



Reflexiones sobre los SOC-7

STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization

Desde el equipo de coordinación de la Campaña Internacional STP 2012, seguimos con interés la publicación de la nueva versión de los Estándares de Cuidado SOC-7¹, presentada en el Simposio Bianual de *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, celebrado en septiembre de 2011 en Atlanta. A lo largo de los últimos años, el activismo por la despatologización trans ha centrado su atención tanto en el proceso de revisión del DSM, de la CIE como de los SOC, desde la conciencia del rol destacado de estos tres documentos en la situación sanitaria, legal y social de las personas trans en diferentes partes del mundo.

En la lectura de la nueva versión de los Estándares de Cuidado, podemos identificar tanto avances como puntos críticos. A continuación, expondremos algunas reflexiones acerca de diferentes aspectos que hemos podido constatar en el documento de los SOC-7, además de presentar la propuesta de STP 2012 de un modelo de atención sanitaria trans-específica basada en la despatologización, la diversidad de género y el derecho a la decisión informada. Compartimos las siguientes ideas con el objetivo de abrir un espacio de reflexión y debate sobre las posibilidades de una atención sanitaria trans-específica centrada en la perspectiva de las personas trans.

1. Aspectos de avance

En diferentes aspectos, podemos observar avances en los SOC-7 en comparación con ediciones anteriores de los Estándares de Cuidado², en el sentido de un cambio en dirección hacia la inclusión de una perspectiva de despatologización, aunque en algunos puntos consideramos que este cambio es parcial y pendiente de ser completado.

Uso del lenguaje

Valoramos positivamente la intención de mantener un lenguaje menos patologizante y estigmatizante a lo largo del documento, así como la inclusión de una mención explícita del

¹ WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2011). [Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People](#).

² WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2005). [Historical Compilation of Standards of Care Version 1-6](#).



carácter culturalmente específico de la terminología e importancia de una traducción sensible a las diferencias culturales. A la vez, esta intención de un uso no patologizante del lenguaje no se mantiene en todos los capítulos del texto, como se especificará más adelante.

Principios de diversidad y flexibilidad

Como otro aspecto de avance se puede nombrar el reconocimiento de una amplia gama de expresiones, trayectorias e identidades de género, expresado ya en la inclusión de los términos *“Transgender”* y *“Gender Nonconforming”* en el título. En coherencia con este reconocimiento del carácter plural de los tránsitos en el género, los SOC-7 proponen la sustitución del modelo de terapia triádica, presente en los SOC-5 y SOC-6³, por la conceptualización de los Estándares de Cuidado como una *“guía clínica flexible”* (WPATH 2011: 2)⁴ y la consideración de una *“variedad de opciones terapéuticas”* (WPATH 2011: 9)⁵. Este cambio constituye una adaptación de la práctica clínica a la existencia de una amplia diversidad de trayectorias y necesidades sanitarias de las personas trans, además de hacer eco de la crítica expresada por el movimiento por la despatologización trans respecto a la suposición de un ‘camino único’ de transitar en el género. Sin embargo, la persistencia de un modelo de evaluación pone ciertos límites a esta flexibilización de los recorridos de atención sanitaria.

De-psicopatologización

Valoramos positivamente la referencia explícita en los SOC-7 a una declaración anterior del Consejo de Dirección de WPATH⁶ que señalaba que *“la expresión de características de género, incluyendo identidades, que no están asociadas de forma estereotipada con el sexo asignado al nacer es un fenómeno común y culturalmente diverso [que] no debería juzgarse como inherentemente patológico o negativo”* (WPATH 2011: 4)⁷. Destacamos la conceptualización presente en los SOC-7 de la vivencia de malestar no como inherente a las identidades trans, sino como un efecto de procesos de estigmatización social, en el sentido de un *“estrés de minorías”* (WPATH 2011: 4)⁸. Además, valoramos como un avance la consideración de la

³ WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2005). [Historical Compilation of Standards of Care Version 1-6](#).

⁴ En el texto: *“Flexible Clinical Guidelines”* (WPATH 2011: 2). Las traducciones al castellano de las citas de los SOC-7 son propias.

⁵ *“variety of therapeutic options”* (WPATH 2011: 9).

⁶ WPATH, World Professional Association for Transgender Health, Board of Directors (2010). [WPATH De-Psychopathologisation Statement](#).

⁷ *“This statement noted that ‘the expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one’s assigned sex at birth is a common and culturally-diverse human phenomenon [that] should not be judged as inherently pathological or negative.’”* (WPATH 2011: 4).

⁸ *“minority stress”* (WPATH 2011: 4).



psicoterapia como opción y no como requisito obligatorio en el acceso a los tratamientos trans-específicos.

A la vez, esta apuesta en dirección a la despatologización de las identidades trans se ve limitada por la paralela justificación de una continuada clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental.

Aspectos éticos

Como otro punto importante, señalamos la referencia explícita al carácter no ético tanto de un *“tratamiento realizado con el fin de intentar cambiar la identidad de género y expresión de género vivida de una persona para hacerla más congruente con el sexo asignado al nacer”* (WPATH 2012: 32)⁹, como de una exclusión del acceso a la cirugía trans-específica por razones de seropositividad.

Recomendación de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica

Desde el reconocimiento de la desigualdad existente en el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta en diferentes partes del mundo, los SOC-7 incluyen una recomendación explícita de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, el principio de continuidad asistencial y la ausencia de discriminación en el acceso, especialmente en contextos institucionales, entre ellos prisiones o recursos residenciales.

Esta recomendación coincide con la demanda de STP 2012 de garantizar la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica de la más alta calidad posible.

Adaptación transcultural

Asimismo, se puede valorar positivamente el reconocimiento del carácter occidental de los SOC. Consideramos importante la mención explícita de la necesidad de adaptación de los Estándares de Cuidado a cada contexto cultural específico y el reconocimiento de una amplia diversidad cultural respecto a los tránsitos en el género, el grado de aceptación social y las necesidades sanitarias de las personas que transitan en el género.

Esperamos que esta recomendación lleve a una flexibilización de la aplicación de los SOC o al desarrollo de guías de actuación culturalmente específicas.

⁹ *“treatment aimed at trying to change a person’s gender identity and lived gender expression to become more congruent with sex assigned at birth”* (WPATH 2012: 32).



Procesos incluidos en la atención sanitaria trans-específica

Destacamos positivamente la mención de aspectos trans-específicos en otros procesos sanitarios, entre ellos la salud reproductiva, el seguimiento a largo plazo y la atención preventiva, como opciones abiertas a aquellas personas que desean hacer uso de las mismas.

Al mismo tiempo, nos gustaría señalar nuestra ambivalencia hacia tendencias de sobre-medicalización de los procesos de transición en el género. Frente a estos procesos, destacamos la importancia de continuar el trabajo por un mayor reconocimiento social de la diversidad corporal, sexual y de género, con el objetivo reducir el peso de presiones sociales en el proceso de decisión sobre las modificaciones corporales deseadas.

Derechos ciudadanos

Finalmente, valoramos positivamente el reconocimiento de la importancia de una garantía de derechos ciudadanos para la salud de las personas trans, así como el compromiso de WPATH en la defensa de estos derechos en el ámbito de políticas públicas y reformas legales. Esperamos que esta declaración de interés se traduzca en acciones concretas por los derechos sanitarios y legales de las personas trans.

2. Puntos críticos

Paralelamente a estos aspectos de avance, podemos identificar diferentes puntos críticos en los SOC-7.

Justificación de la clasificación de las identidades trans como trastorno mental

Observamos con preocupación la justificación de una continuada clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental. Constatamos una contradicción entre la afirmación, por un lado, de que la *"no-conformidad de género"* (WPATH 2011: 5)¹⁰ no es inherentemente patológica y de que el malestar tiene carácter social, en el sentido de un *"estrés de minorías"* (WPATH 2011: 4)¹¹ y, por el otro lado, la adherencia a un modelo diagnóstico basado en la clasificación de la *"disforia de género"* como trastorno mental, en el sentido de un *"malestar o angustia"* relacionado con la *"discrepancia entre la identidad de*

¹⁰ *"Gender Nonconformity"* (WPATH 2011: 5).

¹¹ *"minority stress"* (WPATH 2011: 4).



género de la persona y su sexo asignado al nacer (y el rol de género y/o características sexuales primarias o secundarias asociadas) (WPATH 2011: 5)¹².

Desde nuestra perspectiva, el acceso a una atención sanitaria trans-específica de calidad y públicamente cubierta, incluyendo servicios opcionales de asesoramiento y psicoterapia para aquellas personas que los requieren, no debería depender de un diagnóstico de trastorno mental, sino entenderse como un derecho sanitario básico de las personas trans. Asimismo, no compartimos la justificación de la categorización psiquiátrica por razones de investigación. Consideramos que el diagnóstico de trastorno mental en sí puede aumentar la discriminación que las personas trans experimentan frecuentemente en su vida cotidiana, fomentando de esta forma el riesgo de un efecto iatrogénico que puede llevar a futuras necesidades de atención.

Continuación del modelo de evaluación externa

Como otro punto crítico central identificamos la continuidad del modelo de evaluación externa en el acceso a los tratamientos trans-específicos, presente en la obligatoria presentación de cartas de recomendación, el requisito de cumplimiento del criterio diagnóstico de una *“disforia de género persistente y bien documentada”* tanto para la terapia hormonal como para las intervenciones quirúrgicas (WPATH 2011: 34, 59, 60)¹³, así como el requisito de una experiencia de *“12 meses de vida continuada en un rol de género congruente con su identidad de género”* en caso de la metoidioplastia, faloplastia o vaginoplastia (WPATH 2011: 60)¹⁴.

Consideramos que la evaluación externa refuerza el rol de l*s profesionales de salud mental, restringe el acceso de las personas trans a la atención sanitaria trans-específica e incumple principios y recomendaciones establecidas en declaraciones y documentos estratégicos internacionales, entre ellos el principio de decisión informada sobre tratamientos¹⁵, la recomendación de una garantía de acceso a los tratamientos trans-específicos sin el requisito

¹² *“Gender Dysphoria”, “discomfort or distress”, “discrepancy between a person’s gender identity and that person’s sex assigned at birth (and the associated gender role and/or primary and secondary sex characteristics)”* (WPATH 2011: 5).

¹³ *“Persistent, well-documented gender dysphoria”* (WPATH 2011: 34, 59, 60).

¹⁴ *“12 continuous months of living in a gender role that is congruent with their gender identity”* (WPATH 2011: 60).

¹⁵ [Principios de Yogyakarta](#) (2007); United Nations, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2009). [Report to the General Assembly \(Main focus: right to health and informed consent\)](#).



de un diagnóstico de trastorno mental¹⁶ y la recomendación de un cambio de la clasificación actual¹⁷.

- **Cartas de recomendación:** Criticamos el continuado requisito de cartas de recomendación para el acceso a los tratamientos trans-específicos. Consideramos que su carácter obligatorio entra en contradicción con el reconocimiento de que las *“decisiones sobre cirugía son antes que nada decisiones del cliente – como todas las decisiones sobre la atención sanitaria”* (WPATH 2011: 27)¹⁸.
- **Requisito de “12 meses de vida continuada en un rol de género congruente con su identidad de género”** (WPATH 2011: 60)¹⁹: Aunque se haya suprimido el término *“experiencia de la vida real”*, presente en los SOC-5 y SOC-6 (WPATH 2005: 46, 80)²⁰, el mantenimiento del requisito de ‘12 meses de vida continuada en un rol de género congruente con su identidad de género’ encierra la continuidad de una evaluación e interferencia en la vida privada de las personas trans, otorgando a l*s profesionales de Salud Mental el poder de decidir sobre la adecuación de la apariencia física y presentación de género de las personas trans a los criterios diagnósticos establecidos. Además, el requisito no tiene en cuenta las circunstancias sociales, familiares y laborales de las personas trans que, en algunos casos, pueden impedir una vida pública en el rol de género elegido. Nos parece preocupante que la justificación del mantenimiento de este requisito se base únicamente en el consenso profesional, sin tener en cuenta la perspectiva y experiencia de las personas trans.
- **Requisito de disforia de género:** Consideramos que el requisito de *“disforia de género persistente y bien documentada”* (WPATH 2011: 34, 59, 60)²¹ en el acceso a la terapia hormonal e intervenciones quirúrgicas trans-específicas limita el acceso a personas trans que desean modificar su cuerpo sin sentir *“malestar o angustia”* (WPATH 2011: 5)²² y obliga la adaptación de la propia vivencia a una narrativa médica preestablecida.

¹⁶ Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa Thomas Hammarberg (2009). Informe Temático *“Derechos Humanos e Identidad de Género”*; Consejo de Europa (2011). *“Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity”*.

¹⁷ Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa Thomas Hammarberg (2011). Comentario de Derechos Humanos *“Clear laws needed to protect trans people from discrimination and hatred”*; Parlamento Europeo (2011). *“European Parliament resolution of 28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations”*.

¹⁸ *“decisions about surgery are first and foremost a client’s decisions – as are all decisions regarding healthcare”*, (WPATH 2011: 27).

¹⁹ *“12 continuous months of living in a gender role that is congruent with their gender identity”* (WPATH 2011: 60).

²⁰ WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2005). *Historical Compilation of Standards of Care Version 1-6*.

²¹ *“Persistent, well document gender dysphoria”* (WPATH 2011: 34, 59, 60).

²² *“discomfort or distress”* (WPATH 2011: 5).



- **Requisito de terapia hormonal para el acceso a la cirugía genital:** Constatamos que el requisito de 12 meses de terapia hormonal para tener acceso a la cirugía genital limita el principio de una atención individualizada y reconocimiento de una amplia gama de trayectorias y necesidades de atención.

Limitación de los modelos de consentimiento informado y reducción de daños

En los SOC-7, se hace referencia a los modelos de consentimiento informado y reducción de daños existente en la práctica clínica, a la vez de especificarse que, a diferencia de un modelo de consentimiento informado, en los SOC-7 se otorga *“un énfasis mayor en el rol importante que l*s profesionales de salud mental pueden jugar en aliviar la disforia de género y facilitar cambios en el rol de género y la adaptación psicosocial”* (WPATH 2011: 36)²³.

A la vez, *“la capacidad para tomar una decisión informada y consentir al tratamiento”* (WPATH 2011: 34, 59, 60)²⁴ constituye uno de los requisitos en el acceso a la terapia hormonal y las cirugías trans-específicas. Constatamos una aplicación del consentimiento informado reducida a una responsabilización de la persona trans del conocimiento de riesgos del tratamiento y firma del formulario, en contraposición a un entendimiento del concepto de ‘consentimiento informado’ y ‘decisión informada’ como un proceso continuado de información, asesoramiento opcional y acompañamiento de l*s profesionales en el proceso de decisión. Asimismo, se restringe la recomendación de un enfoque de reducción de daños a situaciones de escasez de recursos o circunstancias personales / sociales de la persona que busca atención.

Rol de l*s profesionales de Salud Mental

Constatamos con preocupación el mantenimiento y refuerzo del rol de l*s profesionales de Salud Mental en los SOC-7, así como la priorización de las tareas de evaluación sobre las de asesoramiento.

Como se puede observar en la lista de tareas de l*s profesionales de Salud Mental, se sitúan las tareas de evaluación en primer lugar, frente una menor mención del rol profesional de información, asesoramiento y acompañamiento. Además, no se hace referencia a los potenciales conflictos inherentes a un doble rol de evaluación y asesoramiento en caso de que se realice por un* mism* profesional, a pesar de que esta situación puede dificultar o imposibilitar a la persona trans plantear dudas o preguntas sobre el proceso por el miedo de ver puesto en peligro el acceso a los tratamientos deseados. Sólo cuando, por razones de una

²³ *“The difference between the Informed Consent Model and SOC, Version 7 is that the SOC puts greater emphasis on the important role that mental health professionals can play in alleviating gender dysphoria and facilitating changes in gender role and psychosocial adjustment.”* (WPATH 2011: 36).

²⁴ *“Capacity to make a fully informed decision and to consent for treatment”* (WPATH 2011: 34, 59, 60).



escasez de recursos sanitarios, no hay profesionales de Salud Mental disponibles, se admite su sustitución por otr*s profesionales sanitari*s.

Aspectos binarios en la descripción de procesos de tránsito de género en la infancia

En la sección sobre el tratamiento de niñ*s y adolescentes, constatamos una descripción fenomenológica basada en un modelo binario (preferencia por *“ropa, juguetes y juegos habitualmente asociados al otro sexo”*, WPATH 2011: 12)²⁵ y una focalización en vivencias de malestar y ansiedad. Esta descripción difiere de las recomendaciones posteriores de una atención basada en el principio de no discriminación y el reconocimiento de las expresiones de una ‘no-conformidad de género’ en niñ*s o adolescentes, así como del reconocimiento de una diversidad de expresiones e identidades de género en otras partes del documento.

Enfoque patologizante en el capítulo sobre intersexualidad

En el capítulo dedicado a la atención sanitaria trans-específica dirigida a personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad que desean transitar en el género y realizar modificaciones corporales trans-específicas, constatamos con preocupación un enfoque y uso terminológico claramente patologizante que abandona la intención de un lenguaje no discriminante presente en otras partes del documento. Asimismo, denunciamos la ausencia de una condena de la práctica clínica actual de mutilación genital y otros tratamientos normalizadores y no consentidos a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex.

Carácter occidental del documento

Como otro punto de crítica, nos gustaría señalar la continuidad de un cierto sesgo etnocentrista en el documento, basado en la perspectiva de profesionales provenientes, ante todo, del ámbito norteamericano y europeo. Como un ejemplo de esta tendencia, se puede nombrar la limitación de la descripción del modelo de consentimiento informado a centros situados en el ámbito estadounidense. La conciencia de este sesgo expresada en el documento, mencionada más arriba, abre la esperanza de su modificación en el próximo proceso de revisión.

Falta de oportunidades de participación en el proceso de revisión de los SOC

Aunque se resalta la participación de activistas trans en el proceso de revisión de los SOC, pudimos constatar una escasez de oportunidades de participación para el movimiento trans en la práctica.

²⁵ *“clothes, toys and games that are commonly associated with the other sex”* (WPATH 2011: 12).



3. Propuestas de STP 2012

A modo de cierre de estas reflexiones sobre los SOC-7, nos gustaría añadir algunos principios bases del modelo de atención sanitario trans-específico que proponemos, y por cuya realización seguiremos trabajando.

Proponemos un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en:

- Un enfoque de **decisión informada**, en el que el consentimiento informado no se entienda limitado a la firma del formulario de consentimiento, sino se comprenda como un proceso continuado de **información, acompañamiento y asesoramiento opcional**, adecuado a las necesidades de la persona trans que acude a la consulta.
- La **abolición del proceso de evaluación externa** en el acceso a los tratamientos trans-específicos, del requisito de '12 meses de vida continuada en un rol de género congruente con su identidad de género', así como del requisito de terapia hormonal para tener acceso a la cirugía genital.
- El reconocimiento de **una amplia gama de expresiones, trayectorias e identidades de género y necesidades de atención**, reafirmando la importancia de una atención individualizada basada en un respeto de la diversidad corporal, sexual y de género.
- La conciencia de la **diversidad cultural** de las expresiones e identidades de género, así como de los modelos de atención comunitaria y sanitaria en el mundo. Consideramos importante la incorporación de perspectivas procedentes de diferentes partes del mundo, incluyendo conocimientos indígenas y perspectivas culturales no occidentales, en el proceso de elaboración de estándares de cuidado y guías de actuación.
- La **participación activa** de personas trans en el proceso de elaboración de estándares de cuidado o guías de actuación, con el objetivo de facilitar el desarrollo de documentos basados en las perspectivas, experiencias y necesidades de las personas trans.
- El reconocimiento de los **derechos sanitarios de las personas intersex**. Demandamos el cese de la práctica clínica actual de mutilación genital y otras intervenciones normalizadoras y no consentidas practicadas a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex. Reivindicamos el derecho de acceso a la atención sanitaria trans-específica de personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad que desean transitar en el género y realizar modificaciones corporales trans-específicos.



- El derecho de acceso a una **atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta** y de la **mayor calidad posible** sin necesidad de un diagnóstico de trastorno mental, para aquellas personas trans que desean tener acceso a tratamientos trans-específicos.
- El trabajo continuado por un mayor **reconocimiento social de la diversidad corporal, sexual y de género**.

Partiendo de la conciencia de que los actuales Estándares de Cuidado SOC-7 aún se alejan parcialmente de un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en una perspectiva de despatologización y decisión informada, nos gustaría resaltar la propuesta de adaptación culturalmente específica nombrada en los SOC-7. Animamos a l*s activistas trans y profesionales sanitari*s a realizar procesos participativos para elaborar principios para la atención sanitaria trans-específica adaptados a cada contexto cultural, basados en la perspectiva de las personas trans, el principio de decisión informada y una perspectiva de despatologización.

Para terminar, nos gustaría anunciar la convocatoria del próximo **Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans**, que tendrá lugar el **sábado, 20 de octubre de 2012**. Como en los últimos años, invitamos a los grupos y organizaciones activistas de todo el mundo a organizar, en el marco de este día de movilización internacional, manifestaciones y otras acciones por la despatologización trans.

Equipo de Coordinación de STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, julio de 2012.

www.stp2012.info