

Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad.

Considerations about an approach to depathologization of the transsexualism.

Cristina Polo Usaola^a, Daniel Olivares Zarco^b.

^aPsiquiatra. Centro de Salud Mental del distrito de Hortaleza. Madrid. ^bPsiquiatra. Hospital Universitario de Guadalajara.

Correspondencia: Cristina Polo Usaola (cristinapolo83@hotmail.com)

Recibido: 12/09/2010; aceptado: 12/12/2010

RESUMEN:En este artículo se revisan conceptos y teorías relacionados con la identidad de género. Posteriormente se discuten las diferentes propuestas que abordan la consideración de los trastornos relacionados con este concepto. Dentro de los colectivos de transexuales y de profesionales estudiosos del tema, existen algunos que coinciden en conceptualizar la transexualidad como un trastorno mental, otros como un trastorno en la diferenciación sexual y otros que solicitan la despatologización del llamado trastorno de identidad de género.

PALABRAS CLAVE: identidad de género, transexualidad, transgénero, despatologización.

ABSTRACT:In this paper concepts and theories related to gender identity are reviewed. We subsequently discuss different approaches to treatment and conception of what's known as Gender Identity Disorders. Some experts, professionals and transgender associations agree in considering transsexualism as a mental disorder. Others consider it a Sex Differentiation Disorder, while others demand depathologization of the foretold Gender Identity Disorder.

KEY WORDS: Gender Identity, Transsexualism, Transgender, depathologization

“...Ese es el deseo, dejar atrás las cicatrices, las eternas salas de espera, las palabras y los silencios que nunca hemos entendido, el miedo a uno mismo y a salir a la calle, la rabia frente a nuestro cuerpo desnudo. Dejar todo eso atrás y buscar toda la belleza que se nos ha ido escapando, que no vemos porque nadie nos ha enseñado a mirarla..”

MIQUEL MISSÉ, 2010

AGRADECIMIENTOS

A Antonio Diéguez Gómez, Antonio Ceverino Domínguez, Eduardo Barbudo, Dolores Braquehais y Antonio Escudero, por sus interesantísimos comentarios que han contribuido al debate y reflexión sobre el tema.

Introducción

En España, el movimiento reivindicativo por la despatologización de la transexualidad comienza a tomar vigencia en 2007, en relación con la aprobación de la Ley 3/2007 del 15 de marzo. Ésta tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado (1). Entre las ventajas de esta ley se ha señalado que de ser un trámite judicial pasa a ser administrativo y que no exige intervención quirúrgica para que se produzca el cambio de nombre; sin embargo, tiene los inconvenientes, según los críticos con la ley, de que obliga a seguir tratamiento hormonal durante dos años (con el consiguiente riesgo de esterilización) y que hace necesario para aplicarla un diagnóstico psiquiátrico (disforia de género) (2).

Este movimiento se ha unido a otra campaña de ámbito internacional (“Stop Trans Pathologization”) mediante la cual se manifiestan colectivos de más de 40 ciudades de todo el mundo. Esta campaña exige 5 puntos (2):

1. La retirada del Trastorno de Identidad de Género de los manuales internacionales de diagnóstico (en sus próximas versiones DSM-V y CIE-11)
2. La retirada de la mención de sexo de los documentos oficiales al ser un mero control de género de un dato que no tiene ninguna validez identificatoria.
3. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersexo.
4. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías de reasignación sin la tutela psiquiátrica (hasta ahora, para acceder a este tratamiento se necesita una valoración de médico o psicólogo clínico para diagnosticar que la persona presenta un Trastorno de Identidad de Género).
5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas transexuales.

En España, además, se incluye suprimir la necesidad de tener que someterse a tratamiento hormonal para cambio de inscripción relativa al sexo y nombre en el Registro Civil. Como hemos dicho anteriormente, se requiere este tratamiento durante dos años.

Otra cuestión criticada es que en el proceso previo a la cirugía de reasignación, uno de los aspectos contemplados es la “preparación psíquica y social”. Esta incluye terapias de adaptación psíquica y social del sexo elegido como preparación a la vida futura (el llamado “test de la vida real”). Según estos colectivos, la aplicación de estas terapias puede plantear confusiones teóricas y metodológicas entre rol e identidad de género, y lleva a usar escalas de masculinidad y feminidad basadas en estereotipos tradicionales de género (3).

En España se despenalizaron las operaciones de cambio de sexo mediante la Reforma del Código Penal en 1983. En Febrero de 1999 el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, y se creó la Unidad de Trastornos de Identidad de Género, en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. Esta unidad ha sido la primera dentro del sistema público español en dar respuesta a la atención sanitaria de estas personas. En abril del 2010, tras una petición del diputado Joan Herrera (IU-ICV) para proponer la despatologización de la Transexualidad, el Gobierno español manifestó que compartía la necesidad de descatalogar la transexualidad como un trastorno mental (4)

A nivel internacional, ha sido fundamental la promulgación de los principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género, que se presentó en marzo del 2007 en la Asamblea de Derechos Humanos de la ONU. En el punto 18, dentro del apartado “Protección contra abusos médicos”, se expone que “ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un centro médico, por motivo de su orientación sexual o identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas”. La situación en el ámbito internacional en cuanto a derechos legales y sanitarios de personas transexuales es muy variable. (5)

En este artículo revisaremos las dificultades que ha supuesto a lo largo de la historia la conceptualización de los llamados trastornos de la identidad sexual. Finalizaremos intentando aportar elementos que contribuyan a fomentar el debate sobre la idoneidad de la despatologización de la transexualidad.

Sobre la conceptualización de las enfermedades mentales: el ejemplo de la homosexualidad.

En Psiquiatría el concepto de enfermedad presenta mayor complejidad que en otras especialidades médicas. Muchas patologías psiquiátricas no pueden acogerse al concepto médico de enfermedad relacionado con un complejo etiológico y clínico, identificable y estable. Los sistemas de clasificación psiquiátrica han intentado mitigar estas dificultades introduciendo el término “trastorno mental”. Algunos autores señalan que fue a principios de los años setenta, a raíz de que la comunidad científica tuviera que decidir sobre si la homosexualidad era conside-

rada como enfermedad mental o no, cuando la psiquiatría empezó a plantearse la definición de “trastorno mental” (6). La DSM-IV lo define como “un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que aparece asociado a un malestar presente (síntoma doloroso), incapacidad o a un riesgo aumentado de fallecer, padecer dolor, incapacidad o una importante pérdida de libertad” (7).

Existe abundante polémica en torno a esta definición y a los sistemas de clasificación psiquiátrica. ¿Dónde está el límite entre lo normal y lo patológico en gran parte de los problemas psiquiátricos? Coincidimos con algunos autores en que frecuentemente lo anormal no es patológico y viene delimitado por la desviación media de la norma correspondiente al grupo de referencia. Paralelamente, en muchas ocasiones, lo normal se define desde el ámbito sociocultural y únicamente indica una adaptación adecuada a un contexto social. De hecho, ante la dificultad para tratar la normalidad psíquica desde un criterio operativo, pragmático y no excluyente para la persona, en las últimas décadas se han propuesto diversas perspectivas para abordarla (8).

La historia de las clasificaciones psiquiátricas nos muestra que el contexto social es un referente permanente. Por ejemplo, comportamientos antes considerados productos de la maldad humana (piromanía, cleptomanía, pedofilia), vicios (juego patológico, exhibicionismo) o normales (duelo prolongado, trastornos del deseo sexual, disfunción orgásmica femenina) están incluidos en las clasificaciones psiquiátricas (8). Otros, como la homosexualidad, de ser valorados como patológicos han salido de los sistemas diagnósticos.

Con relación a esta última, su consideración a lo largo de la historia en países occidentales ha sufrido numerosos cambios: en el siglo XIX comenzó a tomar vigencia la idea de que constituía una enfermedad, frente a planteamientos previos que la situaban como un comportamiento delictivo o pecaminoso. Esta idea se mantuvo durante gran parte del siglo XX. Así, dentro de las clasificaciones psiquiátricas, la homosexualidad estuvo incluida en la DSM hasta 1973. Baile señala entre los factores más influyentes para su desaparición los siguientes (9):

-La proliferación de investigaciones que no encontraban diferencias en cuanto al ajuste psicológico entre las personas homosexuales y heterosexuales.

-Los hallazgos de que el comportamiento homosexual era más frecuente de lo que se pensaba (en este sentido tuvo una especial relevancia el estudio Kinsey (1949) que mostraba que entre un 4 y un 10% de la población podía considerarse predominante o exclusivamente homosexual) (10)

-La gran presión que los colectivos proderechos de las personas homosexuales realizaron a la Asociación Psiquiátrica Americana. Dentro de la propia Asociación, hubo colectivos de profesionales que exigían la retirada por falta de fundamento y por el efecto negativo que el diagnóstico tenía sobre las personas homosexuales. Este último factor es el considerado por la mayor parte de autores como el más

influyente en la salida de la homosexualidad del DSM (11). La decisión estuvo rodeada de gran polémica y supuso que un grupo de miembros de la APA, descontentos con esta acción, elevara una petición de referéndum. Fue la primera vez que la situación clínica de una condición fue sometida a votación entre los afiliados. La decisión de cambio fue mantenida por el 58% de los psiquiatras. Así, en 1973 se retiró la homosexualidad del DSM y se sustituyó el diagnóstico por “perturbaciones en la orientación sexual”. En la tercera edición del DSM se sustituyó por “homosexualidad egodistónica”, término que se eliminó en la revisión del DSM III-R en 1986, al considerar que toda persona homosexual podía pasar temporalmente por una etapa de dudas y confusión mientras se definía su orientación sexual y a que ésto no debía denominarse trastorno (11). La APA clasifica ahora el persistente e intenso malestar sobre la orientación sexual propia como uno de los “trastornos sexuales no especificados”. En la CIE la homosexualidad estuvo incluida hasta 1990, desapareciendo de la versión décima de dicha clasificación.

¿Cuándo comienza a hablarse de transexualidad?

En 1950 se usó por primera vez el término transexual por el médico David Cauldwell. Hasta entonces no se diferenciaba de travestismo. Él describió su trabajo como la “*lucha contra la ignorancia y la intolerancia*”. El término transexual lo introdujo para describir personas que sienten pertenecer al sexo contrario al biológico y que, además, desean que la cirugía altere sus características físicas para que se asemejen a aquellas del sexo opuesto (12). El término lo desarrolló el endocrinólogo Harry Benjamin en los años 50 y se popularizó en los 60. El autor consideraba que la transexualidad era una enfermedad que no se podía curar con psicoterapia y que exigía la adecuación del cuerpo al género al que por convicción psicológica se pertenecía (13). Era un concepto muy ligado a connotaciones clínicas, ya que, para legitimar las operaciones de cambio de sexo, había que establecer criterios rígidos para el diagnóstico. En 1979 se constituyó la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) que aprobó unas directrices asistenciales que se revisan periódicamente y sirven como guía asistencial para los Trastornos de Identidad de Género (14). Una aportación fundamental en la definición de la transexualidad la proporcionó John Money, endocrinólogo y sexólogo. Tras sus estudios en personas que habían nacido con genitales ambiguos por alteraciones en la diferenciación sexual, consideró que la identidad de género se relacionaba directamente con el sexo asignado y la crianza, definiéndose ésta en los dos o tres primeros años de vida. En su formulación, el sexo se vincula a lo biológico, mientras que el género inscribe los componentes comportamental y social (15). La distinción entre

ambos términos se construye, pues, sobre la dicotómica relación entre naturaleza y cultura.

En las ciencias sociales, el concepto de género ya lo habían usado algunas autoras, como Simone de Beauvoir, aunque sin definirlo como tal (16). Kate Millet, (17) posteriormente, señaló que aunque al principio de su creación el concepto sólo hacía alusión a lo dicotómico, era necesario reflejar que llevaba incluido un sistema de poder desigual. La autora insta a buscar los fundamentos transhistóricos que están detrás de que estas diferencias de poder se justifiquen y cobren sentido.

Respecto a las clasificaciones psiquiátricas internacionales, en 1980 apareció la Transexualidad como diagnóstico en el DSM III. Incluía a individuos con disforia de género que hubieran demostrado tener a lo largo de al menos dos años un continuo interés en transformar el sexo de sus cuerpos y su estatus social de género. Algunos autores señalan la coincidencia entre la desaparición de la homosexualidad como trastorno mental y la aparición del diagnóstico de transexualidad y argumentan que hay distintos motivos que lo explican (18).

En el DSM IV se abandonó el término usándose Trastorno de identidad de género. Supuso una cierta ampliación de los sujetos incluidos ya que no es necesario querer transformar el cuerpo para ser diagnosticable. (7) (Tabla 1)

En la CIE 10 aparece transexualismo como diagnóstico dentro de los trastornos de identidad sexual. Se define como el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido. Se exige que la identidad haya estado presente al menos durante dos años y que no sea síntoma de otro trastorno mental ni anomalía intersexual (19).

Discusiones conceptuales en relación a la transexualidad y a su abordaje.

El debate sobre la transexualidad ha atravesado distintos momentos. En los años 60 se crearon en Estados Unidos las primeras clínicas de reasignación de sexo y fueron teniendo gran auge las intervenciones quirúrgicas. En una revisión sobre el tema, Dave King (12) señala que en esta época la discusión se centraba sobre los criterios para seleccionar pacientes para la intervención. Él señala que se usaban criterios conductuales y teóricos. Los primeros eran usados por el Hospital Johns Hopkins (una de las principales clínicas americanas de reasignación de sexo) donde trabajaban John Money (endocrinólogo y sexólogo y uno de los profesionales pioneros en el tema) y Eugene Meyer (psiquiatra). Estos criterios ponían especial

énfasis en que el paciente asumiera el rol del sexo contrario al menos durante un año.

Tabla 1

Criterios para el diagnóstico de F64 Trastorno de la identidad sexual (302)

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo
2. en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina
3. preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
4. deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
5. preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: En los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificar según la edad actual:

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]

F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]

Especificar si (para individuos sexualmente maduros):

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Sin atracción sexual por ninguno

Dentro del grupo que usaba los llamados “criterios teóricos” figuraban profesionales que eran partidarios de intervenir sólo al denominado “verdadero” transexual, según un marco teórico que no sólo incluía la capacidad del paciente para actuar como miembro del sexo contrario. Entre los profesionales de este grupo se encontraba Robert Stoller, psiquiatra y psicoanalista, que en su libro “Sex and gender” (20) escribía: “Creo que sólo deberían operarse aquellos varones que sean más femeninos, hayan estado expresando su feminidad desde una edad temprana, no hayan pasado etapas viviendo como varones aceptados, no hayan disfrutado de su pene y no se hayan considerado varones”. En 1975 añadió: “debe de haber una forma mejor de diagnosticar esta condición que decir que una persona es transexual porque reclama una transformación de su sexo” (21).

En los años 70 Person y Ovesey describieron una clasificación que aún es utilizada por algunos grupos (22). Diferenciaban transexualismo primario y secundario. En el primero, las alteraciones en la identidad de género aparecen desde la niñez. En este grupo también se incluyen aquellas personas que suelen tener una historia infantil de conductas propias del sexo opuesto pero no son conscientes claramente de lo que les sucede hasta la adolescencia. A pesar de este inicio en la infancia, con frecuencia en los últimos años de la infancia o al inicio de la adolescencia pueden presentar períodos en los que intentan adecuar su conducta a su sexo biológico, siendo este esfuerzo generalmente inútil. Los autores describen que esta forma de presentación tiene muy buen pronóstico tras el tratamiento de reasignación sexual. Postulan que si la identificación con el otro género persiste al final de la adolescencia, el riesgo de remisión es prácticamente nulo. Gómez Gil en un trabajo realizado en 2006, describió que en las series de pacientes evaluados en nuestro país, más del 90% de los pacientes que son atendidos se pueden incluir dentro de esta categoría (23)

En el denominado transexualismo secundario se incluyen aquellas personas en las que la identificación con el otro sexo aparece de manera más gradual y más tardía, generalmente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta. Este grupo puede fluctuar más en el grado de identificación con el otro sexo y mostrar mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación. En los casos de hombres biológicos existe una mayor probabilidad de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía de reasignación. En estos casos algunos autores describen la existencia de remisiones espontáneas, por lo que recomiendan extremar la prudencia a la hora de iniciar el tratamiento de reasignación sexual (24).

En una revisión, King describe cómo estas diferentes concepciones supusieron marcadas discrepancias entre los profesionales que se dedicaban a este tema y gran debate en torno a las intervenciones. Para algunos autores, una vez descartadas alteraciones en la salud mental y deseos de autodestrucción, el mejor indicador

de la transexualidad era el deseo del paciente de someterse a una operación. Sin embargo, a finales de los años 70, se produjeron numerosas críticas relacionadas con las diversas complicaciones médicas secundarias a intervenciones, intereses comerciales y profesionales no explicitados, diagnósticos erróneos, etc. (12) Billings y Urban (25) señalaron los riesgos de que el diagnóstico se confirmara en un proceso de negociación entre pacientes y médicos en el que los problemas del paciente se definían, legitimaban y regulaban como enfermedad. *“En el ámbito de las ideas, la operación de cambio de sexo no sólo es reflejo y extensión de la lógica del capitalismo tardío de cosificación y compra de bienes de consumo, sino que a la vez juega un papel implícito en la política sexual contemporánea”*. Señalan que esta operación reafirma de manera implícita los roles tradicionales masculino y femenino.

Con respecto a la inclusión en la nosología psiquiátrica, se han realizado diversas críticas en relación al lugar que los Trastornos de Identidad de Género tienen en las clasificaciones actuales. Algunos autores señalan que los criterios del Trastorno de Identidad de Género en la infancia promueven diagnósticos de falsos positivos basándose en el hecho de que se adapten al rol de género sin que tengan malestar evidente (26). Ehrbar (27) también es crítico con los actuales criterios que en niños tiene el diagnóstico, y sugiere que deberían eliminarse de los criterios diagnósticos y de los textos de apoyo, toda referencia a las expresiones y comportamientos no conformes con el género. Para este autor, los criterios actuales parecen igualar el malestar que sufre una persona que nace en un cuerpo de hombre y desea que su pene desaparezca, con el hecho de que alguien que haya nacido hombre rechace juegos violentos. Por todo ello los criterios deberían centrarse en la disforia de género experimentada. Si el sufrimiento tiene que ver con problemas de adaptación familiar o escolar, habría que usar otra categoría diagnóstica.

Otros autores defienden que hay varias justificaciones para ofrecer tratamiento a los niños con trastorno de la identidad sexual. Entre ellas señalan cuatro principales: eliminación del ostracismo por compañeros en la infancia, el tratamiento de la psicopatología asociada, la disminución del malestar percibido y la prevención de la transexualidad en la edad adulta (28).

Con respecto al diagnóstico en edad adulta, Randall Ehrbar, psicólogo clínico trans que realizó recomendaciones a la APA sobre revisiones del diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género, piensa que el diagnóstico es necesario para el acceso a los tratamientos médicos durante la transición. Él considera que el foco del diagnóstico debe de ser el malestar causado por la disforia de género y no las identidades y expresiones de género que difieren de las asignadas al nacer (27). Winters también es crítica con los actuales criterios diagnósticos. Señala que tienen un lenguaje ambiguo, obsesión con estereotipos sexuales anticuados e incongruen-

cias con la definición de la enfermedad mental, lo que confunde a profesionales de la salud (26). En una revisión sobre el tema, Ehrbar y Nick Gorton proponen cambiar el nombre de Trastorno de Identidad de Género por el de Disforia de Género, y sugieren situarlo fuera de los apartados de Trastornos de Identidad Sexual y de Género. Proponen tres posibles lugares: en una categoría separada, dentro de trastornos que suelen diagnosticarse en la infancia o adolescencia o entre los trastornos de ansiedad y TEPT. Esta última opción podría tener la ventaja, según estos autores, de hacer entender cómo muchos de los síntomas adversos de salud mental que las personas trans, sufren provienen del trauma que experimentan por sublimar su identidad de género o por la discriminación por no adaptarse al género asignado. Señalan dos criterios en personas adultas y adolescentes necesarias para que el diagnóstico sea válido:

-Un fuerte y persistente malestar con las características físicas sexuales o con el rol social de género asignado que es incongruente con la identidad de género persistente.

-El malestar es médicamente significativo o causa impedimento ocupacional, social o en otras áreas siempre que este malestar no esté sólo ocasionado por prejuicios externos o discriminaciones.

Señalan también que debería incluirse una especificación para la Disforia de Género en remisión y critican que el diagnóstico no desaparezca en personas que ya han hecho un tratamiento de reasignación. Además señalan la necesidad de eliminar el término travestismo fetichista (29).

En el borrador para el DSMV presentado en febrero de este año, uno de los cambios propuestos es que el Trastorno de la identidad sexual pase a llamarse Incongruencia de género (*Gender incongruence*). Los argumentos que la APA da para justificar el cambio es que el elemento central es el desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona en el momento del nacimiento y la identidad de género que la persona siente y manifiesta. Se dejan fuera de la definición conceptos como el sexo biológico o la presencia o no de determinados órganos genitales. Otra novedad es que los nuevos criterios permiten retirar el diagnóstico en el momento en el que el desajuste desaparece tras el proceso de reasignación (30).

En un artículo en el que participan profesionales de disciplinas médicas y antropológicas, se señala que los protocolos clínicos actuales están basados en la presuposición de un binarismo de género que no se corresponde con la pluralidad de expresiones e identidades de género presentes en la práctica clínica (31). Se ha señalado también que los criterios clínicos que se utilizan se basan en una concepción muy rígida y cerrada de la identidad de género como algo esencial y estable. Según esta línea de pensamiento, la adecuación y correspondencia entre la corporalidad (especialmente la genital) y el género es un elemento imprescindible

de normalización según las teorías clásicas, pero no es necesariamente un elemento de salud mental (32).

Con respecto a la opinión de la comunidad transexual, hay que tener en cuenta que existen numerosas diferencias entre distintos grupos. Nick Gorton, médico trans y miembro activo del comité de asuntos de LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales) de la Asociación Psiquiátrica Americana señala que la falta de consenso tiene que ver con que algunos sectores consideran que es conveniente la clasificación de enfermedad para conseguir acceso a tratamientos médicos y aseguradoras médicas (33).

En España, una gran parte de las asociaciones de transexuales han luchado en las últimas décadas especialmente por el tratamiento sanitario integral de la persona transexual dentro del Sistema Nacional de Salud. Otras reivindicaciones que realizan son hacer extensiva la actual “Ley Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” a las personas extranjeras con permisos de residencia y/o trabajo y evitar políticas estigmatizantes y discriminatorias (4). Recientemente han surgido nuevas reivindicaciones y asociaciones en algunos sectores del movimiento transexual español que se alinean con las reivindicaciones de la campaña “Stop Trans Pathologization” que citamos anteriormente. Dentro de este grupo, existe un debate sobre si lo prioritario sería conseguir el derecho a la libre modificación del cuerpo sin necesidad de un diagnóstico psiquiátrico si lo que habría que enfatizar es que estas cirugías responden a fuertes presiones sociales. En este sentido algunos grupos consideran urgente cuestionar las cirugías en tanto que son intervenciones consecuencia de un determinado marco social (34). Recientemente algunas asociaciones de transexuales y equipos médicos que promovían la noción de enfermedad han modificado sus planteamientos y defienden la despatologización (35)

En relación a las críticas de que la despatologización del trastorno de identidad de género signifique dejar sin acceso y financiación a los tratamientos médicos, se han argumentado distintos motivos para justificar la atención sanitaria manteniendo la despatologización (18). Estos apelan al concepto de salud que mantiene la OMS que no se guía por la ausencia de enfermedad sino por la presencia de bienestar físico, psíquico y social. Dentro de este campo también se ha sugerido que las personas que solicitaran tratamientos de reasignación pasaran a ser diagnosticadas de otros modos que evitaran los estereotipos y prejuicios que conlleva la definición actual. Así, se han sugerido términos como “variaciones de identidad sexual” o “trastornos sexuales no especificados” (este último diagnóstico se realiza en aquellas personas homosexuales que consultan por persistente e intenso malestar sobre la orientación). Dentro del DSM también podrían incluirse en “otros problemas que son objeto de atención clínica” (incluyen problemas que son de interés clínico por causar dolor o sufrimiento psicosocial, pero que no conforman trastornos; por

ejemplo, problemas de relación, académicos, laborales...). De igual manera el CIE incluye, aparte de criterios diagnósticos de enfermedades, procesos de atención sanitarios no basados en enfermedades donde podrían incluirse las personas que solicitan tratamientos. Así lo propone Hammarberg, comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (35,36).

Otro elemento añadido para complicar el debate es la propuesta de inclusión de la transexualidad dentro del resto de trastornos de diferenciación sexual. Así, para Louis Gooren y el grupo holandés (37) el transexualismo no sería una disforia del rol sexual (ni un trastorno mental) sino una disforia de sexo, del cuerpo físico producida por alteraciones en el proceso de diferenciación sexual del cerebro en la época fetal.

Más allá de la transexualidad: identidades trans y transgénero

Dentro de lo que se entiende por identidades *trans*, se incluyen a personas que viven identidades de género no-normativas, es decir, personas que viven un género diferente al que se les ha asignado al nacer, ya sea reproduciendo el otro género de una manera más o menos formal (transexuales) o bien rechazando toda categorización en uno u otro (transgéneros). Así, podríamos definir a las personas transgénero como aquellas que no se sienten identificadas con una definición dicotómica del género (3). Un individuo transgénero puede poseer algunas características que normalmente se asocian a un determinado género, identificarse de otra manera dentro del continuo del género tradicional o existir fuera del mismo como “otro,” “agénero,” “intergénero,” o “tercer género”.

El movimiento trata de explicitar que existen muchas más identidades que las de hombre, mujer u hombre o mujer transexual. También hay personas que transitan en el género cuestionado estas categorías y que no buscan definirse como hombres ni como mujeres. En esta definición hay diferencias conceptuales con los colectivos transexuales que se definen como hombres y mujeres encerrados en cuerpos que no son los suyos y deben ser modificados (3)

Desde estos planteamientos, se propone una nueva conceptualización de la identidad de género e incluye el debate sobre lo que se entiende por identidad de género y la consideración de ella como algo “innato”. Aportes posmodernos critican la propia definición de identidad femenina o masculina y abogan por la deconstrucción del concepto. Teresa de Lauretis, autora que hace revisión del psicoanálisis feminista, cree que estos conceptos siguen presos de la idea de sujeto propia de la modernidad, de una subjetividad esencial y constituyente que, para la posmodernidad, se fragmentó hace tiempo (38). Garaizabal también define la

identidad como un proceso que surge del resultado de los sucesivos roles que se desempeñan en la vida cotidiana y que van cambiando a lo largo de la trayectoria vital de cada individuo (39). Para Judith Butler no existe ninguna esencia que se exprese en el género. Según esta autora, dentro de la teoría performativa del género, es el género el que precede al sexo y no al revés, es decir la expectativa de que los géneros son dos y antagónicos es lo que produce el efecto de que veamos dos sexos y antagónicos (40).

Elvira Burgos introduce la “identidad transdeseante” resaltando que “*ante la concepción de la identidad como realidad fija, rígida, inamovible, estable y coherente, la identidad transdeseante señala una identidad siempre en proceso, inacabada... que se hace fuerte en la idea de activar incesantemente la acción de la crítica y autocrítica*” (41). De forma parecida, Bolin llama “sentir” el género, a la expresión y materialización de la percepción interna de uno mismo, de forma tan cambiante como los días (42).

José Antonio Nieto, antropólogo, al plantear el tema, sugiere deconstruir las dualidades hombre-mujer, masculino-femenino y homosexual-heterosexual, en un “continuum”: “*Se deberían impulsar identidades personales maleables frente a una identidad social escayolada*”. Coincide con otros autores que exponen que la angustia transexual inherente al hecho de haber nacido con un cuerpo erróneo, podría desplazarse al hecho de haber nacido en una sociedad cultural errónea (43)

El surgimiento del movimiento transgénero está muy vinculado a la posmodernidad. En un artículo sobre el tema, el periodista Gabriel Cocimamo señala que todos los órdenes de la sociedad posmoderna están atravesados por signos híbridos, heterogéneos, indefinidos, ambiguos y adolescentizados. “*El viejo modelo de identidad genérica fija e inmutable del hombre moderno se desvaneció y la era contemporánea avanza hacia un mundo dentro del cual la diferencia y la diversidad se toleran y se celebran... Ya no parece posible oponer —como en la modernidad— las formas clásicas: el bien al mal, lo masculino a lo femenino, lo verdadero a lo falso, el capitalismo al comunismo. Las viejas dualidades se han desvanecido*” (44)

Algunas reflexiones sobre la despatologización de la transexualidad

Resulta complicado definir una postura clara y única sobre la propuesta de despatologización y el papel del profesional de salud mental en el tema.

Es indudable que la patologización ha tenido numerosas ventajas para las personas transexuales. Revisando algunas de ellas encontramos que sirvió para que dejara de considerarse como algo pecaminoso y amoral y aumentara la aceptación

social. Sirvió también para el reconocimiento de derechos sanitarios, evitar autotratamientos y para posibilitar la investigación, educación y comunicación entre los profesionales de todos los países desde un punto de vista médico-clínico.

Sin embargo pensamos que también ha tenido inconvenientes ya que patologiza identidades no normativas, no visibiliza identidades y roles de género que no se adecuan a normas sociales y hace que las personas transexuales puedan ver limitadas las posibilidades de participación activa en el proceso de decisión de acceso a tratamientos sanitarios. A pesar de que se ha citado como otro inconveniente el hecho de que favorece la estigmatización, creemos imprescindible diferenciar patologización con discriminación o estigmatización.

El tema de la despatologización suscita tal complejidad que autores partidarios de la misma como Missé, han señalado que existen contradicciones y conflictos en sus argumentos. Coincidimos con este autor cuando refiere que la definición de transexualidad como enfermedad ha supuesto para muchas personas un referente a partir del cual entenderse y autodefinirse, *“la idea de tener una enfermedad ha permitido que estas personas puedan poner nombre a su experiencia y dar sentido a su dolor...Teniendo en cuenta esto reivindicar que el trastorno es una construcción médico-política y que en realidad no existe en sí mismo tiene un efecto colateral muy perverso y es que estas personas sienten que lo que estamos diciendo es que aquello que les pasa tampoco existe...”* (45)

En relación al papel del profesional de salud mental, nos alejamos de la idea de que nuestra función sea diagnosticar el verdadero “transexual”, coincidiendo con Erhbar en que *“una identidad o expresión de género que difiera a la asignada al nacer no constituye por sí misma un trastorno mental o una minusvalía en la competencia del ser humano”* (27).

Pensamos que la función de los profesionales de salud mental podría ser descartar algunas patologías psiquiátricas que pudieran confundirse con la transexualidad, en el caso de que la persona solicitara tratamiento hormonal y/o quirúrgico. Aunque las cifras sobre comorbilidad dan resultados variables, algunos trabajos realizados en Unidades de Identidad de Género de nuestro país muestran que la mayor parte de las personas que consultaron no presentaban una mayor prevalencia que la población general de trastornos psiquiátricos primarios; sin embargo, un escaso número de ellos recibió diagnóstico de trastorno psicótico, trastorno de personalidad, trastorno obsesivo y otros trastornos sexuales (47). Nuestra función podría ser la de realizar una evaluación de la persona consultante, de manera similar a la que se realiza en algunos protocolos de intervenciones quirúrgicas como, por ejemplo, en la realización de tratamiento quirúrgico de la obesidad (en este último se incluye una valoración psiquiátrica para descartar la existencia de alteraciones psicopatológicas que se considera que contraindican la cirugía). No obstante, hay que recordar que el hecho de presentar una patología psiquiátrica en una persona

transexual no debería invalidar la posibilidad de tratamiento salvo en algunos casos, como, por ejemplo, si la sintomatología psiquiátrica se acompañara de delirios de identidad (35). Los profesionales de salud mental también pueden ayudar a clarificar el deseo y la convicción personal íntima de las personas que acuden a consulta y manifiestan confusión sobre su identidad de género.

Pensamos que probablemente la necesidad de reasignación de los transexuales, o al menos la angustia por no tener identidades normativas de género, disminuiría notablemente si nuestra sociedad permitiese mayor fluidez de roles sexuales. Así, coincidimos con Bergero (31) cuando señala que como consecuencia de la dificultad de cumplir el rol de género esperado al sexo biológico puede producirse una búsqueda de cumplir estereotipos, cambio de sexo y feminidad extrema. Describe además que los transexuales pueden sufrir presión, tanto del medio familiar como de otras personas transexuales, para pasar necesariamente por la cirugía de reasignación.

Con respecto a la propuesta de salida del trastorno de identidad de género de las clasificaciones psiquiátricas, aunque encontramos numerosas dificultades para posicionarnos en esta cuestión, después de la revisión bibliográfica realizada encontramos argumentos que justifican la salida de las clasificaciones psiquiátricas del trastorno de identidad de género y transexualidad tal y como está definido en la DSM y CIE. Los argumentos usados en la despatologización de la homosexualidad pueden servir de referencia. Pensamos que las personas transexuales que soliciten tratamiento de reasignación podrían incluirse en las clasificaciones dentro de otras entidades como, por ejemplo, “otros problemas que son objeto de atención clínica”.

Somos conscientes de las limitaciones que supone que nuestra reflexión parta únicamente de revisiones bibliográficas y debates y no de la experiencia personal ni profesional con personas transexuales. Por ello pensamos que la incorporación de su discurso es imprescindible en el tema que nos ocupa.

Finalmente consideramos que estamos ante un debate con alto grado de complejidad en el que se suman implicaciones de distintos ámbitos: científicos, culturales, sanitarios, político-económicos, etc y que nuevamente nos remite a la dificultad de construir y definir la identidad y el género.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Disponible en: <http://www.todalaley.com/mostrarLey2064p1tn.htm>
- (2) Sues, A. La despatologización trans desde una perspectiva de derechos humanos. Ponencia presentada en Jornadas Feministas Estatales. Granada, diciembre 2009. Disponible en www.feministas.org/jornadas.html
- (3) Garaizabal C. Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad En: *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Becerra-Fernández, A. Díaz de Santos. Madrid, 2003. Pág.: 187-198.
- (4) Boletín Oficial Cortes Generales. 15 de junio de 2010. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/D/D_409
- (5) Moreno D. Situación legal de la transexualidad en España, perspectivas legislativas y situación legal en países de nuestro entorno. En: *Ser transexual*. Ed: Esther Gómez Gil y Isabel Esteve de Antonio. Glosa. Barcelona, 2006. Pág. 419-438.
- (6) Williams JB. Clasificación psiquiátrica. En: *Tratado de psiquiatría*. 2º edición. Hales, RE. Yudofsky, SC. Talbott, JA. Barcelona, 1996.
- (7) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1995.
- (8) Vallejo J. Definición y concepto de enfermedad mental. Normalidad y enfermedad psíquica. En: Vallejo, J., Leal, C. (ed.) *Tratado de Psiquiatría*. Vol. I. Ars Médica. Barcelona, 2005. Pag. 62-86.
- (9) Baile, JI. Homosexualidad y psicopatología. En: Baile, JI. (ed.). *Estudiando la homosexualidad*. Pirámide. Madrid, 2008. Pág. 178-180.
- (10) Kinsey, A. *Conducta sexual del varón*. Interamericana. México, 1949.
- (11) Meyer, JD. Homosexualidad egodistónica. En: Kaplan, HI. y Sadock, BJ. (ed.) *Tratado de Psiquiatría*. 2º edición. Tomo I. Salvat. Barcelona, 1989. Pág. 1048-1056.
- (12) King, D. Gender confusions: psychological and psychiatric conceptions of transvestism and transsexualism. *The making of the modern homosexual* pp. 155-183. Barnes and Noble Books, Toowa, New Jersey. 1981. Traducido en: Nieto, JA. (compilador). *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Taia-sa. Madrid, 1998. Pág. 123-156.
- (13) Benjamin, H. *The transsexual phenomenon*. Julian Press. New York, 1966.
- (14) Meyer, W., Bockting, W., Cohen-Kettenis, P. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's. *The Standards of Care for Gender Identity Disorders (Sixth version)*, IJT 2001. Disponible en: http://www.symposion.com/ijt/soc_01/index.htm
- (15) Money, J., Ehrhardt, AA. *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Johns Hopkins University Press, Baltimore. 1972.
- (16) Beauvoir, S. *El segundo sexo* (original 1949). Cátedra. Madrid, 1998.
- (17) Millet, K. *Política sexual* (original 1969). Cátedra. Madrid, 1995.
- (18) Fernández, S. Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. *Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans*. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.). *El género desordenado*. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 177-194.
- (19) Organización Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Meditor. Madrid, 1992.
- (20) Stoller, RJ. *Sex and Gender*. Hogarth Press. New York, 1968.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (21) Stoller, R.J. Sex and Gender. Vol. II: The Transsexual Experiment. Hogarth Press. New York, 1975.
- (22) Person, E., Oversey, L. The transsexual syndrome in males. Am J Psychother 1974; 28: 174-193.
- (23) Gómez Gil, E., Esteva de Antonio, I., Bergero Miguel, T. La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas- C. Med. Psicossom 2006; 78: 7-12
- (24) Bergero MT. y otros. Evaluación diagnóstica y seguimiento psicológico en la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Andalucía. (Málaga). Cir. Plást. Iberlatinamer. 2001; Vol 27, N° 4, 263-272
- (25) Billings DB. y Urban T. The Socio-Medical Construction of Transsexualism: an inaterepretation and critique. Pp 266-282. Social Problems, 1982. Journals Department University of California. Berkeley. Traducido en: Nieto, JA. (compilador). Transexualidad, transgenerismo y cultura. Taiasa. Madrid, 1998. Pág.: 91-116.
- (26) Winters, K. Barreras en las libertades civiles y en el acceso a los tratamientos medicos. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) En: El género desordenado. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 161-163.
- (27) Ehrbar, R. Recomendaciones para una reducción de daños del diagnóstico del TIG en el DSM- V. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.). El género desordenado. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 164-167.
- (28) Zucker, KJ. Trastorno de la identidad sexual en niños, adolescentes y adulto. En: Gabbard, GO. (ed.). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Tomo II. Ars Medica. Barcelona, 2009. Pág. 667-684.
- (29) Ehrbar, RD., Winters K, Gorton N. Sugerencias para la revisión de los diagnósticos relacionados con el género en el DSM y el CIE. En: El género desordenado. Ed: Miquel Missé y Gerard Coll-Planas. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 157-159.
- (30) Missé M., Coll-Planas, G. "Incongruencias" notas de los editores. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) El género desordenado. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 277-278.
- (31) Bergero T. Asiain S, Gorneman I. Giraldo F., Lara J., Esteva I., Gómez M. Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008; 18(101):211-226.
- (32) Garaizabal C. Transexualidad, identidades y feminismos. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) El género desordenado. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 125-140.
- (33) Gorton N. Reducción de daños en la nomenclatura de género en el DSMV. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) El género desordenado. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 170-174.
- (34) Missé, M. (2008). Argumentos para la descatalogación del trastorno de identidad de género. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado español. Accesible online: http://america_latina_caribe.ilga.org/trans/bien-venidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol_
- (35) Suess, A. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) El género desordenado. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 40-41.
- (36) Hammarberg T. Derechos humanos e identidad de género. 2009. Disponible en:<http://www>.

transrespecttransphobia.org/uploads/downloads/Publications/Hberg_es.pdf

(37) Gooren L. El Transexualismo: una forma de intersexo. En: Becerra-Fernández, A. *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Díaz de Santos. Madrid, 2003. Pág. 43-58.

(38) De Lauretis T. *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Horas y horas. Madrid, 2000.

(39) Garaizabal C. Evaluación y consideraciones psicológicas. En: Gómez Gil, E. Esteva de Antonio, I. *Ser transexual. Glosa*. Barcelona, 2006. Pág. 164-173.

(40) Butler J. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"* Paidós. Buenos Aires, 2002.

(41) Burgos E. *Transdeseante. La aventura de la identidad*. Ponencia presentada en Jornadas Feministas Estatales. Granada, diciembre 2009. Disponible en www.feministas.org/jornadas.html

(42) Bolin A. (1996): *La transversalidad del género: contexto cultural y prácticas de género*. En: Nieto, JA. (ed.) *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Taiaasa. Madrid, 2003.

(43) Nieto JA. *Transgénero/Transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo*. En: Nieto, JA. (ed.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Taiaasa. Madrid, 1998. Pág.11-36.

(44) Coccimano G. *Ambigüedades. El transgénero en la posmodernidad*. Disponible en: www.margencero.com/articulos/ambigüedades.htm

(45) Missé M. *Epílogo*. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) *El género desordenado*. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 265-266.

(46) Gómez Gil E., Godás T. Peri Nogués J. *Los principales diagnósticos diferenciales*. En: Gómez Gil, E., Esteva de Antonio, I. *Ser transexual. Glosa*. Barcelona, 2006. Pág. 133-144.