

# GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANS EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Editada por la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español

Más información en:  
[contact@stp2012.info](mailto:contact@stp2012.info)  
[www.stp2012.info](http://www.stp2012.info)

# ÍNDICE



<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. CONTEXTUALIZACIÓN: LA PATOLOGIZACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD, ESTADO DE LA CUESTIÓN EN EL ESTADO ESPAÑOL Y REFLEXIONES CRÍTICAS</b>	<b>7</b>
2.1 INTRODUCCIÓN	8
2.2 CONSTRUIR UNA PROPUESTA ALTERNATIVA	11
<b>3. GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANS EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b>	<b>14</b>
3.1 ¿POR QUÉ UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS?	15
3.2 EJES DE LA GUÍA	16
3.2.1 <i>Sobre qué intervenir</i>	16
3.2.2 <i>La despatologización</i>	16
3.2.3 <i>Desmedicalización</i>	18
3.2.3 <i>La relación con la intersexualidad</i>	19
3.2.4 <i>El acompañamiento y la decisión</i>	20
3.2.5 <i>El asesoramiento y la vinculación a las redes locales comunitarias: la ruptura con la doble victimización</i>	20
3.2.6 <i>La formación profesional</i>	21
3.3 BASES EN LAS QUE SE SUSTENTA ESTA GUÍA	21
3.4. MODELO ACTUAL DE LOS SOC Y PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA DE BUENAS PRÁCTICAS	23
3.4.1. <i>Las Normas de Cuidado vigentes</i>	23
3.4.1. <i>Propuesta de Protocolo Sanitario de Buenas Prácticas</i>	27
<b>4. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>30</b>

# 1

INTRODUCCIÓN

---

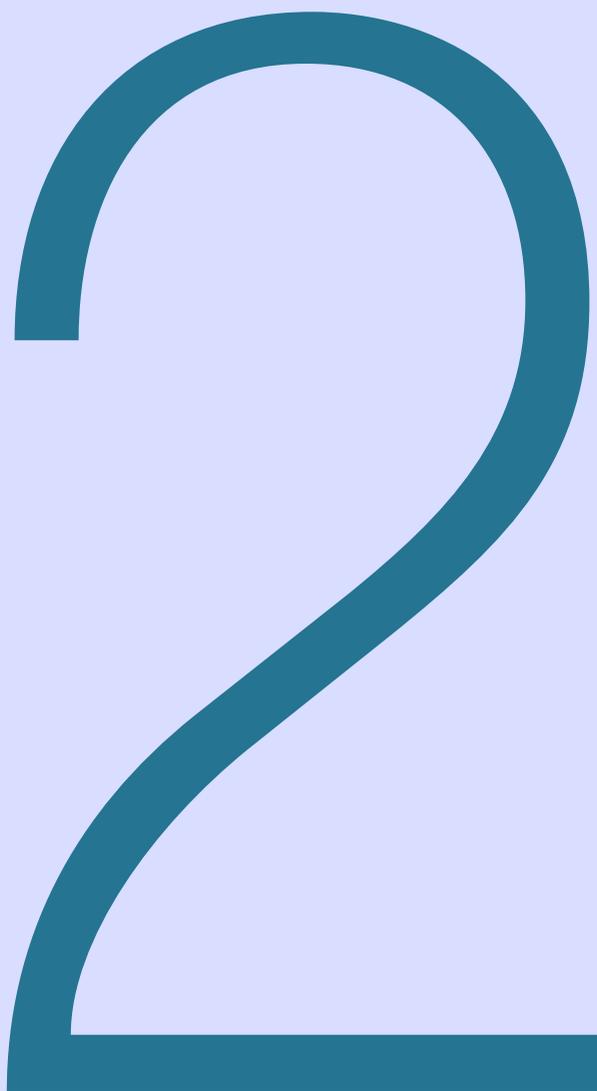
Este documento es una propuesta para mejorar la atención sanitaria de las personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud del Estado español. Está dirigida a todos los públicos pero especialmente a profesionales de la salud y políticas/os que trabajan en las instituciones sanitarias del Estado. El objetivo de este material es el de generar herramientas de análisis y marcos de referencia en la elaboración de protocolos alternativos y no patologizantes de atención sanitaria a personas trans, en un plano local e internacional.

La propuesta que formula este trabajo se materializa en la Guía de Buenas Prácticas para la atención sanitaria de las personas trans. La estructura de esta publicación se divide en dos partes. En primer lugar, hemos querido contextualizar y reflexionar de forma crítica acerca de la problemática que abordamos y situar el estado de la cuestión. En segundo lugar se encuentra el contenido de la Guía, una propuesta a ser enriquecida en un debate abierto, sin exclusiones, que tenga como principal protagonista los contenidos y perspectivas gestados en la propia comunidad trans.

Este material ha sido revisado y editado por la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español, una plataforma de activistas, colectivos, movimientos sociales e investigadoras/es que ha impulsado la histórica lucha por la despatologización de las identidades trans.

Su publicación coincide con las acciones del Octubre Trans 2010, una inédita jornada internacional de actividades y manifestaciones que este año movilizará a más de 50 ciudades en diferentes partes del mundo.

Agradecemos los innumerables y desinteresados aportes recibidos en el proceso de elaboración de este documento y subrayamos, una vez más, nuestro compromiso propositivo para abrir nuevas perspectivas y continuar nuestra lucha incesante contra la violencia, la estigmatización y la marginación de la cual aún somos objeto.



CONTEXTUALIZACIÓN:  
LA PATOLOGIZACIÓN DE LA TRANSEXUALIDAD,  
ESTADO DE LA CUESTIÓN EN EL ESTADO ESPAÑOL  
Y REFLEXIONES CRÍTICAS



## 2.1 INTRODUCCIÓN

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 de “desórdenes 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 diversas/os profesionales de la salud (sobre todo psiquiatras, psicólogas/os 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, personas transgénero y travestis sin tener que explicitar las diversidades 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 de propuestas para crear nuevos modelos de tratamiento.

### *El origen de la patologización*

El endocrinólogo Harry Benjamin es en 1954 uno de los primeros en utilizar 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 la/el médica/o descarta que se trate de cualquier otra patología mental y se cerciora 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 especializados 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. En el caso español por ejemplo es necesario entre otros requisitos el de presentar un certificado de diagnóstico de disforia de género acreditado por un/a médica/o o psicóloga/o clínica/o para poder modificar su mención de sexo y nombre en sus documentos oficiales<sup>1</sup>.

Actualmente el DSM está siendo revisado y está previsto que aparezca su quinta versión en mayo del 2013. Son públicos ya los nombres de las/os psiquiatras que configuran el *Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*, que decidirán sobre el futuro de estos trastornos, y cuyo director es el Dr. Kenneth Zucker, uno de las/os médicas/os pioneros en terapias con electroshock a homosexuales además de ser uno de las/os ideólogas/os del movimiento Ex-gay<sup>2</sup>. 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.

Paralelamente a la revisión del DSM y CIE, se está elaborando una nueva versión de los *Standards of Care* (SOC), cuya publicación está prevista para 2011<sup>3</sup>.

La versión actual de los estándares de cuidado ha recibido numerosas críticas, entre las que se puede nombrar su adherencia a un paradigma patologizante de las identidades trans, la fundamentación en un proceso de evaluación externa, la estructuración en un recorrido tripartito único, así como la inclusión de la Prueba de la Vida Real entre los elementos diagnósticos.

- 
- 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”.
  - 2 El movimiento Ex-gay es un movimiento de profesionales de la salud mental y grupos conservadores que trabajan para modificar la orientación de personas gays, lesbianas o bisexuales.
  - 3 Históricamente, se constata una interrelación estrecha en los procesos de revisión del DSM, CIE y SOC (véase Matte, Devor, Vladicka 2009).

Una de las líneas de trabajo de la Red Internacional por la Despatologización Trans es la elaboración de propuestas para contribuir a un cambio de los protocolos clínicos trans-específicos.

La presente Guía de Buenas Prácticas se ha elaborado partiendo de la situación de atención sanitaria a personas trans en el contexto español, a la vez de proponer elementos para la elaboración de modelos no patologizantes en el ámbito internacional.

### *El tratamiento de la transexualidad en el sistema sanitario público español*

En cuanto a la situación médica de las personas trans en el contexto español, 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 llamadas Unidades de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) en la que se coordinan psiquiatras y psicólogas/os, endocrinólogas/os y cirujanas/os (en las UTIGs suele ser habitual que no estén todos estas/os profesionales (sobre todo cirujanas/os), o que haya algún/a otra/o 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, siguiendo, en líneas generales, el procedimiento recomendado en los *Standards of Care* (SOC)<sup>4</sup>. En el Estado Español existen las UTIGs 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 reconocidas como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismas; 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 las/os médicas/os.

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

---

4 Véase Gómez Gil, Esteva de Antonio (2006a).

una red de alianzas entre grupos y activistas a través de la geografía española que hoy en día trabajan unidos 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)<sup>5</sup>. 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 2010<sup>6</sup> se movilizarán más de 50 ciudades en Asia, África, América y Europa (14 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.

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. Desde la antropología se ha mostrado que la patologización funciona como un mecanismo de colonización imperialista que transmite 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<sup>7</sup>. 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

5 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.

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

7 Para un análisis más extendido de los procesos de exportación del modelo médico occidental, véase Balzer (2010).

que no se habla, aquellos lugares que sobreviven y resisten al modelo patologizante y de los cuales tenemos mucho que aprender. Reivindicar 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.

## 2.2 CONSTRUIR UNA PROPUESTA ALTERNATIVA

La propuesta de Guía que a continuación planteamos se organiza 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 2009<sup>8</sup>. Al hilo de estas declaraciones internacionales se entiende que seguir considerando las identidades trans como enfermedades mentales u orgánicas supone una vulneración de los derechos humanos de las personas.

Como decíamos en la introducción, actualmente el DSM y el CIE están 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 de los Trastornos de Identidad de Género (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 otras<sup>9</sup>. En reacción a este borrador, el pasado mes de abril del 2010 la campaña internacional STP-2012 difundió una propuesta de petición de despatologización<sup>10</sup> 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 la publicación de la nueva versión del DSM antecede a la del CIE y la correlación de ambos listados indica claramente la incidencia que la psiquiatría norte-americana ha tenido sobre la catalogación de la OMS.

8 Para un análisis en profundidad sobre la perspectiva de derechos humanos e identidad de género, ver Suess (2010).

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

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

En algunos países se ha intentado poner fin a la patologización de la transexualidad modificando 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 indeterminada<sup>11</sup>. 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 término 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 en que es la mejor estrategia hasta el momento para asegurar que las personas trans tengan acceso a hormonas y cirugías. La proliferación de esta estrategia debe entenderse en un contexto, como es el caso español, en el que la exploración de vías alternativas y su articulación en un discurso público es una apuesta reciente. 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 cuatro demandas en un mismo objetivo.

En primer lugar se trata de transformar el modelo de atención sanitaria a las personas trans, sustituyendo el modelo actual de evaluación por un modelo de autonomía y consentimiento informado. En segundo lugar, promover la idea de que la modificación corporal de las personas trans, cuando es demandada por estas, es una cuestión de salud pública y debe de estar cubierta por la seguridad social en el sistema sanitario público. En tercer lugar, idear un

---

<sup>11</sup> Para más información OUTRANS, 2010. <http://www.outrans.org/spip.php?article94>

sistema que permita la modificación corporal sin un diagnóstico de enfermedad. Y en cuarto y último lugar, mejorar el conocimiento médico (efectos secundarios de los tratamientos hormonales, perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, etc.), para garantizar que las personas trans tengan acceso a un tratamiento de la mayor calidad disponible. 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 médica 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 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”<sup>12</sup>. Este posicionamiento del Gobierno español nos indica que el discurso de la despatologización ha calado también en el imaginario de las/os políticas/os 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 de un diagnóstico de disforia de género 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.

Con la Guía de Buenas Prácticas que se presenta a continuación, se propone aportar herramientas de reflexión para un cambio del modelo de atención sanitaria trans-relevante desde una perspectiva despatologizadora.

---

12 Noticia de STP-2012 : [http://stp2012.info/es/es/noticias#comunicado\\_7\\_abril](http://stp2012.info/es/es/noticias#comunicado_7_abril)

# 3

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA  
ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS TRANS EN  
EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



### 3.1 ¿POR QUÉ UNA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS?

La presentación de esta Guía de Buenas Prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud del Estado español pretende dar cobertura a la necesidad de adecuar la práctica médica en salud trans al paradigma de la diversidad que rige la comprensión de las identidades trans hoy. Esta Guía busca ser una herramienta que pueda inspirar futuros protocolos de atención sanitaria a personas trans.

El panorama actual de la atención sanitaria a personas trans presenta como marco general los Protocolos de Cuidado o *Standards of Care* (SOC), fundamentados en los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV-R y CIE. El SOC es actualmente el documento de referencia internacional sobre el cual se han inspirado la mayoría de instituciones médicas para abordar la transexualidad. A pesar de ello, su propuesta ha sido diversas veces cuestionada tanto por personas trans como por profesionales de la salud<sup>13</sup>. Dada la ausencia de iniciativa institucional (tanto estatal como internacional) para actualizar la práctica médica<sup>14</sup> y superar el paradigma tradicional y sus indeseables efectos, se presenta aquí una guía cuya iniciativa y contenidos

---

13 Para más información sobre las críticas a este modelo consultar Missé y Coll-Planas (2010).

14 Mientras se escribe esta guía, la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) se encuentra en proceso de actualización de los *Standards of Care*, cuya séptima versión, que llevaba sin actualizarse desde 2001, saldrá en 2011. El presente documento es uno de los que está analizado la Junta Directiva de la WPATH como parte del proceso de revisión de los SOC. La cuestión determinante es si se tratará de una mera puesta en actualidad de los tratamientos o de un cambio de paradigma relacionando con el respeto a la diversidad. Nótese que la edición de los SOC con la que se ha contado hasta la fecha, es anterior a los últimos avances que han consolidado la articulación de un discurso institucional en torno al reconocimiento de la patologización como una vulneración de los derechos de las personas trans.

parten y se nutren del tejido social y del diálogo con personas trans y con profesionales de la salud especializadas/os en la atención sanitaria a personas trans.

Este documento se estructura en torno a siete ejes fundamentales. Cada uno de ellos introduce un cambio específico en el modelo tradicional de atención. Como referencia de tal modelo se toma el practicado en las Unidades de Identidad de Género de los hospitales españoles.

Se añade un apartado en el que se incorporan a modo de esquemas una comparativa del modelo de atención recogido en el SOC y el modelo elaborado desde la perspectiva del desarrollo de buenas prácticas.

Por último, queremos señalar que esta propuesta no pretende establecer un nuevo modelo universalizador, de modo que ha de entenderse dentro del contexto en el que se escribe. Esperamos que esta iniciativa sirva para impulsar otras, de modo que su situación política, cultural y social específica sirvan como una oportunidad antes que como un obstáculo.

## 3.2 EJES DE LA GUÍA

### 3.2.1 Sobre qué intervenir

La atención a personas trans debe tener como objetivo **crear las condiciones** para mejorar la calidad de vida de las personas trans. Para ello, el primer paso será concretar qué se supone objeto de intervención para el sistema de salud.

El modelo tradicional de atención médica, basado en las clasificaciones internacionales de diagnóstico y en los protocolos conocidos como *Standards of Care*, enmarca la transexualidad como problema, de modo que es ésta la que se convierte en objeto de intervención. Un primer paso indispensable para poner en marcha un modelo de atención de buenas prácticas es reconceptualizar el paradigma médico. No es la transexualidad el problema que conduce a una persona a la consulta médica: es la relación con el conjunto de normas sociales que dificultan la vida cotidiana de las personas trans. Para decirlo de otro modo: el problema no es la transexualidad sino la transfobia. Lo que constituya objeto de intervención desde las instancias de salud pública debe ser, por consiguiente, el **menoscabo de la salud** que se produce cuando el libre desarrollo de la persona se halla obstaculizado por el hecho de no coincidir con las normas de género socialmente impuestas.

Cuando el sistema médico pierde de vista el marco de la transfobia comienza el fenómeno de la patologización de la identidad de la persona.

### 3.2.2 Despatologización

Existen dos caminos para la **patologización** de la transexualidad:

1. **PSIQUIATRIZACIÓN/PSICOPATOLOGIZACIÓN:** se trata de la consideración de la transexualidad como una enfermedad o trastorno mental ("*mental disorder*") ya sea porque el proceso se acoge explícitamente a tal mención teórica o porque lo hace en su aplicación práctica. La

psiquiatrización de la transexualidad ha justificado hasta el momento el papel habitual de las/os profesionales de la salud mental en el proceso médico tradicional. Su función se ha basado en el establecimiento de un **diagnóstico psiquiátrico**, dispositivo mediante el cual se emitía una evaluación sobre la identidad del/la paciente.

La fase diagnóstica se ha caracterizado al menos por dos aspectos:

- *La imposición del diagnóstico*: el diagnóstico de enfermedad mental se convierte en una práctica sistemática que trasciende la realidad de las personas que acuden a la consulta. Se relaciona con los requisitos del ejercicio de la práctica médica y no con las características de la persona. El diagnóstico de trastorno existe antes de que la persona transexual cruce el umbral de la consulta. El efecto de la imposición se acrecienta cuando existe un requisito legal de obtención del diagnóstico para el desarrollo de derechos civiles (como es el caso del Estado español, donde se requiere un diagnóstico de disforia de género expedido por un/a médica/o o psicóloga/o clínica/o para poder acceder al cambio en la mención de sexo en el documento nacional de identidad).
- *La evaluación de la identidad respecto a los cánones de género avalados por la práctica psiquiátrica*: de este modo, es la/el profesional de la salud quien cataloga (o no) a la persona como transexual, permitiendo o bloqueando el acceso al resto del proceso. Esta evaluación se efectúa en relación con el grado de adecuación a las normas de género, esto es, a los rasgos físicos y psicológicos que este modelo atribuye (estereótipicamente) a mujeres y hombres. El conjunto mínimo de estos estereotipos de género que sirven de referente son los recogidos en los criterios diagnósticos de los manuales DSM y CIE.

2. La **PATOLOGIZACIÓN ORGÁNICA**: se trata de la consideración de la transexualidad como una enfermedad orgánica. Tanto la patologización orgánica como la Psiquiatrización/Psicopatologización se basan en la aceptación del paradigma de la falta de concordancia entre el sexo y el género, achacando la causa a la biología, en quien se deposita la raíz de una incorrecta programación de ambos.

Se le denomina “**DES-PSICO-PATOLOGIZACIÓN**” cuando no va acompañada del tratamiento de la transexualidad como un trastorno psiquiátrico. La des-psico-patologización no tiene por qué implicar una patologización orgánica, pero a menudo se ha utilizado como un medio de repatologizar las identidades trans, esta vez bajo la consideración de enfermedad orgánica.

El desarrollo de un modelo de buenas prácticas en salud se basa en la **DESPATOLOGIZACIÓN** de todas las identidades trans. Por despatologización entendemos la desproblematización de las identidades trans y el reconocimiento de todas ellas como parte de la diversidad humana. Sus implicaciones son:

1. Que la transexualidad no es un trastorno psiquiátrico (despsiquiatrización/des-psico-patologización).

2. Que la transexualidad no es una enfermedad orgánica (despatologización orgánica), ya que el género de ninguna persona (trans o no) se halla biológicamente programado.
3. Que la psiquiatrización y la patologización orgánica forman parte de los dispositivos sociales que contribuyen al menoscabo de la salud de las personas trans, potenciando la transfobia.
4. Que la transfobia es una violencia específica ejercida contra las personas trans y practicada tanto social como institucionalmente.

Por ello, a otro nivel, la completa despatologización de las identidades trans supone tanto su retirada del DSM como de la CIE (al menos como mención patologizante, ya sea mental u orgánica). La des-psico-patologización es un primer paso hacia la despatologización. Cuando se sustituye el diagnóstico psiquiátrico por uno de enfermedad orgánica, sin un cambio más profundo en el modelo de concebir las identidades trans, se convierte en una forma de repatologización.

La patologización continúa representando la transexualidad como problemática a tratar y eliminar. En sus distintas maneras, este fenómeno pretende erradicar la transexualidad como vivencia digna, posible y viable. El modelo médico tradicional impone una única manera de entender las identidades trans: como procesos de “superación de la experiencia” y acceso a una vida ficticia no-trans.

En este sentido y como se comentará más adelante, el proceso psicoterapéutico se convierte en opcional (aspecto que es en sí mismo una característica para la viabilidad del proceso<sup>15</sup>) y se desencadena a petición de la persona interesada.

### 3.2.3 Desmedicalización

El fenómeno de **medicalización** de la salud trans se da cuando, considerando el género de la persona como el problema sobre el que se ha de intervenir, se elevan los procedimientos médicos al estatus de solución. En el modelo tradicional, la medicalización se traduce en la trifase psiquiatría-endocrinología-cirugía, ya se entiendan cada una de ellas como etapas consecutivas o con susceptibilidad de variación. En el marco de este proceso triádico, se cuenta con diversas técnicas médicas orientadas a restituir un supuesto “género verdadero”, considerándolas soluciones universales y efectivas en todos los casos.

¿Significa esto que un modelo que apueste por la desmedicalización de la atención sanitaria habrá de renunciar al uso de técnicas médicas cuando estas son escogidas? No. Desmedicalizar la atención sanitaria en personas trans significa dar valor y oportunidad al proceso de resignificación de la experiencia en un contexto en el que ésta puede ser reconocida como posibilidad. Las técnicas médicas, ya sean endocrinas o quirúrgicas, aparecen aquí como una herramienta de apoyo que puede ser requerida por la persona trans. En un modelo desmedicalizador, ni el paso por endocrinología ni el paso por cirugía se convierten en una demanda

---

15 Si hablamos de psicoterapia obligatoria y admitimos a la vez que no hay enfermedad per se, incurriríamos en un proceso incoherente. Lo que planteamos está basado en la elección de la persona de aquellos procesos que considera pueden resultarle beneficiosos, pero en ningún caso de obligado cumplimiento.

del proceso médico. Por consiguiente, tampoco en un indicador del grado de transexualidad de la / del paciente.

La medicalización de las identidades trans encuentra un punto de apoyo en la patologización, así como en su clasificación dentro de los manuales de enfermedades ya mencionados. Se relaciona con un modelo de intervención de tipo “biomédico” en el que la presencia de un malestar se correlaciona con una disfunción orgánica y ésta con la aplicación de algún fármaco y/o intervención técnica. La industria farmacéutica se halla directamente reforzada por el desarrollo del modelo biomédico<sup>16</sup>.

### 3.2.4 La relación con la intersexualidad

Hasta la fecha, el diagnóstico de transexualidad ha dependido del descarte de las situaciones de intersexualidad. Para un modelo médico patologizador, las expresiones de género que no coinciden con los cánones sociales encuentran su causa bien en el trastorno mental o bien en la enfermedad orgánica. Hasta la fecha, el trastorno mental ha constituido, predominantemente, el campo donde se incorporaba la transexualidad mientras que el de la enfermedad orgánica quedaba para la intersexualidad.

Una vez más, el punto de partida se fija en el presupuesto de que la identidad de género es una expresión de la biología y que la biología dicta expresiones de género específicas para dos sexos. La práctica de descartar los casos de intersexualidad únicamente surge cuando se plantea la siguiente cuestión: “dado que el género de esta persona no es el que naturalmente debiera ser, ¿se trata de un problema anatómico-fisiológico o psiquiátrico?”

**El descarte de la intersexualidad en los procesos con personas trans constituye una práctica médica a erradicar.** Las personas diagnosticadas con distintos grados de intersexualidad y asignadas en su infancia a un sexo, quedan fuera del marco actual en el momento que decidan iniciar un proceso de transición de género. Debe imperar en estos casos una atención igualitaria con todas/os las/os pacientes, sin que se dé el más mínimo margen a la discriminación y al rechazo de aquellas/os pacientes que hayan sido diagnosticadas/os como intersexuales porque no son abordables dentro del marco actual de las clasificaciones internacionales y de los Estándares de Cuidado.

Así mismo, observamos que el borrador del nuevo DSM-5 contempla la posibilidad de que ambas realidades coincidan en un cuerpo. Sin embargo, el marco desde el que parte es el mismo: la correlación entre el esquema social de los sexos y la concepción biomédica de los mismos. Esta correlación sirve tanto para la modificación corporal de urgencia de los bebés intersexuales, como para justificar un trastorno mental de “Incongruencia de Género” en el caso de que la persona no se ajuste al género que las/los profesionales de la salud determinaron por ella/él en su infancia<sup>17</sup>. Proponemos, una vez más, un protocolo flexible, donde la persona

16 También sucede a la inversa, por ejemplo, cuando médicas/os que también están en la industria farmacéutica son las/os encargadas/os de revisar el DSM-IV.

17 Actualmente se descarta la intersexualidad en el marco del DSM-IV-TR desde donde se fundamentan los Estándares de Cuidado (SOC) para personas trans. En el marco del borrador del DSM-V, patologizan ambas en el mismo sentido.

pueda elegir entre las distintas opciones disponibles, y sin que el diagnóstico intersexual sea motivo de exclusión o de un trato diferenciado por parte de la/ del profesional de salud, o de que tenga que cumplir requerimientos distintos a los de las/os demás pacientes para que sus demandas sean tomadas como legítimas.

### 3.2.5 El acompañamiento y la decisión

Para el desarrollo de un modelo de buenas prácticas en el ámbito de la salud trans, la función evaluadora de las/os profesionales que intervienen en el proceso ha de ser sustituida por una función de acompañamiento. En el acompañamiento, lo que se busca es promover y respetar la autonomía de la persona en lugar de sustituirla en el proceso. Las decisiones son competencia de la persona y el proceso es compartido. Existe una multiplicidad de vías y construcciones subjetivas, todas legítimas, y las/os profesionales deberían tener en cuenta esta multiplicidad de trayectorias, así como la influencia de la procedencia cultural o de clase social.

Ello implica un marco de comprensión del proceso que esté suficientemente abierto a los significados de la experiencia y que pueda diferenciar entre el proceso personal y la puesta en marcha de las técnicas y procedimientos médicos cuando sea el caso. Las/os profesionales, para realizar un buen acompañamiento y no generar falsas demandas deben romper con el binarismo hombre/mujer, hetero/homo y cuestionar las categorías al uso que patologizan la diversidad sexual y de género.

Esto es, cuando la demanda de activar cualquiera de sus cauces (endocrinos, quirúrgicos, etc.) se corresponde realmente con una demanda de la persona y no del sistema médico.

### 3.2.6 El asesoramiento y la vinculación a las redes locales comunitarias: la ruptura con la doble victimización

Hasta el momento, el modelo tradicional de atención ha hecho del paso por la instancia sanitaria una nueva experiencia de discriminación y victimización. La atención en los hospitales se ha visto constreñida por el propio requisito que se ha autoimpuesto para poder funcionar: el diagnóstico y la comprensión del proceso y de la persona bajo el paradigma de la enfermedad. Las consecuencias han sido reforzar el imaginario social bajo el cual la identidad de la persona trans es el resultado de un error de la naturaleza que el sistema médico se esforzará en corregir ya que es él quien contiene las respuestas.

Ya se ha comentado que no es posible plantear un cambio en la atención sanitaria que no pase por dejar a un lado de manera definitiva el paradigma de la enfermedad (mental u orgánica). **Si el paso por el sistema de salud tiene algún papel que jugar este no es el de la evaluación, la administración de hormonas o el desarrollo de las operaciones sino el de apoyar el proceso de subjetivación de la persona.** La incorporación de una visión despatologizadora en las/os profesionales de la atención es condición necesaria pero no suficiente: hará falta el desplazamiento hacia una función de acompañamiento en el que el asesoramiento y la vinculación a las redes comunitarias existentes pueden jugar un papel vital. El asesoramiento implica el acceso a visiones y experiencias de vida en las que las identidades trans son opciones dignas de ser vividas. El conocimiento de espacios y grupos fuera del sistema médico permite descentrar la transexualidad de una visión medicalizadora y potenciar la autonomía de las

personas trans. No es posible seguir planteando un proceso desde la concepción de que, de manera natural, no habrían de existir personas trans. Lejos de esta visión, el sistema de salud debe sentar las bases para la agencia y la subjetivación. Tales decisiones van seguidas de un certificado de consentimiento informado en el que la persona toma responsabilidad de las mismas. Este certificado no habría de realizar ningún tipo de aseveración sobre la identidad de la persona con la que aquella se halle en desacuerdo.

El problema que genera el actual modelo de consentimiento informado es que va precedido por un proceso de evaluación y autorización, después de los cuales se entrega un documento de consentimiento informado a la / al paciente. Por tanto, explicitamos que ese proceso de control previo debe desaparecer, y que el documento de consentimiento informado debe de otorgar la flexibilidad suficiente a la / al paciente como para poder seguir un camino diseñado por y para ella / él, y debe ser modificable a lo largo del tiempo para ajustarse a la realidad de la persona en cada momento, en vez de marcar un camino único para todas/os.

### 3.2.7 La formación profesional

Para un cambio hacia un proceso que garantice las condiciones para la salud trans, las características de las/los profesionales que intervienen requieren una revisión del actual perfil definido bajo el paradigma de la enfermedad.

En primer lugar, dado que de lo que se trata no es de establecer un diagnóstico sino de acompañar un proceso, la atención por personal de psiquiatría no es requerida. Si la función es asesorar y desarrollar un acompañamiento social, psicológico y sexológico en el caso de que la persona lo demande, hablamos de un conjunto de competencias que podrían desarrollarse desde diversas áreas (trabajo social, terapia sexológica y/o psicoterapia).

En segundo lugar, la **formación en sexología y/o estudios de género** con perspectiva despatologizante debe ser un requisito imprescindible y transversal para el conjunto de profesionales que intervienen en la salud trans. En lo que respecta a la formación profesional éste es un cambio urgente a introducir. Los estudios de género pertenecen al ámbito de formación social y hasta ahora ha sido posible desplegar unidades de atención sobre el género sin solicitar conocimientos, habilidades y competencias en la comprensión del género, al igual que no ha sido necesario tener formación sexológica en estas mismas unidades. Esta situación constituye uno de los factores de riesgo en la garantía del proceso.

## 3.3 BASES EN LAS QUE SE SUSTENTA ESTA GUÍA

En consecuencia con el análisis previo que hemos realizado, concluimos que:

1. Ningún protocolo de atención sanitaria a personas trans debe dirigirse a suprimir la transexualidad, el transgenerismo, etc. como opciones de vida. En la práctica actual, se da este proceso de supresión cada vez que se considera que lo único que puede ser una persona que acude a consulta es hombre o mujer, y que las maneras de serlo pueden prescribirse en cualquier manual, consulta o proceso médico.

2. Ningún protocolo, fase del protocolo o tratamiento ha de tener como objeto modificar la identidad de género de la persona, sino atender los malestares derivados del contexto social en el que ésta es vivida.
3. Ningún/a profesional de la salud puede emitir dictamen alguno sobre la identidad de género de la persona, aún menos evaluar si esta es o no una persona trans.
4. Ningún protocolo puede dar por sentada la preeminencia de patologías de carácter físico o mental en personas transexuales, de modo que se adecuará la práctica a la atención al resto de usuarias y usuarios de los servicios de salud. Esta suposición ha de considerarse producto de las asociaciones estereotípicas de las y los profesionales que intervienen en el proceso.
5. Ningún protocolo debe evaluar la adecuación a los roles y estereotipos de género dominantes ni potenciará la adquisición de estos para regular el acceso a los tratamientos.
6. Ningún/a profesional debe privilegiar la elección heterosexual de la persona, ya que sea porque considera que esta apoya una elección de género correcta al “corregir” una supuesta homosexualidad o por cualquier otra causa.
7. Ningún protocolo puede establecer un trato diferencial para personas trans que hayan sido diagnosticadas como intersexuales ni exigir una comprobación diagnóstica de tal condición cuando ésta no haya sido confirmada.
8. Ningún protocolo, profesional de la salud o documento médico debe recurrir a una denominación de la persona que no sea acorde con su autodenominación. La autodenominación de la persona debe prevalecer sobre la de las/os profesionales en todos los niveles de la práctica médica.
9. Ningún protocolo debería evaluar la identidad trans de la persona que busca la atención sanitaria en función de su adherencia a pasos establecidos de tratamiento, ni por ningún otro criterio.
10. Ningún protocolo debe asentarse sobre la diferenciación de la “transexualidad primaria” y la “transexualidad secundaria” ni establecer diferentes grados de validez dentro de las historias de vida según se adapten o no al relato médico hasta la fecha vigente.
11. Ningún protocolo puede inducir la feminización o la masculinización de una persona, sino que debe respetar en todo momento las vivencias particulares dentro de la multiplicidad de la diversidad de expresiones de género.
12. Ningún protocolo ni intervención médica puede basarse sobre la idea de que el género es una expresión de la biología, por tanto tampoco en la concepción de que de un determinado sexo debería derivarse un determinado género.

13. Ningún/a profesional de la psicología / sexología está capacitada/o para evaluar el género de una / de un paciente. La actuación basada en considerar su propio género más correcto y natural que el de las personas a las que atiende constituye un ejercicio de poder que establece una atención desigual y discriminatoria en contra de la / del paciente.
14. Ningún protocolo ni intervención médica ha de servir para poner a una/un paciente la bajo prueba de la “Experiencia de la Vida Real” para que demuestre efectivamente cuál es su identidad. Esta prueba supone un ejercicio de poder por parte de la / del profesional que no se exige a ningún otro tipo de pacientes, y además pone a la / al paciente bajo una condiciones injustas e innecesarias y puede acarrear consecuencias negativas para la vida de ésta / éste.
15. Ningún/a profesional puede jerarquizar e impedir intervenciones quirúrgicas por encima de otras similares. Por ejemplo, haciendo el acceso a las mastectomías más complicado que a las mamoplastias (por consideración subjetiva de la / del profesional de que no es lo mismo “cortar” que “añadir”).
16. Todo protocolo de atención sanitaria y todo proceso de atención médica debería orientarse a potenciar la mejora de las condiciones de las personas trans para generar su propia manera de vivir el género, de significar su cuerpo desde el reconocimiento de las diferentes maneras de hacerlo, fuera de las estigmatizaciones que recaen sobre aquellas identidades, expresiones de género y cuerpos que quedan al margen de las concepciones tradicionales de hombre y mujer.

### 3.4 MODELO ACTUAL DE LOS SOC Y PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA DE BUENAS PRÁCTICAS

#### 3.4.1 Las Normas de Cuidado vigentes

*Roles que cumplen los Profesionales de Salud en los Estándares de Cuidado<sup>18</sup>.*

1. Diagnosticar con exactitud el trastorno de identidad de género del paciente.
2. Diagnosticar con exactitud cualquier condición psiquiátrica comórbida y realizar tratamiento apropiado.
3. Aconsejar al paciente respecto a la gama de tratamientos disponibles y sus consecuencias.
4. Proveer psicoterapia.
5. Evaluar la elegibilidad e idoneidad del paciente para terapia hormonal y quirúrgica.
6. Hacer recomendaciones formales a colegas (médicos, cirujanos, etc.)
7. Describir, en un certificado de recomendación, la historia relevante del paciente.

---

18 Extraídos de HBIGDA (2001), *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (Sixth Version): <http://www.wpath.org/documents2/Spanish%20Translation%20-%20SOC.pdf> (comprobado el 13 de Octubre 2010)

8. Ser integrante de un conjunto de profesionales que se interesan por los trastornos de identidad de género.
9. Educar a familiares, patronos e instituciones sobre trastornos de identidad de género.
10. Hacerse accesible a los pacientes para tratamiento de seguimiento.

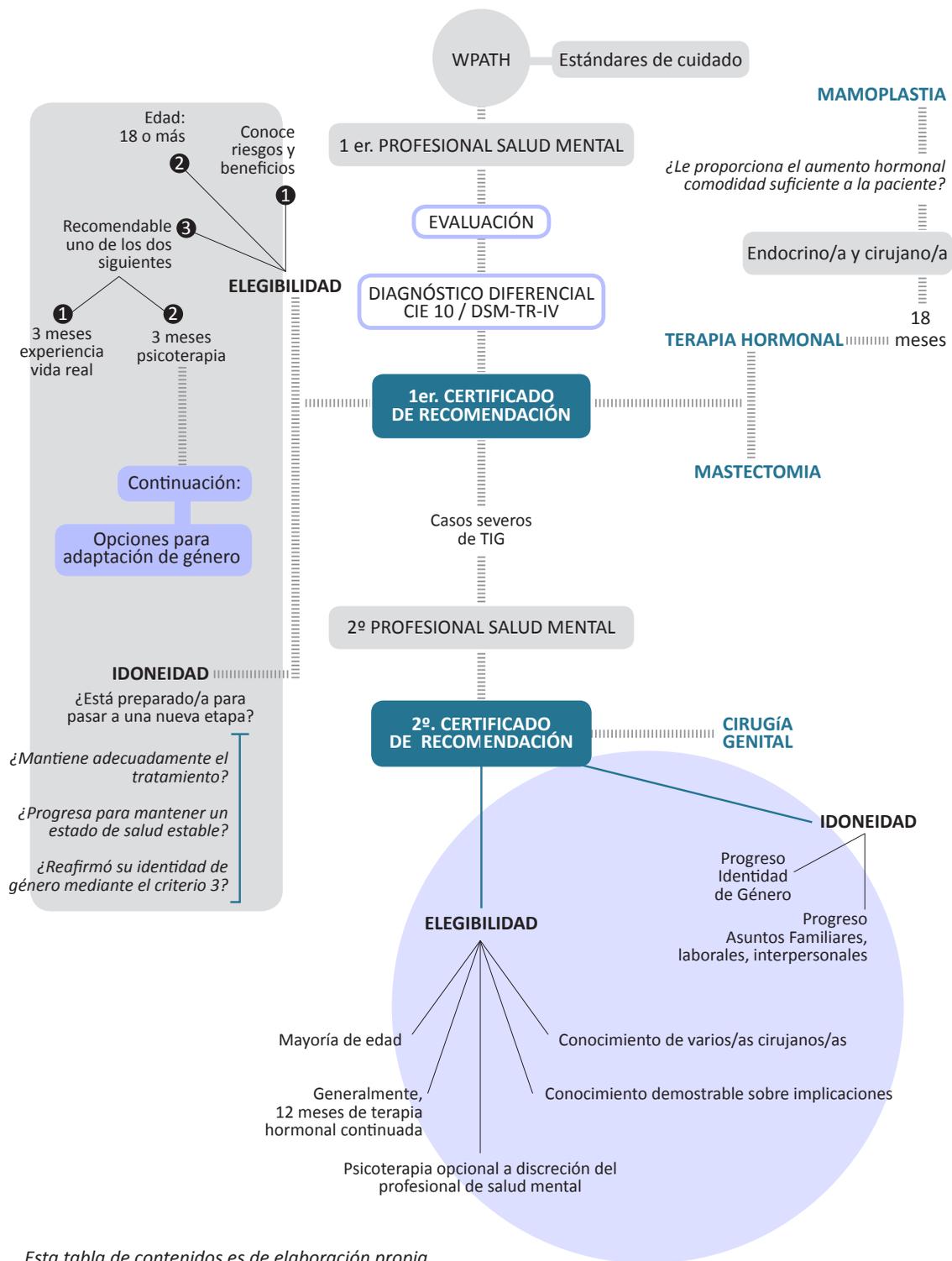
(HBIGDA 2001: 6)

*Perfil de los profesionales de Salud en los Estándares de Cuidado*

1. El grado de maestría, o el equivalente, en un campo clínico de ciencia conductual. Este grado, u otro más avanzado, tiene que haber sido otorgado por una institución aprobada por un reconocido consejo de acreditación educativa nacional o regional. El profesional de salud mental debe poseer credenciales documentadas de experticia de una institución acreditada y de un consejo de licenciamiento.
2. Instrucción especializada y competencia en la evaluación de los trastornos sexuales del MDE-IV/ CIE-10 (no simplemente los trastornos de identidad de género).
3. Instrucción y competencia documentada, bajo especialización, en psicoterapia.
4. Formación continuada en el tratamiento de trastornos de identidad de género, lo que puede incluir asistir a congresos, talleres o seminarios profesionales, y participar en estudios investigativos relacionados a asuntos de identidad de género.

(HBIGDA 2001: 7)

Gráfico 1. Esquema del proceso de los Estándares de Cuidado



Esta tabla de contenidos es de elaboración propia

### *Descripción del protocolo de los Estándares de Cuidado*

Como podemos observar en el cuadro, la primera fase se completa con la evaluación del sujeto y se hace necesaria la obtención de un primer certificado de recomendación. Este es al que llamamos “Diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género”, que une los procesos del DSM-IV-TR y del CIE-10 con este protocolo y como se observa en el esquema es indispensable para continuar con el proceso, independientemente de hasta dónde se desee llegar.

La obtención de este primer certificado, que lo expedirá un/a profesional de la psiquiatría o un/a psicólogo/a clínica/o, implica la valoración de la / del paciente en consulta bajo dos conjuntos de criterios: los criterios de “elegibilidad” y los criterios de “idoneidad”.

Los criterios de elegibilidad son los que establecen como requisitos la mayoría de edad, el conocimiento de los riesgos y beneficios que entraña el tratamiento y la demostración de al menos 3 meses de vida real (o en su defecto, el paso por tres meses de psicoterapia).

La experiencia en “vida real” consiste en documentar que se vive con el rol del género deseado (conforme a lo masculino o conforme a lo femenino). A veces es posible no tener en cuenta el tercer criterio (vida real o psicoterapia) para evitar la autoadministración de hormonas.

Si los criterios de elegibilidad se cumplen se procede a evaluar si la persona está preparada para pasar a la siguiente etapa del tratamiento. Para ello, deben cumplirse los llamados criterios de idoneidad:

1. El paciente ha reafirmado más su identidad de género durante la experiencia de la vida real o durante psicoterapia.
2. El paciente se ha adelantado hacia superar otros problemas identificados, así para mejorar o mantener un estado estable de salud mental (esto implica el control satisfactorio de problemas como sociopatología, abuso de drogas, psicosis y tendencias al suicidio);
3. Se espera que el paciente use las hormonas de manera responsable.

(HBIGDA 2001: 14)

En “casos profundos de TIG” se recomienda el paso por el tratamiento completo. Idealmente, se define un tratamiento triádico que contempla el paso por psiquiatría, endocrinología y cirugía. Para el acceso a cirugía (excepto para la mastectomía) es necesaria una segunda evaluación psiquiátrica que, nuevamente, responde a criterios de elegibilidad (ser mayor de edad, 12 meses de terapia hormonal, o 18 en el caso de la mamoplastia de aumento, psicoterapia según la decisión del profesional de salud, conocimiento demostrable sobre las implicaciones de la/s cirugía/s y conocimiento de varios cirujanos/os) e idoneidad (progreso en su identidad de género, y progreso en sus relaciones laborales, familiares, relacionales). El tiempo de espera para cirugías puede sufrir pequeñas variaciones, pero en general se cuenta con los 3 meses de “Test de Vida Real” o de psicoterapia iniciales, o los 12-18 de terapia hormonal (también acompañados del “Test de la Vida Real”).

El resultado de la evaluación de las/os profesionales sanitarias/os es la emisión de ese segundo certificado que autoriza la modificación genital.

### 3.4.2 Propuesta de Protocolo Sanitario de Buenas Prácticas

Siguiendo con la argumentación sostenida a lo largo de este trabajo, y haciendo un análisis crítico sobre los roles, el perfil y los protocolos de actuación, proponemos:

#### *Roles de los profesionales de la salud en la nueva propuesta<sup>19</sup>*

1. Ayudar a la persona a tomar conciencia de que el problema no es su identidad de género (independientemente de sus matices y peculiaridades) sino la violencia social (transfobia) que se ejerce sobre quienes no se ajustan a las normas sociales.
2. Ajuste de expectativas con la persona, teniendo en cuenta que el tratamiento médico es una intervención de carácter individual que no incide en la raíz, social, de la problemática.
3. Identificar que las crisis identitarias cursan en contacto con la realidad.
4. Informar a la persona de los diferentes recursos comunitarios y facilitar la inserción en redes sociales.
5. Asegurar que la persona conoce los diferentes tratamientos médicos.
6. Acompañamiento terapéutico a petición de la persona.
7. Ser integrante de un conjunto de profesionales expertas/os en atención a personas transgénero.
8. Haberse especializado cursando estudios sexológicos o psicoterapéuticos de perspectiva no patologizante o formar parte de un grupo de estudios de género (estudios feministas, igualdad de género, etc.).
9. Sensibilizar a familiares, profesionales de la salud e instituciones públicas y privadas sobre la diversidad y la problemática de la transfobia.
10. Ser accesible para demandas posteriores.

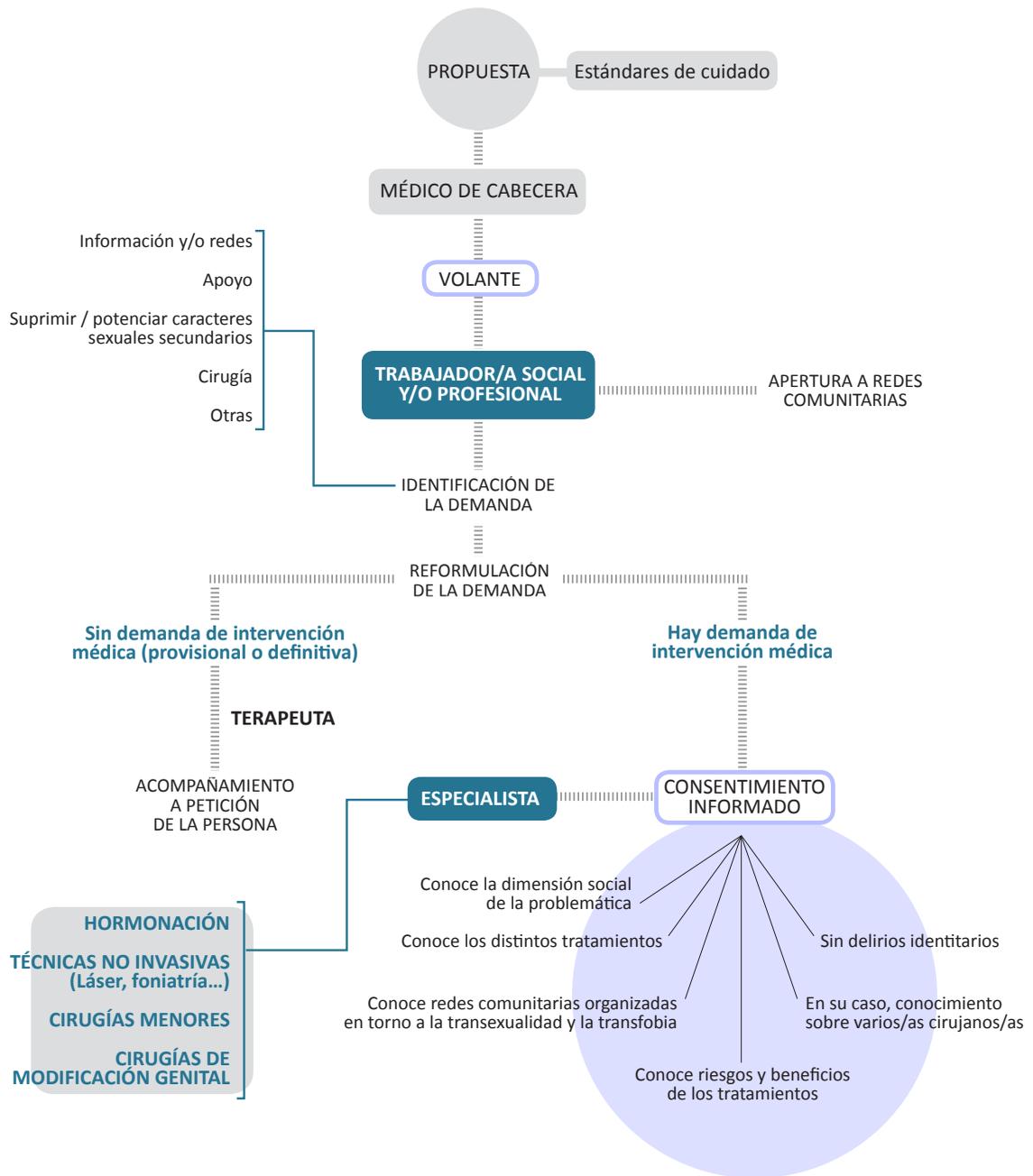
#### *Perfil de los profesionales de la salud en la nueva propuesta*

1. El grado de master o el equivalente, en un campo clínico de la sexología, psicología o psicoterapia con perspectiva no patologizante; este grado u otro más avanzado tiene que haber sido otorgado por una institución aprobada por un reconocido consejo de acreditación educativa nacional o regional.
2. Instrucción y competencia documentada, bajo especialización, en terapia sexológica o psicoterapia con perspectiva no patologizante.
3. Instrucción, de grado especialista o más avanzado, en sexología de perspectiva no patologizante o estudios de género otorgada por una institución reconocida (Instituto de sexología, estudios de género/feministas, etc.).
4. Formación continuada en la atención médica de la transexualidad, lo que puede incluir asistir a congresos, talleres o seminarios profesionales, y participar en estudios investigativos relacionados a asuntos de identidad de género.
5. Contacto continuado con redes sociales que trabajan en torno a la transfobia.

---

19 Revisión de Garaizabal, Christina (2003), 'Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad' en Becerra, Antonio (ed), *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*. Ed. Díaz de Santos, Madrid.

Gráfico 2. Propuesta de nuevo protocolo de Buenas Prácticas para personas trans



Nos encontramos con un modelo en el que la persona interesada contacta con su médica/o de cabecera que realiza la primera intervención sanitaria: mediante un volante habilita la participación de la nueva figura del trabajador/a social, o si no de la figura profesional establecida (psicóloga/o, sexóloga/o). En vez de evaluar los criterios de elegibilidad e idoneidad, esta/o profesional ayudará a la persona a identificar los apoyos en su red social, a revisar posibilidades vivenciales, incluyendo las que se sitúan más allá del marco binario de los sexos, y a decidir si desea o no suprimir sus caracteres sexuales secundarios o acudir a cirugía. La presencia de un diagnóstico psiquiátrico previo no debería constituir un impedimento en el acceso a la atención sanitaria trans-específica.

Además, se da importancia a las redes comunitarias, pues una de las consecuencias del estigma es el rechazo y la soledad derivado del proceso que hemos analizado. El acompañamiento terapéutico sería opcional en este modelo.

Una vez que la demanda está clara, se procede a pasar a las/os especialistas en intervenciones quirúrgicas o tratamientos. Para ello, la persona debería contar con las perspectivas tanto a nivel social, como de riesgos y beneficios, así como del conocimiento de las técnicas y de varias/os cirujanas/os. Después de la intervención quirúrgica, se facilita la posibilidad de seguimiento, si la persona así lo desea.

#### *A modo de conclusión*

Con esta Guía de Buenas Prácticas, pretendemos poner a disposición un documento para el debate sobre posibles vías para desarrollar un modelo de atención sanitaria a personas trans desde una perspectiva despatologizadora que nos otorgue el derecho de decisión sobre los procesos de modificación corporal deseados y que tenga en cuenta nuestra pluralidad de identidades, trayectorias y expresiones de género. Este es un nuevo punto de inflexión en una lucha que consideramos histórica. Son nuestras voces trans invitando a construir alternativas a una tradición de patologización de nuestras vidas.

# 4

BIBLIOGRAFÍA

---

- APA** (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*: www.psych.org.
- Balzer, Carsten** (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, Marina, Gonzalez-Polledo, E.J. y Missé, Miguel** (2008), *Movimientos colectivos de resistencia a la psiquiatrización de l@s trans*, Ponencia en el International Sociology Association Forum (ISA FORUM), Barcelona.
- Benjamin, Harry** (1966), *The Transsexual Phenomenon*, The Julian Press, INC. Publishers.
- Bergero, Trinidad y Cano, Guadalupe** (2006a), ‘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, Judith** (2010), “Prólogo. Transexualidad, transformaciones” en Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (ed.) , *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales
- Coll-Planas, Gerard** (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, Isabel y Gómez, Esther** (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, Anne** (2005), *Cuerpos sexuados*, Barcelona: Melusina.
- Garaizabal, Christina** (2003), ‘Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad’ en Becerra, Antonio (ed), *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*. Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- Garaizabal, Cristina** (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, Esther y Esteva de Antonio, Isabel** (eds.) (2006a), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Gómez, Esther, Esteva de Antonio, Isabel, y Bergero, Trinidad** (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, Esther, Esteva de Antonio, Isabel, y Fernández-Tresguerres, Jesús** (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, Thomas** (2009), *Human Rights and Gender Identity, Informe temático del Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa*. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- HBIGDA** (2001), *Standards of Care for Gender Identity Disorders (Sixth Version)*: www.wpath.org. <http://www.wpath.org/documents2/Spanish%20Translation%20-%20SOC.pdf> (comprobado el 13 de Octubre 2010)

- Matte, Nicholas, Devor, Aaron H., Vladicka, Theresa** (2009), "Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and Recommendations". *International Journal of Transgenderism*, 11: 1, 42-52.
- Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard** (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): <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- 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 <http://www.yogyakartaprinciples.org/>
- Soriguer, Federico J. C. y Valdés, Manuel** (2006), 'Dirigido a la sociedad', en Esther Gómez y Isabel Esteve de Antonio (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.
- Suess, Aimar** (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.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Egales
- Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans**: <http://www.stp2012.info>



