

## **Clínica de la Trans-Identidad. El psicoanálisis como aliado epistemológico y político de los derechos trans**

### ***Trans-Identity Clinic. Psychoanalysis as an epistemological and political ally of trans rights***

Sara Fontanelli [0009-0008-5038-097632](tel:0009-0008-5038-097632).

Universidad de Turín, Italia

E-mail para la correspondencia: [sara.fontanelli@edu.unito.it](mailto:sara.fontanelli@edu.unito.it).

#### **Resumen**

El psicoanálisis lacaniano es un instrumento de cambio político poco presente en los servicios públicos de salud mental, a los cuáles aún se siguen enviando a las personas trans como portadoras de una molestia asociada, en la historia de la clínica, a la psicosis (M. Safouan, M.Czermak). Para dejar definitivamente atrás esta hipótesis clínica. La intervención se estructura sobre dos ejes: uno de teoría psicoanalítica que entiende explicar los fundamentos de un nuevo psicoanálisis queer (F. Bourlez, S. Lippi, T. Ayouch, P. Gherovici), y uno de carácter operativo o sea, cómo aplicar el Psicoanálisis Queer en los servicios de atención, en los centros de acogida para el socorro psíquico, en las psicoterapias individuales y en los lugares institucionales, desde la universidad hasta las escuelas y los hospitales para que no se produzcan conductas discriminatorias y transfóbicas.

Palabras claves: *clínica de la Trans-Identidad, psicoanálisis, derechos trans.*

#### **Abstract**

Lacanian psychoanalysis is a tool for political change that remains largely absent in public mental health services, where trans individuals are still often referred to as bearing a disturbance historically associated in clinical practice with psychosis (M. Safouan, M. Czermak). In order to definitively move beyond this clinical hypothesis, the intervention is structured along two axes: one theoretical, which aims to explain the foundations of a new queer psychoanalysis (F. Bourlez, S. Lippi, T. Ayouch, P. Gherovici); and one operational, that is, how to apply Queer Psychoanalysis in care services, in reception centers for psychological support, in individual psychotherapies, and in institutional settings—from universities to schools and hospitals—so that discriminatory and transphobic behaviors do not occur.

Key words: *Trans-identity clinic, psychoanalysis, trans rights.*

---

## I. Posicionamiento

En el marco del panel de «Epistemología y Clínica» del Coloquio Internacional, me planteé como base preguntarme antes de empezar la razón de mi posicionamiento. ¿Qué me motiva a hablar aquí?, ¿qué deseo, qué razón subjetiva me impulsa a tomar una posición sobre el tema de la transidentidad?

Estoy convencida de que el discurso impersonal y no posicionado es imposible y políticamente inútil. Como nos muestran las *stand-point epistemologies* (epistemologías situadas o «del punto de vista») de Sandra Harding (1) y Donna Haraway (2),<sup>1</sup> lo que se presenta como conocimiento impersonal o neutral/objetivo es en realidad conocimiento que esconde un posicionamiento absolutamente personal, a menudo violento, que se ha extendido para incluir otro y cancelarlo. Incluso detrás de la ciencia médica y de la llamada racionalidad científica está la subjetividad de un investigador, que ha realizado un doble gesto de anulación: ha anulado al otro, incorporándolo a su propio punto de vista, y se ha borrado a sí mismo, fingiendo que su punto de vista es neutral. Para ello, hablaré de la única forma posible: en primera persona.

No soy un cuerpo transgénero o transexual, pero siento que puedo definirme como trans en la medida en que trans es una condición epistemológica, política, psicoanalítica: soy una mujer queer. ¿Y en qué sentido se puede decir que una mujer queer como yo es mujer y trans al mismo tiempo sin ser una mujer trans? ¿Qué tiene en común mi ser queer, en mis prácticas, en mi orientación sexual, en mi forma de relacionarme, en mi política inconsciente, con poder llamarme trans, sin apropiarme de un significante que parecería más propio de otros que mío?

## II. Trans y queer

Mi intención aquí es trazar un camino conceptual en el que trans y queer compartan la misma arista, el mismo frente común, incluso en contradicción con ciertos estatutos pronunciados por la teoría queer, que no es una teoría homogénea. He aquí un ejemplo: Judith Butler, una conocida filósofa postestructuralista queer, estaba en un concurso de poesía en San Francisco; de repente, una mujer trans (MaF) se levanta de entre la multitud y le grita: «¡Vete a la mierda, Butler!» (3).<sup>2</sup> ¿Cuál fue la acusación contra la «reina del género»? Impedir que las personas trans —con su teoría queer, que exalta la fugacidad y la subversión del género— construyan una normalidad binaria «sana».

Es importante detenerse en este punto teórico: la persona trans no es cómplice del binarismo que quiere pasar de un lado al otro M<->F para una mejor identificación

---

en uno de los dos polos de un sistema que aprueba; o más bien, puede hacerlo siempre que sea su solución subjetiva, siempre que elija.

### **III. Tra(n)sformar las barreras**

En el diario de su transición, *Un apartamento en Urano* (4), y en *Soy un monstruo que te habla* (5), el filósofo Paul B. Preciado explica cómo la transición no significó, para él, pasar de ser una adolescente tranquila y callada en un pequeño pueblo católico en la España franquista a ser un hombre dotado de privilegios que no habría tenido como mujer. Si lo hubiera hecho, preferiría «callar y mezclarse con el magma naturalizado de la masculinidad, sin revelar nunca su historia disidente ni su pasado político» (6). Al contrario, se ha convertido en un hombre trans que denuncia así, a través de la práctica de su cuerpo, el sistema binario que ha atravesado, mostrando la insensata rigidez de las barreras; escribe: «...en este proceso de transición, no he llegado a donde me propuse arribar» (7), insistiendo también en que la medicina y el binarismo de género presentan la transexualidad y el transgenerismo como cuellos de botella, caminos difíciles, para unos pocos, unidireccionales, incluso irreversibles.

### **IV. Herculine**

Por supuesto, el transgenerismo y la transexualidad pueden convertirse en un cuello de botella irreversible si el poder médico y legal impone tiempos y modalidades al sujeto que no ha elegido a través de un proceso que, reactualizando a Michel Foucault, podemos definir como biomedicalización política, por la cual entendemos una acción o una serie de acciones de salud (no «atención sanitaria») realizadas por el médico para el presunto bien del sujeto, interviniendo sobre su cuerpo y sus modos de gozar. He aquí un ejemplo: Herculine Barbin era una persona francesa que hoy llamaríamos AFAB (femenina asignada al nacer), obligada por los médicos a hacer la transición FaM porque tenía un clítoris demasiado largo, tanto que parecía un pene, y porque producía eyaculaciones semejantes a los espermatozoides; según el doctor Guenon, que seguía su caso, Herculine debía «ser reasignada al lugar que le corresponde en la sociedad, para convertirse en un hombre» (8); le cambian su nombre a la fuerza por Abel, se ve obligada a dejar la universidad de niñas donde vivía y mudarse. Herculine tuvo una larga vida de depresión, cayó en la pobreza y se suicidó.

### **V. Hacia los protocolos de salud trans**

Parece que lo que sucedió en un pequeño pueblo francés a fines del siglo XIX no puede suceder de ninguna manera hoy, porque la salud de las personas trans e intersex está protegida por protocolos que no permiten esta violencia. En este punto, sin

---

embargo, quisiera detenerme para comprender hasta qué punto los protocolos vigentes a nivel mundial permiten el ejercicio de los derechos trans, incluido el derecho al bienestar y la protección de la salud mental, y preguntarnos gradualmente qué lugar tiene hoy el psicoanálisis con respecto a los protocolos de salud trans, y qué puede hacer, de manera más general, el psicoanálisis en el campo de la teoría y la clínica trans.

## **VI. El psicoanálisis y los protocolos**

En una conferencia italiana sobre psicoanálisis y género, titulada «Incertezze del gender» (Incertidumbres del género), el director de la *European Journal of Psychoanalysis* invitó a la «luminaria» del psicoanálisis Elizabeth Roudinesco a expresarse sobre el tema trans.

Roudinesco, que ya había realizado afirmaciones transfóbicas en la televisión francesa,<sup>3</sup> argumentó que existe un límite de 15 años para el consentimiento del uso de Triptorelina (un fármaco bloqueador que suspende/ralentiza la pubertad fisiológica) y de 18 años para el de las operaciones quirúrgicas. Con estas dos declaraciones, y con su maternalismo generalizado, provocó la indignación del público LGBTQIA+ en la sala y online.

Desde el frente gay, la respuesta fue los protocolos WPATH-SOC. ¿De qué se trata? WPATH es la World Professional Association for Transgender Health (Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero), una asociación profesional, mundial y multidisciplinaria cuya misión es promover asistencia, educación, investigación, políticas públicas y respeto por las personas transgénero, transexuales y género no conforme, y ha establecido, desde 1979 hasta hoy, los llamados SOC (Standards of Care, Normas de Atención). La última versión traducida al italiano, a la que se refieren los psicoterapeutas italianos, es de 2012; la octava, de 2022. En breve veremos los cambios entre las dos versiones.

## **VII. Normas de Atención: SOC-7**

En los lineamientos sobre las Normas de Atención también se indica la forma en que el clínico, el psicoterapeuta, debe seguir esta norma. Ya a partir de aquí empiezan a surgir problemas para el psicoanálisis.

Los requisitos para ejercer como profesionales de la salud mental de personas transexuales, transgénero y de género no conforme, son, entre otros, saber utilizar el DSM (Manual estadístico de diagnóstico de los trastornos mentales) y/o la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades para fines diagnósticos). El psicoanálisis, en particular el psicoanálisis freudo-lacaniano, ya está excluido de los

---

«requisitos mínimos» o «credenciales», como se les llama (10), para el tratamiento de personas trans.

También se exigen legítimamente capacidades culturales como «estar informado sobre diversas comunidades, temas de política pública relevantes para estos *usuarios* (jerga bastante corporativa) y sus familias» (10), así como sobre «sexualidad, temas de salud sexual, evaluación y tratamiento de trastornos sexuales» (10).

### **VIII. Diferencia de método**

Concretamente, he identificado algunos puntos en los que el psicoanálisis y los estándares de atención, con las respectivas tareas para los profesionales de la salud mental de personas transexuales, transgénero y género no conforme, no pueden comunicarse entre sí:

- 1) El clínico debe ser «útil a las necesidades del usuario» (11). En psicoanálisis, el analista no está obligado a someterse a un beneficio fijado por el analizado.
- 2) El clínico debe, para seguir las pautas generales, «proporcionar información sobre las opciones para la identidad de género y la expresión de género» (12) y puede «facilitar el proceso de elección entre estas diferentes opciones, con el objetivo de encontrar un rol de género con el que el *usuario* se sienta cómodo» (12). Por otro lado, el analista no tiene opciones ya disponibles sobre qué identidades presentar, u «opciones para paliar la disforia de género» (13); el analista deja espacio para las identificaciones que el sujeto podrá traer a la sesión de vez en cuando.

En los protocolos, «[e]l especialista y el usuario deben discutir, tanto a corto como a largo plazo, las implicaciones de cualquier cambio en el rol de género» (12). En opinión de quien escribe, este «deber» quisiera decidir lo indecible, y medir y predecir lo que no se puede prever.

### **IX. Comorbilidad**

Con esto no pretendo denigrar *por completo* los estándares de atención, que mientras tanto tienen el mérito de existir y dar visibilidad a un fenómeno que durante demasiado tiempo ha atraído la violencia médica y psiquiátrica. Seguramente el enfoque en el *minority stress* (estrés minoritario) de las personas trans y la valoración de la comorbilidad con el ansiedad, la depresión, las autolesiones, el abuso y el abandono, la compulsividad, hay que tenerlos presentes en el horizonte de la atención, pero no en la perspectiva de estos estándares, según los cuales tales factores configuran una red de trastornos, junto con «abuso de sustancias, problemas sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos *psicóticos*» (12) que solo

---

patologizan a las personas trans, otorgándoles una cadena de síntomas, sobre todo psicóticos, que han determinado una categorización clínica precisa: de hecho, se presentan como epifenómenos de lo que obstinadamente todavía se llama *disforia de género*.

## **X. Disforia de género**

Este término es un problema para el psicoanálisis, y en mi opinión debe ser eliminado, porque contiene una falacia interna, que en Filosofía Teórica y Lógica llamaríamos *petitio principii* (petición de principio), un razonamiento circular: si hay un disforia de género, entonces hay un sexo biológico al que el género puede ajustarse o no; si no cumples, puedes cambiar de sexo, y la psicoterapia con personas trans, cuyo seguimiento puede ser una intervención hormonal y/o quirúrgica, ayuda al respecto; pero el psicoanálisis nos muestra cómo sexo y género son indistinguibles, porque, para citar a Patricia Gherovici, autora de *Transgender Psychoanalysis*: «El género necesita ser corporizado, y el sexo necesita ser simbolizado» (14): el género ya ha sido siempre sexuado, lleno de sexo, corporizado en el cuerpo sexual; y el sexo es simbolizado, generizado.

Las comorbilidades que hemos mencionado (ansiedad, depresión, autolesiones...) se tratan para evitar que sean un obstáculo para la «resolución de la disforia» (12); ¿pero por qué seguir hablando de disforia de género cuando la disforia subraya un binarismo sexo/género que el psicoanálisis no puede sostener y que corre el riesgo de entrar en una serie de binarismos muy problemáticos (como hetero/homo, bio body [cuerpo biológico]/trans body, gender conforming/gender nonconforming [y por tanto disfórico]) de género? ¿Qué sería, en esta perspectiva, lo opuesto a la disforia de género? ¿Lo eufórico? ¿Y estamos seguros de que aquellos con una identidad de

género llamada *cisgénero* (conforme al sexo *asignado* al nacer) están eufóricos acerca de su género, mientras que los disfóricos no lo están?

## **XI. Contingencia y libertad de la experiencia trans**

Hago estas preguntas para problematizar ciertos puntos demasiado simplistas de los SOC-WPATH que no toman en cuenta el ser abigarrado y libre de la experiencia trans: obligar al especialista y al usuario a discutir las implicaciones a largo plazo y las variaciones de la expresión de género, está, por ejemplo, en contradicción con la experiencia singular, con la experiencia de transición real, del filósofo trans Paul B. Preciado, cuyas palabras pueden ayudarnos a entender lo que quiero decir:

---

El proceso de transición del que hablo aquí no es de ninguna manera irreversible; al contrario, bastarían unos meses sin testosterona y la decisión consciente de reidentificarme como mujer, y podría volver a transitar por un cuerpo femenino que habita el espacio social. La supuesta unidireccionalidad de este viaje es una de las mentiras normativas de la historia psiquiátrica y [añade] psicoanalítica [...]. En un proceso trans, no solo no es necesario convertirse en un hombre, sino que es del todo posible «ser» de nuevo una mujer u otra cosa otra vez, si hubiera necesidad o deseo [15].

## **XII. Otras terapias**

El riesgo de la protocolización es suplantar el psicoanálisis, que de hecho no se menciona en la WPATH como técnica terapéutica; ha sido cancelado como si nunca hubiera existido. En su lugar aparecen el asesoramiento, las psicoterapias basadas en evidencia (¿qué evidencia?) y las e-terapias (terapias en línea relacionadas con la Telemedicina, que se presentan como servicios «mejores, ampliados, creativos y personalizados», para personas que tienen dificultades para llegar al lugar de la terapia, acceder al tratamiento, por ejemplo, sometidas a aislamiento y estigma.

¿Reemplazarlo con qué, entonces? Con una nosografía psiquiátrica con evoluciones no muy diferentes a la clásica, con neurociencia y farmacología; pero también con todo lo que sofoca el surgimiento de un deseo inesperado, radicalmente *no eventual*, que no puede anticiparse en una negociación de mesa con el experto sobre las «posibles» variaciones a las que está sujeta la personalidad, en un abanico de posibilidades de identidades ya dadas, además proporcionada por un terapeuta que encarna al gran Otro, dotado de soluciones autoritarias que cierran la cuestión de la identidad misma.

## **XIII. El género no es un armario**

El riesgo, además de la anulación del psicoanálisis como saber dotado de un impacto clínico real en la vida de las personas trans, consiste en que el protagonista de la transición no sea el sujeto del inconsciente, sino un improbable *animal rationale* que mide y calcula las causas y las consecuencias de sus acciones y deseos, evidentemente ya no inconscientes si pueden ser previstos: este sujeto debe llegar a la transición «psicológicamente preparado para tomar una decisión consciente, basada en expectativas claras y realistas, dispuesto a recibir un servicio en consonancia con el plan de tratamiento integral» (16). En cuanto a la decisión consciente, ya sea Lacan con sus reflexiones sobre la elección de sexo (17) como

---

dictada por la identificación inconsciente, ya sea Butler con la metáfora del armario, según la cual la elección de género no es un acto voluntario, como si estuviéramos frente a un armario decidiendo qué ponerse o no ponerse al comienzo del día, nos recuerda que inconscientemente elegimos entre códigos (18).

#### **XIV. «Aliviar» la disforia**

La obligación del terapeuta de brindar una «evaluación oportuna y cuidadosa» (16), «con el objetivo de paliar la disforia» también confirma una figura del terapeuta que encarna la emergencia sanitaria, más que el tiempo del inconsciente: debe apresurarse a tapar la interrogante del sujeto para que no se quede solo con su propia angustia y pueda rellenar el agujero no con una identificación, sino incluso con una nueva identidad lista para realizarse en unos pocos pasos, establecidos en conjunto a través de un «plan individual con objetivos y plazos específicos» (19), allí donde, en cambio, un psicoanálisis no hace promesas.

La WPATH propone una producción corporativa de la identidad de género y una normatividad de la experiencia trans que no deja lugar, en mi opinión, a la transexualidad entendida como un operador radical de subversión política del sistema binario, tanto psiquiátrico como sociocultural.

La WPATH argumenta que «los usuarios no necesariamente logran los mismos objetivos en un período de tiempo estandarizado» (20), pero de alguna manera insinúa, a través de los pasajes que hemos mencionado, que sería deseable.

#### **XV. La optimización del bienestar**

El propósito explícito de SOC-7 es «optimizar y maximizar el bienestar psicológico» (20); por el contrario, el psicoanálisis no tiene métodos de optimización. Se podrá decir que un bienestar se ha logrado solo después, a partir de ciertos efectos subjetivos de escritura que se han producido, y no se dice que sean duraderos, no se puede poner una marca estable en la salud del sujeto. Otro propósito de SOC-7 es garantizar que las personas transgénero, transexuales y no conformes con el género tengan «comodidad a largo plazo con su identidad de género y sentido de realización personal, con una posibilidad realista de éxito en las relaciones, la educación y el trabajo» (21). Una vez más tal psicoterapia se basa en «prueba de efectividad», en la «evidencia y el consenso a nivel internacional» (22) y se presenta como «apoyo y tratamiento médico dirigido a la confirmación de género» (23), confirmación que el psicoanálisis no ofrece.



---

## **XVI. Asistencia**

Seguramente este manual es encomiable en algunos puntos como: la asistencia en la salida del armario, por parte del clínico, con la familia de la persona trans y su comunidad cotidiana de referencia; la terapia familiar, con cónyuges o parejas, con hijos y con la familia alargada; el apoyo para comunicar a los miembros de la familia y otras personas tanto la identidad de género como las decisiones terapéuticas; la asistencia durante la modificación de los documentos de identidad; las discusiones (por parte del médico, si es necesario y si la persona trans lo desea) con consejeros educativos, maestros y administradores, personal de recursos humanos, gerentes de personal y empleadores, y representantes o miembros de otras organizaciones e instituciones en las que la persona está o se siente implicada e involucrada.

## **XVII. De los SOC-7 a los SOC-8**

Del SOC cabe señalar que, si por sí mismo reconoce la limitación de haberse «desarrollado en una tradición cultural occidental» (24) y por tanto tener que adaptarse a otros contextos si fuera necesario, no reconoce que ha excluido, por razones injustificadas, cierto marco teórico y clínico, de modo que sea adecuado para las terapias cognitivo-conductuales y ciertamente no para el psicoanálisis.

En el SOC-8 más reciente (2022) se ha avanzado: se han eliminado los requisitos de edad mínima para iniciar una transición, las barreras innecesarias a la asistencia (*gatekeeping*) y los requisitos para vivir libremente el rol de género deseado, lo cual es útil si pensamos en casos en que esto no sucedió, como el conocido «caso Sacha» en París, que ha sacudido a la opinión pública: niño trans, AFAB, que no puede usar ropa masculina y ser llamado por su nombre (masculino) de elección antes de haber sido diagnosticado con disforia de género. Sin embargo, en SOC-8 el marco epistemológico inicial no ha cambiado: me parece importante señalar que esta versión actualizada contiene las revisiones sistemáticas de un equipo de investigadores independientes de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, Maryland, en cuyo hospital universitario, en la década de los cincuenta, se aprobaron los protocolos Hopkins, aparentes manifiestos de neutralidad de género y en realidad la causa de la transexualidad creada quirúrgicamente sin consentimiento ni deseo del sujeto (caso clínico de Bruce-Brenda-David), mutilación genital en personas intersex, introducción de normas sobre los genitales y sus líquidos (un pene de menos de 2.5 centímetros debe reducirse a vagina porque es demasiado pequeño; un clítoris de más de 0.9 centímetros es hipertrófico y debe ser extirpado; una mujer que eyacula tiene incontinencia urinaria, porque no se puede decir que eyacule). Me llama la atención que los protocolos globales de salud para personas transgénero,

---

transexuales y género no conforme estén patentados en el mismo hospital universitario donde ocurrió esta violencia contra sujetos trans e intersex; y a la luz de las limitaciones que hemos encontrado al revisar estos protocolos, me pregunto cuál es el valor del psicoanálisis hoy en la construcción de una resistencia a estas formas de procedimiento y medicalización biopolíticas.

### **XVIII. ¿Cuál psicoanálisis?**

¿Pero por qué se debe utilizar el psicoanálisis como método terapéutico al servicio de las personas trans?, ¿de qué psicoanálisis estamos hablando?

Es cierto que el psicoanálisis en su historia de tratamiento de las personas trans — incluido el caso de Michel H., la «primera trans» en análisis con Lacan (25)— no ha escatimado en diagnósticos injuriosos: «castración excluida como simbólica que reaparece como real», «trastorno narcisista», «uso de defensas primitivas», «psicosis», dando lugar a una «retórica psicoanalítica-transfóbica» (26) (de la que Roudinesco es hoy exponente). Sin embargo, una vez superadas hipótesis clínicas obsoletas e inapropiadas para cuerpos queer que viven en el mundo contemporáneo, no me parece útil que el psicoanálisis y la teoría trans se muevan en diferentes frentes de lucha: en una jornada de la ELP (École Lacanienne de Psychanalyse) y Caritig (Centro de ayuda, investigación e información sobre transexualidad e identidad de género), Sam Bourcier, activista trans, tomó la palabra y realizó un *zap* o una acción visible, una irrupción, un bombardeo que tuvo como objetivo golpear un punto ciego institucional, con el fin de «apostrofar un discurso discriminatorio, [...] transfóbico» (26): finje ser un psicoanalista que presenta casos clínicos no de personas trans sino de los propios psicoanalistas (caso Chiland, caso Millot), teniendo como efecto que algunos analistas de la sala salieron, mientras que los queers se reían a carcajadas. Y agregó: «...son ustedes los que necesitan a los trans, no los trans a ustedes. Los psicoanalistas ya no son los expertos en sexo, género y sexualidad. Llegarán *terapias queer* que ni siquiera conocen. Mientras tanto, dejen de intentar traducirnos» (27). Bourcier plantea, con su *zap*, un problema real: ¿existe hoy el psicoanálisis trans?

### **XIX. El psicoanálisis trans**

Durante mi reciente estancia de investigación en París pude ver lo que significa decir y ser psicoanalista trans\*: en el histórico Hôpital Pitié Salpêtrière, lugar de las histerias de Charcot y Freud, un grupo de psicoanalistas *queers abiertos a la revisión* fundó el Seminario permanente «Critiques et Cliniques»: Silvia Lippi con *Sororité. Entre el psicoanálisis y el feminismo* (28), Fabrice Bourlez con *El psicoanálisis queer* (29), Laurie Laufer con *Hacia un psicoanálisis emancipado* (26) y Lionel Le Corre con

---

*La homosexualidad de Freud* (31) están haciendo un aporte científico a través de textos académicos y activistas, para repensar el psicoanálisis hoy en alianza con el activismo y la teoría trans.

Silvia Lippi propone el cuerpo trans como un *do-it-yourself*, un cuerpo-bricolage que se construye en torno al *sinthomo*: el *sinthomo*, en el último Lacan, es la revisitación creativa y absolutamente singular del síntoma. El cuerpo-síntoma medicalizado por la clínica se convierte así en un sitio político, un singular laboratorio de experimentación a partir del propio goce. Al estremecer las normas a través de las cuales el cuerpo siempre se ha constituido —como objeto de una toma de poder sutil, sofisticada e invisible—, el cuerpo mutante, el cuerpo trans, socava la trama de la dicotomía, representando un «discurso de retorno» y una «resistencia» con respecto a la obsesión binaria por la identidad.

¿Quién es, en esta perspectiva, el clínico queer y trans? No es el clínico que ofrece una gama de posibles identidades de género para elegir (según los SOC de WPATH), reproduciendo la dinámica del mercado capitalista en el análisis, sino un médico con ciertas características que puede (no debe) sacar a relucir:

- es un clínico que deconstruye su propia contratransferencia, reconociendo los elementos heteronormativos de sus propias reacciones terapéuticas, que pueden llevarlo a obstaculizar/inhibir/juzgar a la persona trans;
- es consciente de que en la sesión se está jugando una «micropolítica» y que por tanto, en su relación con el paciente, está reproduciendo una dinámica política que puede ser, inconscientemente, de opresión o discriminación;
- considera la transidentidad como una de las posibilidades de que dispone el sujeto, sin aplicar prejuicios medicolegales normativos que la presenten como una posibilidad diferente a las demás por ser más inaccesible o arriesgada.

Me parece importante recordar, en palabras de Preciado, que:

...la transición es un camino más fácil que ir a la escuela a la misma hora todos los días, más fácil que un matrimonio monógamo y fiel, más fácil que el embarazo y el parto, más fácil que no formar una familia, más fácil que no encontrar un trabajo satisfactorio por tiempo indefinido, más fácil que no ser feliz en la sociedad de consumo, más fácil que no envejecer y encerrarse en una residencia de ancianos [31].

---

En definitiva, es más fácil proceder en el propio deseo de transición, según la ética lacaniana de «no ceder en el propio deseo» (32), que adaptarse a los deseos normativos de nuestros Otros significantes de referencia.

Finalmente, el clínico queer y trans sabe que la técnica psicoanalítica tiene mucho en común con el cuerpo trans: es plástica, falla, se readapta, nunca es definitiva, tiene residuos, perfora el ideal del yo (por lo tanto, también el ideal normativo de género) siempre que cree sufrimiento, trabaja con un cuerpo sintomático e identificado, trabaja siempre con un cuerpo fármaco-tecnológico, subvierte (como la trans-identidad) una posición preexistente, inaugura (como la trans-identidad) un nuevo tiempo del sujeto; en suma, manteniendo estas condiciones que lo unen al cuerpo trans, el psicoanálisis puede sobrevivir hoy solo porque, y precisamente porque, es trans.

### Notas

<sup>1</sup> En la página 115 de su *Manifiesto cyborg* expresa: «Precisamente en la política y en la epistemología de las perspectivas parciales reside la posibilidad de investigaciones válidas, racionales y objetivas».

<sup>2</sup> En la traducción italiana no aparece el episodio en cuestión.

<sup>3</sup> Elizabeth Roudinesco se ha expresado en términos queerfóbicos y transfóbicos, atestiguando no solo la inexistencia de un tercer sexo, sino también la propagación de una «epidemia trans». Invitada al programa francés «Le Quotidien», con motivo de la publicación de su último libro (9), atribuye a las subjetividades LGBTQIA+ una patología narcisista ligada a la insistencia y la afirmación «omnipotente» de la propia identidad. Se expresa así: «Hoy hay desvíos de género; hemos suprimido la diferencia anatómica en nombre del género. [...] Puedes ser lo que quieras: bisexual, fluido..., pero no hay un tercer sexo y no podemos crear uno. Puedes ser fluido, pero no asignarte a ti mismo. Encuentro que hoy hay una epidemia trans, hay demasiadas». El video está disponible en: <https://www.sos-transphobie.org/transphobie-inadmissible-de-elisabeth-roudinesco-a-quotidien>

### Referencias bibliográficas

1. Harding S. Rethinking standpoint epistemology: what is «strong objectivity»? The Centennial Review [Michigan State University Press]. 1992;(3):437-70.
2. Haraway D. Manifiesto cyborg. Donne, technologie e biopolitiche del corpo. 1991. Milano: Feltrinelli; 1995.

- 
3. Butler J. Le transgenre et les attitudes de la révolte. En: Défaire le genre. 2004. Paris: Éditions Amsterdam; 2012. p. 287.
  4. Preciado PB. Un appartamento su Urano. Cronache del tránsito. Roma: Fandango Libri; 2020.
  5. Preciado PB. Sono un mostro che vi parla. Roma: Fandango Libri; 2021.
  6. Ob. cit. 5:12.
  7. Ob. cit. 5:27.
  8. Herculine Barbin, también conocida como Alexina B. Mes souvenirs, présenté par Michel Foucault. Paris: Gallimard; 1978. p. 143.
  9. Roudinesco E. Soi-même comme un roi. Essai sur les dérives identitaires. Paris: Seuil; 2021.
  10. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care per la Salute di Persone Transessuali, Transgender e di Genere Non-Conforme. 7a versión. The World Professional Association for Transgender Health; 2011. p. 22.
  11. Ob. cit. 10:23.
  12. Ob. cit. 10:24.
  13. Ob. cit. 10:71.
  14. Gherovici P. Transgender Psychoanalysis. New York: Routledge; 2017. p. 30.
  15. Ob. cit. 5:27.
  16. Ob. cit. 10:25.
  17. Lacan J. Le Séminaire. Livre XXI. Les non-dupes errent. 1973-1974. [Inédito].
  18. Butler J. Corpi che contano. I limiti discorsivi del sesso. Milano: Feltrinelli; 1996. p. xviii.
  19. Ob. cit. 10:30.
  20. Ob. cit. 10:29.
  21. Ob. cit. 10:57.
  22. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries A, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People. Versión 8. International Journal of Transgender Health. (23):53.

- 
23. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People. Versión 8. Frequently Asked Questions. p. 3.
  24. Ob. cit. 10:32.
  25. Lacan J. Colloquio con Michel H. (12 febbraio 1976). En: Il Transessualismo. Saggi psicoanalitici, a cura di P. Valerio, M. Bottone, R. Galiani, R. Vitelli. Milano: Franco Angeli; 2001. p. 198-220.
  26. Laufer L. Vers une psychanalyse émancipée. Renouer avec la subversion. Paris: La Decouverte; 2022.
  27. Bourcier S. ZAP la psy: on a retrouvé la bite de Lacan ! En: Sexpolitiques. Queer zones II. Paris: La Fabrique; 2005. p. 271.
  28. Lippi S, Maniglier P. Sororité. Entre psychanalyse et féminisme. Paris: Ed. du Seuil. (En prensa).
  29. Bourlez F. Queer Psychanalyse. Clinique mineure et déconstruction du genre. Paris: Ed. Hermann; 2018.
  30. Le Corre L. L'Homosexualité de Freud. Paris: PUF; 2017.
  31. Ob. cit. 5:26.
  32. Lacan J. Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi (1959-1960). Torino: Einaudi; 1994. p. 401.

### **Declaración de conflictos de intereses**

La autora declara que no hubo ningún conflicto de intereses con el tema del artículo.

Fecha de recepción de original: 13 de enero de 2025

Fecha de aprobación para su publicación: 23 de enero de 2025