

La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas

The pathologization of transsexuality: critical reflections and proposals

Miquel Missé y Gerard Coll-Planas.

Sociólogos e investigadores en la Universitat Autònoma de Barcelona.

Resumen: En el presente artículo abordamos el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.

Palabras clave: transexualidad, trans, patologización, derechos humanos.

Abstract: In this article we address the debate on the disclosure of transsexuality as a mental disorder with the aims of visibilizing this issue, largely unknown by the Spanish medical community, analyzing critically the pathologization process and, finally, developing an alternative proposal to solve (or at least improve) the current situation.

Key Words: transsexuality, trans, pathologization, human rights.

1. Introducción

En el presente artículo abordamos el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.

La transexualidad está catalogada desde 1980 como un trastorno mental. Actualmente los manuales de enfermedades mentales DSM-IV-R (elaborado por la American Psychiatric Association- APA) y CIE-10 (de la Organización

Mundial de la Salud-OMS) la recogen bajo el nombre de “trastorno de la identidad sexual o disforia de género” o de “desordenes de la identidad de género” respectivamente.

El debate sobre la desclasificación o despatologización de la transexualidad ha cobrado en los últimos años una gran importancia en el seno del activismo trans, gay y lésbico, y progresivamente ha ido captando la atención de diversos profesionales de la salud (sobre todo psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas) de todo el mundo.

Antes de entrar en materia es importante aclarar una cuestión terminológica. A lo largo de este texto no se utiliza el término “transexual” sino

“trans”. Nos referimos a trans para englobar a transexuales, transgéneros y travestis sin tener que explicitar las divisiones internas que existen dentro del propio colectivo trans. Esta palabra, pues, no es un mero sinónimo de “transexual” (término procedente de la medicina) sino que es una propuesta del movimiento trans para salir del campo médico y cambiar el paradigma desde el que comprendemos la transexualidad. En este sentido “trans” hace referencia a toda aquella persona que vive en un género distinto al que le ha sido asignado al nacer en base a su sexo, independientemente de si ha modificado su cuerpo o de si ha recibido un diagnóstico de trastorno de la identidad de género.

Es preciso en esta introducción situar la problemática explicando concretamente como se diagnostica el trastorno de identidad de género, cual es la situación actual del tratamiento de las personas transexuales en el sistema sanitario público español y el estado de la cuestión del activismo por la despatologización trans. Dedicaremos los siguientes apartados a la exposición del análisis crítico y de las propuestas. Acabaremos el artículo con reflexiones que nos permitan abrir nuevas líneas de debate y de encuentro con otras cuestiones como son analizar el origen cultural de la necesidad de modificación corporal de las personas trans y la creación de nuevos modelos de tratamiento.

El origen de la patologización

El endocrinólogo Harry Benjamin es quién introduce el 1954 el término “transexualismo” y desarrolla los primeros criterios para el diagnóstico de transexualismo (Benjamin, 1966). En 1979 la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (actualmente World Professional Association of Transgender Health) establece un protocolo oficial para los tratamientos de reasignación de género denominado *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (SOC). Este protocolo, siguiendo las pautas de identificación y los criterios diagnósticos de Benjamin, indica de forma detallada como debe de ser el tratamiento psiquiátrico, endocrinológico y quirúrgico de las

personas trans. Actualmente, la última versión del SOC establece un período de seguimiento durante el cual el médico descarta que se trate de cualquier otra patología mental y se certifica de que se trata de un caso de trastorno de la identidad de género.

A lo largo de los años 70 y 80, muchos países europeos importaron este modelo, y a través de su aplicación progresiva se han ido desarrollando y perfeccionando unidades en algunos departamentos de psiquiatría de hospitales públicos especializadas en el diagnóstico y seguimiento de personas trans.

La catalogación de la transexualidad como un trastorno mental implica que las personas trans deben someterse a una evaluación psiquiátrica para acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico y en el caso español, también para poder modificar su mención de sexo y nombre en sus documentos oficiales¹.

Actualmente el DSM está siendo revisado y está previsto que aparezca su quinta versión en mayo del 2013. La revisión del DSM es fundamental porque definirá el marco en el que se abordará la situación médica de las personas trans en los próximos años e influirá la clasificación de la OMS.

El tratamiento de la transexualidad en el sistema sanitario público español

En cuanto a la situación médica de las personas trans, el pasado 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo decidió organizar la cobertura sanitaria de las personas trans por centros de referencia, en lugar de apostar por una inclusión de estos tratamientos en la cartera de prestaciones generales del Sistema Nacional de Salud, creando así una desigualdad de acceso a los tratamientos a nivel territorial. El abordaje se produce en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) en la que se coordinan psiquiatras y psicólogos, endocrinólogos y cirujanos (en las UTIG-s suele ser habitual que no estén todos estos profesionales (sobre todo cirujanos), o que

¹ Así lo expresa la Ley 3/2007 de 15 de marzo reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, también llamada “ley de identidad de género”.

haya algún otro especialista (foniatra, etc.), dependiendo de cada UTIG), para hacer un seguimiento transversal de los tratamientos a los que se someten las personas trans. Se realiza el diagnóstico del trastorno de identidad de género, se recetan hormonas y se realizan un número limitado de operaciones al año. En el Estado Español existen las UTIG de Andalucía, Cataluña, Asturias, Madrid, Extremadura, Baleares y País Vasco (Canarias y Galicia están en trámite). Actualmente, de éstas se han acreditado varios centros de referencia estatal: entre estos centros de referencia se encuentran el Hospital Clínico de Barcelona, La Paz-Ramón y Cajal de Madrid y el Hospital Carlos Haya de Málaga.

El activismo por la despatologización

La lucha contra la patologización de la transexualidad es muy reciente y ha tomado muchas ideas del movimiento antipsiquiátrico que en su momento replanteó el concepto de enfermedad mental y luchó por la eliminación de los establecimientos de internamiento psiquiátrico.

Cuando se defiende la despatologización de la identidad trans no se persigue únicamente la desclasificación del trastorno de los manuales de enfermedades, sino que se trata sobre todo de reivindicar que las personas trans en los tratamientos médicos que puedan requerir deben ser reconocidos como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismos; se trata de reivindicar la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios cuerpos, de tomar la palabra para hablar de sus propias vidas, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente los médicos.

Aunque se habían hecho otras pequeñas acciones anteriormente, en España el discurso contra la patologización se presenta públicamente el 7 de octubre del 2007 a través de tres manifestaciones simultáneas en Madrid, Barcelona y París. Desde entonces se ha ido tejiendo una red de alianzas entre grupos y activistas a través de la geografía española que hoy en día trabajan uni-

dos bajo el nombre de Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. Desde esta red se dan los primeros pasos hacia una movilización internacional que toma forma en 2009 con la campaña Stop Trans Pathologization-2012 (STP-2012)². Se inicia así una movilización internacional con el objetivo de reivindicar la despatologización de las identidades trans del próximo DSM-V y de asegurar la cobertura médica de los tratamientos hormonales y quirúrgicos de las personas trans que así lo demanden. La campaña STP-2012 ha tenido una muy fuerte y positiva respuesta por parte de activistas trans de todo el mundo: el próximo 23 de octubre del 2010³ se movilizarán más de 45 ciudades en Asia, África, América y Europa (13 de ellas españolas) en un día de lucha mundial contra el trastorno de identidad de género.

La transexualidad, un producto occidental

La “transexualidad” es un término producido por la medicina norteamericana en la década de los “50, es una palabra pensada para categorizar y etiquetar las trayectorias vitales de aquellas personas que han nacido con un cuerpo de hombre pero viven en femenino y las personas que han nacido con un cuerpo de mujer pero viven en masculino. Debido a ello en Estados Unidos y en Europa, la información que circula sobre transexualidad está constantemente enmarcada en el discurso científico-médico de la enfermedad, del sufrimiento y sin duda del tratamiento y del cuidado.

En los últimos años se ha empezado a retomar la idea de que mucho antes de que existieran categorías médicas para explicar la cuestión trans, existían en otras culturas identidades muy parecidas a las que aquí llamamos transexuales donde esta identidad no era ni es considerada un problema sino al contrario, a la que se le atribuían características positivas. Entre ellas se encuentran las hijras de la India, las muxes zapotecas, los two-spirits nativos americanos, las kathoey tailandesas, las fa’afafines de Polinesia o los takatapuis maoríes, entre otras.

² Utilizar el año 2012 (año en el que estaba prevista la publicación del DSM-V) ha sido la forma de visibilizar una finalidad concreta para la campaña. Sin embargo, hace pocos meses la APA hacía público que la fecha de aparición del nuevo manual sería en mayo del 2013, un retraso debido a las presiones que está recibiendo la revisión del DSM.

³ Ver la web oficial de la campaña STP-2012 (<http://www.stp2012.info>).

De hecho, hoy podemos apuntar que el modelo científico desarrollado en Occidente en relación a la sexualidad, el cuerpo y el género tiene un impacto negativo en la diversidad sexual y de género de muchas culturas. En esta línea, Carsten Balzer (2010) muestra que la patologización funciona como un mecanismo de colonización imperialista que trasmite el mensaje de que en Occidente se trata con respeto a las personas trans e incluso algunos Estados se hacen cargo de su tratamiento médico hormonal y/o quirúrgico. Esta idea que se pretende progresista demuestra el poco conocimiento que se tiene en Occidente de estas otras culturas y de estas otras maneras de entender la cuestión trans. Diciendo esto no negamos que en muchos países las personas trans vivan una fuertísima violencia, pero rescatamos también aquello de lo que no se habla, aquellos lugares que sobreviven y resisten al modelo patologizante y de los cuales tenemos mucho que aprender. Reinvidicar la despatologización de la transexualidad es apostar por un proyecto político que busca reducir el impacto de la cultura y las presiones de género en la construcción del propio cuerpo y de la propia identidad.

2. Análisis crítico del proceso patologizador

En esta sección abordamos el análisis de cómo es construido discursivamente el proceso transexualizador teniendo en cuenta los discursos de las instituciones internacionales que lo regulan y de los profesionales que lo llevan a cabo en el contexto español⁴. Para ello hemos analizado una entrevista a la psicóloga clínica de una Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG), el libro *Ser transexual* (Gómez y Esteva de Antonio, 2006a) cuyos autores son profesionales de UTIGs del Estado, el protocolo para el tratamiento de personas trans *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (HBIGDA, 2001).

Las raíces de la transexualidad

En relación al origen, Esther Gómez, Isabel Esteva de Antonio y Jesús Fernández-Tresguerres

(2006c) hablan de tres hipótesis que son (o han sido) hegemónicas a la hora de explicar las causas de la transexualidad: la psicosocial, la biológica y la mixta.

La primera, elaborada por John Money, sostiene que en base a la apariencia de los genitales se establece el “sexo de asignación”. Éste determina las conductas y expectativas que tendrán los adultos que rodean al recién nacido, que refuerzan la identificación “apropiada”. De acuerdo con esta hipótesis, la transexualidad es un “inadecuado modelo de aprendizaje” debido a “la ausencia del refuerzo de conductas del rol sexual”, o a “una interpretación errónea de esta información” (Gómez et al., 2006c: 114).

La segunda hipótesis, la biológica, entiende la transexualidad como una “alteración” del proceso de diferenciación sexual del cerebro que se produciría durante la gestación. La “alteración” no tendría que ver con una disfunción cerebral, sino con la “desarmonía entre la diferenciación sexual de las primeras etapas (sexo cromosómico, gonadal, hormonal y genitales externos)” y la posterior diferenciación sexual del cerebro (Gómez et al., 2006c: 116).

Finalmente, los autores presentan la hipótesis mixta, según la cual la transexualidad es causada por una compleja interacción entre factores biológicos y ambientales que actúan tanto antes como después del nacimiento y que se inscriben en lo biológico.

La psicóloga clínica entrevistada se posiciona contundentemente a favor de la hipótesis biológica:

Condicionantes culturales y de aprendizaje no hay. Es lo que vemos nosotros. (...) Durante la formación del embrión, al primer semestre del embarazo parece que hay un desequilibrio en cuanto a hormonas. Es como si en un transexual femenino hay suficientes hormonas masculinas para masculinizar su cuerpo pero no han masculinizado su cerebro (Ent. Psicóloga clínica).

⁴ Para un análisis más exhaustivo de los discursos alrededor del proceso de patologización, ver Coll-Planas (2010).

A pesar de la contundencia de esta afirmación, actualmente no se dispone de criterios objetivos de carácter biológico para diagnosticar la transexualidad, pues las personas trans. Además, la investigación para encontrar diferencias en el cerebro de personas transexuales que se ha llevado a cabo hasta el momento adolece de deficiencias debido a la reducida muestra y a los escasos estudios llevados a cabo. Pero hay aún un punto flaco más contundente que prácticamente imposibilita la demostración de la hipótesis biológica en relación al efecto de la hormonación del cerebro:

Los autores estamos convencidos del sustrato biológico de la transexualidad, a pesar de que los estudios al respecto son limitados y no concluyentes (...). Que existan estudios concluyentes es prácticamente imposible porque, ¿cómo evaluar el desarrollo cerebral y la influencia hormonal durante la época fetal, si para ello se debería estudiar cerebros de fetos fallecidos, y no sabemos cuáles habrían desarrollado este trastorno? (Gómez y Peri en Gómez et al., 2006c: 124).⁵

De esta forma, el discurso patologizador de la transexualidad se asienta sobre unas bases profundamente biologistas⁶, que relegan el influjo de la cultura en la construcción de las identificaciones de género.

Desorden o diversidad

Esteve de Antonio y Gómez (2006: 42) explican que durante la fase de formación del feto pueden ocurrir “errores o variantes” que conduzcan a un estado intersexual. Es interesante la utilización de los conceptos “error” y “variante” como equivalentes ya que tanto en el caso de la intersexualidad como de la transexualidad (que desde su perspectiva tienen unos límites desdibujados) nos sitúan en dos paradigmas diferentes, el del desorden y el de la diversidad, que generan efectos políticos encontrados.

Desde el paradigma de la diversidad, se puede entender que la identidad de género se configu-

ra en un proceso complejo en el que cada individuo, en su singularidad radical, establece una serie de identificaciones, que no se pueden reducir al binomio masculino/ femenino ni vincularse necesariamente al sexo. El paradigma del desorden o del error, en cambio, suponen un desarrollo normal y sano, del cual se desvían las personas trans. Éste tiene dos posibles formulaciones, corporal y psíquica, que conviven contradictoriamente en el discurso patologizador.

Por un lado, ubican el “error” a nivel de cuerpo, lo que supone entender la transexualidad como “estar encarcelado en un cuerpo que no le corresponde” o como “haber nacido en un cuerpo equivocado”. Al situar el error en el cuerpo, la transexualidad deviene un tipo de intersexualidad: si en la segunda no se produce la correspondencia entre las dimensiones cromosómica y/o gonadal y/o genital, en el caso de la transexualidad, la falta de correspondencia se produciría entre la identidad de género y las demás dimensiones del sexo.

Por otro lado, se afirma que el “error” de la transexualidad se encuentra en el plano psíquico, lo que abre la puerta a considerar la transexualidad como un trastorno mental. En este caso, se considera que lo que está equivocado no es el cuerpo sino la mente, que no reconoce el género atribuido y rechaza el cuerpo.

Sostener que el error tiene origen al mismo tiempo en el cuerpo y en la mente resulta contradictorio, pues si se trata de un fenómeno de origen biológico no debería clasificarse como un trastorno mental, y si tiene un origen puramente psíquico es difícilmente justificable recomendar una transformación física.

La raíz del sufrimiento

Un debate clave es si se considera que el sufrimiento es inherente a la transexualidad o fruto del rechazo social. En el discurso psi hegemónico encontramos una posición ambigua respecto a este tema. Federico Soriguer y Manuel Valdés

⁵ Esta importante información, que se encuentra en el libro *Ser transexual*, está localizada en el anexo de un capítulo.

⁶ En Coll-Planas (2010) se expone que las explicaciones biologistas de la transexualidad son a menudo reproducidas por las propias personas trans porque, al liberarlos de la agencia, les resultan útiles para lidiar con el sentimiento de culpa que muy a menudo tienen.

(2006: 529) entienden el sufrimiento como algo intrínseco a la transexualidad y afirman que “el transexualismo (...) debe ser considerado una condición biológica que al trastocar las certezas establecidas sobre el género, hace sufrir a las personas que la padecen”. Sin embargo, en otra parte del mismo libro se pone el acento en el rechazo social como la mayor fuente del sufrimiento de las personas trans (Gómez et al., 2006b: 67).

Entender el sufrimiento inherente supone no tener en cuenta el efecto de la transfobia y de las rígidas normas de género en el padecimiento de las personas trans. Por el contrario, considerar que es producto del rechazo social resulta contradictorio con la definición de trastorno en el DSM-IV, pues ésta excluye los conflictos procedentes de la tensión entre individuo y sociedad.

Sostenemos que es el rechazo del entorno el que provoca el sufrimiento de las personas trans y hasta les impulsa a querer modificar sus cuerpos con el fin de tratar de encajar en el modelo normativo de género. En este sentido, en un entorno menos transfóbico y sexista, un hombre femenino y una mujer masculina podrán sentirse reconocidos y deseados, por lo que tendrán mejores condiciones para aceptar sus cuerpos.

Los condicionamientos del acompañamiento

A pesar de que los profesionales pretendan no estar imponiendo sus criterios sino acompañando al paciente en sus decisiones autónomas, en la práctica este esfuerzo colaborativo es difícil. Para empezar porque la relación es muy desigual, ya que quien tiene la potestad para dictaminar si la persona es transexual es el profesional, ya que argumentan que “la subjetividad de cada persona puede distorsionar la realidad de uno mismo” (Gómez et al., 2006c: 141).

No se contempla, en cambio, que la subjetividad del profesional distorsione la realidad del paciente, como hemos visto que efectivamente sucede en relación a los estereotipos de género y el heterosexismo. En definitiva, los profesionales se presentan como guiados por criterios

valorativamente neutros y objetivamente establecidos.

Encapsular la realidad

Consideramos que una de las funciones de los profesionales es promover un ordenamiento de la diversidad: las desbordantes formas de identificarse y desear se reducen a un abanico de categorías claras y bien delimitadas; y ante el desorden que supondría la no correspondencia sexo/género, se promueve la transformación corporal.

En el *Standards Of Care*, en el libro *Ser transexual* y en la entrevista a la psicóloga clínica encontramos múltiples muestras de esta tendencia a trocear en categorías estancas la diversidad del deseo y de las identificaciones⁷. Estas categorías son reificadas, son tomadas como realidades incuestionables a las que las experiencias personales deben acoplarse (ver Bergero y Cano, 2006: 129), en vez de como constructos humanos que tratan de dar cuenta de las complejas y no siempre clasificables experiencias humanas.

La reasignación sexual como meta

En *Standards Of Care* se establece que el terapeuta debe ayudar al paciente a establecer metas realistas, a tener en cuenta las complicaciones que puede acarrear la intervención tanto a nivel social como de salud y a entender que ninguna operación puede “erradicar permanentemente todos los vestigios del sexo original de la persona”. A pesar de estos principios, tanto el mismo *Standards Of Care* como los discursos de los profesionales configuran la reasignación sexual como un elemento indisoluble de la transexualidad. Esto se traduce en considerar que toda persona “verdaderamente” transexual se quiere operar los genitales. En ningún caso se contempla que la persona se sienta mujer pero no desee castrarse o que alguien se sienta hombre y pueda disfrutar de su cuerpo sin necesidad de una reasignación sexual.

Además, no se cumple con el criterio de informar de forma realista, ya que se pretende que el

⁷ Ver en este sentido como la psicóloga Cristina Garaizabal (2006: 169) critica la rígida diferenciación entre las categorías de travestismo y transexualidad.

sufrimiento que viven las personas transexuales desaparece con el tratamiento, contribuyendo a sobredimensionar los efectos de la operación, negando que el sufrimiento pueda persistir o incluso aumentar al llevar a cabo la transformación corporal. Se tiende asimismo a minimizar o directamente a obviar los efectos secundarios de la operación y la hormonación (ver Coll-Planas, 2010: 210ss). En relación al dolor del postoperatorio, la psicóloga clínica lo concibe de la siguiente forma:

P- ¿Crees que la gente es consciente cuando se somete a la reasignación sexual de los riesgos que tiene, o tiene tan claro que quiere hacerlo que por más que le digas...?

-Ni dolor, ¿me entiendes?

P- ¿En qué sentido lo dices?

-No hay dolor físico.

P- ¿No hablan de ello o ni...?

-No, no. O sea, imagínate qué te hacen, imagínate qué tipo de intervención, ¿no? Y cuando dices “y bueno, ¿qué tal la recuperación, el dolor?” “Nada, nada”. O sea, son tantas las ganas, la ilusión... que desaparece, no hay dolor, no hay, no hay. Dicen que el dolor es una emoción, pues... [se ríe]

P- Hay otra emoción que lo supera.

-Exactamente [se ríe] hay otra emoción que inhibe el dolor (Ent. psicóloga clínica).

Pensar que las personas sometidas a la operación de reasignación sexual no sienten dolor es dudoso en el caso de intervenciones de esta envergadura y cuyas curas pueden llegar a durar años.

A pesar de que los profesionales y las directrices declaran que cada paciente es único y debe seguir su propia trayectoria sin presiones, la mayoría de personas que entrevistamos o participaron en los talleres relatan haberse sentido presionadas por parte de psicólogos y psiquiatras en algún momento del tratamiento.

La defensa de la operación y la hormonación que establecen los profesionales contradice el principio de informar de forma realista al paciente y de ayudarlo a tomar sus decisiones de forma imparcial y sin privilegiar ningún tratamiento. Coincidimos con Garaizabal (2006: 172) en que es necesario “colocar en un lugar más apropiado [la operación] y despojarla de los mitos que hoy la rodean”, con el objetivo de dejar de alimentar la idea de que la operación acabará con el sufrimiento e implicará volver a nacer.

Reproducción del género normativo

Finalmente, consideramos se ha pasado de querer modificar la identidad de género de las personas trans a aceptarla siempre y cuando reproduzcan el género normativo al máximo (incluyendo la modificación de sus cuerpos), con los procesos de verificación correspondientes. Esta especie de peritaje de género se produce mediante prácticas cotidianas⁸ que tienen lugar en las UTIG como enseñar a comportarse como un hombre o una mujer “de verdad” (clases de maquillaje, de andar con tacones...) o cuestionar la solidez de la identidad de género reivindicada por la persona trans si no viste como “debe” (por ejemplo, una chica trans que con tejanos y camiseta era cuestionada por no vestir “suficientemente femenina”). La reproducción del género normativo también se ejerce mediante la utilización, en el proceso de diagnóstico, de la escala de masculinidad-feminidad del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota, ampliamente criticada por mantener una visión del género altamente estereotipada (Garaizabal, 2006: 167).

Queremos aclarar que consideramos que esta violencia de género no es ejercida de arriba a abajo, sino que se lleva a cabo desde múltiples lugares: el entorno social presiona a los sujetos no normativos para que se adapten, en el marco de una sociedad sexista el sujeto mismo vive como necesaria la encarnación de una identidad género reconocible, la comunidad trans reproduce la segregación hacia quienes no optan por la reasignación sexual, el Estado

⁸ Un ejemplo de la imposición de los estereotipos de género lo encontramos en el caso relatado por una mujer trans cuyo trabajo requiere el uso disolventes y pinturas que le dejan las manos manchadas. En la primera visita, la psicóloga sugirió que debería dejar este trabajo si realmente se sentía mujer. Dentro de esta misma lógica, la entrevistada también sintió como la relación con su mujer era cuestionada ya que, des del punto de vista de la psiquiatra, sentirse mujer implica sentirse atraída por los hombres.

adopta los planteamientos patologizadores en su legislación, etc. Por lo tanto, a menudo la patologización es previa a la intervención de los profesionales, lo que puede ayudarnos a resituar su grado de responsabilidad en el proceso de patologización.

3. Propuestas

A menudo se ha comparado la lucha por la despatologización trans con la que inició en los “70 el colectivo homosexual. Y aunque es cierto que tienen una gran similitud (reivindicar que una determinada orientación sexual o identidad de género no son patológicas) tienen también una importante diferencia: el colectivo gay y lésbico no necesita una atención médica específica mientras que buena parte del colectivo trans sí quiere acceder al sistema sanitario para conseguir tratamientos hormonales y/o quirúrgicos. Por ello, cuando hablamos de despatologización trans no tiene sólo que ver con desclasificar de los manuales de enfermedades internacionales el TIG sino que consiste al mismo tiempo en establecer una nueva fórmula para que las personas trans no pierdan el derecho a una atención sanitaria, algo que se interpreta que es más factible si se apela a un supuesto carácter patológico de la transexualidad, aunque sólo sea de forma estratégica.

En consecuencia, las propuestas que a continuación planteamos se organizan teniendo en cuenta, por un lado, la importancia del reconocimiento de la identidad de género de las personas trans como no patológica y, por el otro, buscar una salida a la demanda de derechos sanitarios de las personas trans.

Del paradigma de la enfermedad al de los derechos humanos

En relación a la identidad de género, en los últimos años ha emergido una perspectiva de derechos humanos que reconoce la libre expresión

del género de las personas como un derecho humano fundamental. Esto se ha materializado en diversos documentos e informes, de entre los que destacan los Principios de Yogyakarta (2007) y el Informe “Derechos Humanos e Identidad de Género” de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, publicado en julio de 2009⁹. Al hilo de estas declaraciones internacionales se entiende que seguir considerando las identidades de género no-normativas¹⁰ como enfermedades mentales u orgánicas supone una vulneración de los derechos humanos de las personas.

Como decíamos en la introducción, actualmente están el DSM y el CIE siendo revisados y se prevé que aparezcan en 2013 y 2015 respectivamente. El pasado febrero del 2010 la APA publicó el borrador del futuro DMS-V, en que se apunta una tendencia a continuar con la patologización de estas identidades. Se propone modificar el nombre del TIG y cambiarlo por “incongruencia de género” y además se apuesta por ampliar las categorías diagnósticas del trastorno de identidad de género en niños y adolescentes y del travestismo fetichista entre otras¹¹. En reacción a este borrador, el pasado mes de abril del 2010 la campaña internacional STP-2012 difundió una propuesta de petición de despatologización¹² dirigida a la APA. Más allá de las razones que esgrimíamos en el segundo apartado de este artículo, en esta propuesta se argumentaba principalmente que la libre identidad de género es un derecho humano básico y que la patologización es un proceso que estigmatiza a las personas trans.

Actualmente la mayor parte de los esfuerzos están orientados hacia la APA porque se ha considerado que sería más efectivo dado que se publica antes la nueva versión y que la psiquiatría norteamericana tiene una gran influencia en la lista de la OMS.

En algunos países se ha intentado poner fin a la patologización de la transexualidad modificando

⁹ Para un análisis en profundidad sobre la perspectiva de derechos humanos e identidad de género ver el capítulo de Aimar Suess (2010).

¹⁰ Por identidades de género no-normativas entendemos aquellas que no reproducen el sistema normativo binario hombre-mujer. Identidades de género masculinas en personas con una anatomía de mujer, identidades de género femeninas en personas con una anatomía de hombre u otras identidades de género que se sitúan fuera de la dicotomía masculino-femenino.

¹¹ Para más información leer el Comunicado de STP-2012 (2010).

¹² Para más información ver la Propuesta de petición a la APA de STP-2012 (2010).

sus propias clasificaciones de enfermedades. Este es el caso de Francia, que ha sido muy controvertido. El activismo trans francés, del cual se ha inspirado en gran parte el activismo español, ha reivindicado durante los últimos años la despsiquiatrización de las identidades trans. El pasado mes de febrero del 2010 el Ministerio de Sanidad francés dio un paso en este sentido al eliminar los trastornos de identidad de género de la lista en la que estaba catalogada (ALD-23) y reclasificarlos en un nuevo grupo (ALD-31). De este modo han pasado de la categoría de enfermedades psiquiátricas a enfermedades de causa indeterminada¹³. Por tanto se ha despsiquiatrizado pero no despatologizado las identidades trans ya que la transexualidad sigue considerada como una enfermedad.

Para evitar este tipo de reclasificaciones que continúan ubicando la transexualidad en el paradigma del trastorno, recientemente en el discurso del movimiento trans a nivel global se ha optado por dejar de utilizar el termino psiquiatrización y cambiarlo por el de patologización queriendo decir que la transexualidad no es una enfermedad mental pero tampoco orgánica.

Derechos sanitarios trans-específicos

Podríamos decir que hoy en día, exceptuando algún sector muy conservador, nadie en las comunidades trans piensa que la identidad de género de las personas trans implique por sí misma un trastorno mental. En cambio, sí existe un cierto consenso a que es la mejor estrategia hasta el momento para asegurar que las personas trans tengan acceso a hormonas y cirugías. Actualmente, el trabajo más importante está en encontrar la clave para salir del modelo patologizador sin perder el acceso a los tratamientos médicos. En uno de sus últimos comunicados internacionales STP-2012 explicaba:

Demandamos el acceso a una atención sanitaria trans-específica de calidad, públicamente cubierta y no restringida por requisitos psiquiátricos. Con el objetivo de garantizar estos derechos sanitarios, proponemos la inclusión de una mención no patologizante del proceso de reasignación de género en el CIE, como un

proceso de salud no basado en una enfermedad que requiere atención sanitaria (STP-2012, 2010).

Como vemos, la reivindicación de la integración del tratamiento de modificación corporal que algunas personas trans demandan en el marco del sistema sanitario presenta su complejidad. Podríamos decir que hay tres demandas en un mismo objetivo.

En primer lugar se trata de perfeccionar el tratamiento a las personas trans, desde la atención y el acompañamiento hasta la mejora del conocimiento médico (efectos secundarios de los tratamientos hormonales, perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, etc.). En segundo lugar, promover la idea de que la modificación corporal de las personas trans es una cuestión de salud pública y debe de estar cubierta por la seguridad social en el sistema sanitario público. Y en tercer y último lugar, idear un sistema que permita la modificación corporal sin un diagnóstico de enfermedad. Actualmente, la idea sobre la cual parece que se está trabajando con mayor consenso es la de crear una nueva categoría o mención no patologizante en la clasificación de la OMS que no implique atribuir a las personas trans un diagnóstico de enfermedad y que a la vez garantice la cobertura medica de sus necesidades.

La complejidad más importante en relación a la cuestión de la salud es que cada Estado regula sus sistemas sanitarios y su seguridad social de formas distintas planteando el reto de ofrecer respuestas a nivel internacional que tengan en cuenta esta diversidad de modelos.

Si nos centramos ahora en el caso español, hay que destacar que encontramos indicios de un determinado cambio hacia posturas despatologizadoras. El pasado 15 de marzo del 2010 el Congreso de los Diputados respondía a la pregunta realizada por el diputado Joan Herrera del Grupo Parlamentario de ERC-IU-ICV a petición de la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español. La pregunta era relativa a la opinión del Gobierno en

¹³ Para más información OUTRANS, 2010. <http://www.outrans.org/spip.php?article94>

relación a la catalogación de la transexualidad como un trastorno mental. La respuesta del Gobierno fue que “comparte la necesidad de descatalogar la transexualidad como un trastorno mental”¹⁴. Este posicionamiento del Gobierno español nos indica que el discurso de la despatologización ha calado también en el imaginario de los políticos y por extensión del Gobierno.

Aunque el Gobierno no ha rectificado la ley de 15 de marzo 3/2007 en la que refuerza la perspectiva patologizante y continúa exigiendo a sus ciudadanos un certificado psiquiátrico para acceder al cambio de nombre y mención de sexo en sus documentos oficiales, ha iniciado un proceso en relación a la cuestión sanitaria. Las últimas novedades son que el pasado mes de julio del 2010 el Ministerio de Sanidad ha creado una comisión para la elaboración del primer protocolo de atención a la transexualidad en el sistema sanitario.

Finalizaremos este apartado planteando cuales deberían ser los tres ejes fundamentales que se deberían tener en cuenta a la hora de elaborar un protocolo de tratamiento a trans no patologizante. En primer lugar, es importante cambiar el paradigma desde el que entienden los recorridos de las personas trans. Lo que lleva a una persona trans a una consulta médica es el malestar o la violencia que siente por el hecho de vivir una identidad de género no-normativa. El problema no es la transexualidad sino la transfobia. Además, los profesionales de la salud mental deben dejar de imponer el modelo binario hombre-mujer y dejar de lado una comprensión esencialista de las categorías de transexual, transgénero, travesti, ya que no permiten dar cuenta de la complejidad y diversidad de los procesos que viven las personas trans. En segundo lugar, es fundamental que desde las consultas se promueva el asesoramiento y el vínculo con redes locales comunitarias trans. Y finalmente, consideramos que, a pesar de ser necesaria la figura de un profesional que acompañe a la persona trans en las decisiones (sobre todo en relación a su eventual transformación corporal), no se trata de evaluar la identidad de género de las personas trans sino de apoyarlas en las decisiones que toman y de acompañarlas.

4. Reflexiones finales

Más allá del tema de la patologización y de qué alternativas adoptar, nos parece que este tema conecta con debates subyacentes que deben ser abordados y que apuntamos en estas reflexiones finales.

En primer término, nos parece fundamental reflexionar profundamente sobre el origen de las necesidades de transformación corporal de las personas trans y el protocolo médico a seguir ante éstas. Es importante interrogarnos sobre dos aspectos. En primer lugar, sobre qué hay de cultural en estas demandas. En este sentido, como ya hemos apuntado anteriormente, consideramos que están relacionadas con la transfobia que marca los cuerpos de las personas trans como inadecuados para sostener su identidad de género sentida.

En segundo lugar, es necesario explorar qué relación tienen estas demandas con otras demandas de modificación corporal vinculadas a la cirugía estética y cómo interfieren los intereses de la medicina privada y de las empresas farmacéuticas en la promoción de estas demandas.

En segundo término, es importante visibilizar nuevos modelos de transexualidad y, yendo más allá de la reivindicación de derechos que resuelvan la vida de las personas trans de hoy, empezar a pensar en las generaciones trans del futuro. Y por ello es crucial visibilizar nuevos modelos de transexualidad que no obligatoriamente pasen por la modificación corporal. Es necesario crear alternativas, generar puentes y trabajar por un mundo en el que los límites entre lo masculino y lo femenino sean más flexibles, más moldeables, más habitables; promover referentes positivos en la cuestión trans en los que las personas no sean víctimas sino que se hayan empoderado de su identidad.

El derecho al propio cuerpo y a una libre identidad de género son sin duda derechos fundamentales que nos obligan a revisar los límites éticos de la modificación corporal y el rol de la institución médica sobre la subjetividad de los ciuda-

¹⁴ Noticia de STP-2012 : http://stp2012.info/es/es/noticias#comunicado_7_abril

danos. Lo que plantea el discurso de la despatologización trans es un cambio de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles, heterogéneas, cambiantes y fluidas. Se trata de pasar de un modelo médico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañen pero no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad. Tal y como señala Judith Butler (2010), para iniciar este cambio de paradigma es imprescindible el rol activo de los profesionales de la salud, su implicación y su propia transformación.

5. Bibliografía

- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR): www.psych.org.
- Balzer, C. (2010) “Eu acho transexual é aquele que disse: “eu sou transexual!”. Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Banús, M., González-Polledo, E.J. y Missé, M. (2008) *Movimientos colectivos de resistencia a la psiquiatrización de l@s trans*, Ponencia en el International Sociology Association Forum (ISA FORUM), Barcelona.
- Benjamin, H. (1966) *The Transsexual Phenomenon*, The Julian Press, INC. Publishers.
- Bergero, T. y Cano, G. (2006) “El proceso diagnóstico”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Butler, J. (2010) “Prólogo. Transexualidad, transformaciones” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Coll-Planas, G. (2010) *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad. El caso de gays, lesbianas y trans*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Esteva de Antonio, I. y Gómez, E. (2006) “El proceso de diferenciación sexual en el ser humano y sus anomalías: los intersexos”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Fausto-Sterling, A. (2005) *Cuerpos sexuados*, Barcelona: Melusina
- Garaizabal, C. (2006) “Evaluación y consideraciones psicológicas”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. (eds.) (2006a) *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Bergero, T. (2006b) “La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Fernández-Tresguerres, J. (2006c) “Causas o fundamentos fisiológicos”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Hammarberg, T. (2009) Human Rights and Gender Identity, Informe temático del Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- HBGDA (2001), *Standards Of Care For Gender Identity Disorders* (6 Version): www.wpath.org.
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) (2010) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- OMS (1992), *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10): www.who.int.
- Principios de Yogyakarta Principles (2007). *Los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de*

la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género disponibles en www.yogyakartaprinciples.org/

- Soriguer, Federico J. C. y Valdés, M. (2006) “Dirigido a la sociedad”, en Esther Gómez y Isabel Esteva de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Suess, A. (2010) “Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) (2010), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales.
- Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans: www.stp2012.info
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español: <http://stp2012.wordpress.com>

• Aceptado: 4-10-10.

Contacto:

Miquel Missé y Gerard Coll
Mòdul de Recerca A, 1ª planta • Parc de Recerca UAB. 08193 Bellaterra • +34 93 586 88 14;
miguel.misse@gmail.com; gerard.coll@uab.cat