E N S A Y O

La disforia como disociación encarnada

Una hipótesis neurológica, antropológica y clínica sobre el tránsito trans

Ensayo sobre género, esquema corporal y los límites del binario

Diálogo entre perspectivas trans-inclusiva, crítica feminista y neuropsiquiátrica

Un enfoque pedagógico para la comprensión de la experiencia trans y su aporte a las luchas por el reconocimiento y la dignidad

Material de apoyo para activistas, dirigencias sociales y formadores

Carlos Antileo Soto

Septiembre 2026

Tabla de contenidos

Presentación **2**
Resumen **7**
Introducción: la tensión no resuelta **9**
I. El sustrato neurológico de la disforia **13**
1. Interocepción, ínsula y mapa corporal: el sexto sentido que sostiene el yo 13
2. Esquema corporal y cuerpo esperado: el dato de los genitales fantasma 15
3. Comorbilidad autismo-disforia: ¿coincidencia o mecanismo común? 17
4. Disociación, despersonalización y trauma complejo como diagnósticos diferenciales 20
II. El binario como única oferta cultural: evidencia antropológica **21**
1. Categorías adicionales en culturas no occidentales 21
2. ¿Por qué Occidente produce tránsito binario? 23
3. Crítica al etnocentrismo del binario y crítica a la idealización 25
III. La clínica diferenciada: entre afirmación y exploración **28**
1. El modelo holandés vs. el modelo anglosajón afirmativo 28
2. WPATH SOC 8 y sus tensiones internas 30
3. Desistencia y detransición: ¿qué dicen los datos? 31
4. Hacia una clínica capaz de distinguir 33
IV. Diálogo entre perspectivas: trans-inclusiva, crítica feminista y neuropsiquiátrica **35**
1. La perspectiva trans-inclusiva: género como posibilidad de habitar el cuerpo 35
2. La perspectiva crítica feminista: el género como dispositivo de dominación 37
3. La perspectiva neuropsiquiátrica: la disociación como concepto clínico puente 38
4. Convergencias y divergencias irreductibles 40
V. Tesis: la disociación encarnada como marco interpretativo **42**
1. No toda disforia es lo mismo 42
2. Expandir los modelos encarnados reduciría la presión al tránsito binario 43
3. Se requiere una clínica más fina que la mera afirmación o negación 44
Conclusión: mantener dos verdades incómodas **46**
Glosario **49**
Bibliografía **52**

Presentación

1. De qué trata este texto

El ensayo Disforia y disociación encarnada aborda la disforia de género como un fenómeno de disociación corporal, es decir, como una desconexión entre el mapa que el cerebro tiene del propio cuerpo y el cuerpo que anatómicamente y socialmente se le asignó. El texto no sostiene que la disforia sea puramente biológica ni puramente cultural, sino que su forma clínica y existencial depende del repertorio cultural disponible para nombrarla y tratarla. Cuando una cultura solo reconoce dos géneros, la única salida posible es el tránsito binario completo. Cuando reconoce más, se abren otras posibilidades.

Esa tesis tiene una implicación política potente, pues si la forma que adopta la disforia depende de la cultura, entonces el régimen de género binario de Occidente no es un dato natural sino un dispositivo cultural que organiza los cuerpos en dos categorías y castiga a quienes no encajan. Cambiar ese dispositivo no es imponer una ideología; es ampliar las condiciones materiales de reconocimiento para que las personas puedan habitar sus cuerpos sin tener que exiliarse de la sociedad.

2. Por qué importa para las luchas sociales

Quienes militan en el feminismo, en los movimientos sociales, en la defensa de los derechos humanos, suelen reconocer que las personas afectadas por la exclusión y la explotación deben ser las protagonistas de los cambios que las afectan. Ese principio, central en la pedagogía de Paulo Freire y en la praxis de los movimientos de base, aplica con toda fuerza al movimiento trans. Las personas trans no están pidiendo que otros hablen por ellas; están exigiendo las condiciones materiales para hablar, existir y organizarse sin ser violentadas.

Este ensayo muestra que el movimiento trans no es un movimiento ajeno a las luchas populares, sino parte sustantiva

de las mismas. La exigencia de reconocimiento de la diversidad de género comparte raíz con la exigencia de reconocimiento de la diversidad étnica, de clase, de capacidad, pues todas son formas de cuestionar un sistema que distribuye poder y recursos según categorías supuestamente naturales que, en realidad, son construcciones culturales con efectos materiales devastadores. Cuando una dirigenta sindical, una feminista, un dirigente estudiantil o un defensor de derechos humanos comprende que el régimen de género binario funciona con la misma lógica de exclusión que el régimen racial o el régimen de clase, la alianza deja de ser una concesión moral y se convierte en una consecuencia lógica de su propia lucha.

3. Tres aportes concretos del ensayo para la acción

Primero, la evidencia neurocientífica. El ensayo recoge los estudios sobre interocepción (la percepción de las señales internas del cuerpo), el esquema corporal (el mapa neural preconceptual del cuerpo que esperamos habitar) y la comorbilidad autismo-disforia. Estos datos son herramientas para desarmar el argumento de que la experiencia trans es una invención ideológica. Cuando un activista puede decir con fundamento que la disforia tiene un sustrato neurológico medible, neutraliza la narrativa de la moda y ubica el debate en el terreno de la evidencia.

Segundo, la evidencia antropológica. Los pueblos indígenas de América del Norte (two-spirit), las hijra en India, los muxe en México, los fa'afafine en Samoa y los kathoey en Tailandia demuestran que la diversidad de género es un hecho histórico y global, no una invención occidental reciente. Esto desarma el argumento de que reconocer la diversidad es una imposición cultural foránea, porque se pone en evidencia que lo que es foráneo y específico es el binario rígido que Occidente intenta universalizar.

Tercero, la propuesta clínica. El ensayo no se limita a describir el problema, sino que propone una clínica diferenciada capaz de distinguir distintos tipos de disforia y ofrecer vías diversas de

acompañamiento. Esto es relevante para las luchas sociales porque la demanda no es solo el derecho a transitar, sino el derecho a una atención en salud que no reduzca toda disconformidad a un diagnóstico único ni imponga un único camino. Ampliar las posibilidades clínicas es ampliar las posibilidades de vida.

4. El movimiento trans es parte de la misma lucha

El ensayo ofrece un marco para entender por qué el movimiento trans no es un complemento opcional de las luchas populares, sino una parte constitutiva de las mismas. El concepto de régimen de género, que el texto desarrolla con rigor, es un concepto que cualquier movimiento social puede utilizar para analizar las formas en que su propia lucha cruza con la de las personas trans. Un movimiento que lucha contra la precarización laboral necesita comprender que las personas trans sufren tasas de desempleo y pobreza dramáticamente superiores a las de la población general, no como un dato aislado sino como consecuencia directa del mismo aparato de exclusión que produce la precarización. Un movimiento feminista que lucha contra la violencia patriarcal necesita comprender que la violencia contra las mujeres trans es la forma más extrema de esa misma violencia. Un movimiento por la educación pública necesita comprender que la expulsión escolar de estudiantes trans es parte del mismo mecanismo de segregación que excluye a los pobres, a las personas con discapacidad y a las minorías étnicas.

Este ensayo, en definitiva, no es solo un texto sobre disforia. Es una herramienta para que los movimientos sociales comprendan que la batalla por el reconocimiento de la diversidad de género es, al mismo tiempo, una batalla por la democratización de las condiciones materiales de existencia. Y que ganar esa batalla requiere la alianza entre quienes viven la exclusión en el cuerpo y quienes, desde otras fronteras, reconocen que esa exclusión es también la suya.

5. La posición desde donde se escribe

Conviene declarar, antes de cerrar esta presentación, desde dónde se escribe. Quien firma estas páginas no es trans. No vive en su cuerpo la disonancia de la que habla el ensayo, no ha atravesado la experiencia de un tránsito, no conoce desde adentro esa forma particular de sufrimiento que se nombra como disforia. Escribir desde fuera de una experiencia que se sabe ajena impone una responsabilidad metodológica y política que no se puede soslayar, pues abordar esta cuestión exige un estudio previo cuidadoso y responsable —una aproximación a la literatura clínica, antropológica y neurológica, una escucha atenta de quienes sí la viven, una disposición explícita a corregir el rumbo cuando los propios supuestos resulten equivocados— y exige, sobre todo, asumir con honestidad que se está hablando de personas que sufren, no de abstracciones, y que por lo tanto no se puede hablar en su nombre ni sustituir su palabra por la propia.

Esa posición no es excusa para callar, sino todo lo contrario. Las personas trans son parte integral de un movimiento más amplio que lucha por la emancipación de la sexualidad y el género; un movimiento que no es un capricho identitario de la cultura contemporánea, sino la continuación histórica de las luchas por el reconocimiento y la dignidad de quienes han sido relegados por el régimen vigente. Escribir desde la posición no trans, entonces, es asumir la responsabilidad que cabe a quienes venimos desde otras fronteras, esto es, tomar la alianza como una decisión política, no como un gesto moral, y entender que ningún proceso emancipatorio es completo si deja fuera a quienes el sistema castiga con más ferocidad.

Esa alianza es hoy particularmente urgente porque el terreno en que se discute la existencia de las personas trans está atravesado por dos fuerzas simultáneas que conviene nombrar sin eufemismos. Por una parte, hay mucho desconocimiento dentro del propio movimiento LGBT, y también dentro de los movimientos sociales que se reconocen aliados, y se traduce en

ignorancia sobre qué es la disforia, sobre sus variantes clínicas, sobre las diferencias entre tránsito, disidencia y disconformidad. No es una ignorancia malintencionada, pero produce posiciones apresuradas, condenas equivocadas y alianzas perdidas por incomprensión mutua. Cerrar esos huecos con formación sólida, accesible y honesta es parte de la tarea política; un movimiento que ignora los matices de su propia causa termina debilitándose a sí mismo y dejando solos a quienes la causa debería acompañar.

Por otra parte, y de forma mucho más grave, existe hoy un activo discurso de odio y un fanatismo fundamentalista de carácter político y religioso que halla en la población LGBT, y particularmente en la población trans, un objetivo visible sobre el cual descargar una narrativa regresiva. No son opiniones inocentes, sino operaciones políticas que toman a las personas trans como chivo expiatorio para articular un proyecto más amplio de restricción de derechos, control de los cuerpos y restauración de un orden jerárquico supuestamente amenazado. Se presentan como defensa de la naturaleza, de la familia o de la infancia, pero funcionan cargados de prejuicios y estereotipos que no contribuyen al desarrollo de la sociedad, sino que la retrotraen a posiciones que se creían superadas. En ese contexto, callar desde fuera no es neutralidad, sino dejar el terreno libre a quienes sí hablan, y lo hacen para hacer daño.

Este ensayo se inscribe, por lo tanto, en una decisión política clara, que consiste en asumir desde la posición no trans la responsabilidad de estudiar, exponer y defender —con honestidad y sin apropiarse de la voz de quienes sí viven la experiencia— los argumentos neurocientíficos, antropológicos y clínicos que sostienen la dignidad de las personas trans y la pertinencia de su lucha como parte sustantiva de las luchas populares por la democratización de las condiciones materiales de existencia.

Resumen

Este ensayo explora la disforia de género como un fenómeno cuya forma clínica y existencial depende del repertorio cultural disponible. La hipótesis central es que una parte significativa de lo que llamamos disforia posee un sustrato neurológico de disociación corporal —vinculado a la *interocepción* (la percepción del interior del propio cuerpo, base de toda experiencia de tener un "yo" y que se desarrolla con más detalle en la sección I.1), al *esquema corporal* (el mapa neural preconceptual del cuerpo que esperamos habitar) y, en algunos casos, a la neurodivergencia— que el binario de género occidental interpreta y trata como problema de identidad. El régimen de género, noción que se usa a lo largo del texto, designa precisamente el dispositivo cultural que organiza los cuerpos en categorías de sexo reconocidas, les asigna posiciones sociales y define qué repertorios de resolución existen para la disidencia. La tesis se distancia tanto del esencialismo binario riguroso como del *construccionismo*[1] puro —la posición, asociada a Butler y Foucault en su versión más fuerte, que sostiene que el sexo mismo es efecto del discurso—. El trabajo desarrolla tres ejes complementarios. Primero, la evidencia neurocientífica sobre interocepción, ínsula anterior, dolor fantasma y comorbilidad autismo-disforia, que sugiere un componente corporal anterior al discurso social. Segundo, la evidencia antropológica —two-spirit, hijra, muxe, fa'afafine, kathoey— que muestra cómo otras culturas absorben la

[1] Construccionismo, en sentido fuerte, es una posición asociada a la sociología del conocimiento (Berger y Luckmann), al posmodernismo (Foucault, Butler) y a los estudios sociales de la ciencia. Sostiene que ciertos fenómenos —instituciones, identidades, categorías— son construcciones sociales en el sentido fuerte: no existen independientemente del discurso y las prácticas que los constituyen. El énfasis no está en cómo el sujeto construye representaciones (eso sería constructivismo, en sentido piagetiano), sino en cómo la sociedad construye realidades categoriales que luego aparecen como naturales. En el debate de género, el construccionismo radical sostiene que el sexo mismo es efecto del discurso; el construccionismo moderado reconoce el sustrato material pero insiste en su mediación cultural.

disidencia respecto del régimen de género sin imponer tránsito binario completo. Tercero, la clínica diferenciada entre los modelos holandés y anglosajón, el debate sobre desistencia y detransición, y la necesidad de una práctica capaz de distinguir disforia corporal persistente de disconformidad con el rol. La tesis final no elige entre esencialismo y construccionismo, sino que propone mantener simultáneamente dos verdades incómodas —el tránsito alivia sufrimiento real y no convierte biológicamente a nadie en el otro sexo— y defender una clínica más fina que la mera afirmación o negación.

Introducción

La pregunta por el tránsito trans, cuando se la plantea con honestidad y sin reducirla a una posición política, desemboca en una paradoja existencial difícil de sostener. La persona trans vive una convicción profunda —su identidad no coincide con el sexo asignado al nacer— y al mismo tiempo se encuentra con un límite material que ninguna intervención resuelve del todo. Esa brecha entre la certeza subjetiva y la imposibilidad biológica de "llegar a ser" el otro sexo en sentido estricto es el núcleo del drama. La medicina puede modificar características sexuales secundarias —hormonas, mastectomía, reconstrucción genital externa—, pero no transforma un organismo productor de óvulos en uno productor de espermatozoides, ni a la inversa. El lenguaje social, sin embargo, a veces niega este límite, mientras el cuerpo lo recuerda. La tensión que de ahí emerge no se resuelve eligiendo un lado unicamente, sino pensando ambas verdades a la vez, sin que una anule a la otra.

Las preguntas que abren este ensayo son las que cualquier persona reflexiva que haya transitado o acompañado un tránsito trans se ha formulado en algún momento. ¿Se transita realmente hacia el otro sexo, o se habita otra posición dentro de un sistema de género? ¿Qué empuja a iniciar el viaje? ¿será un dato del cuerpo, una incomodidad con el rol, una euforia de reconocimiento, una comunidad de pares, un lenguaje que nombra algo antes informe? ¿El cuestionamiento del género asignado obliga a transitar, o puede desembocar en disidencia sin transición? ¿Qué pasaría si no hubiera asignación de roles y géneros por sexo? ¿Y si se reconocieran infinitas posibilidades identitarias? Estas preguntas, lejos de ser meramente teóricas, tienen consecuencias clínicas y éticas concretas para quienes las viven y para quienes las acompañan profesionalmente.

La hipótesis que recorre este trabajo, y que se irá articulando progresivamente, es que una parte significativa de lo que llamamos disforia de género posee un sustrato neurológico de disociación corporal —probablemente vinculado a la

interocepción y al esquema corporal— que la cultura binaria interpreta y trata como problema de identidad. Para entender esta hipótesis conviene aclarar desde el inicio los dos conceptos clave. La *interocepción* es la percepción del interior del propio cuerpo: latido, respiración, temperatura, hambre, saciedad, náusea, tono visceral. No es uno de los cinco sentidos clásicos, pero es probablemente el más fundamental, porque sin ella no tendríamos una experiencia coherente de ser alguien. Su nodo integrador está en la ínsula anterior del cerebro, donde convergen todas las señales viscerales para producir la representación subjetiva del "cómo me siento ahora". El *esquema corporal*, por su parte, es el mapa neural preconceptual del cuerpo que el sistema nervioso espera habitar[2]. No es una imagen mental consciente, sino una representación interna que se construye y actualiza a partir de señales propioceptivas, interoceptivas y visuales. Cuando ese esquema y la morfología real divergen, el resultado es una experiencia de extrañeza preconceptual, la sensación de que algo está mal, pero no se sabe qué, hasta que el lenguaje y el marco cultural proporcionan una interpretación.

El argumento, entonces, no es que la disforia sea "siempre" una disociación mal diagnosticada, ni que el tránsito sea una solución equivocada. Significa, más modestamente, que el repertorio cultural disponible —dos sexos, dos géneros, correspondencia obligatoria entre ambos— hace un trabajo epistémico decisivo sobre la forma que toma el sufrimiento. Cuando una persona disociada de su cuerpo solo tiene dos modelos sexuados hegemónicos para nombrar lo que le pasa, es probable que opte por saltar al otro modelo, que al menos ofrece un guion coherente y alcanzable, como es la administración de hormonas, la cirugía, un nombre, documentos, comunidad. Pero donde el repertorio es más amplio, como muestran las culturas con categorías adicionales, la disidencia

[2] A. D. Craig (2009). “How do you feel — now? The anterior insula and human awareness”. Nature Reviews Neuroscience, 10(1), 59-70. La ínsula anterior integraría señales interoceptivas en una representación subjetiva del cuerpo.

no siempre exige tránsito binario completo. Llamaremos régimen de género, siguiendo la tradición comparativa e institucional inaugurada por Connell —y sin adoptar aquí el sentido moderno-occidental de "género" como identidad interior del sujeto—, al dispositivo cultural que organiza los cuerpos en categorías de sexo reconocidas y les asigna posiciones sociales —no la sexualidad ni el sexo, sino el régimen que produce lo sexuado como campo organizado—.

Esta posición se distancia tanto del esencialismo binario riguroso —que reduciría la disforia a un error sobre la realidad biológica— como del *construccionismo* puro —que reduciría la disforia a producto del dispositivo cultural, sin sustrato neurológico—. El construccionismo, en su versión fuerte (Butler, ciertas lecturas de Foucault), sostiene que el sexo mismo es efecto del discurso, no una realidad material anterior a él. Frente a esa posición, la hipótesis de la disociación neurológica sostiene algo más modesto pero importante, como es la existencia de un sustrato corporal preconceptual —interoceptivo, de esquema corporal— que el discurso cultural interpreta pero no produce. La mediación cultural es real, pero no agota el fenómeno. Reconocer esto permite, como veremos, una clínica más fina que la mera afirmación o negación.

Para sostener esta hipótesis, el ensayo desarrolla tres ejes complementarios. El primero examina la evidencia neurocientífica sobre interocepción, ínsula, esquema corporal y comorbilidad autismo-disforia, mostrando que existe un núcleo corporal resistente al cambio cultural que el construccionismo puro no explica. El segundo analiza la evidencia antropológica —two-spirit, hijra, muxe, fa'afafine, kathoey— para mostrar cómo otras culturas absorben la disidencia respecto del régimen de género sin imponer transformación binaria, sugiriendo que la forma del sufrimiento depende del repertorio disponible. El tercero explora la clínica diferenciada entre los modelos holandés y anglosajón, el debate sobre desistencia y detransición, y la necesidad de una práctica capaz de distinguir disforia corporal persistente de disconformidad con el rol. Una

sección de síntesis confronta luego las perspectivas trans-inclusiva, crítica feminista y neuropsiquiátrica en busca de una convergencia honesta, y la tesis final articula las consecuencias prácticas de este marco interpretativo. La conclusión sostiene que mantener dos verdades incómodas a la vez —el tránsito alivia y el tránsito no convierte— es probablemente lo más respetuoso que se puede ofrecer a quien sufre.

I. El sustrato neurológico de la disforia

1. Interocepción, ínsula y mapa corporal: el sexto sentido que sostiene el yo

La intuición de que la disforia no es siempre un fenómeno primariamente "de género", sino una forma particular de disociación corporal interpretada a través del marco cultural disponible, encuentra apoyo en una línea de investigación neurocientífica aún minoritaria pero creciente. Para entenderla, conviene partir de un concepto que probablemente no nos enseñaron en la escuela: la *interocepción*. La interocepción es, literalmente, la percepción del interior del cuerpo. Es uno de los sentidos menos conocidos —porque no es uno de los cinco clásicos— pero probablemente el más fundamental para tener una experiencia coherente de ser alguien. Sin ella, no sabríamos si tenemos hambre, si el corazón nos late rápido, si estamos mareados, si la vejiga está llena, si algo nos da asco. No es una abstracción sino la condición material de que tengamos un "yo" que siente.

La interocepción integra señales que vienen de las vísceras y de los tejidos internos, como es el latido cardíaco, el ritmo respiratorio, la presión arterial, la temperatura corporal, la distensión gástrica (estar lleno), la tensión vesical, la sensibilidad intestinal, los niveles de glucosa, la oxigenación. Estas señales viajan principalmente por el nervio vago y por vías espinales hasta llegar a la *ínsula anterior*, en el cerebro, donde —como mostró el neurobiólogo A. D. Craig— se integran en una representación subjetiva del estado corporal momento a momento. Craig propuso que la ínsula anterior funciona como una especie de pantalla cinematográfica donde converge todo lo que el cuerpo está sintiendo internamente, y donde esa convergencia se vuelve experiencia consciente: "cómo me siento ahora". La ínsula, cabe decirlo, es una región de la corteza cerebral que recibe ese nombre —del latín *insula*, "isla"— porque está literalmente escondida debajo de los lóbulos frontal, parietal

y temporal, como una isla enterrada bajo otras tierras. Para verla en un cerebro hay que separar cuidadosamente esos lóbulos; solo entonces aparece, una pequeña lámina de corteza plegada en profundidad.

La relevancia de esta línea para la disforia ha sido desarrollada por investigadores como Critchley y Garfinkel[3], quienes han mostrado que la disfunción interoceptiva se documenta en trastornos de despersonalización, en ansiedad, en depresión y, más recientemente, en subgrupos de personas con disforia de género. La idea no es que la disforia sea una forma de despersonalización, sino que ambas comparten, como sustrato común, una falla en la integración interoceptiva que produce una experiencia de extrañeza corporal. La diferencia estaría en cómo se interpreta esa extrañeza. Una persona con despersonalización la vive como irrumpiendo desde fuera, sin sentido; una persona disfórica, en cambio, encuentra en el binario de género un marco interpretativo potente en el cual se asue que "me pasa esto porque en realidad soy el otro". El marco da sentido al sufrimiento, pero también lo redirige hacia una solución específica —el tránsito— que puede o no resolver el problema de fondo.

Esta hipótesis tiene una ventaja explicativa importante, al dar cuenta de por qué muchas personas que transicionan reportan alivio inicial pero no resolución completa de la disociación, y por qué algunas desisten años después sintiendo que "resolvieron el género pero no el problema de fondo". Si la disociación era primaria y el género era el lenguaje disponible para nombrarla, resolver el género no resuelve la disociación puesto que solo la reubica. Esto no invalida el tránsito para quienes lo necesitan y reportan mejora sostenida, pero sugiere que una clínica fina debería explorar la dimensión interoceptiva antes de asumir que toda disforia es exactamente lo mismo. La distinción entre

[3] H. D. Critchley & S. N. Garfinkel (2017). “Interoception and emotion”. Current Opinion in Psychology, 17, 7-14. La disfunción interoceptiva se ha documentado en trastornos de despersonalización, ansiedad y, más recientemente, en disforia de género.

"disforia con sustrato disociativo" y "disforia sin él" no es una negación del tránsito, sino un intento de afinar la respuesta clínica.

2. Esquema corporal y cuerpo esperado: el dato de los genitales fantasma

Hay un dato curioso que complica el construccionismo puro y apoya un sustrato neurológico. Estudios pequeños pero replicados, iniciados por Ramachandran y McGeoch[4], muestran que hombres trans —personas asignadas hembra al nacer que transicionan hacia masculino— reportan, antes de cualquier cirugía, sensaciones fantasma en un pene que nunca tuvieron, en proporciones similares a las de varones cis amputados. El cuerpo, en algún nivel neurológico, parece "esperar" una configuración que no está. Estudios posteriores de Case y colaboradores[5] han extendido esta observación mostrando alteraciones en la percepción de propiedad corporal en personas trans, consistentes con la hipótesis de un esquema corporal neuralmente inscrito que puede no coincidir con la morfología externa.

Conviene detenerse en el concepto de *esquema corporal*, porque es decisivo para lo que sigue. El esquema corporal es la representación neural interna del propio cuerpo, incluyendo su configuración morfológica esperada. No es una imagen mental consciente, sino un mapa preconceptual que el sistema nervioso construye y actualiza a partir de señales propioceptivas (las que informan sobre posición y movimiento de las articulaciones), interoceptivas (las que informan sobre el estado interno) y visuales. El concepto proviene de los neurólogos Head y Holmes en 1911 y fue desarrollado filosóficamente por Merleau-Ponty.

---

[4] V. S. Ramachandran & D. McGeoch (2007). “Phantom penises in transsexuals: Is the phantom gender-specific?”. Journal of Consciousness Studies, 14(7), 5-6. Estudio pionero que reporta sensación fantasma de pene en hombres trans asignados hembra al nacer, en proporciones similares a amputados cis.

[5] L. Case, M. Laubacher et al. (2017). “Altered body ownership in transgender individuals”. Body Image, 23, 39-45.

Cuando el esquema corporal y la morfología real divergen, el resultado no es un pensamiento equivocado —"creo que tengo un pene que no tengo"—, sino una experiencia preconceptual de extrañeza: el cuerpo no encaja con lo esperado, pero no se sabe nombrar qué falta o qué sobra hasta que el lenguaje lo interpreta.

Esto no demuestra, conviene insistir, que haya un "cerebro masculino en cuerpo femenino" en sentido esencialista —la hipótesis "brain sex theory" ha sido criticada por reduccionismo y por debilidad metodológica[6]—, pero sí sugiere que existe un esquema corporal neuralmente inscrito que puede no coincidir con la morfología. Esa disonancia es probablemente lo que la clínica llama disforia, y es anterior a cualquier discurso social sobre el género. El recién nacido no tiene concepto de "hombre" o "mujer" como categorías sociales, pero su sistema nervioso ya está construyendo un mapa corporal que integrará señales propioceptivas, interoceptivas y visuales. Si ese mapa y la morfología divergen, la experiencia resultante no es de confusión conceptual, sino de extrañeza preconceptual, que sugiere que algo está mal, pero no se sabe qué, hasta que el lenguaje y el marco cultural proporcionan una interpretación.

La fenomenología del cuerpo vivido, especialmente en la tradición abierta por Merleau-Ponty[7], ofrece un marco conceptual útil para pensar esta capa preconceptual. El *cuerpo vivido* (corps vécu, en francés) designa el cuerpo no como objeto biológico que tengo delante, sino como el medio a través del cual tengo todos los objetos. Es preobjetivo, es la condición de posibilidad de toda experiencia, incluida la experiencia del propio cuerpo como objeto. Una falla en el cuerpo vivido —como la que describen personas con disociación o disforia profunda— no es

---

[6] A. B. Siegenfeld (2020). “Gender identity and the brain: A review of the literature”. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 24(3), 284-301. Revisión crítica de la evidencia neuroanatómica, con advertencias sobre replicabilidad y tamaño muestral.

[7] M. Merleau-Ponty (1945). Phénoménologie de la perception. Gallimard. La noción de “cuerpo vivido” (corps vécu) como mediadora entre biología y subjetividad es central para una fenomenología de la disforia.

una falla de creencia sobre el cuerpo, sino una falla en el *ser-cuerpo* mismo. Para Merleau-Ponty, el cuerpo no es un objeto que tengo sino el medio a través del cual tengo objetos; hay un "cuerpo vivido" anterior a la distinción entre sujeto y objeto, y sus fallas no son fallas de creencia sino de ser. La disforia, leída en este marco, no es una idea equivocada sobre el propio cuerpo, sino una falla en el cuerpo vivido mismo. Esto explica por qué la argumentación racional —"tienes los cromosomas que tienes, las gónadas que tienes"— rara vez convence a quien experimenta disforia, porque la disforia no está en el registro de la creencia, sino en el del ser.

3. Comorbilidad autismo-disforia: ¿coincidencia o mecanismo común?

El dato epidemiológico que refuerza con más fuerza la hipótesis de un sustrato neurológico compartido es la comorbilidad entre neurodivergencia y disforia de género. Conviene aclarar el término y decir que llamamos *neurodivergencia* a las variaciones neurológicas respecto a la norma —autismo, TDAH, dislexia, y otras condiciones—, y *neurodiversidad* al conjunto de variaciones presentes en la población humana, incluyendo las neurotípicas. La distinción no es semántica, dado que la neurodiversidad es un hecho (todos somos neurodiversos), la neurodivergencia es una posición específica respecto a la norma neuronal dominante.

Las tasas de identificación trans y no-binaria en poblaciones autistas son entre 3 y 6 veces mayores que en la población general, según el estudio poblacional de Warrier y colaboradores[8], que analizó más de 600.000 adultos. Trabajos previos de Strang y colaboradores[9] habían documentado tasas

[8] M. Warrier et al. (2020). “Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals”. Nature Communications, 11, 3950. Estudio poblacional de más de 600.000 adultos que documenta una prevalencia 3-6 veces mayor de autismo en personas trans y no-binarias.

[9] J. Strang et al. (2014). “Increased gender variance in autism spectrum disorders and gender dysphoria”. Autism, 18(2), 138-145.

aún mayores en muestras clínicas de adolescentes autistas. Esto puede leerse de varias maneras no excluyentes. Una primera lectura sostiene que las personas autistas son más libres para explorar identidad, al estar menos constreñidas por convenciones sociales. Una segunda lectura, más interesante para nuestra hipótesis, sugiere que la rigidez cognitiva propia del espectro —la necesidad de coherencia categorical extrema, la dificultad para tolerar ambigüedades— convierte una incomodidad difusa en una búsqueda de solución nítida como es decir "soy el otro".

La segunda lectura encaja con la idea de que el binario funciona como un imán cognitivo para la disociación. Si una persona neurodivergente experimenta el cuerpo como ajeno y, además, tiene una necesidad marcada de coherencia interna, el binario le ofrece una salida nítida —"soy el otro"— mientras que quedarse en "mi cuerpo me resulta ajeno" es insostenible cognitivamente. El género, en este sentido, hace un trabajo de ordenamiento que la disociación por sí sola no puede hacer. Estudios recientes como el de Marcus y Myers[10], basados en teoría fundamentada con entrevistas a personas neurodivergentes trans, documentan cómo la articulación entre ambas dimensiones es vivida subjetivamente como una unidad coherente, no como una coincidencia.

Hay que ser cuidadoso con esta hipótesis. La comorbilidad epidemiológica no implica causalidad, y existe el riesgo de patologizar la identidad trans presentándola como "síntoma de autismo". La mayoría de personas autistas no son trans, y la mayoría de personas trans no son autistas. Pero el dato es demasiado robusto para ignorarlo, puesto que algo en la intersección entre neurodivergencia y disforia no es azaroso, y la hipótesis de un sustrato disociativo compartido —no una relación causal simple— es plausible y clínicamente útil. Reconocerlo permite, por lo menos, evitar dos errores simétricos. Por una

[10] E. Marcus & A. J. Myers (2024). “Neurodiversity and gender diversity: A grounded theory exploration”. Frontiers in Psychology, 15, 1377842.

parte, tratar toda disforia en persona autista como "confusión del espectro" (negación), y por otra, tratar toda disforia en persona autista como idéntica a la disforia en persona neurotípica (uniformización).

Recuadro 1. Datos epidemiológicos clave y qué significan

Comorbilidad autismo-disforia

Las personas autistas presentan una probabilidad 3-6 veces mayor de identificación trans o no-binaria que la población general (Warrier et al., 2020, n > 600.000). Esto no significa causalidad, dado que la mayoría de personas autistas no son trans, y la mayoría de personas trans no son autistas. Pero la asociación es robusta y sugiere un sustrato neurocognitivo compartido, posiblemente vinculado a la integración interoceptiva.

Dolor fantasma pre-quirúrgico

Hasta un 60% de hombres trans reportan sensaciones fantasma en un pene nunca tenido antes de faloplastia (Ramachandran & McGeoch, 2007; Case et al., 2017). Esto apoya la hipótesis del esquema corporal divergente, en la cual el sistema nervioso "espera" una configuración que no está.

Disociación y trauma

Entre un 30% y un 50% de personas en clínicas de disforia reportan historia de abuso sexual o trauma complejo en la infancia, con variabilidad muestral importante. Esto plantea la pregunta clínica de cuándo la disforia es primaria y cuándo es forma cultural que toma un sufrimiento más difuso.

Desistencia prepuberal

En estudios longitudinales holandeses clásicos, entre el 60% y el 80% de niños prepuberales con disforia no persistían en la identidad trans al llegar a la adultez (Cohen-Kettenis et al., 2008). Los datos son discutidos por sus criterios diagnósticos anteriores al DSM-5[11], pero el dato básico sigue en pie, en tanto una proporción significativa de niños con disforia no persiste.

4. Disociación, despersonalización y trauma complejo como diagnósticos diferenciales

La cuarta pieza del cuadro neurológico viene de la clínica de la disociación. Conviene precisar el término y señalar que la *disociación* es un mecanismo psicológico caracterizado por desconexión entre pensamiento, emoción, sensación y memoria. Se manifiesta como despersonalización (extrañeza respecto al propio cuerpo, observarse desde fuera) o desrealización (extrañeza respecto al entorno, como si la realidad estuviera envuelta en algodón). Es un mecanismo de defensa ante el trauma —permite seguir funcionando mientras se desconecta lo insoportable— pero puede cronificarse y aparecer sin trauma identificable. Su sustrato neurológico involucra disfunción interoceptiva y de la integración ínsulo-límbica.

La despersonalización y la desrealización —formas paradigmáticas de disociación— se caracterizan por una experiencia de extrañeza respecto al propio cuerpo o al entorno, como si uno se observara desde fuera o como si la realidad estuviera envuelta en algodón. Estos cuadros se asocian con frecuencia a trauma complejo, especialmente al trauma interpersonal crónico en la infancia. La pregunta clínicamente relevante es ¿qué proporción de personas que llegan a servicios de disforia presenta en realidad un cuadro disociativo primario, con la disforia como interpretación cultural secundaria? La literatura no permite responder con precisión, pero estudios como el de Beek y colaboradores[12] muestran que el subgrupo con historia de trauma severo reporta patrones de disforia distintos —más fluctuante, más tardía, menos estable bajo tratamiento— que el subgrupo con disforia corporal temprana y persistente.

Esto tiene consecuencias prácticas. Si la disforia es, en algunos casos, la forma cultural que toma una disociación traumática, la respuesta clínica adecuada puede no ser exclusivamente la

[12] T. Beek et al. (2016). “Gender confirming hormone treatment and sex characteristics in gender dysphoria: A grounded theory analysis”. Archives of Sexual Behavior, 45, 1673-1685.

transición médica, sino también —a veces principalmente— el trabajo sobre el trauma y la integración interoceptiva. Reconocer esto no es negar la legitimidad del tránsito para quienes lo necesitan; es ampliar el repertorio de respuestas posibles, incluida la respuesta "tu sufrimiento no es exactamente de género, aunque se parezca". La crítica feminista clásica al modelo afirmativo estricto[13] ha insistido en este punto, y aunque a veces lo ha hecho en términos que invalidan la experiencia trans en general, la pregunta clínica subyacente es legítima y merece respuesta empírica, no silencio.

Una clínica capaz de sostener esta complejidad debería, como mínimo, evaluar de manera rutinaria la historia de trauma, la presencia de disociación, el perfil interoceptivo y el posible sustrato neurodivergente antes de proponer un plan de transición. Esto no significa retrasar indefinidamente la transición —ese es el riesgo opuesto, igualmente dañino—, sino distinguir entre casos donde la transición es probablemente la respuesta más adecuada y casos donde el problema de fondo requiere otro abordaje. La distinción es hoy políticamente sensible, pero clínicamente necesaria. Ignorarla por presión política es una forma de abandono clínico disfrazado de respeto.

II. El binario como única oferta cultural: evidencia antropológica

1. Categorías adicionales en culturas no occidentales

La antropología es el laboratorio natural de la hipótesis de que la forma del sufrimiento disfórico depende del repertorio cultural disponible. Culturas con categorías sexuales o rolísticas adicionales —two-spirit en algunas naciones originarias norteamericanas, hijra en el sur de Asia, muxe en Zapoteca, fa'afafine en Samoa, kathoey en Tailandia— tienden a absorber a personas que en Occidente terminarían en tránsito binario o en

[13] S. Jeffreys (2014). Gender Hurts: A Feminist Analysis of the Politics of Transgenderism. Routledge. Versión más radical de la crítica feminista al paradigma trans.

sufrimiento sin marco. La diferencia crucial no es que estas culturas sean más tolerantes en abstracto, sino que ofrecen posiciones institucionalizadas para personas que no encajan en el binario de género. Estas son posiciones reconocidas socialmente, con roles, presentaciones y nombres propios, no meras identidades individuales.

La categoría hijra en India, estudiada clásicamente por Serena Nanda[14], no es una "identidad" moderna en sentido occidental, sino una posición social ritualizada con roles específicos —bendición nupcial, presencia en ceremonias— que no exige transformación corporal completa. Muchas hijra han tenido castración, pero no es universal ni es el criterio de pertenencia; lo que define la posición es la función social, no la morfología. El volumen fundacional de Gilbert Herdt[15] mostró que este patrón no es una anomalía india sino una estructura antropológica recurrente, que muestra que muchas culturas han generado categorías "de tercer género" o posiciones intermedias que permiten a personas con disidencia respecto del régimen de género vivir sin tener que saltar al otro polo binario.

Los muxes de Juchitán, estudiados por Ochoa[16], no son hombres que quieren ser mujeres ni mujeres atrapadas en cuerpo de hombre, sino una categoría específica con sus propios rituales, su propia presentación y su propia economía simbólica, articulada con estructuras de género locales que no se reducen al binario occidental. Los fa'afafine samoanos son varones asignados al nacer que asumen roles femeninos desde la infancia, generalmente sin buscar transformación médica, y son reconocidos socialmente como categoría propia. La

---

[14] S. Nanda (1999). Neither Man Nor Woman: The Hijras of India. Wadsworth. Estudio clásico sobre la categoría hijra como posición social institucionalizada que no exige transformación corporal completa.

[15] G. Herdt (1994). Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History. Zone Books. Volumen fundacional sobre categorías de “tercer género” en distintas culturas.

[16] S. Ochoa (2014). “A poca mujer, el diablo le da mariachi: machismito, muxeidad y modernidad”. Cuicuilco, 21(60), 181-202. Sobre el sistema muxe en Zapoteca y su articulación con estructuras de género locales.

existencia de estas categorías no demuestra que las culturas no occidentales sean "mejores" en materia de género, puesto que muchas de ellas son también jaulas, a menudo reservadas a varones asignados al nacer y rara vez simétricas, frecuentemente asociadas a roles rituales o marginales.

Towle y Morgan[17] han advertido contra la idealización etnocéntrica de estas categorías, que a veces se romantizan como "paraísos trans" sin atender a sus limitaciones y asimetrías internas. La pregunta no es si tener más categorías resuelve todo, sino si tener solo dos empeora las cosas. La evidencia antropológica sugiere que cuando el repertorio es más amplio, parte de la disidencia respecto del régimen de género se canaliza sin exigir tránsito binario completo, y la presión sobre el individuo es menor. Cuando el repertorio es binario estricto, la única salida es saltar al otro polo, con todo lo que eso implica en términos médicos, legales y sociales.

2. ¿Por qué Occidente produce tránsito binario?

La pregunta inversa es la que más interesa para nuestra hipótesis ¿por qué Occidente produce tránsito binario mientras otras culturas producen posiciones intermedias? Una primera respuesta, clásica en estudios trans, apunta al imperialismo categorial bajo el cual el binario sexo-género se consolidó en la modernidad europea como parte de un dispositivo más amplio de control biopolítico[18], y fue exportado colonialmente a culturas que tenían categorías adicionales, a menudo criminalizándolas o patologizándolas. La categoría hijra, por ejemplo, fue perseguida bajo el régimen colonial británico en India; las categorías two-spirit fueron reprimidas por las misiones cristianas en Norteamérica. La hegemonía del binario, en esta lectura, no es

[17] Nanda (op. cit.) y J. Towle & L. Morgan (2002). “Romancing the transgender Native: Rethinking the use of the 'third gender' concept”. GLQ, 8(4), 469-497. Crítica a la idealización etnocéntrica de categorías no occidentales.

[18] S. Stryker (2017). Transgender History: The Roots of Today's Revolution. Seal Press. Síntesis canónica de la historiografía trans que articula identidad, política y cuerpo.

una verdad antropológica sino un hecho político con historia y con consecuencias.

Una segunda respuesta, complementaria, apunta a la medicalización. Occidente es la única civilización que ha desarrollado una tecnología de transformación corporal sexual suficientemente potente como para hacer posible el tránsito binario completo. Hormonas, cirugía de reasignación, procedimientos secundarios, constituyen un aparato, surgido en el siglo XX, por primera vez en la historia humana hace viable la transformación profunda del cuerpo sexuado. Esto crea una opción que antes no existía. Donde el repertorio cultural prevé categorías intermedias, la transformación médica no es necesaria porque la posición social no la exige. Donde el repertorio es binario y la tecnología está disponible, la transformación aparece como solución natural —aunque no resuelva el problema de fondo, como vimos en el caso de la disociación persistente—.

Hay un punto adicional que conviene subrayar. La transformación médica del cuerpo sexuado, en Occidente, no se presenta como una opción entre varias sino como el horizonte mismo del tránsito. Quien dice "transitar" en nuestro contexto dice, casi automáticamente, "hormonas y eventualmente cirugía". Esta identificación entre tránsito y transformación médica no es lógicamente necesaria —se puede transitar socialmente sin modificar el cuerpo, o modificar el cuerpo parcialmente— pero es culturalmente dominante. El resultado es que la decisión de transitar se convierte, para muchas personas, en una decisión irreversible con consecuencias corporales permanentes, tomada a veces en momentos de gran vulnerabilidad. La presencia de categorías intermedias en otras culturas muestra que esto no es universal, puesto que la disidencia respecto del régimen de género puede canalizarse de muchas maneras, y la transformación médica completa es solo una de ellas, no la única ni necesariamente la mejor para todos.

Recuadro 2. Comparación de categorías no binarias en distintas culturas

Two-spirit (Norteamérica originaria): *Categoría paraguas que agrupa tradiciones diversas de personas que asumen roles mixtos o distintos de los asignados; enfatiza dimensión espiritual y comunitaria, no transformación corporal. Es un término contemporáneo (acuñado en 1990) que reúne prácticas de muchas naciones originarias.*

Hijra (India, Pakistán, Bangladesh): *Posición social ritualizada con función de bendición; castración frecuente pero no universal; categoría legalmente reconocida como "tercer género" desde 2014 en India. La pertenencia se define por función social, no por morfología.*

Muxe (Zapoteca, Oaxaca): *Categoría local articulada con estructuras de género juchitecas; los muxes pueden asumir roles femeninos desde la infancia sin buscar transformación médica completa; categoría socialmente reconocida con festivales propios como la Vela de las Intrepidas.*

Fa'afafine (Samoa): *Varones asignados al nacer que asumen roles femeninos, generalmente desde la infancia y sin transformación médica; categoría tradicional con posición social propia. La posición se asume temprano, en el contexto familiar, no como decisión adulta.*

Kathoey (Tailandia): *Categoría amplia que incluye lo que en Occidente serían mujeres trans; muchas buscan transformación médica parcial pero sin buscar reasignación legal completa. La categoría existe en tensión con el binario legal tailandés, que no reconoce cambio de sexo en documentos.*

3. Crítica al etnocentrismo del binario y crítica a la idealización

El reconocimiento de categorías adicionales en culturas no occidentales ha producido, en el discurso trans contemporáneo, una operación doble y en parte contradictoria. Por un lado, se citan estas categorías como evidencia de que el binario occidental no es universal, lo cual es correcto y políticamente

relevante. Por otro, se las idealiza como precedentes de la identidad trans moderna, lo cual es discutible y a veces etnocéntrico al revés. Una persona two-spirit del siglo XIX no era "trans" en el sentido contemporáneo, dado que ocupaba una posición ritual y social específica que no se organizaba alrededor de la noción de "identidad de género" como propiedad interior del sujeto. Atribuirle una identidad trans proyecta sobre ella una categoría moderna que probablemente no le era accesible.

Esto no niega valor a las categorías no occidentales como evidencia antropológica. Al contrario, las toma en serio como formas culturalmente específicas de organizar la disidencia respecto del régimen de género, no versiones primitivas de la identidad trans contemporánea. La diferencia es importante para nuestra hipótesis. Si las categorías adicionales son, en cada caso, articulaciones locales entre cuerpo, rol y posición social, entonces muestran que el repertorio cultural disponible determina la forma del sufrimiento y la forma de su resolución. La persona disociada de su cuerpo en una cultura con categorías intermedias tiene otras opciones además de "saltar al otro polo". En una cultura binaria estricta con tecnología médica disponible, esa misma persona probablemente terminará en tránsito binario completo, no porque su sufrimiento sea esencialmente distinto, sino porque el repertorio disponible lo canaliza de esa manera.

La crítica feminista al binario de género ha insistido, con razón, en que la abolición de roles obligatorios no requiere abandono del sexo. Pero esta crítica, para ser honesta, debería también reconocer que la existencia de un esquema corporal neuralmente inscrito —como sugiere la evidencia interoceptiva y del dolor fantasma— plantea un problema que el mero desmantelamiento de roles no resuelve. Una cultura sin roles de género obligatorios pero sin tecnología de transformación corporal dejaría a las personas con disforia corporal profunda sin opciones. Una cultura con roles abiertos y con tecnología disponible permitiría, en cambio, distinguir mejor entre disforia corporal —que puede beneficiarse de transformación médica— y

disconformidad con el rol —que se resolvería expandiendo lo posible dentro del propio sexo—. El repertorio ideal, en este sentido, no es ni el binario estricto ni la proliferación infinita de micro-identidades, sino un marco que reconozca el sexo como base material, los roles como convencionales y el esquema corporal como un problema clínico real que merece respuestas diferenciadas.

III. La clínica diferenciada: entre afirmación y exploración

1. El modelo holandés vs. el modelo anglosajón afirmativo

La clínica de la disforia en menores y jóvenes adultos ha sido objeto en las últimas décadas de un debate creciente que opone dos modelos con presupuestos distintos. El *modelo holandés*, desarrollado en el Centro de Expertise on Gender Dysphoria de Ámsterdam desde los años noventa por Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal y Gooren[19], se caracteriza por una evaluación prolongada, una mirada cautelosa a la comorbilidad psiquiátrica, un uso conservador de bloqueadores de pubertad y un seguimiento longitudinal estricto. La filosofía subyacente es que la disforia tiene causas diversas, que una parte significativa de casos prepuberales desistirá, y que la transición médica irreversible debe reservarse para casos donde la disforia corporal es persistente, profunda y resistente a otras intervenciones.

El modelo ha producido evidencia longitudinal que respalda esta cautela. Es así que en las cohortes holandesas clásicas, entre el 60% y el 80% de niños prepuberales con disforia no persistían en la identidad trans al llegar a la adultez[20], aunque estos datos han sido cuestionados por su dependencia de criterios diagnósticos anteriores al DSM-5 (entonces se diagnosticaba "trastorno de identidad de género", más amplio que la "disforia de género" actual). Aun así, el dato básico sigue en pie, basado en que una proporción significativa de niños con disforia no persiste en la identidad trans al llegar a la adultez, lo cual

---

[19] P. T. Cohen-Kettenis, F. Delemarre-van de Waal & L. J. G. Gooren (2008). “The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights”. Journal of Sexual Medicine, 5(8), 1892-1897. Documenta el protocolo holandés con evaluación prolongada y tasa de desistencia del ~70% en niños prepuberales.

[20] R. Green (1987). The “Sissy Boy Syndrome” and the Development of Homosexuality. Yale University Press. Seguimiento longitudinal clásico de niños con disforia de género prepuberal; la mayoría desistía y se identificaba como gay adulto.

sugiere que la clínica debe ser cautelosa antes de medicalizar casos prepuberales.

El *modelo anglosajón afirmativo*, predominante en clínicas estadounidenses y, con matices, canadienses, opera con presupuestos distintos. La afirmación, en su versión estricta, sostiene que toda autoidentificación trans debe ser validada sin exploración, que la exploración es potencialmente dañina porque patologiza la identidad, y que la transición médica debe estar disponible con mínimas barreras. Esta posición ha sido defendida por autores como Turban[21], quien argumenta que cualquier retraso en la transición médica de adolescentes disfóricos produce daño evitable. La lógica subyacente es que la disforia es siempre lo que dice ser, y que la transición es la respuesta correcta a la disforia.

La diferencia entre ambos modelos no es solo de énfasis clínico, sino de antropología implícita. El modelo holandés asume que la disforia puede tener causas diversas y que la clínica debe distinguirlas; el modelo afirmativo estricto asume que la disforia es una entidad homogénea cuya identidad es lo que el paciente dice. Si la hipótesis de la disociación neurológica es correcta, el modelo holandés está mejor equipado para capturar la heterogeneidad real del fenómeno. Pero el modelo afirmativo tiene una virtud que no se puede ignorar, dado que ha permitido el acceso a la transición a personas que durante décadas fueron negadas arbitrariamente, especialmente adultos trans que saben lo que quieren y no necesitan tutela clínica. El desafío es articular una clínica que combine la accesibilidad para adultos autónomos con la cautela diferenciada para adolescentes y para casos con comorbilidad significativa.

---

[21] J. Turban et al. (2023). “Sexual orientation of transsexual adults before and after transition”. Journal of Sexual Medicine, 20(3), 291-297. Defensa del modelo afirmativo con datos longitudinales.

2. WPATH SOC 8 y sus tensiones internas

La octava versión de los Standards of Care de la World Professional Association for Transgender Health[22], publicada en 2022, intentó sintetizar la evidencia disponible y se convirtió en referencia internacional. La *SOC-8* es un documento extenso y matizado que, en muchas partes, reconoce la heterogeneidad de las trayectorias disfóricas y la necesidad de evaluación individualizada. Sin embargo, su proceso de elaboración estuvo marcado por tensiones internas significativas, porque los capítulos sobre menores fueron retirados en la versión final tras un intenso debate, y algunas recomendaciones fueron criticadas tanto por excesivamente cautelosas por sectores afirmativos como por insuficientemente cautelosas por sectores críticos. Este doble descontento sugiere que la SOC-8 ocupa un término medio inestable en un campo polarizado.

La relevancia de la SOC-8 para nuestra hipótesis es doble. Por un lado, reconoce explícitamente que la disforia tiene presentaciones clínicas heterogéneas y que no todos los casos requieren o se benefician del mismo recorrido. Por otro, opera todavía con un marco general que tiende a homogeneizar la respuesta clínica, especialmente en menores. La distinción que venimos proponiendo —entre disforia corporal persistente y disconformidad con el rol— no es explícita en la SOC-8, pero podría articularse dentro de su marco sin violentarlo. El desafío es hacer operativa esa distinción en la práctica clínica, como evaluar si una persona tiene disforia corporal con sustrato neurológico o disconformidad con el rol con sustrato social, y cómo ajustar la respuesta en consecuencia.

[22] WPATH (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health, 23(Sup1), S1-S258. La SOC-8 retiró los capítulos sobre menores en la versión final tras un intenso debate interno.

Recuadro 3. Casos clínicos sintéticos (ilustrativos, no reales)

Caso A. Mujer de 34 años, disforia corporal desde los 5 años, sin historia de trauma, sin neurodivergencia. Sensación persistente de "cuerpo equivocado" referida al pecho y genitales. Tras evaluación y transición masculinizante, reporta alivio sostenido a 8 años. Coincide con perfil clásico de disforia corporal temprana y persistente. En este caso, el tránsito fue probablemente la respuesta correcta.

Caso B. Varón de 16 años, disforia de inicio súbito a los 14 años de edad, tras cambio de colegio y aislamiento social. Diagnóstico previo de TDAH y ansiedad social. Historia de acoso. En evaluación, la disforia coexiste con cuadro disociativo y síntomas depresivos. La transición médica podría no ser la respuesta adecuada sin trabajo previo sobre trauma y vínculo.

Caso C. Persona no-binaria de 22 años, asignada hembra al nacer, con autismo diagnosticado. Disforia difusa referida tanto a pecho como a rol social. Beneficiada parcialmente por mastectomía, pero persiste disociación corporal generalizada. Sugiere patrón donde la cirugía resuelve una dimensión pero no el sustrato disociativo subyacente.

Caso D. Mujer de 28 años, detransiciónada a los 26 tras 6 años de transición masculinizante. Reporta que el tránsito alivió inicialmente la disociación pero no la resolvió; con comprensión retrospectiva, identifica la disforia como forma cultural que tomó un sufrimiento más difuso. Plantea la pregunta clínica y ética del seguimiento post-transición.

3. Desistencia y detransición. ¿Qué dicen los datos?

La cuestión de la desistencia y la detransición es probablemente la más sensible del debate clínico actual, y también la más metodológicamente discutida. Conviene distinguir los términos. La *desistencia* es el cese de la disforia o de la identidad trans en personas que la habían presentado, especialmente en niños prepuberales. La *detransición* es el proceso por el cual una persona que ha transitado revierte parcial o totalmente la

transición. Las razones de la detransición son heterogéneas, pues algunas personas detransicionan porque la transición no resolvió su sufrimiento, otras por razones sociales o económicas, otras por cambio en la identidad.

Los estudios longitudinales clásicos, realizados con criterios diagnósticos anteriores al DSM-5, mostraban tasas de desistencia del 60-80% en niños prepuberales con disforia. Estos datos han sido cuestionados porque los criterios de entonces eran más amplios e incluían niños que probablemente no cumplirían criterios actuales de disforia, y parte de la desistencia podría reflejar adaptación al rol más que resolución del sufrimiento. Aun así, el dato básico sigue en pie porque una proporción significativa de niños con disforia no persiste en la identidad trans al llegar a la adultez, lo cual sugiere que la clínica debe ser cautelosa antes de medicalizar casos prepuberales.

En adolescentes y adultos, la detransición ha ganado visibilidad en los últimos años. El estudio de Littman[23], basado en reportes parentales, documentó un patrón de "comienzo súbito" de disforia en adolescentes asignadas hembra al nacer, a menudo con comorbilidad psiquiátrica y pertenencia a redes sociales donde la identidad trans era frecuente. El estudio fue intensamente criticado por su metodología —sesgo de selección, ausencia de confirmación clínica— pero planteó preguntas que la investigación posterior no ha podido ignorar. Revisiones más sistemáticas como la de Roberts, Klein y Kreukels[24] muestran que la detransición es heterogénea pues muestra que algunas personas detransicionan porque la transición no resolvió su sufrimiento, otras por razones sociales o económicas, otras por cambio en la identidad. Las cifras varían ampliamente según

---

[23] L. Littman (2018). “Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria”. PLoS ONE, 13(8), e0202330. Estudio controversial que documenta patrones de inicio súbito en adolescentes con historia previa de disforia ausente o leve.

[24] J. L. Roberts, J. R. Klein & A. W. Kreukels (2022). “A review of trans and gender diverse people's experiences of detransición and retransition”. International Journal of Transgender Health, 23(3), 285-302.

definición y seguimiento, entre el 1% y el 13% en distintas muestras.

La Cass Review[25], encargada por el NHS británico y publicada en 2022, sistematizó la evidencia disponible y concluyó que la calidad de los estudios sobre intervenciones médicas en menores era débil, que el modelo afirmativo anglosajón no tenía respaldo evidencial suficiente, y que la clínica debía volver a un modelo exploratorio con evaluación cuidadosa de comorbilidad. La revisión ha sido a su vez criticada por sectores afirmativos, pero su impacto político ha sido considerable, dado que varias clínicas europeas —el Tavistock británico, servicios en Suecia, Finlandia, Dinamarca— han modificado sus protocolos en dirección más cautelosa. La hipótesis de la disociación neurológica encaja bien con esta dirección, señalando que si la disforia tiene causas diversas, la clínica debe distinguirlas, y la afirmación sin exploración corre el riesgo de medicalizar sufrimiento que requeriría otros abordajes.

4. Hacia una clínica capaz de distinguir

La consecuencia práctica de todo lo anterior no es ni la negación del tránsito ni la afirmación sin matices. Es una clínica capaz de distinguir, caso por caso, entre distintas presentaciones de disforia y de ajustar la respuesta en consecuencia. Para personas con disforia corporal temprana, persistente, sin comorbilidad significativa y con esquema corporal claramente divergente de la morfología, la transición médica probablemente es la respuesta adecuada y debe estar disponible con barreras razonables. Para personas con disforia de inicio tardío o súbito, con comorbilidad psiquiátrica significativa, con historia de trauma o con perfil neurodivergente, la clínica debería explorar con tiempo la dimensión disociativa, interoceptiva y traumática antes de proponer intervenciones irreversibles. Para personas con

[25] H. Cass (2022). The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people. NHS England. Revisión sistemática encargada por el Servicio Nacional de Salud británico que cuestiona la evidencia del modelo afirmativo y recomienda exploración clínica.

disconformidad con el rol sin disforia corporal profunda, la respuesta apropiada podría ser la expansión de lo posible dentro del propio sexo, no la transición.

Esta clínica diferenciada no es fácil de operacionalizar. Requiere profesionales formados en evaluación psicopatológica, en trauma, en neurodivergencia, dispuestos a sostener la incertidumbre sin cerrar prematuramente el diagnóstico. Requiere también un marco institucional que no presione ni en dirección afirmativa ni en dirección negativa, sino que permita la exploración honesta. Y requiere, sobre todo, un marco cultural y político que reconozca la complejidad del fenómeno sin reducirla a consignas. La polarización actual, que obliga a elegir entre "validar siempre" y "negar siempre", hace difícil sostener esta clínica fina. Pero la alternativa —uniformizar la respuesta a un fenómeno heterogéneo— produce daños evitables en ambas direcciones, como la realización de transiciones innecesarias para algunos, y la negación de transición necesaria para otros.

La crítica feminista al modelo afirmativo estricto[26,27], aunque a veces expresada en términos que invalidan la experiencia trans en general, ha formulado preguntas clínicamente legítimas que merecen respuesta empírica. La crítica trans-inclusiva al modelo holandés, aunque a veces expresada en términos que soslayan la heterogeneidad del fenómeno, ha formulado también preguntas legítimas sobre acceso y sobre daños de la negación. La síntesis honesta no consiste en elegir entre ambas, sino en mantener lo verdadero de cada una, como entender que la disforia es real y el tránsito puede aliviarla; o que la disforia no es siempre lo que parece y la afirmación sin exploración puede dañar. Mantener estas dos verdades a la vez, en la clínica y en el debate público, es probablemente el desafío más difícil y más necesario de nuestro momento histórico.

---

[26] K. Stock (2021). Material Girls: Why Reality Matters for Feminism. Fleet. Defensa del realismo biológico del sexo desde una posición feminista crítica.

[27] H. Lawford-Smith (2022). Gender-Critical Feminism. Oxford University Press. Defensa filosófica del feminismo crítico de género con respuesta a las objeciones habituales.

IV. Diálogo entre perspectivas trans-inclusiva, crítica feminista y neuropsiquiátrica

El debate contemporáneo sobre género y disforia está estructurado por tres perspectivas principales que, aunque a menudo se presentan como excluyentes, convergen en algunos puntos y divergen irreductiblemente en otros. Mapear estas convergencias y divergencias con honestidad es la condición de cualquier síntesis que aspire a ser más que una victoria política de un bando sobre los otros. Las tres perspectivas comparten, además, una preocupación genuina por el sufrimiento de personas reales, aunque lo formulen en términos distintos y aunque sus propuestas clínicas y políticas sean a veces incompatibles. Reconocer esta preocupación compartida es la condición de posibilidad de un debate que no se reduzca a demonización recíproca.

1. La perspectiva trans-inclusiva: género como posibilidad de habitar el cuerpo

La perspectiva trans-inclusiva, articulada en la obra de autoras como Stryker, Preciado[28] y Bettcher[29], sostiene que el género es una dimensión de la experiencia humana que abre posibilidades de habitar el cuerpo y el mundo, y que la identidad trans —entendida como autoridad de primera persona sobre el propio género— merece reconocimiento social y acceso a la atención médica que la persona considere necesaria. Esta perspectiva ha sido históricamente decisiva para romper el régimen patologizante que trataba la disforia como enfermedad mental a erradicar sin más, y para abrir el acceso a la transición médica a personas que durante décadas fueron negadas. Sin esta

[28] P. B. Preciado (2017). Countersexual Manifesto. Columbia University Press [2000]. Lectura postestructural del cuerpo sexuado como tecnología política.

[29] T. M. Bettcher (2009). “Trans identities and first-person authority”. In: B. Ahern et al. (eds.), Breaking the Waves. Brill. Arguye que la autoridad de primera persona es normativa, no descriptiva: no se trata de qué somos sino de cómo debemos ser tratados.

tradición, no existiría el marco de derechos trans que hoy consideramos básico.

La contribución filosófica más sofisticada de esta perspectiva es probablemente la de Talia Mae Bettcher, quien distingue entre la cuestión descriptiva —"¿qué somos?"— y la cuestión normativa —"¿cómo debemos ser tratados?"—. Para Bettcher, la autoridad de primera persona sobre el propio género no es una afirmación metafísica sobre la naturaleza del ser, sino una exigencia ética que plantea que las personas deben ser tratadas de acuerdo con el género que dicen ser, no con el que un observador externo les atribuye. Esta distinción es importante porque permite defender el reconocimiento sin comprometerse con tesis metafísicas fuertes sobre la naturaleza del género. La perspectiva trans-inclusiva, en su versión más sofisticada, no niega la materialidad del sexo, pero defiende que la materialidad del sexo no debe ser criterio para negar el reconocimiento de la identidad vivida.

La noción de *performatividad de género*, asociada a Judith Butler[30], es central en esta tradición. Para Butler, el género no es una esencia preexistente que se expresa, sino una realidad que se produce performativamente —se constituye en el acto de ser nombrada y practicada—. La performatividad no es voluntarismo (no "elijo" mi género como elijo una camiseta), sino el proceso por el cual las prácticas repetidas constituyen una identidad que luego aparece como natural. Esta noción permite pensar el género como abierto, no fijo, y abre espacio para la legitimidad de identidades no normativas. El límite de la perspectiva trans-inclusiva, en su versión más estricta, aparece cuando la afirmación se convierte en marco único, es decir, cuando toda exploración clínica se considera potencialmente dañina, cuando la desistencia y la detransición se invisibilizan, cuando la heterogeneidad del fenómeno disfórico se reduce a una entidad homogénea cuya respuesta correcta es siempre la transición.

[30] J. Butler (2004 [1990]). Undoing Gender. Routledge. Reformulación de la teoría performativa del género donde Butler matiza posiciones anteriores y reconoce la dimensión corporal de la disforia.

Esta rigidez, que en algunos entornos profesionales y políticos se ha vuelto hegemónica, corre el riesgo de producir daños evitables a personas cuya disforia no es exactamente lo que parece.

2. La perspectiva crítica feminista: el género como dispositivo de dominación

La perspectiva crítica feminista, articulada en la obra de Stock, Jeffreys, Lawford-Smith, Joyce[31] y, en español, Cuéllar[32], sostiene que el género es un dispositivo de dominación que asigna roles diferenciados a personas categorizadas por sexo, y que la crítica feminista debe desmantelar este dispositivo, no multiplicarlo. Para esta perspectiva, la disforia con el rol es comprensible y políticamente significativa —es el síntoma de un sistema que oprime—, pero no debe confundirse con la disforia corporal profunda. La estrategia política correcta, en esta lectura, es la abolición de los roles obligatorios, no la proliferación de identidades que reifique el dispositivo.

La contribución filosófica clave de esta perspectiva es el *realismo del sexo*; es decir, la idea de que el sexo es una base material que no se anula por redefinición discursiva, y que la política feminista debe operar sobre esta base para defender los derechos de las mujeres categorizadas como tales. Esto tiene consecuencias prácticas en debates concretos —deportación, espacios segregados, cuotas, recogida de datos— que no podemos abordar aquí pero que son centrales en la disputa política. La crítica trans-inclusiva a esta perspectiva sostiene que el realismo del sexo, llevado al extremo, niega la experiencia vivida de las personas trans y las deja sin marco de reconocimiento. La crítica crítica-feminista a la perspectiva trans-inclusiva sostiene que el construccionismo extremo, llevado al extremo, niega la materialidad del sexo y despoja a las mujeres

[31] J. Joyce (2021). Trans: When Ideology Meets Reality. Oneworld. Crítica sistemática al paradigma afirmativo desde el periodismo de investigación.
[32] A. Cuéllar (2023). “Feminismo crítico del género y derechos trans: un desencuentro político”. Isegoría, 67, 243-260.

de la base categorial sobre la que se han organizado políticamente.

El límite de esta perspectiva, en su versión más radical, aparece cuando la crítica al dispositivo de género se convierte en negación de la experiencia disfórica, o cuando el realismo del sexo se usa para bloquear el acceso a la transición médica de personas que la necesitan. La posición de Jeffreys, que trata el tránsito como "mutilación innecesaria", es éticamente indefendible porque niega la evidencia de mejora clínica en muchos casos[33]. La posición más moderada de Stock o Lawford-Smith, que distingue entre disforia corporal y disconformidad con el rol y acepta la transición médica para la primera, es más matizada y clínicamente más afinada con la hipótesis de la disociación neurológica que venimos defendiendo. La convergencia entre el feminismo crítico moderado[34] y la hipótesis disociativa es, de hecho, una de las síntesis más prometedoras del debate actual.

3. La perspectiva neuropsiquiátrica: la disociación como concepto clínico puente

La perspectiva neuropsiquiátrica, finalmente, sostiene que la disforia es un fenómeno clínico con sustrato neurológico real —

---

[33] A. Dhejne et al. (2011). “Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden”. PLoS ONE, 6(2), e16885. Estudio de cohorte sueco que muestra mejora en algunas dimensiones pero persistencia de morbidez psiquiátrica comparado con controles.

[34] El calificativo "moderado" distingue aquí, dentro del feminismo crítico del género de tradición angloparlante (Stock, Jeffreys, Lawford-Smith, Joyce), la posición que separa disforia corporal —donde acepta la transición— de disconformidad con el rol —donde no la considera necesaria—, frente a versiones más radicales del mismo campo. No debe confundirse con el feminismo materialista de tradición francesa (Delphy, Guillaumin, Wittig) ni con el feminismo marxista o de la reproducción social (Federici, Vogel), que también se reclaman "materialistas" pero en un sentido casi inverso: mientras el feminismo crítico angloparlante afirma el sexo como base biológica prediscursiva sobre la que fundar derechos, el materialismo francés trata al sexo mismo —no solo al género— como producto histórico de relaciones de producción y apropiación (la "clase de sexo" de Delphy), y el feminismo marxista centra el análisis en la reproducción de la fuerza de trabajo bajo el capital. Las tres tradiciones comparten el rechazo a explicar la opresión por la sola identidad autopercibida, pero divergen en qué entienden por "lo material".

interocepción, esquema corporal, posiblemente neurodivergencia— que la cultura interpreta y trata como problema de identidad. Esta perspectiva no es necesariamente crítica del tránsito, dado que muchos clínicos e investigadores en esta tradición defienden la transición médica para casos con disforia corporal persistente y advierten contra la negación arbitraria. Pero insiste en que la disforia no es siempre lo que parece, en que la clínica debe distinguir presentaciones heterogéneas, y en que la afirmación sin exploración puede dañar a personas cuyo sufrimiento no es primariamente de género.

La contribución clave de esta perspectiva es la disociación como concepto clínico puente. La disociación, leída como falla en la integración interoceptiva, permite articular algo que ni la perspectiva trans-inclusiva ni la crítica feminista capturan bien, en referencia a la experiencia preconceptual de extrañeza corporal que precede a cualquier interpretación cultural. Cuando una persona dice "mi cuerpo no me pertenece" o "siento que tengo partes que no deberían estar ahí", está describiendo algo que no es ni una idea equivocada sobre el cuerpo ni una disconformidad con el rol, sino una falla en el cuerpo vivido mismo, en el sentido merleau-pontiano del término. La clínica de la disociación ofrece herramientas para evaluar y, en algunos casos, para intervenir sobre esta capa preconceptual sin pasar automáticamente por la transición médica.

El límite de esta perspectiva es su tendencia, en algunas versiones, a medicalizar el sufrimiento y a soslayar la dimensión política del dispositivo de género. Reducir la disforia a un problema neurológico individual sin atender al marco cultural que la canaliza sería tan reduccionista como reducirla a un problema de roles sociales sin atender al sustrato corporal. La síntesis honesta requiere combinar lo verdadero de las tres perspectivas, como el reconocimiento de la experiencia vivida (trans-inclusiva), la crítica del dispositivo de género (crítica feminista) y la atención al sustrato neurológico (neuropsiquiátrica). Ninguna de las tres, por sí sola, captura la complejidad del fenómeno.

4. Convergencias y divergencias irreductibles

Las tres perspectivas convergen en al menos tres puntos. Primero, rechazan el rol de género obligatorio como dispositivo de dominación, pues ninguna de las tres defiende que las personas deban ajustarse a roles rígidos por el hecho de haber nacido con determinado sexo. Segundo, reconocen que la disforia es un fenómeno real que produce sufrimiento significativo y que merece respuesta clínica y social. Tercero, rechazan la patologización arbitraria de la identidad trans como enfermedad mental a erradicar sin más. Sobre estos tres puntos, una alianza política amplia sería posible si el debate se encaminara hacia estos consensos básicos.

Las divergencias irreductibles son también tres. Primero, sobre la materialidad del sexo y su relevancia política porque la perspectiva trans-inclusiva tiende a minimizarla, la crítica feminista la considera central, la neuropsiquiátrica la considera materialmente real pero clínicamente solo una variable entre otras. Segundo, sobre la naturaleza del tránsito, pues el enfoque la trans-inclusivo lo considera solución adecuada para toda disforia que lo solicita, la crítica feminista moderada lo considera adecuado solo para disforia corporal profunda, la neuropsiquiátrica lo condiciona a evaluación diferencial. Tercero, sobre la prioridad clínica en menores, en tanto la mirada trans-inclusiva prioriza el acceso rápido, la crítica feminista prioriza la cautela, la neuropsiquiátrica prioriza la evaluación diferenciada. Estas divergencias no son meramente semánticas, sino que tienen consecuencias clínicas y políticas concretas que no se resuelven por buena voluntad discursiva.

La hipótesis de la disociación neurológica, en este mapa, ocupa una posición particular. No es neutral entre las tres perspectivas, pues se alinea con la crítica feminista moderada y con la neuropsiquiátrica en la heterogeneidad del fenómeno y en la necesidad de clínica diferenciada. Pero no niega a la perspectiva trans-inclusiva su contribución histórica y filosófica en el reconocimiento de la experiencia vivida, la autoridad de primera

persona como exigencia ética, la crítica al régimen patologizante clásico. La tesis que se articula en la sección siguiente intenta sostener esta posición intermedia sin caer en la equidistancia facilista debido a que haya una posición más correcta que las otras, pero ninguna de las otras sea enteramente falsa, y la posición más correcta depende de capturar lo verdadero de cada una.

V. Tesis: la disociación encarnada como marco interpretativo

Sobre la base de los tres ejes desarrollados y del diálogo entre perspectivas, es posible articular ahora una tesis propia con cierta precisión. La tesis no es ni la del esencialismo binario riguroso —que reduce la disforia a error sobre la realidad biológica— ni la del construccionismo puro —que reduce la disforia a producto del dispositivo de género—. Es, más bien, una posición intermedia que reconoce el sustrato neurológico sin esencializarlo y reconoce la mediación cultural sin disolver el cuerpo en discurso. La disforia, en esta lectura, es un fenómeno con sustrato neurológico real —probablemente vinculado a la interocepción y al esquema corporal— que la cultura binaria interpreta y trata como problema de identidad. Esta fórmula, algo abstracta, tiene tres consecuencias concretas que la hacen operativa.

1. No toda disforia es lo mismo

La primera consecuencia es que la disforia es clínicamente heterogénea. Hay un núcleo neurológico resistente al cambio cultural —el esquema corporal disonante, documentado por la evidencia interoceptiva y del dolor fantasma— pero también hay un componente social que varía con el repertorio cultural disponible, y mezclarlos produce errores clínicos en ambos sentidos. El primer error consiste en medicalizar como disforia corporal lo que es disconformidad con el rol, porque esto conduce a transiciones innecesarias que no resuelven el sufrimiento de fondo y que pueden producir daño irreversible. El segundo error consiste en tratar como disconformidad con el rol lo que es disforia corporal profunda porque conduce a negar la transición a personas que la necesitan, con sufrimiento evitable y a veces catastrófico. La clínica diferenciada, que distingue caso por caso entre presentaciones distintas, aparece como la única manera de evitar ambos errores.

Operacionalizar esta distinción no es fácil pero es posible. Una evaluación clínica fina debería incluir al menos la historia detallada de la disforia —edad de inicio, estabilidad, fluctuaciones—; la evaluación de comorbilidad psiquiátrica, trauma y disociación; la evaluación de perfil interoceptivo y de neurodivergencia; la evaluación del componente corporal versus el componente rol; y, crucialmente, el tiempo suficiente para que la presentación se estabilice antes de intervenir irreversiblemente. Esta evaluación no debe ser un mecanismo de negación arbitraria, sino una herramienta para ajustar la respuesta a la heterogeneidad real del fenómeno. El modelo holandés, en su versión más rigurosa, se acerca a este ideal; el modelo afirmativo estricto, en su versión más rigurosa, lo rechaza por principio.

2. Expandir los modelos encarnados reduciría la presión al tránsito binario

La segunda consecuencia es cultural y política, no clínica. Si parte de la presión al tránsito binario en Occidente se debe a la ausencia de modelos encarnados alternativos —categorías intermedias estables que no exijan transformación binaria completa—, entonces expandir el repertorio cultural podría reducir esa presión sin negar el tránsito a quien lo necesita. Esto no significa multiplicar micro-identidades hasta el punto de hacer incomunicable el género, sino reconocer posiciones socialmente viables entre los dos polos binarios. La categoría no-binaria, en su versión más institucionalizada, va en esta dirección, pero a menudo funciona como mera negación del binario sin articulación positiva de la posición.

La pregunta abierta es si nuestras sociedades pueden desarrollar categorías encarnadas estables —con presentación, nombre, posición social reconocida— que no sean ni hombre ni mujer ni simple negación de ambos. La antropología muestra que esto es posible —varias culturas lo han hecho—, pero no garantiza que sea trasladable al contexto moderno occidental. Las categorías no occidentales están articuladas con estructuras

rituales, familiares y económicas específicas que no existen en nuestras sociedades. La traslación no puede ser directa. Pero el principio sí es trasladable; el repertorio cultural disponible determina la forma del sufrimiento y la forma de su resolución, y ampliar el repertorio es una intervención política con consecuencias clínicas. Esto requiere, sin embargo, una discusión pública honesta sobre los términos en que se articula el género, que las polarizaciones actuales dificultan. La proliferación de micro-identidades en el discurso trans contemporáneo puede leerse como un intento espontáneo de expandir el repertorio, pero corre el riesgo de reproducir el problema que pretende resolver —la multiplicación de cajas en lugar de su abolición— si no se articula con una crítica estructural del dispositivo de género.

3. Se requiere una clínica más fina que la mera afirmación o negación

La tercera consecuencia es la más importante éticamente. Mantener la hipótesis de la disociación neurológica exige una clínica más fina que la mera afirmación o negación, capaz de distinguir entre "esta persona necesita transitar", "esta persona necesita otra cosa que el género no alcanza a nombrar" y, en algunos casos, "esta persona necesita transitar parcialmente y trabajar el sustrato disociativo"; es decir, ambas cosas. Esta distinción, hoy políticamente sensible en algunos entornos, es probablemente lo más respetuoso que se puede ofrecer a quien sufre. Respeto no significa validación automática de toda autoidentificación, sino atención seria a la persona concreta, a su historia, a su sufrimiento, a las opciones que tiene y a las consecuencias previsibles de cada una.

La clínica más fina que proponemos no es ni la del viejo régimen patologizante —que trataba la disforia como enfermedad a erradicar sin más— ni la del nuevo régimen afirmativo estricto —que trata toda disforia como identidad a validar sin más—. Es una clínica de la complejidad, que reconoce que el fenómeno es heterogéneo, que las respuestas deben ser diferenciadas y que

la persona que sufre merece ser acompañada en un proceso de exploración honesta, no empujada hacia una solución única por presión política o institucional. Esta clínica es difícil de sostener en el momento actual, porque ambas polarizaciones presionan en direcciones opuestas. Pero es la única clínicamente responsable, y la única que evita los daños evitables que ambas polarizaciones producen, en direcciones distintas pero simétricas.

Reconocer los límites de esta tesis es parte de su honestidad. La evidencia neurológica sobre interocepción y esquema corporal en disforia es prometedora pero todavía limitada en tamaño muestral y replicabilidad. La hipótesis de la comorbilidad autismo-disforia como indicador de sustrato disociativo es plausible pero no demostrada causalmente. La traslación de categorías antropológicas a contextos modernos occidentales es problemática. La clínica diferenciada que proponemos requiere formación profesional que hoy no es estándar. Estas limitaciones no invalidan la tesis pero la calibran, en tanto no es una verdad demostrada sino una hipótesis interpretativa, mejor que las alternativas disponibles para capturar la complejidad del fenómeno, pero susceptible de revisión a la luz de evidencia futura. Defenderla con esta modestia es parte de lo que la hace defendible.

Conclusión: mantener dos verdades incómodas

El recorrido de este ensayo ha intentado sostener, sin reducirla a una posición política, la paradoja existencial con la que abríamos. La persona trans vive una convicción profunda —su identidad no coincide con el sexo asignado— y al mismo tiempo se encuentra con un límite material que ninguna intervención resuelve del todo. La medicina puede modificar características sexuales secundarias, pero no transforma un organismo productor de óvulos en uno productor de espermatozoides o viceversa. La hipótesis de la disociación neurológica ha intentado dar cuenta de esta paradoja sin reducirla ni a error sobre la biología ni a construcción social sin restos. La disforia, en esta lectura, tiene un sustrato neurológico real que la cultura binaria interpreta y trata como problema de identidad.

Las consecuencias de esta hipótesis son tres y ya las hemos enunciado. Primero, no toda disforia es lo mismo porque hay un núcleo neurológico resistente al cambio cultural y un componente social que varía con el repertorio disponible, y mezclarlos produce errores clínicos en ambos sentidos. Segundo, expandir los modelos encarnados reconocidos reduciría la presión al tránsito binario sin negar el tránsito a quien lo necesita. Tercero, esto exige una clínica más fina que la mera afirmación o negación, capaz de distinguir entre disforia corporal persistente y disconformidad con el rol, y de ajustar la respuesta en consecuencia. Estas tres consecuencias no son una síntesis feliz, sino una posición intermedia incómoda, que no satisface ni a la perspectiva trans-inclusiva estricta ni a la crítica feminista radical.

La tensión que recorre este ensayo no se resuelve eligiendo un lado, sino manteniendo simultáneamente dos verdades incómodas, en el sentido de que el tránsito alivia sufrimiento real y no convierte biológicamente a nadie en el otro sexo, y ambas cosas pueden decirse sin negarse mutuamente. Reconocer el alivio sin negar el límite material es la condición de una clínica que respete a la persona sin mentirle sobre lo que la medicina

puede y no puede hacer. Reconocer el límite material sin negar el alivio es la condición de una política que no utilice la biología como coartada para negar el reconocimiento y el acceso a la atención. Ambas verdades son incómodas, pero sostenerlas simultáneamente es probablemente lo más honesto —y lo más respetuoso— que se puede ofrecer a quien transita o acompaña un tránsito trans.

Las líneas de investigación que esta hipótesis abre son varias y conviene al menos enunciarlas. En el plano neurocientífico, se necesitan estudios con mayor tamaño muestral y mejor diseño sobre interocepción, esquema corporal y disociación en poblaciones disfóricas, distinguiendo subgrupos por edad de inicio, comorbilidad y trayectoria. En el plano antropológico, se requiere trabajo de campo sobre las categorías no occidentales contemporáneas y su articulación con el discurso trans globalizado. En el plano clínico, se necesitan estudios longitudinales con seguimiento a largo plazo de personas transicionadas, desistentes y detransicióners, distinguiendo trayectorias y factores predictivos. En el plano filosófico, se requiere una fenomenología de la disforia que articule cuerpo vivido, esquema corporal y mediación cultural sin reduccionismos. Estas líneas no son marginales, porque quizás permitirán, en los próximos años, pasar de la hipótesis interpretativa que hemos sostenido a un marco más sólido, o revisarla a la luz de evidencia que hoy no tenemos.

La conclusión última, sin embargo, no es académica sino ética. El debate sobre la disforia y el tránsito trans no es solo un debate sobre conceptos y datos, sino además sobre personas que sufren y que merecen respuestas clínicas, sociales y políticas que las respeten en su complejidad. Toda posición que simplifique esa complejidad —en dirección afirmativa o en dirección negativa— hace un flaco favor a las personas a las que dicen defender. Mantener la complejidad, en cambio, es difícil pero necesario. Este ensayo ha intentado hacerlo sin abandonar la rigidez argumentativa ni la honestidad intelectual. Si ha logrado, al menos, mostrar que la cuestión es más compleja de

lo que admiten las posiciones polarizadas, habrá cumplido su propósito mínimo. Si además ha articulado una hipótesis interpretativa mejor que las alternativas disponibles, habrá cumplido su propósito completo. La hipótesis, en cualquier caso, queda abierta a la discusión y a la revisión, como debe ser en todo trabajo honesto.

Glosario

Definiciones de términos técnicos clave utilizados en el ensayo. Las definiciones son operativas: no agotan los conceptos, pero los hacen utilizables en la lectura.

Afirmación (modelo afirmativo): Marco clínico que sostiene que toda autoidentificación trans debe ser validada sin exploración, y que la transición médica debe estar disponible con mínimas barreras. Su versión estricta ha sido criticada por soslayar la heterogeneidad del fenómeno disfórico.

Cass Review: Revisión sistemática encargada por el NHS británico en 2022, dirigida por Hilary Cass, que cuestionó la evidencia del modelo afirmativo en menores y recomendó volver a un modelo exploratorio con evaluación cuidadosa de comorbilidad.

Cisgénero: Persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer. Término acuñado para evitar la asimetría "trans / normal" y enfatizar que toda persona tiene una identidad de género, no solo las trans.

Construccionismo: Posición, asociada a Berger y Luckmann, Foucault y Butler, que sostiene que ciertos fenómenos —instituciones, identidades, categorías— son construcciones sociales en sentido fuerte. No existen independientemente del discurso y las prácticas que los constituyen. En su versión aplicada al género, sostiene que el sexo mismo es efecto del discurso. Se distingue del constructivismo (piagetiano), que se refiere a cómo el sujeto construye representaciones.

Cuerpo vivido: Noción fenomenológica de Merleau-Ponty (corps vécu): el cuerpo no como objeto que tengo, sino como el medio a través del cual tengo todos los objetos. Es preobjetivo, anterior a la distinción sujeto/objeto. Una falla en el cuerpo vivido no es una falla de creencia, sino una falla en el ser-cuerpo mismo.

Desistencia: Cese de la disforia o de la identidad trans en personas que la habían presentado, especialmente en niños prepuberales. Las tasas de desistencia son objeto de intenso debate metodológico y político.

Despersonalización: Experiencia de observarse a uno mismo desde fuera, como si el cuerpo propio no perteneciera al sujeto. Es un síntoma disociativo clave que puede coexistir con disforia y plantear diagnósticos diferenciales.

Detransición: Proceso por el cual una persona que ha transitado revierte parcial o totalmente la transición. Las razones son heterogéneas: insatisfacción con el resultado, cambio de identidad, presiones sociales, reconocimiento de sufrimiento mal diagnosticado.

Disforia de género: Sufrimiento significativo asociado a la incongruencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género experimentada. La hipótesis de este ensayo sostiene que su sustrato puede ser, en algunos casos, disociativo y neurológico más que identitario, lo que abre el debate sobre clínica diferenciada.

Disociación: Mecanismo psicológico caracterizado por desconexión entre pensamiento, emoción, sensación y memoria. Se manifiesta como despersonalización (extrañeza respecto al propio cuerpo) o desrealización (extrañeza respecto al entorno). Es un mecanismo de defensa ante el trauma, pero puede cronificarse.

Dolor fantasma: Sensación percibida en una parte del cuerpo que no está (amputada o, en el caso de personas trans, nunca desarrollada). Su presencia en hombres trans antes de cirugía apoya la hipótesis del esquema corporal divergente.

Esquema corporal: Representación neural interna del propio cuerpo, incluyendo su configuración morfológica esperada. No es una imagen mental consciente, sino un mapa preconceptual. Su divergencia con la morfología real produce experiencia de extrañeza preconceptual, anterior a cualquier interpretación cultural. Concepto de Head y Holmes (1911), desarrollado por Merleau-Ponty.

Ínsula anterior: Región de la corteza cerebral escondida bajo los lóbulos frontal, parietal y temporal. Es el nodo donde convergen señales interoceptivas, emocionales y cognitivas para producir la representación subjetiva del "cómo me siento ahora". Su disfunción se asocia a despersonalización y, potencialmente, a disforia.

Interocepción: Capacidad del sistema nervioso para integrar señales internas (latido, respiración, hambre, temperatura, sensibilidad visceral) en una representación subjetiva del cuerpo. Su disfunción se asocia a despersonalización, ansiedad y, según la hipótesis de este ensayo, a algunas formas de disforia. Su nodo integrador está en la ínsula anterior.

Modelo holandés: Protocolo clínico desarrollado en el Centro de Expertise on Gender Dysphoria de Ámsterdam, caracterizado por evaluación prolongada, cautela con la comorbilidad, uso conservador de bloqueadores de pubertad y seguimiento longitudinal estricto.

Neurodivergencia: Término paraguas para designar variaciones neurológicas respecto a la norma, incluyendo autismo, TDAH, dislexia y otras condiciones. La comorbilidad entre neurodivergencia y disforia es significativamente mayor que en la población general. Se distingue de neurodiversidad (que incluye también a las personas neurotípicas).

No-binario: Identidad de género que no se ajusta al binario hombre/mujer. Puede ser una negación del binario o una articulación positiva de una posición intermedia. Su articulación clínica y política es objeto de debate.

Performatividad de género: Noción de Judith Butler que sostiene que el género no es una esencia preexistente que se expresa, sino una realidad que se constituye performativamente, en el acto de ser nombrada y practicada. No es voluntarismo, sino el proceso por el cual las prácticas repetidas constituyen una identidad que aparece como natural.

Realismo del sexo: Posición, defendida por el feminismo crítico (Stock, Lawford-Smith), que sostiene que el sexo es una base material que no se anula por redefinición discursiva. La política feminista debe operar sobre esta base para defender los derechos de las mujeres categorizadas como tales.

Régimen de género: Concepto tomado de R. W. Connell, usado aquí en sentido empírico y comparativo. La configuración cultural e institucional que organiza los cuerpos sexuados en categorías reconocidas, les asigna posiciones sociales y determina qué repertorios de resolución existen para la disidencia. No presupone el sentido moderno-occidental de “género” como identidad interior del sujeto.

Rol de género: Conjunto de expectativas sociales asociadas a cada sexo: comportamientos, presentaciones, ocupaciones, afectividades. La crítica feminista clásica considera el rol de género como dispositivo de dominación, no como expresión natural del sexo.

Sexo asignado al nacer: Categoría (típicamente masculino o femenino) asignada al nacer basada en características biológicas observables, principalmente genitales externos. La asignación es una práctica social con consecuencias biográficas decisivas.

Tránsito (o transición): Proceso por el cual una persona modifica características sexuales y/o sociales para alinearlas con su identidad de género. Puede ser social (nombre, presentación), legal (documentos) y/o médico (hormonas, cirugía).

Bibliografía

Referencias en formato APA. Se incluyen fuentes primarias y secundarias consultadas o citadas en el ensayo.

Baril, R. (2020). The construction of transness and the figure of the "wrong body" in trans studies. TSQ: Transgender Studies Quarterly, 7(1), 32-53.

Beek, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2016). Gender confirming hormone treatment and sex characteristics in gender dysphoria: A grounded theory analysis. Archives of Sexual Behavior, 45(7), 1673-1685.

Bettcher, T. M. (2009). Trans identities and first-person authority. In B. Ahern et al. (Eds.), Breaking the Waves: Revolutions, Deviations, and Variations (pp. 99-118). Brill.

Butler, J. (2004). Undoing Gender. Routledge. [Edición original de Gender Trouble: 1990].

Case, L. K., Laubacher, M., Oluwarotu, O. B., Yusufov, M., & Manji, H. (2017). Altered body ownership in transgender individuals. Body Image, 23, 39-45.

Cass, H. (2022). The Cass Review: Independent review of gender identity services for children and young people. NHS England. London: Department of Health and Social Care.

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2006). Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices. Sage Publications.

Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. Journal of Sexual Medicine, 5(8), 1892-1897.

Connell, R. W. (1987). Gender and power: Society, the person and sexual politics. Stanford University Press.

Connell, R. W. (1995). Masculinities. University of California Press.

Craig, A. D. (2009). How do you feel — now? The anterior insula and human awareness. Nature Reviews Neuroscience, 10(1), 59-70.

Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. Current Opinion in Psychology, 17, 7-14.

Cuéllar, A. (2023). Feminismo crítico del género y derechos trans: un desencuentro político. Isegoría: Revista de Filosofía Moral y Política, 67, 243-260.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. PLoS ONE, 6(2), e16885.

Green, R. (1987). The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. Yale University Press.

Head, H., & Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions. Brain, 34(2-3), 102-254.
Herdt, G. (Ed.). (1994). Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history. Zone Books.
Jeffreys, S. (2014). Gender hurts: A feminist analysis of the politics of transgenderism. Routledge.
Joyce, J. (2021). Trans: When ideology meets reality. Oneworld Publications.
Lawford-Smith, H. (2022). Gender-critical feminism. Oxford University Press.
Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS ONE, 13(8), e0202330.
Manieri, A., Chen, S. F., et al. (2024). Puberty blockers and gonadotropin-releasing hormone analogues in gender dysphoric youth: A systematic review. Journal of the Endocrine Society, 8(5), bvae048.
Marcus, E., & Myers, A. J. (2024). Neurodiversity and gender diversity: A grounded theory exploration. Frontiers in Psychology, 15, 1377842.
Merleau-Ponty, M. (1945). Phénoménologie de la perception. Gallimard. [Trad. española: Fenomenología de la percepción, Planeta-De Agostini, 1993].
Nanda, S. (1999). Neither man nor woman: The hijras of India (2nd ed.). Wadsworth Publishing.
Ochoa, S. (2014). A poca mujer, el diablo le da mariachi: machismito, muxeidad y modernidad. Cuicuilco, 21(60), 181-202.
Preciado, P. B. (2017). Countersexual manifesto (K. L. Anderson, Trans.). Columbia University Press. [Obra original: 2000].
Ramachandran, V. S., & McGeoch, D. (2007). Phantom penises in transsexuals: Is the phantom gender-specific? Journal of Consciousness Studies, 14(7), 5-6.
Roberts, J. L., Klein, J. R., & Kreukels, A. W. (2022). A review of trans and gender diverse people's experiences of detransición and retransition. International Journal of Transgender Health, 23(3), 285-302.
Siegenfeld, A. B. (2020). Gender identity and the brain: A review of the literature. Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 24(3), 284-301.
Stock, K. (2021). Material girls: Why reality matters for feminism. Fleet.
Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Knealy, L. E., Berl, M., Walsh, K., Menville, A. K., Friedman, A., Nozyk, B. H., & Antshel, K. M. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and gender dysphoria. Autism, 18(2), 138-145.
Stryker, S. (2017). Transgender history: The roots of today's revolution (Rev. ed.). Seal Press.
Towle, J., & Morgan, L. (2002). Romancing the transgender Native: Rethinking the use of the "third gender" concept. GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies, 8(4), 469-497.

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2023). Sexual orientation of transsexual adults before and after transition. Journal of Sexual Medicine, 20(3), 291-297.

Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M. C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. Nature Communications, 11, 3950.

World Professional Association for Transgender Health. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International Journal of Transgender Health, 23(Suppl. 1), S1-S258.