

Maternidad transgénera¹

Lucía Jiménez Peñuela / Investigadora independiente

Introducción

Distintas experiencias en mi vida me han hecho saber que para la mayoría de la sociedad, ser una mujer como yo, está equivocado. Entre las muchas anécdotas relacionadas, recuerdo a dos amigas expresándome que preferían un hijo drogadicto o ladrón, a que saliera así como yo. Como madre, al igual que ellas, no deseo nada que implique daño a su propia vida o a la de los demás. Sin embargo, pensar que tener un hijo con una identidad distinta a la asignada al nacer, no es algo que considere negativo. Entiendo que se enfrentaría a una transfobia similar a la que he tenido que soportar, pero entiendo que no es problema de él/ella, sino de una sociedad criada en el odio y la ignorancia.

Por otro lado, tengo claro que nací tan mujer como mis amigas, o como cualquier otra mujer cisgénero², aunque con un desarrollo de vida más tardío. Y entiendo que mi realización siendo la mujer que construyo y el ser consciente de quien soy, lejos de ser comparable a un vicio, a un delito con víctimas, es en sí la realización de la vida de las mujeres que lo son, no por obligación, sino por una comprensión profunda de su ser.

¿Cuestión de términos? Lo que no se nombra se desaparece

Desde hace siglos, las mujeres transgénera hemos sido caballito de batalla en las guerras políticas, que comienzan como guerras culturales y lingüísticas. De ahí que el lenguaje inclusivo siempre haga parte de las discusiones sobre las construcciones de vida de otros. Para ejemplificarlo, el sonado caso de la escritora de *Harry Potter*, JK Rowling que inició en 2019 con su opinión sobre el término “persona menstruante”, pero que terminó develando todas su transfobia interiorizada y militante, asumiendo que las mujeres transgéneras no somos más que hombres disfrazados, que entramos al baño equivocado para abusar de mujeres (Brewis 2021).

Pero muy a su pesar, existen hombres transgénero menstruantes y que pueden quedar embarazados. Este es uno de los argumentos que han contribuido a una reciente comprensión de los aparatos reproductivos como gestantes o fecundantes, en vez masculino o femenino. No son palabras de capricho sino términos que nos desligan de una realidad aparentemente biológica, que lo único que busca es perpetuar unos roles impuestos socialmente.

Decir que solo las mujeres menstrúan y quedan embarazadas es negar la realidad de las niñas cis. Afirmar que solo es madre aquella mujer que da a luz, estaría también negando no solo a las madres trans, sino también a las madres cis que adoptan. Creer que una madre trans es “el papá”, cuando ella ni sus hijos le identifican así, solo porque dio una carga espermática, es tan absurdo como creer que ese es el único rol que desempeña un hombre cisgénero en el cuidado de los hijos. De ahí, se hace necesario cuestionarse sobre el ser padre o madre, más allá de lo meramente fisiológico, y en diálogo permanente de la forma en que somos interpretadas o queremos serlo, por parte de nuestros hijos.

En inglés, el sustantivo “parents” es una palabra neutra para referirse tanto a padre, madre, o quien sea que cumpla las labores de crianza y cuidado. En español, la palabra más parecida es el plural “padres”, pero para hablar de cada uno hay que referirse al padre y a la madre. Y reflexionando sobre lo que socialmente es aceptado para un padre, y no hablo del donante de esperma, sino del hombre que ejerce algún tipo de cuidado sobre sus crías biológicas o adoptadas, se espera que sea la figura de autoridad en el hogar, sean más racionales en la crianza, sean más divertidos y juguetones, y que cumpla un rol protector. Por otro lado, de la madre se esperaría que cuide todo lo referente al espacio vital del hijo desde cambiar los pañales y darle de comer cuando esté estudiando, hasta velar por la organización de su habitación. Así mismo, se espera que sean más detallistas, planeadoras, precavidas, y emocionales en la crianza, respecto al padre.

Puede que al leer el párrafo anterior digas, bueno esto no lo hacía mi padre o esto otro mi madre, o ambos, o ninguno. De hecho, la palabra “parents” podría contener todas estas características sin necesidad de tener que especificar si se refiere al padre o a la madre, o si los “parents” son dos padres o dos madres que conforman una familia.

Si es así, ¿por qué al hablar de maternidades de mujeres trans, hay personas instituciones que se empeñan en negarlas y obstaculizarlas?, ¿por qué no pueden quedar embarazadas o supuestamente no pueden amantar? Soy una mamá transgénera que cuido de mi hijo, tengo unas pautas de crianza, soy precavida sobre sus necesidades, en su momento también cambié pañales y hoy estoy pendiente de que vista bien su uniforme, coma a horas y bueno, otro sinnúmero de cosas que hacemos las mamás. Entonces, ¿por qué son razones para negar mi maternidad, el carecer de un utero fértil o de senos rebosantes de leche?

Negar mi maternidad es igual que negar la de las mujeres que han adoptado ya sea porque su fisiología no les permitió

concebir o porque decidieron no hacerlo, pero que aun así se convirtieron en madres. Además, lo que se considera una madre varía según la época, la sociedad, la religión y la ideología. Pero asumo que, en la mayoría de los casos, nuestro objetivo como madres responsables es del poder ofrecer a nuestros hijos aquello que necesitan para desarrollarse plenamente, por lo menos hasta que se convierten en adultos funcionales.

La lactancia humana

Convencionalmente se habla de lactancia y materna, como un significante de feminidad y de ser madre, aunque eso no aplica cuando eres mujer trans, por el hecho de que te interpretan como parte de un mundo masculino, y dado que los hombres no dan pecho, estás excluida de amamantar. Sin embargo, la relación entre sexo / género y lactancia es compleja y cambiante.

Se asume que solo las mujeres cisgénero y particularmente aquellas que dieron a luz, pueden amamantar. Incluso a hay mujeres que por diversas razones de salud no pueden amamantar a sus hijas o hijos. La lactancia, o más específicamente, la presencia de glándulas mamarias, ha sido un componente en la evolución y clasificación de las especies animales. En 1758, Carlos Lineo definió que dichas glándulas son definitorias para clasificar a los mamíferos. Sin embargo, su clasificación aparentemente inocente, y que responde solo a características biológicas, esconde motivaciones políticas del científico quien era también reconocido por su apoyo a la lactancia materna y al prescindir de nodriza, puesto que era esta una labor exclusiva de la madre (Schiebinger, 1993). No se puede desconocer que lo “natural”, siempre es leído y comprendido desde una cultura. ¿Cómo sería la clasificación del *Homo sapiens*, si Lineo hubiese considerado el rol del donante de esperma?

Se supone que la selección natural no tiene una guía, un propósito, pero desde la lectura de la cultura occidental, pareciera que sí, ya que justifica entre otros aspectos del papel obligado de la mujer en la sociedad, el que las glándulas mamarias son propias de las hembras y que para los machos son órganos vestigiales. Esto, porque la naturaleza supuestamente les ha encargado a estos últimos la “difícil” (¿placentera?) tarea de maximizar el éxito reproductivo, de aparearse para producir la mayor cantidad descendientes posible. Esta es una de las muchas formas disponibles desde los discursos biologicistas aparentemente biológicos para justificar paternidades irresponsables, o llamar padre al donante de esperma.

En cambio, la madre (que deja de ser mujer y ahora solo es madre), no puede alejarse de su biología que le obliga a cargar con la reproducción, el cuidado parental y dentro de todo esto por supuesto la lactancia obligada. Es así que la

lactancia se considera a menudo un ejemplo paradigmático de diferencia sexual, pero en realidad expone la inestabilidad de las categorías binarias de sexo (Bartlett 2002, 375).

Si bien, existe en el cuerpo humano un potencial fisiológico para la producción de leche, los discursos de la lactancia implican constituciones políticas del género para las mujeres y afectan directamente sus experiencias de vida. A su vez, sus experiencias desafían la autoridad discursiva. Aceptar ciegamente que la lactancia es materna y una prueba de diferencia sexual entre las categorías binarias inamovibles hombre-mujer, en las que se restringe exclusivamente al cuerpo de las mujeres, es desconocer que los cuerpos de los hombres contarían con la capacidad fisiológica para lactar (Bartlett 2002, 375).

En otras palabras, lo anterior no excluye sino que abarca la existencia y vivencia de cuerpos cisgénero y transgénero, que tiene una potencialidad para lactar, la cual no es propia de las mujeres cis, sino que incluye entre otros y otras a madres y padres cis o trans, y a personas no binarias en general, que en teoría podrían amamantar tanto a hijos naturales como adoptados. Hombres y mujeres, cis o trans, han vivido, viven, y vivirán la experiencia de amamantar. Ellos, esgrimen la “biología de primaria”, esa cátedra aparentemente profunda y científica que les hizo muy conocedores de la realidad de los cuerpos de otras personas, excepto de los de ellos mismos.

Puede que no tengan idea de distintas especies en las que el macho u otros integrantes de la familia se involucran en las labores de cuidado y protección de la cría, al punto de alimentarles como en el caso de las palomas, estar embarazados de sus propios hijos como ocurre con los caballitos de mar, o incluso amamantar las crías como pasa con los murciélagos macho de la fruta de Dayak, en Indonesia.

Como maestra de biología de bachillerato, escucho a menudo recitales de padres de familia sobre lo que aprendieron en tercero de primaria³, cuando les enseñaron que solo hay macho y hembra, que es lo natural, de forma sospechosamente similar al religioso que plantea que tu vida es maldita y sobre todo imposible porque “varón y hembra los creó”. Sin embargo, su biología está tan sesgada como para conocer que, en condiciones de estrés extremo o tratamientos con estrógenos para controlar el cáncer, los hombres cis pueden llegar a producir una cantidad de leche considerable como para amamantar. Si mujeres y hombres cis pueden dar de amamantar, ¿cuál es el impedimento para que una mujer transgénera pueda alimentar a su progenie?

Desde su desconocimiento o su consiente selección de argumentos se justifica que solo son mujeres madres las personas portadoras de útero para procrear y senos para amamantar, que así cumplen con la labor “natural” de cuidar a las crías (aunque a la vez se escandalicen con ver a una mamá amamantando en público). Pero, lo “natural” pierde

sentido ante las distintas formas de llegar a la lactancia inducida. Toda lactancia requiere habilidad, tiempo y esfuerzo, e incluso las mujeres cis que han dado a luz pueden tener problemas fisiológicos (junto con los emocionales y socioculturales) para hacerlo (Lee 2018).

Existen tratamientos para lograr que personas distintas a las mujeres cis, puedan llevar a cabo un proceso de lactancia inducida. Además de mujeres trans que adoptan o tienen hijos biológicos, la inducción de la lactancia también la viven padres y madres donde el cuidado del hijo es compartido, a través de una preadaptación hormonal para que el pecho pueda cumplir con esta función. Es algo común también en partos múltiples producto de fertilización in vitro donde la progenitora no da abasto por sí sola, o en casos en los que ella, por motivos laborales, fisiológicos o de distancia, no pueda ejercer esta labor.

La lactancia puede inducirse en personas que no han dado a luz recientemente, combinando la estimulación de los senos con suplementos hormonales. El proceso requiere tiempo y esfuerzo, y rara vez la persona producirá la misma cantidad de leche que una mujer que recién dio a luz. La succión, la estimulación manual y los extractores de leche mecánicos son formas de proporcionar la estimulación necesaria del pezón. La prolactina, hormona productora de leche, y la oxitocina, hormona liberadora de leche, se producen en respuesta a la estimulación del pezón. Así mismo, la administración de estrógenos presente en píldoras anticonceptivas, pueden simular los efectos del embarazo; luego se retiran abruptamente para imitar los rápidos cambios hormonales que siguen al parto. Después se administra un fármaco potenciador de la prolactina. La estimulación de la succión comienza en este punto (Bartlett 2002).

A diferencia de las madres cis, la inducción de la lactancia en las madres trans necesita del bloqueo de andrógenos que por lo general se logra con espironolactona. Particularmente para la inducción de la lactancia se ha usado el galactólogo domperidona. En este caso reportado, la paciente usó un extractor de leche, que probablemente aumentó sus niveles de prolactina independientemente de la domperidona (Reisman y Goldstein 2018).

Lactancia en mujeres trans

Es así que, los senos de las mujeres transgénera no son órganos vestigiales, sino órganos en potencia funcionales, y si conciben ejercer una maternidad en la que la lactancia hace parte de ella, no existen motivos biológico-evolutivos a priori para impedir cumplir con este rol.

Es conocido de sobra que, la lactancia ofrece beneficios inmunológicos, metabólicos y psicosociales tanto para la

persona que da de amamantar, como para el bebé. La leche contiene IgA secretora, agentes antiinflamatorios y otros inmunomoduladores que brindan a los bebés amamantados ventajas inmunológicas en comparación con los bebés alimentados con fórmula. Además, establece una relación de cercanía entre madre e hijo (Moore *et al.* 2016) beneficiando la salud mental de ambos y a su vez fomentando la producción de más leche. Además, cuenta con propiedades analgésicas, pues los bebés que son amamantados cuentan con menos estrés durante procedimientos dolorosos, en contrario con aquellos que son alimentados con fórmula (Carbajal *et al.* 2003). La mayoría de las relaciones de lactancia son entre una mujer y un niño que ha dado a luz recientemente, pero también pueden incluir madres adoptivas, padres cisgénero y personas trans que amamantan a sus hijos, así como relaciones de lactancia adulta, lactancia nodriza y relaciones cruzadas (Bartlett 2002).

La lactancia promueve el crecimiento de bacterias benéficas que forman parte del tracto digestivo y de la piel. La colonización de estas bacterias, a una edad temprana, promueve el desarrollo del sistema inmunológico, lo que previene tanto enfermedades metabólicas como gastrointestinales y fomenta el desarrollo del sistema inmune y neuronal (Meek 2021). Adicionalmente, la lactancia tiene un efecto protector sobre las infecciones y las enfermedades provocadas por respuestas inmunológicas exageradas, como lo son el asma y los bebés amamantados tienen un menor riesgo de desarrollar diabetes, obesidad y enfermedades metabólicas en la vida adulta (Reisman y Goldstein 2018).

La lactancia puede inducirse en personas que no han dado a luz recientemente, combinando la estimulación de los senos con suplementos hormonales. El proceso requiere tiempo y esfuerzo, y rara vez la persona producirá la misma cantidad de leche que una mujer que recién dio a luz. La succión, la estimulación manual y los extractores de leche mecánicos son formas de proporcionar la estimulación necesaria del pezón. La prolactina, hormona productora de leche, y la oxitocina, hormona liberadora de leche, se producen en respuesta a la estimulación del pezón. Así mismo, la administración de estrógenos presente en píldoras anticonceptivas, pueden simular los efectos del embarazo; luego se retiran abruptamente para imitar los rápidos cambios hormonales que siguen al parto. Después se administra un fármaco potenciador de la prolactina. La estimulación de la succión comienza en este punto (Bartlett, 2002).

A diferencia de las madres cis, la inducción de la lactancia en las madres trans necesita del bloqueo de andrógenos que por lo general se logra con espironolactona. Particularmente para la inducción de la lactancia se ha usado el galactólogo domperidona. En este caso reportado, la paciente usó un extractor de leche, que probablemente aumentó sus niveles de prolactina independientemente de la domperidona (Reisman y Goldstein, 2018).

La Domperidona es un medicamento para tratar la mala digestión, náuseas y vómitos tanto en niños como en adultos, debiendo ser utilizado por períodos inferiores a una semana. (INVIMA 2021). Aunque la FDA ha manifestado preocupación por su riesgo de paros cardiacos y muerte súbita (Reisman y Goldstein 2018), estas complicaciones han ocurrido en pacientes mayores de 60 años, en los que reciben altas dosis del medicamento y en los que toman simultáneamente otros medicamentos susceptibles de prolongar el intervalo. Entre sus efectos secundarios, pero esperados en su calidad de galactógeno, están sensibilidad de las mamas, producción de leche, ausencia de apetito, menstruación, dolor en las mamas. Sin embargo, otros efectos que pueden ocurrir durante el tratamiento están depresión, ansiedad, disminución del apetito sexual, dolor de cabeza, somnolencia, inquietud, diarrea, erupción, picazón, aumento y debilidad muscular (INVIMA 2021).

Maternidad trans y útero

La principal motivación para llevar a cabo un trasplante de útero en mujeres que nacieron con infertilidad absoluta por factor uterino (AUFU), es su potencial de mejorar la infelicidad provocada causada por una discrepancia entre la capacidad procreadora y las aspiraciones reproductivas de la madre. Así, el trasplante les brindaría la oportunidad de concebir, gestar y dar a luz a una descendencia relacionada genéticamente. A enero de este año se reportaron 70 casos en el mundo, 45 detallados, y 9 con nacidos vivos (Jones *et al.* 2021).

Entre las limitaciones de la técnica de trasplante uterino en mujeres trans, se encuentra la fijación de órganos en la cavidad abdominal. Con este fin, se utilizan ligamentos redondos uterosacros y, a veces, ligamentos parametriales de la mujer receptora. Para una gestación implantada exitosa, es necesario someterse a una terapia hormonal específica antes de la transferencia de embriones y durante todo el embarazo. Al mismo tiempo, los fármacos inmunosupresores son fundamentales para prevenir el rechazo del útero trasplantado, pero también permiten que surjan otras complicaciones, incluidas las infecciones oportunistas. Estos son los principales desafíos de la técnica existente (Lerner *et al.* 2017).

La conformación ósea de la pelvis de la mujer trans respecto a la de la mujer cis, podría dificultar la implantación y el crecimiento del útero durante el embarazo, además de no contar con los ligamentos utilizados para la fijación del útero en la cavidad abdominal. El manejo hormonal previo a la transferencia embrionaria y para el mantenimiento del embarazo también debería adaptarse a su perfil hormonal, así como el esquema inmunosupresor (Lerner *et al.* 2017).

No obstante, la investigación sobre trasplantes, así como las consideraciones de justicia e igualdad en la atención

reproductiva, ahora han llevado a discusiones sobre la posibilidad de un trasplante de útero en mujeres transgénero. El trasplante de útero en mujeres transgénero busca alinear la capacidad reproductiva con la aspiración y aliviar la disforia que puede surgir como resultado de la imposibilidad de lograr la maternidad. De hecho, se ha reportado como factor de riesgo de suicidio. Siendo los derechos reproductivos, derechos humanos, las mujeres transgénero tienen derecho a al mismo trato que las mujeres categorizadas como mujeres al nacer (Jones *et al.* 2021)

Como se mencionó antes, el trasplante de útero para mujeres trans resulta de mayor complejidad y requiere de investigar cuestiones anatómicas, hormonales, de fertilidad y obstétricas, aunque aún no se encuentran argumentos clínicos abrumadores que contradigan a futuro la viabilidad del trasplante de útero en este modelo. Por tanto, para aliviar el dolor causado por las aspiraciones reproductivas frustradas, hay que considerar su posibilidad, alimentando las insuficientes bases de datos disponibles sobre las percepciones y la demanda potencial de trasplante de útero en mujeres trans, previo a la realización de estudios en animales y cadáveres para establecer la viabilidad del procedimiento en este modelo (Jones *et al.* 2021).

Al respecto, se ha reportado mujeres trans que manifiestan el deseo de tener experiencias fisiológicas únicas para las mujeres cis, entre ellas la menstruación y la gestación, así como tener una vagina trasplantada fisiológicamente funcional. También, consideran que los beneficios potenciales del trasplante de útero superan los riesgos significativos asociados, en tanto que puede mejorar la calidad de vida, la felicidad y los síntomas disfóricos al tiempo que mejoran sus sentimientos de femineidad. Experimentar el embarazo y sus secuelas psicológicas, impulsa la investigación del trasplante de útero en mujeres con AUFU, por lo que el trasplante de útero en mujeres trans podría considerarse bajo la misma luz, y por tanto posibilitar las investigaciones pertinentes respecto a su viabilidad (Jones *et al.* 2021).

Con todo lo anterior en mente, es de saber que, la posibilidad de tener hijos biológicos por parte de mujeres trans aún existe, y está relacionada con la preservación de su esperma, confiando en opciones disponibles como el embarazo convencional de una esposa, novia o madre sustituta. Sin embargo, esta posibilidad es inexistente en mujeres trans a las que se les han extirpado los testículos como parte de esa transición de género (Murphy 2015), y cuyo material genético no se encuentra preservado en bancos de esperma.

El peligro de tener una mamá trans

Las madres y padres trans suelen formar familias de diversas formas que incluyen las paternidades/maternidades biológica y adoptiva, ser padrastro/madrastra, el cuidado temporal

o de paso, la reproducción asistida, y otras opciones más. No obstante, lo más probable es que tengan hijos antes de la transición. Existe poca literatura disponible de las dinámicas familiares con padres/madres trans, y son bastante pobres en lo que refiere a la dinámica familiar más allá del cómo la transición afectó a la familia, además de ignorar las perspectivas de los niños (Imrie *et. al.* 2021)

En lo personal, algunos psicólogos y psiquiatras que nos han atendido a mí o a mi hijo, desconocen no solo mi realidad femenina, sino también nuestra relación madre-hijo. Una psiquiatra me dijo este año que acepta que yo sea mujer, pero madre no porque yo venía ejerciendo el rol paterno y el niño ya tiene una mamá que lo tuvo en el vientre. La psicóloga de mi hijo persistió hasta hace poco en desconocer mi nombre legal y que el niño también me acepte como mamá. Me quejé con atención al usuario y la respuesta fue que la psicóloga nos enviara a trabajo social, argumentando “relación disfuncional a nivel familiar”, a pesar de que nada de eso se reportó en la historia clínica.

Sabiendo que en otros ámbitos como el laboral ha sido costumbre tener que justificar cosas privadas y personales como mi maternidad, asistimos las dos mamás con nuestro hijo y nos dieron de alta a la cuarta cita, al encontrar que no existía tal disfunción. Y ni hablar de los otros profesionales que han buscado, infructuosamente, demostrarme culpable de violencia física y/o sexual sobre mi hijo, como cuando nos negaron el cupo en un colegio católico.

He vivido en carne propia lo que es perder la custodia de mi hijo (mas no la patria potestad), por razón de mi género, argumentando los efectos perjudiciales que mi “cambio”, mi “tema” (como algunos profesionales se refieren a mi experiencia), producen en relación con la crianza del niño, o cuando algunos profesionales me indican que es la mamá la que se debe ocupar del cuidado del niño, como si yo no fuera también madre. En los setentas y ochentas, los hijos de parejas homosexuales perdían la custodia de sus hijos. Hoy en día se ha demostrado que las relaciones entre padres/madres trans y sus hijos son de buena calidad y se da un adecuado ajuste psicológico entre los niños en edad escolar, pero aún así, se sigue generalizando sin evidencias que las/ los padres/madres trans tenemos efectos perjudiciales en las crianzas (Imrie *et. al.* 2021).

Un día de la madre más

Llega el día de la madre. Familiares y antiguas amistades que antes te felicitaban el día del padre, ahora te van a ignorar en ambas fechas. No sabes si eso es tan incómodo como que te envíen mensajes el día del padre, con fotos antiguas y te digan lo bueno que eras como padre, pero sin hacer la más mínima mención a tu rol actual. Llegas a ser tan ignorada que en sus discursos te elimina y hacen de cuenta que nunca estuviste en su vida.

El día del padre termina siendo el día del donante de esperma, porque ya no importa que tan buena mamá seas, lo que importa es que naciste produciendo esperma y eso es lo único que importa para ser papá. Sentiste amor por él, desde antes que se formará. No lo albergaste en tu vientre por 9 meses, pero si que vive en tu corazón por toda la vida y harás todo lo que sea para enseñarle a vivir, y para defenderlo hasta la muerte si es necesario.

No lo amamantaste, pero en el presente lo cuidas, le das amor, educación y permaneces a su lado a pesar de todo. Sabes que el mayor legado que le puedes dar es amarse a sí por encima de los prejuicios de una sociedad que busca eliminar a todo aquel que sea diferente. Y sí, el que tú existas, lo hace a él diferente. Por eso, si llega a ser necesario, te esconderás para evitar que sus compañeros le hagan matoneo por tener una mamá como tú.

Ya no eres madre, así tu hijo te llame “mami” y te quiera como tal. Eres solo un esperma en su vida, y es que no eres nada. No importa cuánto lo hayas cuidado, lo que vale es que no lo tuviste en tu vientre. Es decir, tu maternidad es negada y fallida, tanto como se niegan entre otras, las maternidades de las mujeres a cargo de niños adoptados.

Las y los defensores de las maternidades uterocéntricas y productoras de leche, te repiten hasta el cansancio que ellas sí son madres, que se ganaron ese lugar. Y así hayas pasado más tiempo con tu hijo que cualquier otra persona, eso no vale para ganarte ese lugar. Ya nada vale; ahora, no eres padre, no eres madre.

Llega el día de la madre y tu hijo te entrega esta carta:



Conclusiones

Si bien hay que tener cuidado en la administración de medicamentos como los estrógenos y la domperidona, así como realizar más investigaciones sobre las relaciones causas beneficio, los proveedores de atención médica, han de tener mayor empatía para que desde su práctica enriquezcan el apoyo a la lactancia, en particular a las madres transgénero, reconociendo su lactancia como parte del reconocimiento de su ser madre, a la vez que le brindan los beneficios de la lactancia a sus hijos.

En la práctica clínica, el trasplante de útero es una cirugía que aún se realiza de forma experimental y que requiere más estudios antes de su extensión a las mujeres trans. No obstante, si la investigación avanzara para hacer realidad estos trasplantes, es de reflexionar que impedimentos de carácter social pesaría para condenar este tipo de trasplantes. Aún existiendo mujeres trans gestantes o que hayan dado a luz, cuáles serían los argumentos para continuar negando la realidad de nuestras maternidades.

Por todo lo expuesto, utilizar la biología, o más bien el desconocimiento de la fisiología humana como argumento para negar las maternidades trans, y desconocer las realidades sociales de las mujeres trans que a través de los tiempos han ejercido, ejercen y ejercerán ese rol es la forma en que se sigue perpetuando una maternidad uterocéntrica que no solo niega a las madres trans, sino también a mujeres cis que ejercen el rol aunque no hayan concebido o dado de amamantar.

Por último, los profesionales que entran en contacto con hijos de madres trans, incluyendo pero no limitado a psicólogos, consejeros escolares, docentes, no han de suponer que ello es intrínsecamente problemático para los niños, sino que evitando ser opositores a la existencia de esta familia ya conformada, se enfoquen en los procesos familiares, asegurando apoyo psicosocial disponible para aquellas madres que lo requieran. Además, orientados a evitar que estos niños sean objeto de burlas, señalamientos, amenazas o conductas hostiles por parte de miembros de las comunidades educativas, abordando desde sus clases o intervenciones, las maternidades trans como algo que es normal.

Bibliografía

- American Psychological Association- APA. 2013. Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. Oficina de Asuntos Lésbicos, Gay, Bisexuales y Transgénero. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/lgbtq/brochure-personas-trans.pdf>
- Bartlett, A. 2002. Breastfeeding as headwork: Corporeal feminism and meanings for breastfeeding. *Women's Studies International Forum* 25(3): 373–382.
- Brewis, Harriet. 2021. “A timeline of JK Rowling’s views on trans rights as she reveals ‘death threats’ from activists”. Artículo consultado en julio 20 de 2021. Disponible en: <https://www.indy100.com/celebrities/jk-rowling-trans-twitter-timeline-transphobic-b1887157>
- Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. 2003. “Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial”. *BMJ*. Enero 4;326(7379):13. doi: 10.1136/bmj.326.7379.13. PMID: 12511452; PMCID: PMC139493.
- Davis, L. 2021. “Deconstructing tradition: Trans reproduction and the need to reform birth registration in England and Wales”. *International Journal of Transgender Health*, 22:1-2, 179-190, DOI: 10.1080/26895269.2020.1838394
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA. 2014. FarmaSeguridad. Bogotá. D.C., Vol. 3 No. 6. Junio. Consultado el 16 de agosto de 2021. Disponible en: https://www.invima.gov.co/documents/20143/462902/FarmaSeguridad+JUNIO+2014_1.pdf/03dab1c6-381c-81cf-98ab-adbd2151410f
- Imrie, Susan, Zadeh Sophie, Wylie Kevan & Golombok Susan. 2021. Children with Trans Parents: Parent–Child Relationship Quality and Psychological Well-being, *Parenting*, 21:3, 185-215, DOI: 10.1080/15295192.2020.1792194 Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15295192.2020.1792194?needAccess=true>
- Jones BP, Rajamanoharan A, Vali S, Williams NJ, Saso S, Thum MY, Ghaem-Maghami S, Quiroga I, Diaz-Garcia C, Thomas P, Wilkinson S, Yazbek J, Smith JR. 2021. “Perceptions and Motivations for Uterus Transplant in Transgender Women”. *JAMA Netw Open*. Ene 4;4(1):e2034561. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.34561. PMID: 33471119; PMCID: PMC7818101.

- Lee, R. 2018. “Breastfeeding Bodies: Intimacies at Work”. *Gender, Work & Organization*, 25: 77–90. doi: [10.1111/gwao.12170](https://doi.org/10.1111/gwao.12170).
- Lerner T, Ejzenberg D, Pereyra EAG, Soares Júnior JM, Baracat EC. 2017. What are the Possibilities of Uterine Transplantation in Transgender Patients? *Rev Bras Ginecol Obstet*. Oct, 39(10):521-522. English. doi: [10.1055/s-0037-1606321](https://doi.org/10.1055/s-0037-1606321). Epub 2017 Agosto 28. PMID: 28847025. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28847025/>
- Meek, Y. 2021. “Infant benefits of breastfeeding”. Recuperado el 15 de agosto de 2021, de UpToDate <https://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding>
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. 2016. “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants”. *Cochrane Database Syst Rev*. Nov 25,11(11):CD003519. doi: [10.1002/14651858.CD003519.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4). PMID: 27885658; PMCID: PMC6464366.
- Murphy, T.F. 2015. “Assisted Gestation and Transgender Women”. *Bioethics*, 29: 389-397. <https://doi.org/10.1111/bioe.12132>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020. *Lactancia materna exclusiva*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
- Reisman T, Goldstein Z. 2018. “Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman”. *Transgend Health*. Jan 1,3(1):24-26. doi: [10.1089/trgh.2017.0044](https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044). PMID: 29372185; PMCID: PMC5779241.
- Schiebinger L. 1993. “Why Mammals are Called Mammals: Gender Politics in Eighteenth-Century Natural History”. *American Historical Review* 98(2): 382–411.

Notas

1. “Persona transgénera” es un término referido a quienes su identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a la comúnmente asociada con el sexo asignado al nacer. La identidad de género es la experiencia personal de ser mujer, hombre, o en general de ejercer un rol distinto al sexo asignado; la expresión de género es el modo en que comunica su identidad de género a otras a través de conductas, su manera de vestir, peinados, voz o características corporales. El prefijo “trans” se usa para abreviar la palabra “transgénero/a” (APA 2013). Utilizo en este artículo “mujer transgénera” y no “mujer transgénero”, ya que en lo práctico, el término “transgénero” es utilizado por la sociedad para enfatizar en lo masculino de una mujer que está haciendo su tránsito. Muestra de ello cuando se usa coloquialmente “el transgénero”, “el trans” para referirse a una mujer trans, o para desligar su ser mujer de ser una persona transgénera. Así “transgénero” para referirse a una mujer trans, desvirtúa la significación original del término y se convierte en una negación de su ser fémica. Por tanto, uso “mujer transgénera”, no solo para afirmar la realidad femenina de la persona, sino su tránsito en y hacia su ser mujer; y “madre transgénera” para las mujeres trans que ejercen un rol materno.
2. Mujeres que se identifican con el sexo asignado al nacer. También se mencionarán en el artículo como mujeres cis.
3. Realmente en el preescolar, cuando les enseñaban a dibujar niños calvo/pelo corto con pantalón, y niñas con pelo largo y falda.