

## La despatologización de las identidades trans: un paradigma posible

Por: Dr. Alberto Roque Guerra<sup>1</sup>

El debate actual sobre la despatologización de las identidades trans interpela el control social por las ciencias médicas (biopoder) y visualiza el estigma, la discriminación, la vulnerabilidad social y la falta de inclusión en las políticas públicas de las necesidades de este grupo humano.

La retirada de las identidades trans de los manuales de clasificación de enfermedades mentales es necesaria, pero este proceso implica también cambios notables en los ámbitos jurídicos, biomédicos y sobre todo en la manera en que cada cultura interpreta el género. Por lo tanto, la despatologización es un punto de inflexión hacia la plena garantía de los derechos humanos de las personas trans.

El sistema biomédico se basa en el determinismo biológico, en un modelo de identidad sexual rígida, dicotómica y estable (masculina o femenina) y en la legitimidad de una sexualidad heterosexual y coitocéntrica con fines reproductivos. (Bergero, Asiain, & Cano-Caballero, 2010) Desde esa perspectiva, la medicina acuñó el término transexualismo en 1949 y se describió como entidad clínica en 1966 por Harry Benjamin. (Cauldwell, 1949)(Benjamin, 1966) Adicionalmente, el desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX posibilitó el surgimiento de una parafernalia tecnológica que ha permitido la transformación de los cuerpos de las personas transexuales en función de hacerlos “congruentes” con sus mentes.

En 1980 la transexualidad fue incluida en el Manual de Clasificación Diagnóstica y Estadística (DSM, por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). (APA, 1980) Así persiste en la actualidad, dentro de los trastornos de identidad de género, basados en criterios empíricos y sin que exista evidencias científicas fundamentadas en investigaciones de campo que permitan clasificarla como un trastorno mental. (WHO, 1992) (APA, 2000) (Zucker, 2005) (WPATH, 2011)

Numerosos académicos, clínicos, investigadores y activistas consideran que el DSM peca por ser demasiado incluyente, arbitrario, impreciso, carente de credibilidad y validez, además de ser una herramienta de las compañías de seguro que contribuye a la patologización de la diversidad humana. (Brown, 1994) (Caplan, 1995) (Kirk & Kutchins, 1996) (Szasz, 1970) (Wakefield, 1997) (Lev, 2005)

Sin embargo, se evidencia en la actualidad un cambio en los paradigmas de atención de salud a las personas trans a nivel internacional. La Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WPATH) señala que no deben patologizarse la identidad y expresiones de género sino abordar la atención y el tratamiento de la disforia de género. En sus postulados plantean que “las expresiones de género, incluyendo las identidades que no se relacionan estereotípicamente con el sexo asignado al nacer, son un hecho humano cultural y diverso, que no debe ser juzgado inherentemente como patológico o negativo”.<sup>1</sup> (WPATH, 2011)

En la versión 7 de los estándares de cuidado de la WPATH el concepto de disforia de género-enunciado por vez primera por Norman Fisk en 1974- se define como el malestar y la angustia

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina, especialista en Medicina Interna, miembro de la Comisión Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales, CENESEX, Cuba. Miembro de la sección diversidad sexual de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) y de la Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WAPATH).

generados por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado al nacer (Fisk, 1974) (Knudson, 2010)

La disforia de género ha sido la propuesta que la WPATH sugiere sea incluida en DSM-V, a pesar de que para muchas personas trans el término disforia tiene implicaciones estigmatizantes y discriminatorias.

El debate profesional actual en torno al término disforia no delimita con claridad si los malestares psicológicos que los profesionales de la salud mental describen como tal se relacionan con la discriminación y el repudio que sufren las personas trans o si son consecuencia de causas endógenas. (Shelley, 2008)

Aunque no todas las personas trans sufren de disforia, en su mayoría son víctimas desde edades muy tempranas del estigma y la discriminación, fundamentalmente en el seno de sus familias. Por lo tanto, si se considera a la discriminación por identidad de género causante de disforia, no tendría sentido incluirla como categoría diagnóstica en los manuales de clasificación de enfermedades mentales; de hecho, la angustia, la ansiedad y la depresión que causan otras discriminaciones (racismo, xenofobia, misoginia, homofobia, por creencias religiosas, entre otras) no son etiquetadas como trastornos mentales.

La disforia de género no debe ser el criterio que desencadene las acciones de salud hacia las personas trans. Los profesionales de la salud no sólo nos ocupamos de las enfermedades o los síndromes, también abordamos otras problemáticas o malestares, que incluyen la prevención y los elementos sociales y culturales relacionados con la salud. Por ejemplo, la sanidad pública de muchos estados no escatiman esfuerzos ni costos en la atención del embarazo, de la tercera edad y la infancia como problemas de salud, a pesar de que no constituyen en sí mismos enfermedades.

La mayoría de los sistemas de salud que garantizan la atención a las personas transexuales no cubren la atención a otras identidades trans, que no desean someterse a las intervenciones médicas y quirúrgicas, ni se ajustan a los modelos binarios de género. Tampoco se reconocen plenamente la influencia de los determinantes sociales de la salud, que en el caso de las personas trans involucra el impacto del estigma y la discriminación por su identidad de género, la pobreza, el difícil acceso al trabajo, elevada deserción escolar y una alta vulnerabilidad a la violencia. (Whittle, Turner, Combs, & Rhodes, 2008) (European Commission, 2012)

Las personas trans no deben considerarse pacientes sino usuarios del sistema de salud. Ellas requieren de una atención integral, individualizada y con apego absoluto a los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Las intervenciones clínicas o quirúrgicas que les proporcione alivio a sus malestares de salud demandan de la necesaria aplicación de protocolos de atención, encaminados a evitar malas prácticas profesionales y iatrogenias. (Roque & Lauzurique, 2012) Estos no son procedimientos que se aplican por moda o capricho de las personas trans, son acciones encaminadas a proporcionar bienestar y a mejorar la calidad de vida de este grupo humano.

En Cuba se brinda atención a las personas transexuales con un enfoque integral, es decir, se extiende más allá de la atención biomédica y se cubren necesidades jurídicas, sociales, laborales y de los ámbitos educacional, familiar, institucional y comunitario. Paralelamente se implementa una estrategia educativa dirigida que persigue disminuir la transfobia y promover un paulatino cambio cultural hacia una interpetación fluida y flexible del género. (Castro, 2008)

La atención de salud a las personas transexuales es universal y gratuita, al igual que para el resto de los ciudadanos y ciudadanas cubanos residentes en el territorio nacional. Se garantiza de esta manera el derecho a la salud como un derecho humano fundamental. (Corrêa, Muntarhorn, & et.al., 2007) (Roque & Lauzurique, 2012)

En 2010 la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) apoyó la campaña internacional de despatologización de las identidades trans, como resultado de una propuesta de la Comisión Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales (CNAIPT). (SOCUMES, 2010) Desde entonces, las y los profesionales de la comisión trabajan en la modificación de las Guías de Cuidado y los protocolos de atención de salud, que incluye la atención de todas las identidades trans y de las y los infantes y adolescentes con inconformidad con el género.

También se requiere avanzar en Cuba en la solución de otras problemáticas que se vinculan con la patologización de las identidades trans, dentro de ellas tenemos:

- a) **El cambio de identidad legal depende únicamente de la realización de la cirugía de reasignación sexual y se realiza mediante un proceso judicial:** la asignación de la identidad legal de la persona se basa en el sexo y no garantiza el cambio de identidad legal basado en la identidad de género de la persona. En este contexto el ámbito jurídico actúa en conjunción con las ciencias médicas como dispositivos de control de los cuerpos y las sexualidades. Como se expresó anteriormente, muchas personas transexuales no desean operarse o tienen contraindicaciones para la cirugía, por lo que se ubican en un limbo jurídico que no podrá resolverse hasta que no se apruebe la propuesta de decreto ley de identidad de género, resultante de la Estrategia de Atención Integral a las Personas Transexuales. De aprobarse la mencionada ley, las personas transexuales podrían acceder al cambio de identidad legal sin requerir la cirugía de reasignación sexual. (Fernández & González, 2010) En el contexto actual, el contenido del mencionado decreto ley debe garantizar la posibilidad de cambiar la identidad legal de la persona en los documentos registrales de acuerdo a la identidad de género con la que se identifica, sin mediación médica alguna y mediante un proceso civil o administrativo.
- a) **No se incluyen en nuestros estándares de cuidados la atención a las personas intersex que sienten y expresan inconformidad con el género asignado:** algunas personas intersex<sup>2</sup> (Hugues, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006) viven y expresan de forma sostenida una identidad de género que no se corresponde con el sexo legal asignado en el momento del nacimiento. En la versión 7 de los Estándares de Cuidado de la WPATH se introdujo por vez primera la necesidad de incluir la atención a individuos intersex con disforia de género. (WPATH, 2011). Desde la CONAIT ya se les brinda atención de salud a tres personas con trastornos del desarrollo sexual que expresan inconformidad con el género de conjunto con el grupo de trabajo que a nivel ministerial se encarga de la atención a personas intersex.
- b) **Ausencia de un Manual Cubano de Nomenclatura en Sexología:** por el momento, la clasificación de los malestares y enfermedades relacionados con la sexualidad se basan en el Manual Cubano de Psiquiatría y en la práctica profesional se utiliza fundamentalmente la nomenclatura del DSM de la APA. Se requiere de la creación de normas cubanas de atención y tratamiento de los malestares de la sexualidad, libre de enfoques patologizantes y discriminatorios y surgidas mediante consenso de un equipo multidisciplinario de profesionales dedicados al estudio de la sexualidad.

A pesar de que algunos profesionales y activistas trans han expresado la conveniencia de mantener a la transexualidad en los manuales de clasificación de enfermedades mentales, al considerar que es la única manera de garantizar el acceso a la atención de salud y es el requisito que les permite un reconocimiento pleno de su personalidad jurídica, el modelo de

atención integral en Cuba se encamina hacia un paradigma no patologizante que garantiza el acceso universal a la salud como un derecho humano y a una progresiva inclusión de los derechos de las personas trans en las políticas de la del estado cubano.

#### Notas:

<sup>1</sup> Traducción del autor del texto original: “the expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one’s assigned sex at birth is a common and culturally diverse human phenomenon [that] should not be judged as inherently pathological or negative”. Tomado de: WPATH.(2011).Standards of Care for the health of transsexuals, transgender and non conforming gender people. Minnesota: WPATH.

2 Intersex es el término es el término de uso más generalizado para lo que la medicina clasifica como trastornos del desarrollo sexual, ver: Hugues, A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPEs1/ESPE2 Consensus Group. (2006, July 16). Consensus statement on management of intersex disorder. Arch Dis Child, 91(7), 554–563

#### Bibliografía:

APA. (1980). *DSM-III—Diagnostic and Statistical Manual (3rd edition)*. Washington, D.C.: The American Psychiatric Association.

APA. (1987). *DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised) The American Psychiatric Association*. Washington, D.C.: The American Psychiatric Association.

APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press.

Bergero, T., Asiain, S., & Cano-Caballero, M. (2010). ¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa. *Norte de salud mental*, III(38), 56-64.

Brown, L. (1994). *Subversive dialogues: Theory in feminist therapy*. NY: Basis Books.

Castro, M. (2007). Aproximación a la transexualidad como noción científica. *Sexología y Sociedad*, 13(35), p. 4.

Castro, M. (2008). La Atención a Transexuales en Cuba y su inclusión en las políticas sociales. En M. Castro, *La Transexualidad en Cuba*. La Habana: CENESEX.

Cauldwell, D. (1949). *Psychopathia transexualis, Sexology*.

Clapan, P. (1995). *They say you are crazy*. NY: Addison-Wesley Publishing.

Cohen-Kettenis, P. T. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Cohen-Kettenis, P. T.-v. (2011). *Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up*. *Archives of sexual behavior*.

Corrêa, S. O., Muntarbhorn, V., & et.al. (2007). *The Yogyakarta Principles. Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and*

gender identity. en [www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org), última revisión: 2 de septiembre de 2011.

- Di Ceglie, D. &. (2006). *An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 11(3), 387-396.
- European Commission. (2012). *Trans and intersex people. Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union 2012.
- Fernández, M., & González, Y. (2010). Una mirada jurídica de la transexualidad en Cuba. *Ámbito Jurídico*, XIII(81). Rio Grande.
- Fisk, N. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome - the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. 386- 39. *Western Journal of Medicine*, 5(125), 386-39.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la Sexualidad 1: la voluntad de saber* (2da Ed. ed.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Fraser, L. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adults. *IJT*, 12(2 ), 80 - 85.
- Gooren, L. J. (2011). *Care of Transsexual Persons*. New England Journal of Medicine, Massachusetts: Massachusetts Medical Society.
- Green, J. (2011). Forward. In J. Marcus, *Transfigurations* (p. 10). California: 7 Angels Press.
- Hammarberg, T. (2010). *Derechos humanos e identidad de género. Informe temático*. Berlín: Publicaciones TVT.
- Hugues, A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE2 Consensus Group. (2006, July 16). Consensus statement on management of intersex disorder. *Arch Dis Child*, 91(7), 554–563.
- Kirk, S., & Kutchins, H. (1996). *Making us crazy: DSM, the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.
- Knudson, G. D. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118.
- Lev, A. I. (2005). Disordering gender identity: gender identity disorder in the DSM-IV-TR. In D. Karasic, & J. Drescher, *Sexual and Gender Diagnosis of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM): A reevaluation* (pp. 35-69). NY: Haworth Press, Inc.
- MINSAP. (2008). *Resolución Ministerial No. 126*. La Habana: Dirección de asuntos jurídicos del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.
- OMS. (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans. Manifiesto sobre la Despatologización de las Identidades Trans. Red Internacional por la Despatologización

de las Identidades Trans. [En línea] [Citado el: 10 de agosto de 2012.]  
<http://stp2012.wordpress.com>.

Roque, A., & Lauzurique, M. (April de 2012). The right to health Care to Transsexual People in Cuba. *MEDICC Review*(2).

Shelley, C. A. (2008). *Transpeople, repudiation trauma, healing, University of Toronto Press Incorporated*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.

SOCUMES. (2010). *Declaración sobre Despatologización de la Transexualidad adoptada en Asamblea General de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad*. Retrieved agosto 10, 2012, from <http://ilga.org/ilga/es/article/mg6JSED110>

Szasz, T. (1970). *The myth of mental illness*. NY: Doubleday.

Wakefield, J. (1997). Diagnosing DSM-IV-Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 633-649.

Whittle, S., Turner, L., Combs, R., & Rhodes, S. (2008). *Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Retrieved agosto 10, 2012, from [http://www.ilga-europe.org/home/issues/transgender/declaration\\_of\\_the\\_trans\\_rights\\_conference](http://www.ilga-europe.org/home/issues/transgender/declaration_of_the_trans_rights_conference)

WHO. (1992). *CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2007). *Statistical International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision – Version for 2007 (ICD-10)*. Retrieved agosto 10, 2012, from <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.

6

---

World Profesional Association for Transgender Health. (2001). *Standards of Care for Gender Identity Disorders*. WPATH.

WPATH. (2011). *Historical Compilation of the Standards of Care Version 1 through 6*. (WPATH) Retrieved agosto 1, 2012, from World Profesional Association for Transgender Health: <http://www.wpath.org/documents/SOC%20Compilation%20of%201%20through%206.pdf>

WPATH. (2011). *Standards of Care for the health of transsexuals, transgender and non conforming gender people*. Minnesota: WPATH.

Zucker, K. J. (2005). Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31-42.