejamos de pensar en los genitales y empezamos a pensar en cómo se ve la persona, como se autopercibe. Desde ese punto de vista es una ley de avanzada, irreprochable. Creo que con el reconocimiento de la identidad de género ya es suficiente para estar conforme con la Ley y no hay ningún otro aspecto que puede ser tan malo como para opacarlo. Que se pueda acceder al nombre es fundamental. Esto había sido una barrera de acceso impresionante para el sistema de salud. La gente no llegaba al hospital para no pasar por el maltrato que significaba ser llamados por un nombre que no se condecía con lo que ellos sentían. Estar en una sala de espera y que llamaran con nombre de varón a alguien que vestía y se sentía como mujer era muy expulsivo.

Y el tema del nombre que además en el sistema de salud siempre ha sido una cuestión complicada...

La madre de todo eso es empezar a decir que la persona es lo que siente, no lo que se ve a nivel cromosómico o a nivel genital y a partir de ahí teniendo ese enunciado lo demás, la posibilidad de operarse, cambiar el nombre, modificar la identidad

legal, se acomoda solo. Eso era impensado hace quince años atrás porque había que salir a explicar un montón de cosas que, con el artículo dos que define la identidad de género, se explica muy claramente.

El primer caso que nombraba de reasignación era el de un supuesto hermafroditismo. Con motivo de la Ley se escucharon también reclamos de los intersexuales en relación a la medicina y limitar las intervenciones quirúrgicas en los bebés intersexuales. ¿Qué visión tiene con respecto a este tema?

Nosotros no hacemos intervenciones de asignación pediátricas. Es el Hospital de Niños de La Plata el que absorbe pediatría. Hay una realidad, antes se reasignaba a femenino cuando nacía un chiquito con genitales ambiguos porque era menos complicada la intervención. Hoy la tendencia en general es a esperar un poco en el tiempo para observar con qué sexo se identifica el niño o la niña. Porque si se realiza una cirugía para resaltar lo femenino y después el chico se identifica con lo masculino, volver a hacer la reasignación es imposible. También está el tema de que se ha elegido por él o por ella haciendo algo que al no ser decidido sino por otros (los padres por indicación médica, por ejemplo) puede pensarse como una mutilación. Es complejo porque por otro lado está todo lo que tiene que ver con la socialización, bajo qué normas se educa a ese chico durante esos primeros años, tiene que ir a un jardín, etc. Es complejo el tema pero realmente no puedo analizar una postura porque no lo vemos nosotros. En el hospital generalmente hemos visto todos los pacientes ya después de los 14, 15 años y no pacientes a los que se les hizo una reasignación sexual de niño y después hubo que corregirla. Tuvimos una sola menor trans que operamos a los 17 años, pero tampoco había nada orgánico. En este caso, el juez y el perito aconsejaron que se la operara cuanto antes porque era una paciente a la que se le hacía muy difícil seguir conviviendo con sus genitales, había tenido intentos de suicidio, tenía mala relación con sus compañeros en el colegio y en el barrio. También para nosotros fue un planteo difícil porque veníamos operando mujeres por arriba de los 45, 50 años. Pero cuando nos vino a ver esta adolescente por primera vez tenía 14 años y realmente no

sabíamos qué hacer. Vuelvo a lo mismo, fuimos aprendiendo sobre la marcha: se nos presentaba una familia con un varoncito de 14 años que se sentía mujer y ya no era la paciente muy segura que estaba insertada social y laboralmente y que había pasado toda su vida en el sexo que deseaba reasignarse. Nos llevó nuestro tiempo adaptarnos, tanto como le llevó a ella y a la familia. Con eso fuimos aprendiendo, con las situaciones clínicas.

¿Atendieron solamente ese caso de menores de edad? ¿Hubo otros casos de menores de edad a partir de la sanción de la Ley?

Sí, solo ese caso. A partir de la Ley han venido de 18, 19 años, no han venido menores.

¿Hubo seguimiento? ¿Cómo ha sido la evolución de los pacientes ya operados?

Desde el punto de vista médico, cualquier cirugía tiene un porcentaje de complicaciones. Desde el punto de vista del comportamiento de los pacientes, todas las que hemos operado han quedado satisfechas: ninguna se arrepintió de la cirugía por la cirugía en sí. Pero la mayoría eran pacientes anteriores a la Ley, que habían estado muchos años luchando por este tema: estuvieron dando vuelta por los tribunales diez, doce años. Si hubiese habido algún tipo de arrepentimiento no se mantiene una lucha constante durante diez años. Eso hacía que casi a la fuerza la paciente estuviese "segura" ya que si estuvo cinco años dando vueltas por los tribunales y soportó someterse a tantas pericias, muchas veces humillantes para demostrar lo que era, esto solo se explicaba por un deseo muy profundo de operarse. ¿Y cómo se hace para demostrar lo que se siente, lo que pasa por dentro? Es casi imposible. ¿Cómo se hace? ¿Mostrando el pene, mostrando un análisis de sangre? Se pedían análisis de sangre, ecografías, ver el pene. Y la pregunta es qué se veía como para autorizar o no la cirugía. Porque en definitiva lo que vale, volvemos con el tema de la Ley, es lo que esa persona siente, desea. ¿Qué se puede demostrar?

¿Entonces los pacientes que atravesaron este proceso sintieron que mejoró su vida?

Sí. Hemos tenido seguimiento del 95% de los pacientes. Es más, la primera paciente que operamos hace quince años vino después de este tiempo a visitarnos y la revisamos. Era ya una mujer grande de arriba de los 60 y venía por un problema de columna. Estaba viviendo en el interior del país. Lleva una vida como cualquier mujer de sesenta y pico de años.

¿La técnica que utilizan es la que emplean en Chile?

Al principio sí usábamos a rajatabla esa técnica que habíamos aprendido. Después fuimos modificando algunas cosas, con el tiempo tuve la oportunidad de estar con Granato que es un médico argentino que ahora vive en EE.UU. y que hace esta cirugía desde las décadas de los 50, 60 en Nueva York, y me dio dos o tres datos que los empezamos a utilizar. Ahora fuimos a Tailandia que es un país referente en cuanto a este tipo de cirugía y trajimos dos o tres detalles técnicos. Si bien la base de la cirugía siempre es la misma, la vamos modificando permanentemente por lo que uno piensa que estéticamente es mejor y por lo que para uno es más cómodo técnicamente.

Es decir que ya tienen una técnica propia.

En realidad no me gusta hablar de técnica propia, porque es una sumatoria de técnicas que fuimos viendo y tomando. Básicamente, fuimos tomando recursos de otros y fuimos adaptando a lo que creemos que estéticamente es mejor. Por ejemplo, venimos de Tailandia donde con la técnica que vimos el paciente debe estar internado quince días, y nosotros dejamos al paciente internado una semana. Nos parece que son cosas que no hay que cambiarlas, de lo que se trata es que el paciente esté menos tiempo internado. La técnica de allá es impecable, los pacientes quedan muy bien, pero algunas cosas decidimos no aplicarlas porque prolongan la internación. Así como se va creciendo con el contacto con los pacientes, desde el punto de vista quirúrgico también se va creciendo y detrás nuestro vendrá gente que irá modificando cosas y mejorándolas.

¿Hay alguna teoría médica sobre el origen de la transexualidad?

Hay muchas, pero dos fundamentales. Una es la que apunta

al Síndrome de Harry Benjamin, aunque no es una teoría que enunciara él. Harry Benjamin es también el nombre de una fundación que se ha encargado del estudio y el acompañamiento del paciente trans. Esta teoría sostiene que hay un trastorno neuroendócrino del desarrollo del feto que provoca que éste, desde el punto de vista biológico y cromosómico, sea masculino, pero a nivel cerebral se vivencie como femenino, o viceversa. Entonces la condición de transexual ya estaría dada al momento del nacimiento. No se ha podido diagnosticar todavía y esto mismo es lo que invalida esa teoría, no hay nada que lo pueda verificar desde el punto de vista neuroendócrino. Como todo, hay trabajos que lo avalan, pero desde el punto de vista internacional no hay ningún estudio que lo de sí o sí como algo categórico. Lo que sí se encuentran son miles de trabajos, media biblioteca, que tiende a avalar esta teoría aunque no está comprobada. La otra teoría plantea que la transexualidad se construye, que es una identidad que se va construyendo a lo largo del tiempo. Sosteniendo que se trata de una construcción, se descarta la causa del problema endócrino.

¿Por cuál teoría se inclina más?

Por ninguna. No me pregunto el porqué, me pregunto cómo lo puedo solucionar. Sería entrar en una discusión médica. Las discusiones son así: la mitad de los médicos van a decir que es un problema neuroendócrino y la mitad vamos a decir que es un problema de formación de las estructuras de personalidad y no nos vamos a poner de acuerdo ni vamos a poder demostrar nada. Este servicio no está conformado para buscar la causa, sino para dar una solución al paciente.