

Título: **De la patología de la identidad a la patología de la experiencia: modificaciones parciales de la despatologización**

Beatriz Cavia Pardo

Resumen:

¿Cómo se establecen los vínculos entre los colectivos de transexuales, los protocolos médicos y las definiciones legales de la identidad? ¿En qué sentido se puede hablar de despatologización de la transexualidad? La transexualidad es una identificación construida a partir del diagnóstico experto y de una serie de dispositivos médicos, legales y sociales. La última actualización del DSM V elimina la transexualidad como trastorno mental, en concreto, desaparece el término "trastorno de la identidad de género" y se conserva el de "disforia de género". Este desplazamiento categorial implica una transformación en la gestión de la identidad y ciertas modificaciones de los dispositivos legales y médicos a los que se vinculan al trasladarse la patología de la identidad a la experiencia del malestar. En esta comunicación se mostrará cómo pueden afectar las modificaciones del protocolo de diagnóstico y tratamiento a los procesos de construcción de la identidad transexual.

Palabras clave: identidades, protocolos, desestabilización de género.

1. "Los transexuales ya no son enfermos mentales". Con este titular encabezada la noticia el diario español *El País* en diciembre de 2012 al aparecer el borrador de la última versión del Manual de Diagnósticos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicado en mayo de 2013. Hasta esta quinta edición, la transexualidad aparecía en este manual (DSM-IV, ver Documento 1), al igual que en el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, ver Documento 2), en el epígrafe de enfermedad mental —bajo este mismo rubro estuvo la homosexualidad hasta 1973 y se incluyen otros "trastornos" como el travestismo.

Esta afirmación mediática es, sin embargo, un tanto inexacta, ya que si bien la transexualidad deja de engrosar el segmento de trastorno mental, permanece su definición bajo otro epígrafe que ya existía anteriormente en este sistema clasificatorio y que es el de la *disforia de género*, compartiendo casilla con la intersexualidad. (Ver Documento 3)

Este desplazamiento categorial va a tener sus consecuencias sobre la articulación de las identificaciones transexuales con los protocolos médicos, legales y las manifestaciones colectivas de la identidad. En este sentido, podemos hablar de modificaciones parciales de la despatologización en lo que concierne a la transexualidad como ejemplo de las identificaciones periféricas del género, pero también en lo referente a las identidades colectivas contemporáneas y a su forma de interpretarlas (y producir realidad) desde las ciencias sociales. Se trata de modificaciones de las posiciones y consecuencias parciales cuyo principal interés recae en la contribución a reconfigurar la cartografía analítica de los dispositivos de producción de la identidad. En concreto, una cartografía que asume la masificación y colonización de la vida cotidiana por parte de los elementos biomédicos, psicológicos y jurídicos y que se interroga, específicamente, por cómo las personas transexuales se ubican como partícipes de los procesos de la denominada biociudadanía.

2. Hasta su actual revisión, la transexualidad estaba dentro del epígrafe "Trastornos sexuales y de la identidad sexual" (junto a exhibicionismo, sadismo, pedofilia, travestismo...). Muchos de los componentes de este epígrafe se han dispersado bajo las nociones de disfunciones sexuales o desórdenes parafilicos, mientras que la transexualidad se ubica actualmente como disforia de género, esto es, como la incongruencia de sexo experimentado/expresado y el sexo asignado, durante un periodo superior a seis meses.

Varias son las condiciones que se definen para diagnosticar la disforia:

- Una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y sus características sexuales primarias y/o secundarias.

- Un fuerte deseo de deshacerse de sus características sexuales primarias y/o secundarias a causa de una marcada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género asignado.
- Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.
- Un fuerte deseo de ser del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).
- Un fuerte deseo de ser tratado como el otro género (o como algún otro género alternativo diferente al asignado).
- Una fuerte convicción de que se tienen los típicos sentimientos y reacciones del otro género (o de algún otro género alternativo diferente al asignado).

Algunos aspectos a considerar de esta definición:

En primer lugar destaca la permanencia de la dualidad de los géneros y su normatividad (ej. “características sexuales primarias y/o secundarias”; “típicos sentimientos y reacciones del otro género”), aunque se acepta la posibilidad de reconocimiento de “algún otro género alternativo”; en segundo lugar, es notable la apelación al deseo y la convicción para ratificar el malestar (el “fuerte deseo” es el denominador común de la mayoría de los condicionantes del protocolo).

3. ¿Qué significa el cambio de clasificación médica de la transexualidad del trastorno de la identidad de género a la disforia? Puede decirse que se traslada la patología de la identidad a la experiencia del malestar (Cabral, 2012). No se es transexual *per se* sino que uno experimenta deseos que indican que lo es, no es un trastorno sino una incompatibilidad entre lo que se aparenta (corporal y fisiológicamente en base a los géneros normativos) y lo que se siente. Es la experiencia, como “proceso por el que se constituye la subjetividad de todo ser social” (De Lauretis, 1984: 253), en la que recae la responsabilidad del diagnóstico (o podríamos decir, del autodiagnóstico). La experiencia es, no obstante, un término que incluye al propio desplazamiento y los mecanismos de producción de las instituciones y las relaciones de saber y poder —como “complejo de efectos de significado, hábitos, disposiciones, asociaciones y percepciones, resultantes de la interacción semiótica del yo y del mundo externo (en palabras de Peirce). La constelación o configuración de efectos de significado (...) cambia y es reformada continuamente para cada sujeto con su compromiso continuo con la realidad social, una realidad que incluye (...) las relaciones sociales de género”. (De Lauretis, 1989: 26)—

4. Considerando este cambio de clasificación ¿podemos hablar de despatologización? Desde hace años los movimientos de intersexuales y transexuales han llevado a cabo una movilización social importante para extraer estos diagnósticos de los catálogos de enfermedades mentales tratando de impedir el intervencionismo médico que pauta los tratamientos ante estas identificaciones ambiguas del género. En concreto ha habido un movimiento internacional de especial relevancia STP, *Stop Trans pathologization* (Ver Documento 4), que ha focalizado los intereses de diversos colectivos en contra de la patologización y, muy genéricamente, a favor de complejizar las categorías de género. Son numerosas las posiciones en torno a esta despatologización que podríamos tildar más correctamente de “despsiquiatrización” (y no desmedicalización), ya que un aspecto muy destacado por parte de los colectivos trans es la singularidad de la transexualidad en cuanto a los requerimientos médicos necesarios para gestionar las diferentes posibilidades de transformación de los cuerpos (se señalan fundamentalmente la necesidad de la medicina para la salud transicional y la importancia de las variaciones del género en niñez y adolescencia). Esto implica que la transexualidad se mueve en un margen diferente al que se movió en su día la homosexualidad (que dejó de ser enfermedad mental en 1973 pero se mantuvo en el catálogo hasta 1986 como “homosexualidad egodistónica”, enfatizando la angustia producida *ser* homosexual), ya que si bien deja de ser considerado como enfermedad mental, es importante la reivindicación del acceso a la atención sanitaria (Ver Documento 5), por lo que debe permanecer en algún margen de medicalización.

5. La redefinición del DSM V ha sido sensible a las reivindicaciones y ha reubicado la definición descargándola del estigma del trastorno. Sin embargo, observando la lógica de producción de este catálogo, esta sensibilidad despatologizadora está dentro de una tendencia general del manual a, i) dotar a cada identificación con una categoría que deriva hacia experiencias subjetivas que contemplarían la inclusión muy amplia de deseos y posiciones (por ejemplo, en base a la definición

anterior, cabría incluir cualquier identificación transgénero) y ii) a multiplicar las experiencias y patologías, algo que ha sucedido en cada nueva edición del manual (que nació con 129 páginas en 1952 y contaba en 1984 con 180 categorías de diagnóstico) teniendo en la actualidad más de 900 páginas y más del doble de categorías y que tiene pretensiones, además, de incluir enfermedades futuras que pueden preverse por distintos procesos sociales que se viven en la actualidad.

6. La transexualidad sigue inmersa en los catálogos pero se ha generalizado su definición y, además, estos “mapas”, se van a aproximando cada vez más al “territorio” en la medida en que multiplicidad de comportamientos “patologizados” empiezan a formar parte de ellos. De este modo la hipótesis es clara: las patologías ya no recogen aspectos liminares de la identidad sino que, a través de la experiencia, se sitúan cada vez más en el centro de lo social, en la posibilidad de adscribirse a muchas identificaciones que se acercarán al gran terreno de la normalidad. Lo patológico coloniza la normalidad y se torna central en la vida social.

7. Esta generalización de lo patológico traza un nuevo marco para las relaciones de las personas transexuales con los dispositivos que las construyen como tal. La identificación transexual tiene una historicidad concreta que genera una forma de vivir pautada por los protocolos médicos, la identidad jurídica y la reivindicación política de derechos de ciudadanía. Son muchas las posiciones dentro de este triángulo desde el punto de vista trans, en relación con los contextos culturales en que se sitúen. Los distintos marcos estado-nacionales y culturales proveen de una serie de condicionantes a la hora de trazar estas posiciones: de la contemplación del tratamiento en el sistema sanitario a las formas legales de modificación del sexo en la identidad jurídica (ej. ley de identidad de género española, ver Documento 6), de condiciones de persecución y discriminación social de distintas gravedad a consensos sociales en torno a la excepción cultural de las minorías (ej. reconocimiento del tercer sexo en India para los hijra...), etc.

8. Lo patológico se vuelve central en la vida social mediante la colonización de la normalidad y la multiplicación de las variables que lo definen. Esta hipótesis linda con una hipótesis ya trabajada (Tejerina, Cavia, Fortino y Calderón, 2013) acerca de la centralidad de la precariedad en la época actual, que puede ser utilizada como símil de lo patológico en la medida en que ambas pueden ser identificadas como “ausencia de normalidad”. Así, la preocupación por la cuestión social y su crisis, aporta toda una panoplia de relatos sobre la pérdida de centralidad de las instituciones modernas (trabajo, religión, política) en retirada (Alonso, 2008; Bauman, 2003; Bourdieu, 1999; Castel, 1997; Dubet, 2006; Le Blanc, 2007; Lewkovitz, 2004; Paugam, 1999) frente a la centralidad de las excepciones y los límites. Ello nos obliga a recordar, i) que los relatos exitosos de la modernidad probablemente no tuvieron apenas un correlato empírico histórico permanente (por ejemplo en Francia podríamos reducir el éxito de la modernidad a los denominados “30 gloriosos” entre 1945 y 1975) lo cual no impide la construcción simbólica de la nostalgia en torno a su crisis por la falta de sentido que provoca; y ii) que normalización de la periferia/precariedad/patológico, mediante el disciplinamiento corporal y la construcción de las poblaciones (a controlar) como problema social, debe iluminar el análisis de los desplazamientos categoriales y las relaciones que implican (Foucault, 1984).

8. ¿Qué mecanismos intervienen en esta adquisición de centralidad y normalización? Aquí planteo que el desplazamiento de lo patológico hacia la experiencia individual puede interpretarse como una psicologización de lo patológico.

El proceso de individuación moderno tiene una historicidad que genera una subjetividad particular. Algunos autores han señalado cómo en esta formación del mundo interior paralela al individuo moderno, autónomo y productivo, han influido diversos procesos. Álvarez Uría (2010) rescata tres aspectos fundamentales: la centralidad de la moral (Nietzsche) en la sociología alemana de finales del XIX (Simmel, Tönnies y Weber), el psicoanálisis y el arte y literatura del yo (expresionismo en pintura y literatura del exilio interior y viaje a Oriente). Cabe destacar algunos vectores que sustentan históricamente la formación de este “mundo interior” que será el que permita entender la cultura psicológica actual y la legitimidad de la intervención médico-psicológica. Así, las formas de producción no son solamente lo que habilita la economía capitalista sino que hay un componente moral que dota de sentido a la identidad a través de un lugar en el mundo, ética del individuo,

responsabilidad, voluntad, autonomía... Hanna Arendt ya nos planteó cómo se producía el individuo moderno a medida que se ejercía una soberanía progresiva al desvincularse de las necesidades naturales y las coacciones externas, acompañado de una gran creencia en el mito del progreso. Álvarez Uría (ibid: 917) nos subraya cómo en el paso de a comunidad a la sociedad en Tonnies, lo que marca el cambio social no es tanto los nuevos modos de producción sino el nacimiento de un nuevo derecho, el natural, que va a ser el principio ideológico de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Esto es, hay unos derechos naturales por el simple hecho de existir que son previos a la producción jurídica de ningún aparato político. Esta va a ser la base ideológica de ciertas reivindicaciones de la identidad y, en paralelo, de la creación de los artefactos de integración llevados a cabo desde las políticas estatales y supra-estatales. Esta historia de la patologización tiene que ver con los dispositivos políticos como la ciudadanía y las formas en que ésta se ha transformado hacia la biocidadanía. Es el caso de la apelación a los derechos humanos, reivindicando la expresión del género como derecho humano fundamental —recogida en los “Principios de Yogyakarta” en 2007 (Ver Documento 7) o en “Derechos humanos e identidad de género”. Informe temático de Thomas Hammarberg, Consejo de Europa, Comisario de Derechos Humanos.

9. Son varios los procesos de psicologización de la cultura que se han llevado a cabo y que pueden verse a través de dispositivos como las políticas sociales, dos ejemplos: 1) las políticas de regulación del empleo, que han favorecido el desplazamiento de las reglas por las que el Estado garantizaba cierto acceso a la institución del trabajo hacia la responsabilidad individual a través de políticas que favorecen la flexibilidad, la autonomía, la creatividad y el emprendizaje (Serrano, Martín y Crespo, 2013; Lorey, 2003); ii) las políticas de interculturalidad, que esquivan la conceptualización del racismo en occidente limitándola a la figura de un sujeto racista que lleva a cabo una serie de acciones discriminatorias sobre la raza, sin mostrar el racismo como componente propio de la formación de los sistemas democráticos post-coloniales (Rodríguez y Cavia, en prensa).

Son dos ejemplos de los procesos de psicologización y traslación al individuo de una mayor “responsabilidad” en su gestión cotidiana de la identidad, lo cual deshistoriza y despolitiza los procesos de construcción de la identidad, haciendo del mundo interior y su cuerpo los responsables de las patologías, bien por una incapacidad para acceder al empleo, bien por actitudes y comportamientos racistas o, en el caso que aquí nos ocupa, por el malestar de no pertenecer al género adecuado.

Esto implica que hay que trazar una historia de la patologización en paralelo, y subrayar cómo se produce en la actualidad ligada a la cultura de la psicologización masiva y la despolitización de las categorías al normalizarlas.

10. La centralidad de lo patológico y/o colonización de la vida social por lo patológico, sumado a la intensificación de la cultura psicológica por la que el individuo se hace cada vez más responsable de su lugar en el mundo, apoyado por la generalización terapéutica de los dispositivos de normalización de identidades como la transexual, nos permite resituar la forma en que se relacionan los dispositivos jurídicos, médicos y políticos.

11. ¿Cómo podemos sintetizar dicha cartografía? Por un lado las políticas de nominación —en términos de Bourdieu (2001)— dejan de catalogar a la transexualidad como enfermedad mental para nominarla como disforia de género, un requisito fundamental para acceder, por ejemplo, a la posibilidad de cambio de nombre en el registro sin necesidad de pasar por la cirugía (en España sustentado por la Ley de 2007) mientras que paralelamente se articulan una serie de políticas sociales desde distintos organismos abalados en la apelación a los derechos humanos y la identidad de género (o su libre expresión) como un derecho más. En España, por ejemplo, surgen también una serie de dispositivos médicos ya existentes en otros lugares (como Holanda) como las unidades de género para tratar estos casos. Todas estas modificaciones son entendidas como “avances” para el reconocimiento de derechos al tiempo que mantienen la singularidad del caso transexual en cuanto a su gestión de la corporalidad por parte del sistema sanitario (público). Las paradojas que ello provoca son tratadas por las diferentes posiciones dentro de los colectivos pero, a nivel sociológico,

nos indican una profunda traslación de la responsabilidad hacia el individuo propia de las culturas contemporáneas de la identidad. Ello, además, deshistoriza cómo se están produciendo estos mecanismos de individuación en los que la ciudadanía pasa a ser un recurso que se vertebra por lo biológico y lo corporal. Lo que aquí se propone es un análisis que tome en cuenta la historización más precisa de los procesos de despatologización que no deben ser denominados como tal, sino como parte del sistema de normalización que continúa presente en los cambios contemporáneos.

12. Lo que me interesa plantear para este panel es ¿hasta qué punto los procesos de despatologización pertenecen a las nuevas formas de biocidadanía o son un movimiento social “normativo” que reivindica su resistencia a la medicalización? Intuyo que la particular necesidad de las personas transexuales de gestionar los elementos biomédicos que gobiernan nuestras vidas cotidianas, podría dar una respuesta ambivalente a esta cuestión ya que hay un intento por contribuir al conocimiento médico y su intervención posterior en los tratamientos. La definición como disforia y la experimentación del malestar traslada la responsabilidad a los individuos pero, al mismo tiempo, puede dejar resquicios para interpelar a los dispositivos médicos a través de la experiencia, compartida o no, en los colectivos y redes de afinidades.

Documento 1. (1994)

DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría

Categoría 11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual (Trastornos sexuales; Parafilias; Trastornos de la identidad sexual)

Subcategoría. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

Criterios para el diagnóstico:

Identificación acusada y persistente con el otro sexo

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

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

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

Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su identidad

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

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

No coexiste con enfermedad intersexual

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

Codificar según la edad actual:

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

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

Especificar si (para individuos sexualmente maduros):

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Sin atracción sexual por ninguno

Documento 2. (1992)

CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la Organización Mundial de la Salud

Categoría. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

Subcategoría. Trastornos de la identidad sexual

TRANSEXUALISMO

Definición: Deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo posible con el sexo preferido.

Documento 3. (2010)

Carmen Romero Bachiller y Silvia García Dauder. VIII Congreso Iberoamericano de Ciência, Tecnología e Gênero. 2010. “Las políticas de los nombres: la controversia DSD (*disorders of sex development*) versus intersexualidad”.

El debate sobre la nominación en el caso de la intersexualidad se recoge de manera sistemática en esta comunicación. En ella se analiza la capacidad performativa de las nominaciones médicas, esto es, de producir la realidad que nombran, y las diferentes posiciones sobre los cambios terminológicos en los catálogos de clasificación en torno a las identificaciones intersexuales.

Documento 4. (2013)

STP – Stop trans pathologization

“Los objetivos principales de la Campaña son la retirada de la categoría de “disforia de género” / “trastornos de la identidad de género” de los catálogos diagnósticos (DSM de la *American Psychiatric Association* y CIE de la Organización Mundial de la Salud), en sus próximas ediciones previstas para el 2013 y 2015, así como la lucha por los derechos sanitarios de las personas trans. Para facilitar la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, la Campaña Stop Trans Pathologization propone la inclusión de una mención no patologizante en la CIE-11”.

Documento 5. (2002)

Guía para el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad

Comunes a varones y mujeres

i. Fase de diagnóstico y apoyo psicoterapéutico posterior (durante el denominado proceso de reasignación de género)

- Historia individual del desarrollo de la identidad de género.
- Análisis de la situación personal del paciente en los distintos ámbitos de su vida familiar, trabajo, amistad, etc..
- Descartar la existencia de psicopatologías que pudieran contraindicar el inicio del proceso de

reassegnación de sexo.

- Apoyo psicoterapéutico: ayudar en la propia definición de la identidad de género, facilitar los procesos de adaptación social de la persona transexual y dotar de recursos para hacer frente a posibles situaciones de rechazo social o discriminación

ii. Fase de hormonación

Eliminación de los caracteres sexuales del sexo anatómico e inducción del desarrollo de caracteres sexuales secundarios de la identidad 'de género manifestada por el individuo. El tratamiento hormonal es para toda la vida.

- Valoración clínica previa: diagnóstico del TIG y análisis de posibles contraindicaciones de los tratamientos estrogénicos (en mujeres transexuales, H a M) o androgénicos (en hombres transexuales, M a H).

- Criterios de elegibilidad: mayoría de edad (18 años), conocimiento de los beneficios y riesgos del tratamiento hormonal y un mínimo de tres meses de psicoterapia o experiencia en vida real documentada.

- Criterios de disposición: consolidación de la identidad de género (bien mediante psicoterapia o a través del test de vida real); mantener o mejorar el estado de salud mental y cumplimiento responsable del tratamiento hormonal.

- Especial énfasis en cuidar la atención de los TIG en la infancia y adolescencia, siguiendo los parámetros indicados en los protocolos médicos internacionales (intervenciones total o parcialmente reversibles durante los períodos de adolescencia).

- Administración de las hormonas: valoración clínica de los criterios para determinar la administración de hormonas (dosis, fórmula química y vía de administración).

- Control endocrino del tratamiento hormonal. En personas transexuales mediante analíticas generales y específicas realizadas con carácter periódico (de seis meses a un año).

iii. Fase de reasignación.

- Tratamientos específicos en mujeres (H a M)

- Eliminación del vello facial

- Cirugía de aumento mamario

- Tratamiento de educación y modulación de la voz

- Cirugía: orquidectomía, extirpación de las gónadas, y vaginoplastia, construcción de vagina, o clitoroplastia, construcción de clítoris

- Terapia sexual

- Otras cirugías feminizantes como extirpación de la nuez, rinoplastia, reducción de mandíbula y/o mentón...

Tratamientos específicos en hombres (M a H)

- Mastectomía (extirpación de pechos)

- Extirpación de útero y ovarios

- Mataidoioplastia (agrandamiento del clítoris) o faloplastia (construcción de un falo)

- Terapia sexual

- Otras cirugías masculinizantes como liposucción de caderas, muslos y nalgas...

Documento 6. (2007)

Ley 15 marzo 3/2007 [Extracto de la ley española de Identidad de género]

Exposición de motivos

La presente Ley tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado.

La transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. Se trata de una realidad social que requiere una

respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y del nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas.

De acuerdo con la regulación que se establece en esta Ley, la rectificación registral del sexo y el cambio del nombre se dirigen a constatar como un hecho cierto el cambio ya producido de la identidad de género, de manera que queden garantizadas la seguridad jurídica y las exigencias del interés general. Para ello, dicho cambio de identidad habrá de acreditarse debidamente, y la rectificación registral se llevará a cabo de acuerdo con la regulación de los expedientes gubernativos del Registro Civil.

Mediante esta Ley España se suma a aquellos países de nuestro entorno que cuentan con una legislación específica que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad.

Por último, se reforma mediante esta Ley el artículo 54 de la Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957. Para garantizar el derecho de las personas a la libre elección del nombre propio, se deroga la prohibición de inscribir como nombre propio los diminutivos o variantes familiares y coloquiales que no hayan alcanzado sustantividad.

Artículo 4. Requisitos para acordar la rectificación.

1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:

a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.

2. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.

b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurren razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia.

Documento 7

Los principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género

Preámbulo

Principio 1. El derecho al disfrute universal de los derechos humanos

Principio 2. Los derechos a la igualdad y a la no discriminación

Principio 3. El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica

- Principio 4. El derecho a la vida
 Principio 5. El derecho a la seguridad personal
 Principio 6. El derecho a la privacidad
 Principio 7. El derecho de toda persona a no ser detenida arbitrariamente
 Principio 8. El derecho a un juicio justo
 Principio 9. El derecho de toda persona privada de su libertad a ser tratada humanamente
 Principio 10. El derecho de toda persona a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
 Principio 11. El derecho a la protección contra todas las formas de explotación, venta y trata de personas
 Principio 12. El derecho al trabajo
 Principio 13. El derecho a la seguridad social y a otras medidas de protección social
 Principio 14. El derecho a un nivel de vida adecuado
 Principio 15. El derecho a una vivienda adecuada
 Principio 16. El derecho a la educación
 Principio 17. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
 Principio 18. Protección contra abusos médicos
 Principio 19. El derecho a la libertad de opinión y de expresión
 Principio 20. El derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas
 Principio 21. El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión
 Principio 22. El derecho a la libertad de movimiento
 Principio 23. El derecho a procurar asilo
 Principio 24. El derecho a formar una familia
 Principio 25. El derecho a participar en la vida pública
 Principio 26. El derecho a participas en la vida cultural
 Principio 27. El derecho a promover los derechos humanos
 Principio 28. El derecho a recursos y resarcimientos efectivos
 Principio 29. Responsabilidad
 Recomendaciones

Bibliografía

- Alonso, Luis Enrique. *La crisis de la ciudadanía laboral*. Barcelona. Anthropos. 2008
 Álvarez Uría, Fernando. “La Psicologización del Yo: materiales para una genealogía del descubrimiento del mundo interior”, en *Educação & Realidade*, 33, 3. 2011
 Bauman, Zygmunt. *Modernidad líquida*. México. FCE. 2003
 Bourdieu, Pierre. “Actualmente, la precariedad está en todas partes”, en *Contrafuegos*. Madrid. Anagrama, 1999
 Bourdieu, Pierre. ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid. Akal. 2001
 Cabral, Mauro. “Los rumores de la despatologización”, en CLAM publicado el 13/12/2012. [<http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?cod=10110>. Descargado 26/07/2012]
 Castel, Robert. *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires. Paidós. 1997
 De Lauretis, Teresa. *Alicia ya no. Feminismo, semiótica, cine*. Madrid. Cátedra. 1984
 De Lauretis, Teresa. *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Londres. Macmillan Press. 1989. págs. 1-30. [Traducción de Ana María Bach y Margarita Roulet]
 Dubet, Francois. *El declive de la institución*. Barcelona. Gedisa, 2006
 Foucault, Michel. *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Madrid. SXXI. 1984
 Le Blanc, Guillaume, *Vies ordinaires, vies précaires*. Paris. Seuil, 2007
 Lewkovicz, Ignacio. *Pensar sin estado: la subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires. Paidós. 2004
 Lorey, Isabell. “Gubernamentalidad y precarización de sí. Sobre la normalización de los

- productores y las productoras culturales”, en *Transversal*, EIPCP [http://eipcp.net/transversal/1106/loreay/es, descargado el 27/07/2013]
- Paugam, Serge. *L'exclusion: l'état des savoirs*. París. La Découverte, 1996
- Rodríguez, Silvia y Cavia, Beatriz. “Esquivando el racismo”, en Irazusta, Ignacio y Martínez, María (Eds.) *De la identidad a la vulnerabilidad*. Barcelona. Bellaterra. [En imprenta]
- Serrano, Amparo, Martín, M^a Paz y Crespo, Eduardo. “La regulación paradójica del trabajo y el gobierno de las voluntades”, en Tejerina, Benjamín, Cavia, Beatriz, Fortino, Sabine y Calderón, José. (Eds.) *Crisis y precariedad*. Valencia. Tirant lo Blanch. 2013
- Tejerina, Benjamín, Cavia, Beatriz, Fortino, Sabine y Calderón, José. (Eds.) *Crisis y precariedad*. Valencia. Tirant lo Blanch. 2013