

PENSANDO ACERCA DE LAS IDENTIDADES TRANSEXUALES

José M^a Erroteta¹

RESUMEN

El autor propone como hipótesis de trabajo que, en la base de la incongruencia de género, confluyen dos pre-condiciones: una vivencia excesivamente precoz del desamparo primitivo y un foco atractor al momento originario (a través de algún mensaje enigmático transgeneracional). Todo ello pondría en marcha un Ideal del yo regresivo, generándose una barrera autista para evitar la vivencia de una cesura intolerable.

Palabras clave

Transsexualidad. Hilflosigkeit. Mensaje enigmático. Yo ideal. Barrera autista.

ABSTRACT

The author proposes as a working hypothesis that, at the basis of gender incongruence, two pre-conditions come together: an excessively precocious experience of primitive helplessness and an attractive focus on the original moment (through some enigmatic transgenerational message). All of this would set in motion a regressive ego ideal, generating an autistic barrier to avoid the experience of an intolerable caesura.

Keywords

Transsexuality. Hilflosigkeit. Enigmatic message. Ideal self. Autistic barrier

El hecho de que existan seres humanos con una biología determinada por el nacimiento y que, sin embargo, sientan que pertenecen al género opuesto cuestiona la clásica afirmación de Freud (1925), de que «la anatomía es el destino», cuestionamiento que ya enfatizó Stoller (1968) con su perspectiva de la feminidad primaria y su identificación de tres componentes en la formación de la identidad de género central: 1- Influencias biológicas y hormonales. 2- Asignación de sexo en el nacimiento. 3- Influencias ambientales y psicológicas con efectos similares a la impronta.

En el caso de los transexuales, es evidente que otras cuestiones, que sobrepasan a su anatomía y a los diversos factores biológicos implicados, han sido más decisivas en la consolidación de su identidad de género.

¹ Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular con Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. Centro Psicoanalítico del Norte. Director del Instituto de Formación APM. Trabaja en consulta privada en Bilbao. jmerroteta@yahoo.es

Partiendo de mi propia experiencia, como jefe clínico del Servicio de Psiquiatría y responsable de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia) durante el período comprendido entre 2014 y 2019, con 342 pacientes en edad adulta y 140 menores de 16 años, me propongo hacer una reflexión sobre la cuestión de la «*transexualidad*» o «*incongruencia de género*». Todos los pacientes atendidos, incluidos los menores, solicitaban un proceso hormonal y de cirugía de reasignación sexual.

Comenzaré por encuadrar nuestro objeto de estudio:

El proceso de conformación de la identidad de género se inicia a partir de los intercambios que se producen con el principal cuidador (objeto primario) durante el período de la infancia precoz; la crianza se inicia con un progenitor que establece relaciones distintas, dependiendo de si el infante es varón o mujer; como consecuencia, se desarrollan patrones de carácter diferentes, dependientes de ese tipo de relación.

Supuestamente, al comienzo se produce una aceptación del sexo al que pertenecemos en base a las similitudes y/o diferencias con el cuidador primordial y, a partir de ahí, se construiría nuestra identidad de género. Sin embargo, algunos sujetos encuentran una incongruencia entre la identidad de género que tratan de adquirir y el sexo biológico. Con la certeza de pertenecer al otro sexo y de percibirse con un cuerpo inapropiado, asumen —socialmente hablando— roles y patrones que corresponderían al género opuesto.

En resumen, sería ese malestar o *distrés* significativo, fruto de la discordancia entre el sexo asignado en el nacimiento y la identidad de género sentida, lo que se definió como «*disforia de género*», término acuñado en 1974, que quedó consolidado en el manual DSM-5 de la psiquiatría (American Psychiatric Association, 2015). En 2018, la disforia de género pasó a denominarse «*incongruencia de género*» y dejó de ser considerada trastorno mental para ser una condición relacionada con la salud sexual.

Me parece conveniente recordar que, con anterioridad, han existido algunos conceptos precursores, aunque no exactamente comparables:

- La homosexualidad, antigua como la humanidad, definida por el deseo sexual hacia las personas del propio sexo.

- El travestismo, concepto de los inicios del siglo XX, que definía a quienes vestían ropa del sexo opuesto (un hábito que era considerado como perversión clínica).
- La transexualidad, término acuñado en 1923 como una variante del trasvestismo fetichista y retomado en 1949 para describir a personas cuyo sexo asignado al nacer era diferente de su identidad de género, distinguiendo ya un sexo biológico y otro psicológico.

La homosexualidad, y con ella el trasvestismo y la transexualidad, fue considerada como una desviación moral e incluida en la *Ley de vagos y maleantes* de 1933 —modificada por el régimen franquista en 1954, precisamente para efectuar esta inclusión—, no siendo hasta 1979 cuando estas realidades humanas pasaron a considerarse trastornos mentales; lo que, en su momento histórico, fue un gran logro. En 1990, la OMS excluyó la homosexualidad de los trastornos psiquiátricos y en 2012, en el País Vasco, se aprobó la ley de no discriminación por motivos de identidad de género y el reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.

Con esta amplia confusión entre moral, patología y complejidad en las diferencias humanas, no debe resultarnos extraño que la actual lucha desde los diversos colectivos afectados se centre en lograr la des-patologización absoluta de la disforia de género y que, hoy por hoy, resulte políticamente incorrecto plantear cualquier cuestión de raíz *psicopatológica* en cuanto al origen y significado de esta realidad.

Actualmente, en pleno proceso de lucha por la liberación de diagnósticos patológicos, resulta difícil plantear a los representantes de este colectivo que las investigaciones y evaluaciones psicológicas no tienen por objetivo la estigmatización de quienes padecen disforia, sino que, más bien, intentan discriminar cada estatus, descartando o evidenciando posibles trastornos subyacentes o concomitantes y acompañando a cada sujeto en su realidad, ayudándole y apoyándole para que, si es posible, pueda reflexionar sobre sus vivencias y, en cualquier caso, pueda asimilar que una terapia lograda de cambio de género —que generalmente incluye hormonación y cirugía de reasignación sexual (CRS)— es, además de un proceso largo y complejo,

algo irreversible. Ninguna de las personas que han acudido a la unidad ha sido rechazada en sus demandas por su posible psicopatología — incluso psicótica—. A lo sumo, tratándose de menores, la hormonación se ha demorado durante el tiempo que se consideraba prudente.

Quiero hacer constar que, aunque mis dudas, inquietudes y preguntas hayan podido añadir dificultades a la tarea, no han impedido mi disposición personal a un acompañamiento sereno y afectivo a cada una de las personas que se han acercado a la unidad para realizar el cambio transgénero.

Cuando, en consulta, percibía que mi interlocutor podía, deseaba y necesitaba pensar, le proponía preguntas con respuesta abierta; pero cuando su decisión estaba tomada y cerrada, no me he sentido con autoridad para desacreditar su demanda y, sencillamente —lo que no es sencillo en absoluto—, he aceptado acompañarle en su camino.

Por mi parte, una vez expresado todo lo que antecede e intentando evitar —en la medida de lo posible— la ideologización del asunto, reivindico mi derecho como estudioso del mundo psíquico a continuar mi investigación, a proponer hipótesis y a intentar encontrar caminos por los que sea posible transitar sin dogmas, procurando encontrar un sentido a estos desarrollos tan singulares y dolorosos, que nos interpelan sin cesar sobre su origen. Si nuestro desarrollo humano está cuajado de vicisitudes, déficits y conflictos de todo tipo desde mucho antes del nacimiento (o incluso de la concepción), es harto difícil que nuestro destino pueda eludir algún tipo de patología, incluso en los casos más exitosos y supuestamente normativos. Me parece muy improbable que la cuestión de una absoluta e intolerable incongruencia género-sexo anatómico, como la existente en la transexualidad, quede libre de esta premisa general. Incluso excluyendo las patologías «añadidas», que no tienen por qué ser específicas de la transexualidad —psicosis francas, trastornos de la personalidad de todo tipo, perversiones, etc.—, me sigue pareciendo ineludible investigar lo que pueda haber de intrínsecamente inherente al fenómeno transgénero y, desde ahí, proponer hipótesis de trabajo.

Dejaré al margen las intersexualidades de origen genético con un trastorno del desarrollo gonadal, que presentan ambigüedad en las

estructuras gonadales y en los genitales, porque se trata de malformaciones que no conllevan efectos cerebrales ni transexualismo, y me centraré en la cuestión que nos ocupa: la transexualidad.

Ciertamente, éste es un terreno en el que debemos conducirnos con cautela y mucha humildad, ya que nuestra experiencia clínica es todavía muy escasa y de corto recorrido, por lo que debiéramos mantener la escucha abierta también a los desarrollos que se llevan a cabo en otras ramas de la ciencia.

En bioquímica y biología molecular, las investigaciones subrayan que, así como el desarrollo gonadal —sexo anatómico— se produce en los dos primeros meses de la vida intrauterina, el desarrollo cerebral «sexuado» acontece en la segunda mitad del embarazo, produciéndose así un desfase entre ambos procesos. Señalan los investigadores (2012): *«Es un principio general que el cuerpo humano no miente y siempre avisa de lo que ocurre. Por el contrario, el cerebro puede errar en sus percepciones. Si como apuntan los resultados, la transexualidad tiene que ver con una disfunción de la percepción del propio cuerpo, obviamente siempre sexuado, que lleva a sentir una identidad sexual contraria al sexo corporal, los datos sugieren que lo que habría que adecuar es el cerebro al cuerpo y no al contrario»*

Y preguntándose por un posible campo de intervención al respecto: *«¿Cabría alguna verdadera terapia que corrigiera la alteración neuronal causante del trastorno transexual? Hasta ahora se ha tratado de adaptar el cuerpo al cerebro en vez de intentar solucionar o paliar el problema cerebral. Algunos datos apuntan hacia una posibilidad. La plasticidad cerebral»*

Todas estas reflexiones han sido refrendadas a posteriori (López Moratalla y Font Arellano, 2020) en *Neuropsicología de la infancia y la adolescencia*.

Nosotros, los psicoanalistas, sabemos que la plasticidad cerebral es susceptible de modificar emociones, afectos y funciones a través de la palabra. Hemos comprobado, en nuestra experiencia clínica, que distintas patologías psíquicas, siempre biológicas en último término —puesto que toda actividad mental surge de las conexiones neuronales y estas de las catecolaminas actuantes—, se modifican

hasta la resolución de los conflictos a través de esa «*cura por la palabra*» que llevamos perfeccionando desde finales del siglo XIX.

Creo, pues, lícito que nos preguntemos si, además de los posibles factores biológicos intervinientes, es posible que todo aquello que no haya podido ser mentalizado pueda resultar capaz de modificar la percepción del cuerpo y del género, viviendo ambas realidades como incongruentes e incompatibles.

Personalmente, en momentos y espacios diferentes (2020 y 2021), he propuesto la hipótesis de que, en el origen de la incongruencia de género, subyacen dos factores que se complementan y potencian mutuamente:

Un «Ideal del yo regresivo», en el sentido propuesto por Chasseguet-Smirgel (1991 [1973]), que se organizaría de modo involutivo, buscando el retorno al punto cero de una mítica completud originaria aconflictual, quizá como consecuencia de un desgarró intolerable y de una percepción excesivamente brusca y prematura —traumática— de la vivencia de desamparo —*Hilflosigkeit*— (Freud, 1926 [1925]).

Un foco atractor hacia ese origen, transgeneracionalmente transmitido por y desde el inconsciente parental, a través de algún posible «mensaje enigmático» generador de un «significante *designificado*» (Laplanche, 1987).

Ahora bien... ¿Por qué, en ocasiones, se pone en marcha un trabajo involutivo de Ideal del Yo?

En la perspectiva psicoanalítica, habrá un momento mítico del desarrollo incipiente en el cual, cada bebé humano percibirá la realidad circundante y comprobará (antes o después) que no es autosuficiente. Un momento que, desgraciadamente para algunos, podrá ser vivido demasiado precozmente y resultar insoportablemente doloroso o, por el contrario, en otros, eclosionará adecuadamente en tiempo e intensidad, posibilitando, a partir de él, proyectar la pretendida omnipotencia en las figuras parentales, dotándolas en la fantasía de todas las riquezas y capacidades deseadas.

Ahí, en ese preciso momento, y dependiendo de la adecuación temporal a la realidad del pequeño ser humano, comenzará la exis-

tencia y andadura del Ideal del yo progresivo o se enquistará malignamente el Ideal regresivo.

Para tratar de comprenderlo, será necesario volver a la concepción del estado de desamparo humano y recordar aquí que los seres humanos nacemos prematuramente, extremadamente desvalidos y con un desamparo que nos acompaña toda la vida. Si el ambiente nos fuerza a *saber* de nuestra indefensión prematuramente, algo se romperá en nosotros, en nuestra autoestima en vías de construirse, y desarrollaremos sistemas enfermos de defensa e idealización regresiva. No podremos soportar la realidad que ha sido intrusiva y, según un relativamente amplio abanico de posibilidades, desarrollaremos una patología personal más o menos paralizante. Es seguro que cuanto más prematura sea la vivencia del desamparo inicial, más allanado estará el camino para reactivarla y, con más probabilidad, lo *traumático* eclosionará en el sujeto. De ahí en adelante, ni la autoestima se constituirá satisfactoriamente ni la instancia ideal se organizará evolutivamente, sino que procurará, precisamente, involucionar, atajar hacia atrás, simplificarse de forma fanática.

Ideal progresivo-Ideal regresivo

Quiero insistir en subrayar que, fundamentalmente, el destino de los ideales dependerá de su comienzo:

- Si la cruda realidad de nuestro desvalimiento originario llega atenuada por un tiempo protector de ignorancia, los ideales surgirán de manera adecuada al momento de desarrollo y permitirán que el camino personal se colme de proyectos y sueños por realizar, en el intento de lograr ese *Ideal* maravilloso que el sujeto ve reflejado en sus modelos grandiosos de referencia, a los que pretende alcanzar caminando hacia adelante.
- Pero si la prueba de la realidad resulta demasiado precoz y exige al bebé conocer su desvalimiento cuando aún no puede tolerar semejante afrenta, al sujeto no le quedará otro remedio que negar realidad, diciéndose a sí mismo que es el mundo quien falla y promoviendo en su interior un ideal regresivo

fusional al objeto primario para que no exista nada faltante y, por consiguiente, nada precise ser anhelado. La premisa de partida del relato psíquico será que, al comienzo, el sujeto era perfecto y algo en la realidad externa descarriló. Por consiguiente, la solución se encaminará a retornar al origen para recuperar lo fallido. Evidentemente, si la narración señala que ha habido un error al comienzo, es de buena lógica regresar a ese origen para subsanarlo y recobrar la completud del *yo Ideal*.

Como no podría ser de otra manera, el Ideal, surgido de la prematura e insoportable conciencia del desamparo, intentará negar y desmentir el horror de lo percibido y tratará de buscar una solución, lo más absoluta y radical posible, a lo que es vivido como una auténtica catástrofe personal.

En mi opinión, sería pertinente preguntarse si un traumatismo precoz pudiera ser motivo suficiente para que el ideal resulte regresivo. Por mi parte, pienso que un traumatismo precoz es motivo necesario, pero no suficiente, para desencadenar la regresión del ideal. Me decanto por pensar que, además de la toma de conciencia prematura de una realidad traumática, es imprescindible que exista una atracción extrema hacia el mismo comienzo de la vida, de manera que el camino evolutivo quede bloqueado y que, además, ese momento inicial funcione como auténtico foco, irradiando una luz cegadora e hipnótica y proponiendo el regreso al punto cero. A mi juicio, es ahí donde el inconsciente parental habita y obtura el proceso.

Mi hipótesis se basa en que la incongruencia de género supone una de las situaciones referidas, en las que el pequeño sujeto ha padecido la vivencia de desamparo demasiado precozmente y ello ha producido su anhelo involutivo, que partiría de la conclusión de que la naturaleza se ha confundido y ha construido un cuerpo equivocado para el sujeto que lo habita, conclusión que, además, ha debido ser refrendada por la(s) figura(s) parental(es).

Ambos factores unidos engendrarían una «*barrera autista*», tal y como la conceptualizó Frances Tustin (1977 [1972] y 1992 [1981]),

para evitar la insoportable percepción de esa «cesura» que Bion describe (1975) y potenciarían exponencialmente la conclusión irreducible de que la naturaleza se ha equivocado y que, por consiguiente, es necesario enmendar el error corrigiendo el cuerpo.

Pienso que los «significantes *designificados*» de Laplanche son adecuadamente superponibles a los «pictogramas» de Aulagnier (1975) y, sobre todo, a los «*memories in feelings*» de Klein (1957): «Todo esto es percibido por el niño de un modo mucho más primitivo de lo que el lenguaje puede expresar. Cuando estas emociones y fantasías pre-verbales son revividas en la situación transferencial, aparecen los “recuerdos en sentimientos”».

Con estas palabras, no hace más que corroborar las reflexiones que, veinte años atrás, al hablar de las «*Construcciones en Psicoanálisis*», había hecho Freud (1937), señalando que «*Todo lo esencial se ha conservado, aun lo que parece olvidado por completo; está todavía presente de algún modo y en alguna parte, solo que soterrado, inasequible al individuo*».

En su trabajo «*Memorias en sentimientos y barreras autistas*», Didier Houzel (2016) afirma que «Las barreras autistas se erigen para evitar el dolor ligado a la conciencia del darse cuenta de la brecha existente entre el self y el objeto. Parecen referir a una relación intensamente narcisista entre el niño y uno u otro de sus progenitores. Es una relación basada en la ilusión de continuidad. Es imposible liberarse de esa ilusión sin el sentimiento de haber sido arrancado, separado con desgarró: una discontinuidad catastrófica. Estas barreras hacen difícil de superar las cesuras y dejan a las experiencias primitivas en un estado de no transformación, que en la situación analítica se expresa de manera física o corporalmente, que corresponde a lo que Melanie Klein llama *recuerdos en sentimientos (...)* El fenómeno de “recuerdos en sentimientos”, no consiste en simples trazos de experiencias que han tenido lugar tempranamente en la vida del individuo como para que este sea capaz de recordarlas, sino que consiste en los fracasos reales, también tempranos, que producen las barreras autistas que se erigen para evitar las transformaciones psíquicas. Son barreras que el infante

levanta contra todo intento de tender el puente que una cesura requiere».

Es evidente que la reflexión de Houzel no aboca obligadamente a la manifestación unívoca de la incongruencia de género y que resulta ineludible seguir investigando sobre cómo se desarrolla el proceso de construcción de la identidad en la infancia, comenzando por la acción psíquica necesaria para la instauración del sentido del sí mismo —*self*—, es decir, la importantísima función de espejo materno. En este sentido, conviene subrayar la bi-direccionalidad del proceso identificador, ya que en el complejo proceso de identificación se incluyen tanto el «identificarse con» como el «ser identificado por». No debemos olvidar que, desde el mismo momento del nacimiento, somos identificados como varón o mujer.

Sabemos que la madre es el testigo constitutivo del verdadero *self*, ya que el bebé solo puede comenzar a mirar si primero se puede ver a sí mismo y, para verse, necesita ser mirado. La percepción es un agregado, una consecuencia de la apercepción; y esta no puede desarrollarse sin la premisa de ser percibido. Como señala Winnicott (1967), la madre es necesariamente el espejo en el que el hijo puede mirarse (y conocerse) y debe devolver al niño su propio sentimiento de que existe y de que es libre para seguir mirando. El *self* se hace real a través del reconocimiento.

Por supuesto que la incongruencia de género ha existido en otras épocas de la historia, pero la realidad, con menos recursos médico-quirúrgicos, exigía soluciones no inmediatas y, por consiguiente, mucho más trabajosas y, sin duda, más complejas para el psiquismo: vivir las contradicciones en la fantasía, producir síntomas psíquicos, buscar posibles remedios paliativos, mantener la esperanza de encontrar parejas de sesgo similar, sufrir una gran soledad en las familias de origen... En definitiva, la imposibilidad de la solución radical, obligaba a realizar permanentes rodeos que, paradójicamente, exigían un camino hacia adelante, como el que tenemos conceptualizado para el Ideal del yo progresivo.

Aunque, en el momento presente, pueda resultar políticamente incorrecto decirlo, me reafirmo en que los avances de la medicina

pueden usarse —como cualquier logro humano— también en sentido involutivo y que, en este sentido, «*construir*» neo-vaginas o neo-penes no tiene por qué resultar más progresista ni más saludable para el ser humano que acompañarle a buscar en el mundo interno la manera de *resolver* —o paliar— las supuestas *carencias* —o los supuestos *excesos*— de su anatomía por la vía mental.

Nacer con un pene y sentirse mujer o nacer con vagina y sentirse varón pueden ser el comienzo de historias humanas sumamente complejas, jalonadas de anhelos, expectativas, desilusiones, dolor, sueños realizados o rotos... Como lo es siempre la historia humana, pero con las vicisitudes idiosincrásicas de la transexualidad añadidas al conjunto. Resolver la cuestión con hormonas y un *corta-pega* quirúrgico no tiene por qué ser el mejor de los sistemas, aunque sea el que nos ha tocado vivir y *recomendar* —por imperativos del pensamiento «políticamente correcto»— en este momento de la historia. Tener síntomas mentales (angustia, rituales, conversiones, disociaciones, fobias o parafilias sexuales) no es en absoluto un destino peor que quedar *restringido a y prisionero de* un cuerpo *estándar*, pero artificial.

En la casuística referida al comienzo de los pacientes que yo he podido seguir en mi hospital de referencia, he observado unas pocas psicosis francas, algunas perversiones y también un grupo más numeroso de trastornos de personalidad. Pero lo que he encontrado con mayor frecuencia es la intensa resistencia a hablar del mundo interno (para evitar dar pistas que cuestionen su decisión) y la fuerte convicción en llevar a cabo el proceso de transformación. No me resulta posible creer que esa convicción sea fruto de la saludable necesidad de construir una identidad; en mi opinión, la intensa resistencia a la introspección y la férrea convicción ofrecen señales inequívocas de la existencia de una barrera autista que se presenta como infranqueable.

No me parece extraño que, con frecuencia, no se observe en los pacientes una patología destacable (salvo una personalidad con rasgos narcisistas). Estas barreras autistas pueden ser muy concretas, nucleares y enquistadas, preservando y cerrando el acceso a áreas muy específicas de la constitución psíquica; por ejemplo, a las áreas

de la identidad —desfalleciente en buena parte de los menores de 16 años— y de la identidad de género.

Trabajar con seres humanos que padecen incongruencia de género ha supuesto, para mí, una complicada y permanente situación de tolerar «*no hacer pie*» en mi propia identidad personal. Empatizar con varones que rechazan su miembro viril —«*eso no tendría que estar ahí*»— o con mujeres que aborrecen sus senos —«*odio estos pechos*»— implica aceptar a quienes no se comprenden en lo más profundo y que, sin embargo, merecen ser acompañados en su terrible malestar. Amar no implica forzosamente comprender...

Para concluir, señalaré que los grupos transexuales mujer-hombre y hombre-mujer son muy diferentes —conclusión a la que también han llegado desde la biología molecular—. Mi observación es que las mujeres que desean devenir hombres, buscan una transformación normativa y acomodaticia al grupo deseado: eligen nombres habituales y, tras la mastectomía, se muestran satisfechos con la barba y el vello que la testosterona les proporciona. Mayoritariamente, no pretenden poseer un pene rudimentario (el único que la cirugía actual puede ofrecerles) y prefieren utilizar material protésico para sus relaciones sexuales. Por el contrario, una parte considerable de los hombres que anhelan ser mujeres pretenden sobresalir y resultar estrellas rutilantes, con nombres de diosas o mujeres míticas y poseer atributos envidiables, incrementando las cirugías de todo tipo —senos, neovagina, corrección de mandíbula, cartílago cricoides, glúteos...— con resultados, a menudo, decepcionantes.

Todo ello me ha llevado a suponer que la falla narcisista en juego puede ser mucho mayor, por lo general, en el segundo grupo; también las patologías acompañantes. Sin embargo, en honor a la verdad, los dos únicos casos —¡entre más de 480!— en los que he hallado una honda resonancia emocional a la hora de plantear cuestiones, eran hombres biológicos: ninguno de los dos pretendía hormonación ni cirugía y tan solo buscaban un espacio en el que poder expresar un dolor viejo y profundo y una escucha comprensiva de la batalla perpetua que libraban entre su cuerpo viril y su «alma» de mujer. Ellos fueron quienes me hicieron reflexionar sobre la riqueza psíquica que

supone intentar organizar las incongruencias y las contradicciones dentro de nuestro aparato mental. El ser humano, lo es tanto más, cuanto más complejo resulte su mundo interno, lo cual funciona a la contra de las soluciones simples y estandarizadas. Fueron dos pacientes inolvidables, que ampliaron extraordinariamente mi capacidad empática y estimularon en mí el deseo de investigar sobre los orígenes de realidades tan penosas. A ellos pues, los que no quisieron resolver su dolor con hormonas y un corta-pega quirúrgico, debo agradecer mis preguntas sobre la transexualidad, estas reflexiones y el propósito de seguir buscando, pensando, proponiendo...

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1975). *La violencia en la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Bion, WR. (1962) *Aprendiendo de la experiencia*. (1975). Buenos Aires: Paidós.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *El ideal del yo*. (1991). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Erroteta, JM^a. (2020). Disforia de género: El ideal regresivo y sus destinos. *Norte de salud mental* 62 (pp. 52-60).
- Erroteta, JM^a (2021). Algunas reflexiones sobre la disforia de género. *Aperturas psicoanalíticas* 66 (pp. 1-21). ap2021n066a3 Aperturas psy.
- Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria. (1990) En *Obras completas* (vol. 2, p. 55). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición síntoma y angustia. (1990) En *Obras Completas* (vol. 20, p.145). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1927). Construcciones en el análisis. (1990) En *Obras completas* (vol. 23, p. 262). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Houzel, D. (2007). Memorias en sentimientos y barreras autistas. (1916) *Revista de la Sociedad argentina de Psicoanálisis* 20 (pp. 111-124).
- Klein, M. (1957). *Envidia y gratitud* (p. 185, nota 3). (1994) Barcelona: Paidós Ibérica.

- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- López Moratalla, N. (2012). La identidad sexual: personas transexuales y con trastornos del desarrollo gonadal «No existen sexos, solo roles»: un experimento antropológico necesitado de la Biotecnología. *Cuadernos de Bioética*, vol. XXIII, núm. 2 (pp. 341-371).
- López Moratalla, N. y Calleja A. (2016). Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse. *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 89 (pp. 81-92).
- López Moratalla N. y Font Avellano, M. (2020). *Neuropsicología de la infancia y la adolescencia*. Perú. Universidad de Piura.
- Stoller, Robert (1968). *Sex and gender*. New York. Science House.
- Tustin, F. (1972). *Autismo y Psicosis infantiles*. (1977). Buenos Aires: Paidós. 2ª Edición.
- Tustin, F. (1981). *Autistic states in children*. (1992). London: Routledge & Kegan Paul. (2nd. Edition).