



Comunidad y Salud

ISSN: 1690-3293

revistacomunidadysalud@gmail.com

Universidad de Carabobo

Venezuela

Adrian, Tamara

CUADRANDO EL CÍRCULO: DESPATOLOGIZACIÓN VS DERECHO A LA SALUD DE  
PERSONAS TRANS EN DSM- 5 Y CIE-11.

Comunidad y Salud, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 58-65

Universidad de Carabobo

Maracay, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740252008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## *Artículo*

# **CUADRANDO EL CÍRCULO: DESPATOLOGIZACIÓN VS DERECHO A LA SALUD DE PERSONAS TRANS EN DSM- 5 Y CIE-11.**

**SYNCHRONIZE THE CIRCLE: DEPATHOLOGIZATION VS RIGHT TO HEALTH OF TRANS IN DSM-5 AND ICD-11 PEOPLE.**

*Tamara Adrian<sup>1</sup>*

### **RESUMEN**

*El presente artículo pretende pasar en revisa la situación actual de las discusiones atinentes a la revisión del DSM-5 y el CIE-11 por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud en lo que atañe a lo que esos catálogos denominan respectivamente Disforia de Género (DSM-IV) y Transexualismo (CIE-11), para referirse a las identidades o expresiones de género que no se conforman a la construcción social estereotípicamente asociada a uno u otro sexo. A tales fines se examinan los trabajos preparatorios realizados y la situación actual de las discusiones, tomando en consideración la necesidad de contribuir a desestigmatizar las identidades trans, ante la evidencia de que la patologización contribuye a la exclusión social, cultural, educativa y laboral de dichas personas, al tiempo que se asegura el acceso al derecho a la salud para esta población. Evidenciaremos las dificultades de lograr el equilibrio necesario, particularmente en el texto del DSM, por la naturaleza misma de este compendio atinente únicamente a las enfermedades mentales. A la autora le ha tocado intervenir de manera directa o indirecta en ambos procesos, por lo que se utilizan reflexiones y materiales producto de las discusiones de los grupos de trabajo que actúan ante la Asociación Americana de Psiquiatría y Organización Mundial de la Salud respectivamente, en la medida en que los deberes de confidencialidad no impiden la divulgación de determinadas informaciones.*

**PALABRAS CLAVE:** Despatologización, Transexualismo, Derecho a la Salud.

### **ABSTRACT**

*This article aims to pass the current situation of the discussions relating to the revision of the DSM-5 and ICD-11 magazine from the American Psychiatric Association and who in regard to what those catalogs called respectively (DSM-IV) gender dysphoria and transsexualism (ICD-11), to refer to the identities or expressions of gender which do not conform to the social construction stereotypically associated with one sex or the other. To this end the preparatory work performed and the current status of discussions are examined, taking into consideration the need to contribute to and Oh trans identities, faced with the evidence that the pathologization contributes to the social, cultural, educational and labour exclusion of such persons, while ensuring access to the right to health for this population. We evidenciaremos the difficulties of achieving the necessary balance, particularly in the text of the DSM, due to the nature of this compendium pertaining only to mental illness. The author touched you intervene directly or indirectly in both processes, so reflections and materials product of the discussions of the working groups that Act are used before the American Psychiatric Association and who respectively, in so far as the duties of confidentiality does not prevent the disclosure of certain information.*

**KEY WORDS:** Depathologization, transsexualism, right to health.

<sup>1</sup>Abogada, Doctora en Derecho, Profesora de Universidad Católica Andrés Bello UCAB, Universidad Central de Venezuela UCV y Universidad Metropolitana Unimet. Secretaria Mundial Trans de ILGA. Correspondencia: adrianjuris@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

La psiquiatrización y patologización de comportamientos naturales del ser humano han sido utilizados -conjuntamente con la ley, la religión y la fuerza pública- como armas para institucionalizar la segregación y la exclusión social de grupos minoritarios, particularmente de las minorías sexuales, catalogándoles como "anormales", tal y como fue ampliamente estudiado por Foucault.<sup>1</sup> Es así que la psiquiatrización, conjuntamente con la ley y otros mecanismos de segregación de los comportamientos naturales, contribuye a crear estigma y a reforzar la discriminación. Por eso, la lucha por la dignidad y la igualdad de las personas que pertenecen a las llamadas minorías sexuales, particularmente de lesbianas, gays, bisexuales y personas trans<sup>2</sup> e intersex, han pasado siempre por la derogación de las leyes que establecen segregaciones basadas en el prejuicio derivado de la orientación sexual o la identidad de género; la protección contra la violencia institucional y social; y la eliminación de las categorías médicas que pretenden considerar como

patológicos los comportamientos sexuales naturales atinentes a la orientación sexual y la identidad o expresión de género cuando estos no son acordes con las imposiciones heteronormativas<sup>3</sup> y heterosexuadas creadas en el ámbito de las múltiples manifestaciones del patriarcado como sistema de mantenimiento del poder del hombre sobre la mujer.

Curiosamente, coincidente con la depatologización de la homosexualidad en el DSM-3 R, se patologizó la transexualidad, considerando que el solo hecho de que una persona tuviese una identidad de género no conforme al sexo aparente en el cual fue reconocido legalmente al momento del nacimiento, debía ser considerado como una enfermedad mental. Esta patologización ha contribuido ampliamente a crear y perpetuar el estigma en contra de las personas trans. De allí que distintos grupos de activistas hayan tomado como bandera la eliminación de la transexualidad como una patología tanto en el DSM-5 como en el CIE-11. La autora ha estado involucrada de manera directa en estos procesos desde hace más de dos años, y en el curso de las distintas discusiones ha surgido la discusión acerca de la necesidad de asegurar el acceso a la salud -particularmente de los tratamientos médicos necesarios para la transición- de las personas trans, el cual podría verse comprometido en aquellos países en los que se ha logrado o se trata de lograr tal régimen prestacional de salud de ser totalmente eliminada como condición de salud.

El tema tiene variantes claras, en virtud de que el DSM se refiere exclusivamente a enfermedades mentales en tanto que el CIE incluye todas las condiciones de salud. Por otra parte, el primer catálogo tiene una incidencia clara en los proveedores de salud de los países del área americana -a pesar de que oficialmente debería privar el CIE como catálogo emanado de la OMS- en tanto que el segundo catálogo es preferido en Europa, Asia y África.

---

<sup>2</sup>En este artículo hemos preferido la utilización de la expresión "personas trans" para referirnos a todas las personas cuya identidad o expresión de género no corresponde a la estereotípicamente esperada por la sociedad tomando en consideración el sexo aparente en el cual fue inscrita legalmente al nacimiento, siguiendo las conclusiones del Congreso Internacional de Identidad de Género que tuvo lugar en Barcelona, España, en julio 2009. En este congreso estuvieron presentes y deliberaron más de 300 personas con identidades y expresiones de género no conformes a las hegemónicamente impuestas, y se observó que las divisiones identitarias locales o no, que pretenden institucionalizar categorías diferentes de personas por sutilezas en la identidad o expresión de género, tales como las clasificaciones de personas en transexuales, transgénero, travesti, transgenerista, transformista, hijra, muxe, y otras tantas, es utilizada como mecanismo de segregación a través de la consideración de algunas identidades como superiores o mejores que otras, tanto más cuanto más se acercan al estereotipo de género construido socialmente con el cual se identifican las personas. De esta manera se construyen ciudadanías de segunda, tercera y cuarta clase, siendo que siguiendo esta idea, sólo las personas transexuales reasignadas quirúrgicamente serían dignas de reconocimiento pleno de su identidad, en tanto que las demás estarían privadas de tal derecho. La superación de las divisiones, y la inclusión de todas las personas que tienen una identidad o expresión de género no conforme a la estereotípicamente esperada de ellas de acuerdo a su sexo aparente al nacimiento, bajo la categoría paraguas de "personas trans" ha permitido superar estos prejuicios y reconocer plenamente la identidad de las personas independientemente de su genitalidad, tal y como ocurre en la Ley de Identidad de Género Argentina de 2012, y, con algunas restricciones, en sus precedentes en Reino Unido (2004), España (2007), Uruguay (2009) Portugal (2010), México DF (2010) y en numerosas sentencias que reconocen la identidad de personas trans sin necesidad de reasignación genital en numerosos otros países, entre ellos, en América Latina, Chile, Brasil, Perú, Ecuador, entre otros.

<sup>3</sup>Cuando hablamos de la heteronormatividad estamos refiriéndonos a la existencia de un sistema de normas de comportamiento social basadas en la premisa de que todos los seres humanos son y deben ser heterosexuales.

Al hablar de heterosexualidad normativa o expresiones heterosexuadas nos referimos a la necesidad derivada del sistema de normas de comportamiento social que impone a las personas pertenecientes a un determinado sexo aparente un determinado conjunto de comportamientos excluyentes y exclusivos. De allí que la disidencia en el comportamiento o en la preferencia sexual, sean atacadas desde la base de la confrontación con el estereotipo necesario para el mantenimiento del poder.

De allí el temor de que la eliminación de la condición de enfermedad mental en el DSM-5 pudiera ser interpretado por algunos gobiernos y prestadores de salud, como una excusa para negar o limitar los tratamientos de acceso a la salud específicos de las personas trans de manera total o parcial. Por lo que muchos grupos de activistas trans norteamericanos insisten en una reformulación de la categoría para hacerla lo menos estigmatizante y patológica posible, pero no en una eliminación de la misma,<sup>4</sup> tal y como ha acontecido hasta el texto del último borrador del DSM-V, como veremos luego.

En el ámbito de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, hay un acuerdo preliminar en las comisiones de trabajo, de revisar de manera total las categorías de enfermedades mentales contenidas en las secciones F-64 y ss., y de eliminar totalmente la transexualidad como categoría de enfermedad mental. En donde no hay un acuerdo aún es en la forma y la ubicación en la que se establecería una nueva condición de salud que permita a las personas trans el acceso a los tratamientos necesarios para la transición.<sup>5</sup> Allí se discute si colocarlo como una condicionante en la Sección Z, o en otra categoría, siendo que en reuniones de expertos recientes en San Francisco, se ha considerado plausible incorporar la categoría -cuyo nombre aún está en debate- en el ámbito de las Condiciones de Salud atinentes a la Sexualidad, siguiendo en líneas generales el camino trazado por las Guías Para el Tratamiento de Acceso a la Salud para Personas Trans en su versión 2011 de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH),<sup>3</sup> respecto de las cuales la autora de este artículo ha sido asesora.

Al mismo tiempo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha venido trabajando en un documento que debe darse pronto a la luz, contentivo de Guías para asegurar el Derecho a la Salud a las Personas Trans en América Latina y el Caribe. Y la Organización Mundial de la Salud en un documento parecido relativo a las guías destinadas a los proveedores de salud sobre el tema de la sexualidad, que también debería ser terminado a finales de 2013 o comienzos de 2014. La autora ha venido actuando como asesora con respecto a ambos documentos.

Así planteadas las cosas, vamos a examinar, en una primera parte, los antecedentes y situación actual de la discusión respecto de la materia en el DSM-V,

para luego analizarla en el ámbito de la reforma del CIE-11 por parte de la OMS.

## II. La reforma del DSM-5 y la identidad de género

La Asociación Americana de Psiquiatras APA se ha convertido en referencia mundial en cuanto a la clasificación de las enfermedades mentales a través del DSM. En la actualidad se está en proceso de preparación del DSM-5, que procura la revisión integral del DSM-4-R. A pesar de que este texto ha sido concebido fundamentalmente para los psicólogos, psiquiatras y otros proveedores de salud mental de los Estados Unidos, su vigencia práctica se extiende a numerosos países, particularmente latinoamericanos. De tal forma que es utilizado por proveedores de salud de toda el área.

De manera sucinta revisaremos la evolución de la patologización de las identidades de género discordantes de las hegemónicamente impuestas en las diferentes versiones del DSM, para luego verificar la situación actual de las discusiones.

### 1. Evolución de la patologización de la identidad de género discordante de la hegemónicamente impuesta.

Coincidente con la eliminación de la homosexualidad como patología mental el DSM-3 estableció cuatro categorías diagnosticadas dentro del grupo de los Trastornos de la Identidad Sexual. Todas ellas caracterizadas por la aparición de malestar intenso y persistente acerca del propio sexo, estableciéndose diferenciaciones en función del momento de aparición del trastorno (infancia versus edad adulta) y de la presencia o no de "transexualismo":

a) Trastorno de la identidad sexual en la niñez: se manifiesta antes de la pubertad y se caracteriza por un profundo y persistente malestar en relación con el sexo anatómico y el deseo de pertenecer al otro sexo.

b) Transexualismo: caracterizado también por un malestar persistente y un sentimiento de inadecuación respecto al propio sexo anatómico, pero en una persona que ha alcanzado la pubertad y acompañado por una preocupación persistente acerca del cómo deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias del propio sexo y adquirir las del opuesto. Puede considerarse como las formas más extremas de los problemas de Identidad de Género.

c) Trastorno de identidad sexual en la adolescencia o vida adulta, de tipo no transexual (TISAANT): categoría diagnosticada en los que el sentimiento de una adecuación respecto al propio sexo no va acompañado de una preocupación por deshacerse de los caracteres sexuales propios. Suele implicar cambios persistentes o recurrentes de ropa para adoptar el papel de las personas de otro sexo (transvestismo).

d) Trastorno de la identidad sexual no especificado: se incluyen todos aquellos casos que no reúnen los criterios para el diagnóstico de un trastorno de la Identidad de Género específico. Estos trastornos pueden darse especialmente en los casos de intersexualidad física y seudohermafroditismo.

Debido a numerosas críticas, en el DSM IV, revisado en 2001, se abandona definitivamente el término transexualismo para referirse a los casos supuestamente "más graves" de Disforia de Género, y en su lugar se usa el de Trastorno de Identidad de Género (TIG) (categoría 302.85) para designar a aquellos sujetos que evidencian una fuerte identificación con el sexo contrario al aparente anatómico, acompañada por una insatisfacción constante con su sexo aparente anatómico, independientemente del momento en el que se manifieste esta disforia.

Cabe destacar que, en esta revisión, se incluyen en esta categoría bajo la modalidad de Trastornos de Identidad de Género no especificados de otra forma, las situaciones de Trastornos de Identidad de Género relacionadas con la intersexualidad física, cuando la Identidad de Género de la persona no se corresponde con los genitales más aparentes o con el sexo legal de atribución. Dicho de otra forma, el Trastorno de Identidad de Género así caracterizado, tendría dos formas: la forma típica, que se da en ausencia de intersexualidad física; y la forma particular que se da en los casos de intersexualidad física.

En cambio, el Travestismo deseo de usar prendas del sexo opuesto como forma de obtención de un gozo sexual, sin pretender de ninguna forma asumir de manera permanente las características sexuales primarias y secundarias del sexo opuesto se separa definitivamente de los Trastornos de Identidad de Género, y pasa a formar parte de las parafilias (Categoría 302.3), patologizando de esta forma los juegos sexuales, y refiriéndolos fundamentalmente al sexo masculino.

El Trastorno de Identidad de Género aparece así como el sentimiento profundo e irreversible de pertenecer al sexo contrario al aparente y legalmente

establecido (o sea, al de nacimiento, ratificado por la apariencia genitales) y asumir el correspondiente rol (el contrario del esperado), y de recurrir si es necesario a un tratamiento hormonal y quirúrgico encaminado a corregir esta discordancia entre la mente y el cuerpo. Es decir, que lo que se considera como enfermedad mental es el simple hecho de tener una identidad de género no conforme a la estereotípicamente exigida de acuerdo al sexo aparente de la persona en el momento del nacimiento.

Siguiendo esta fórmula patologizante los criterios de diagnóstico del Trastorno de Identidad de Género, en el DSM-IV revisado en 2001, son los siguientes:

A. Una fuerte y persistente identificación cruzada de género (y no un deseo derivado de la percepción de las ventajas culturales de ser del otro sexo).

En los niños, este trastorno se manifiesta en cuatro (o más) de los siguientes:

1. Repetido señalamiento de desear ser, o insistencia que él o ella es, del otro sexo.

2. En los niños, preferencia por vestirse con atuendos femeninos o simulando atuendos femeninos. En las niñas, insistencia en usar únicamente ropa masculina.

3. Fuertes y persistentes preferencias por roles cruzados haciendo creer cuando juega o persistentes fantasías de ser del otro sexo.

4. Deseo intenso de participar en los juegos típicos y pasatiempos del otro sexo.

5. Fuerte preferencia por compañeros de juegos del otro sexo.

En los adolescentes y adultos, el desorden se manifiesta por síntomas tales como la manifestación del deseo de ser del otro sexo, el hecho de pasar a menudo como del otro sexo, el deseo de vivir y ser tratado como del otro sexo, o la convicción que él o ella tiene las reacciones típicas del otro sexo.

B. Persistente sentimiento de incomodidad con su sexo o sentido de falta de adecuación en el rol de género usual en ese sexo.

En los niños, el desorden se manifiesta por cualquiera de los siguientes:

En los niños, declaración que su pene o sus testículos son repugnantes o desaparecerán o declaración que sería mejor no tener pene, o aversión hacia los juegos rudos y rechazo de los juguetes, juegos y actividades estereotípicamente masculinos.

En las niñas, rechazo de orinar en posición sentada, declaración que ella tiene o le crecerá un pene, o aseveración que ella no quiere que le crezcan senos o menstruar, o marcada aversión hacia la ropa femenina. En los adolescentes y adultos, el trastorno se manifiesta en síntomas tales como la preocupación de eliminar los caracteres primarios y secundarios sexuales característicos (i.e., solicitud de hormonas, cirugía u otros procedimientos para alterar las características sexuales y simular las del otro sexo) o la creencia de que pertenece al sexo erróneo.

C. El trastorno no es concurrente con una condición intersexual

D. El disturbio causa clínicamente un agudo desasosiego o falta de integración social, ocupacional, u otras importantes áreas de funcionamiento.

## 2. El estado de las discusiones para el DSM-5

En los últimos tres años las discusiones han girado en torno a si el TIG debe seguir siendo considerado en el DSM-5 como un trastorno psiquiátrico. Al respecto observamos que la falta de consenso deriva de posiciones básicamente irreductibles entre ellas. Por una parte encontramos una serie de argumentos a favor de la eliminación del TIG del grupo de las enfermedades mentales. Estos argumentos son fundamentalmente los siguientes. En primer lugar, la contribución que hace la patologización en la creación de estigma en contra de la población trans. En este sentido varios estudios demuestran que la patologización de la condición trans, tal y como está contemplada, refuerza la idea del heterosexismo y la condición subordinada de la mujer en el esquema patriarcal. En segundo lugar se esgrime la continua y profunda transfobia -considerada en sí como una forma agravada de otros odios basados en la diferencia sexual, como son la homofobia, la lesbofobia y la bifobia- que subyace en la patologización de la identidad en sí, reforzando los estereotipos de género binarios, en el sentido de que lo que sería aceptable en una persona perteneciente a un determinado sexo, se considera enfermedad mental en el otro sexo. En tercer lugar, unido a lo anterior, aparece el profundo sexismoy el heterosexismo inherente a la patologización, que considera reprochable el alejarse del comportamiento excluyente y exclusivo

derivado del binario de género heterosexuado. Es decir, que cualquier comportamiento humano que no se ciña a los patrones culturalmente asociados a la masculinidad o la feminidad sería, en sí mismo, patológico; lo que contraría evidentemente la lucha de la mujer por la deconstrucción del género heterosexuado. En cuarto lugar se argumenta que un número importante de comportamientos y modificaciones corporales -tales como tatuajes, cirugías estéticas- no son considerados patológicos, en tanto y en cuanto que no cuestionen los estereotipos de género.

Finalmente, se hace referencia a la teoría de los derechos humanos reflejada ya en varias resoluciones de la ONU, OEA y en sentencias de la Corte Europea de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y de las comisiones de seguimiento de diferentes pactos internacionales, que considera a la orientación sexual y la identidad de género como categorías que han provocado violencia, negación de derechos y discriminación de las personas, de forma contraria a la igualdad y universalidad.

Por su parte, aquellos que tratan de argumentar la necesidad de mantenimiento de una categoría diagnóstica, procuran desvirtuar cada uno de esos argumentos señalando su supuesta falsedad. Y en todo caso, enfatizan que la eliminación de la categoría podría significar para las personas involucradas una desmejora en cuanto a la posibilidad de acceso a la salud, ya que las prestaciones de salud requerirían de categorías de diagnóstico para poder ser eventualmente objeto de servicios específicos. Y que de no haber tal categoría, sería muy probable que las autoridades de salud, los centros clínicos privados y las compañías de seguros, se nieguen a reconocer las prestaciones de salud atinentes a la transición.

En todo caso, este último parece ser el único argumento "valedero" en la actualidad, para mantener la categoría en el DSM-5. Sin embargo, las propuestas han variado sustancialmente a lo largo del tiempo, y la última versión cuya divulgación ha sido aprobada en noviembre de 2012, cambia no sólo el nombre de la categoría, sino también los criterios principales y la descripción de la condición.<sup>6</sup>

En este sentido, se ha propuesto sustituir el TIG por otra categoría que ha pasado a llamarse inicialmente Incongruencia de Género (Gender Incongruence) para luego ser denominada Disforia de Género (Gender Disphoria). Este término, que también puede ser patologizante, está acompañado de cambios más o menos sustanciales y de algunos cosméticos de los

criterios de diagnóstico.

Por ello observamos, que la ubicación misma es única, ya que no es considerado ni una disfunción sexual ni una parafilia, sino más bien una condición única a ser diagnosticada para fines terapéuticos por cualquier profesional de salud, particularmente psiquiatras, pero también endocrinistas y cirujanos, debido a que el tratamiento es fundamentalmente médico. Esto en sí constituye un cambio importante. Por otra parte se deja de considerar patológico la identificación de género cruzada en sí, tal y como estaba definida en los criterios diagnósticos del DSM-4, para referirse a lo que se denomina la disforia de género o lo que es lo mismo, la referencia al género interiorizado, sin que esta categoría sea dicotómica y excluyente, sino más bien que permita grados diferentes de identificación y de confort. La categoría permite el tratamiento de la persona en tanto y en cuanto ella requiera del mismo, y la disforia de género así entendida será considerada una categoría médica sólo en la medida en que exista malestar y sólo por el tiempo durante el cual la persona requiera de la asistencia de los proveedores de salud para adecuar su físico a aquel estado con el cual pueda identificarse si ello fuere el caso. De allí que la identificación ya no se hace "con el otro sexo" o con "algún género alternativo", suprimiéndose todas las menciones al sexo en la medida en que tal referencia es totalmente inadecuada para referirse a la incongruencia de género.

Hasta ahora los criterios propuestos para el diagnóstico de la Disforia de Género, en adolescentes y adultos son:

A. Marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado de una persona y el asignado, por al menos 6 meses de duración, según manifestado por al menos 2 o más de los siguientes indicadores:

1. Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y los caracteres sexuales primarios y/o secundarios (o en jóvenes adolescentes, los caracteres sexuales secundarios anticipados).
2. Un deseo fuerte de eliminar los caracteres sexuales primarios y/o secundarios por su marcada incongruencia con el género que la persona experimenta/expresa (o en los jóvenes adolescentes, el deseo de prevenir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios anticipados).
3. Un deseo fuerte por los caracteres sexuales primarios y/o secundarios del otro género.

4. Un deseo fuerte de ser del otro género (o de algún género alternativo diferente del género asignado).

5. Un deseo fuerte de ser tratado como del otro género (o de algún género alternativo diferente al género asignado).

6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro género (o de algún género diferente al género asignado).

B. La condición está asociada con un significativo malestar o inhabilidad clínica en las áreas social, ocupacional u otras importantes de funcionamiento, o con un riesgo acrecentado de sufrir ese malestar o inhabilidad.

Subtipos:

Con desorden del desarrollo sexual.  
Sin desorden del desarrollo sexual.

Especificadores:

Post-transición: i.e., el individuo ha hecho transición para vivir todo el tiempo en el género deseado (con o sin legalización del cambio de género) y ha sufrido (o va a sufrir) al menos un procedimiento médico de sexo-cruzado o un régimen de tratamiento, a saber, tratamiento regular de terapia de reemplazo hormonal o cirugía de reasignación confirmando el género deseado (p.ej., penectomía, vaginoplastia en el varón de nacimiento, mamectomía, faloplastia en la hembra de nacimiento).

También se propone, por otra parte, un cambio sustancial en los criterios de diagnóstico para la Disforia de Género en niños, manteniendo sin embargo un énfasis -a nuestro entender- en manifestaciones lúdicas y juegos. Esto demuestra que los criterios siguen siendo "normalizadores" de los comportamientos, y buscan mantener el heterosexismo obligatorio.

En conclusión, el texto del DSM-5 parece contener algunos cambios significativos en lo que atañe a los criterios diagnósticos, particularmente en adultos. Y la justificación última del mantenimiento de la categoría en este texto parece estar relacionada con la necesidad de asegurar el acceso a la salud en una sociedad como la norteamericana, donde la medicina pública tiene ámbito limitado, y la privada sólo es accesible para las personas que tienen seguros de salud, los cuales, en muchos casos, pretenden aún excluir los

tratamientos de salud para las personas trans, alegando que se trataría de tratamientos "cosméticos". Es decir, que la categoría de la Disforia de Género en el DSM-5 pareciese estar determinada por necesidades propias del mercado norteamericano de la salud.

### III. La reforma del CIE y la identidad de género

La CIE-107 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1990) señala cinco formas diferentes de criterios patologizantes de la identidad de género, y se diferencia del DSM-IV por mantener el uso del término transexualismo (categoría F64.0) para considerar como una enfermedad mental la identidad de género no conforme a la estereotipadamente esperada de la persona de acuerdo a su sexo de atribución al nacimiento.

Los criterios del transexualismo en esta clasificación de la OMS, son los siguientes:

1. El deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, usualmente acompañado por el deseo de hacer que su cuerpo sea tan congruente como sea posible con el sexo preferido a través de cirugía y tratamiento hormonal.
2. La identidad transexual debe haber estado presente persistentemente por al menos dos años.
3. El desorden no es un síntoma de una enfermedad mental o de una anormalidad cromosómica.

Esta clasificación es consecuencia de cambios sustanciales a lo largo del tiempo, desde el CIE-8 (1965) y CIE-9 (1975) en los que se estableció el Transvestismo (luego Travestismo) y Transexualismo como Desviaciones Sexuales.

Desde 2011 se está reuniendo una comisión de expertos encargada de la revisión del capítulo de las enfermedades mentales (Capítulo F), y particularmente del F64.0 y siguientes. Además existen comisiones y grupos especiales de trabajo sobre el tema.

La discusión central gira en torno a eliminar la identidad de género no conforme a la estereotipadamente esperada de la persona de acuerdo a su sexo de atribución al nacimiento como una enfermedad mental. Y existe un consenso casi absoluto en este sentido. Es decir, que el transexualismo sería eliminado de la categoría de las enfermedades mentales. Los argumentos para ello son numerosos, y provienen

de la psiquiatría misma, en el sentido de que una identidad en sí no puede ser patológica. De la sociología, que reconoce diferentes identidades y expresiones de género alrededor del mundo. De la antropología que observa cómo en todas las sociedades existen identificaciones cruzadas en el género, y que en muchas de ellas son personalidades altamente apreciadas socialmente, sobre todo de los derechos humanos, en el sentido de que la ONU, la OEA y otros órganos internacionales de protección de derechos humanos han reconocido los efectos sobre las personas de la discriminación, negación de derechos y desconocimiento de la igualdad de derechos de las personas por razón de su orientación sexual, y/o su identidad o expresión de género, reconociendo que la patologización de las conductas es una manera de propiciar la desigualdad en los derechos. O como hubiera dicho en su tiempo Foucault, una forma de supresión de la expresión de la sexualidad disidente.

Pero al mismo tiempo la comisión tiene conciencia de que la eliminación de la transexualidad como enfermedad mental, no debe conducir a dejar desprotegidas a las personas trans en el acceso a los tratamientos de salud necesarios para adecuar su cuerpo a su identidad de género. De allí que se hayan explorado varias vías, ninguna de las cuales ha sido adoptada de manera definitiva. Una primera alternativa explorada es la de crear un capítulo separado para la categoría que se cree, cuyos nombres propuestos son Disforia de Género, Incongruencia Género-Cuerpo, Incongruencia de Género y otras similares, sin que haya consenso. Pero no parece factible crear un capítulo sólo para este tema. Otra alternativa que ha parecido factible es crear una nueva sección en el Capítulo de las Condiciones de Salud Sexual. Esta es quizás la que hasta ahora tiene mayor consenso, pues estas condiciones de salud sexual no son necesariamente patológicas. Una tercera alternativa sería la de crear un conjunto de Códigos Z condicionantes de otras condiciones de salud previstas en el CIE, atinente a la identidad de género y sus consecuencias. Esto permitiría cubrir todos los capítulos, pero podría tener la consecuencia de hacer opcionales o no indispensables los tratamientos de salud a las personas trans en lo que atañe a su transición.

### CONCLUSIÓN

La depatologización del Trastorno de Identidad de Género (DSM-4) y el Transexualismo (CIE-10) se ha enfrentado a discusiones importantes. Es claro que los mismo argumentos que en su tiempo sirvieron para depatologizar la homosexualidad, son aplicables a la identidad de género no conforme a la

estereotipadamente esperada de acuerdo al sexo atribuido al nacimiento. Sin embargo, el proceso se ha encontrado con resistencias de distinto tipo. Algunos psiquiatras pretenden seguir patologizando la condición por convicciones personales, no necesariamente desvinculadas de los propios prejuicios de esas personas. Sin embargo, una gran parte de la comunidad científica coincide en que la identidad de género no puede, en sí, ser considerada como una patología mental.

No obstante lo anterior, a diferencia de la depatologización de la homosexualidad, que no habría potencialmente dejado a las personas lesbianas, gays o bisexuales desprovistos de ciertos servicios de salud, en cambio la eliminación total de las categorías existentes en el caso que nos ocupa podría conducir potencialmente a que los proveedores de salud públicos o privados, y los aseguradores, simplemente se nieguen a prestar servicios de salud para la transición de las personas trans, enfatizando así la vulnerabilidad de esta categoría de personas. Con la finalidad de evitar esto, se ha buscado soluciones de consenso.

En el caso del DSM-5 la solución parece más complicada, porque este catálogo sólo se refiere a

enfermedades mentales. Y por ende, el ejercicio ha sido el de encontrar mecanismos para desestigmatizar al máximo la condición, permitiendo sin embargo el acceso a la salud.

En el caso del CIE-11 pareciera que la solución fuese más sencilla, por medio de la creación de una categoría de condición de salud no patologizante ubicada en un capítulo diferente de las enfermedades mentales. Un consenso preliminar en este sentido existe. Pero no aún en cuanto a la categoría a ser creada.

Este es un proceso en pleno desarrollo que supone contribuciones de diferentes fuentes, y es de esperar que en los próximos meses podamos tener conclusiones más cercanas a las definitivas.

Finalmente debo expresar que los conceptos y juicios de valor expresados en este artículo son propios de la autora, y provienen de su participación en los procesos de revisión antes señalados. Existe otra serie de elementos de discusión que han sido planteados en los grupos de trabajo, pero respecto de los cuales tenemos obligaciones de confidencialidad que nos impiden su divulgación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

- 1) Foucault, Michel, *Los Anormales*. Fondo de Cultura Económica: 1999; 350.
- 2) Cohen-Kettenis, Peggy T., Pfafflin, Friedemann, *The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults*, *Arch Sex Behav.*, DOI 10.1007/s10508-009-9562-y
- 3) DeCuypere, G., Knudson G., & Bockting, W., *Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence*, 2012, 9, WPATH.
- 4) Ehrbar, Randall D. 'Consensus from Differences: Lack of Professional Consensus on the Retention of the Gender Identity Disorder Diagnosis', *International Journal of Transgenderism*. 2010; 12(3): 60-74
- 5) Drescher, Jack; Cohen-Kettenis, Peggy y Winter, Sam, *Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*, *International Review of Psychiatry*, December 2012; 24(6): 568-577
- 6) American Psychiatric Association. *DSM5 development*. Disponible: [www.DSM5.org](http://www.DSM5.org).
- 7) OMS. *Clasificación International de Enfermedades*. Décima Edición Ginebra, 1990.

Recibido: Febrero, 2013  
Aprobado: Mayo, 2013