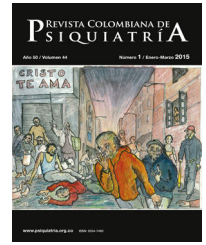




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Disforia o incongruencia de género: más de lo mismo en la CIE-11 y el DSM-5-TR

Gender Incongruence or Dysphoria: More of the Same in ICD-11 and DSM-5-TR

Sr. Editor,

En 2013, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) con algunas innovaciones en relación con los comportamientos y las identidades sexuales¹. Entre las más notorias, la separación de las disfunciones sexuales de los trastornos parafilicos y la presentación de una categoría polémica: la disforia de género².

Los colectivos militantes consideran que sobre la incongruencia o disforia de género se han impuesto juicios que se corresponden más con argumentos jurídicos que intentan regular el comportamiento sexual en la vida privada de los ciudadanos³. Esta perspectiva desconoce la diversidad de la sexualidad humana desde la perspectiva cultural². Por otra parte, la visión de trastorno se corresponde con una visión normativista de la enfermedad, que vincula la identidad con un distanciamiento de lo que es socialmente deseable⁴.

En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS), después de varios aplazamientos, lanzó la undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). En consonancia con la homóloga APA, la OMS introdujo modificaciones en la clasificación de los comportamientos y las identidades sexuales⁵.

La CIE-11 y el DSM-5-TR, publicado en 2022, están plenamente armonizados, ambas clasificaciones incluyen 3 grandes categorías en las que reúnen los comportamientos sexuales^{1,5}. La CIE-11 incluye la posibilidad diagnóstica de «incongruencia de género», codificada como HA60 para adolescentes y adultos y HA61 para niños y niñas antes de la pubertad. Esta nominación sustituye la anterior de transexualismo en la CIE-10⁶ y equivale a la «disforia de género» del DSM-5¹ y el DSM-5-TR⁷. Queda poco claro si el diagnóstico de «incongruencia de género» persiste una vez se completa la transición sexual, dado que se debe especificar «postransición»⁸.

El DSM-5 y el DSM-5-TR mantienen casi intactos los criterios de disforia de género^{1,7}, solo que el DSM-5-TR usa un

lenguaje más incluyente o culturalmente sensible en la definición de los criterios, aun sin contar con la traducción oficial en español; por ejemplo, «sexo que se siente o expresa» se pasó a «sexo o género experimentado» y «procedimiento médico de cambio de sexo» se cambió a «procedimiento médico de afirmación de sexo»⁷. Las ventajas de este lenguaje se apoyan en que refieren más la experiencia vivida, ganar precisión y utilizar términos más fluidos como, por ejemplo, cambiar la expresión «genero deseado» por «genero experimentado» o la expresión «hombre o mujer de nacimiento» para indicar mejor «hombre o mujer asignado al nacer». Sin embargo, las desventajas se asocian con suavizar los términos, lo que no implica necesariamente el estigma-discriminación, por el contrario, se perpetúan las mismas características de exclusión⁹.

Además, esta visión que patologiza el día a día y propone el diagnóstico de «incongruencia de género» va en contravía con las transiciones que son propias de la niñez y la adolescencia, momentos propicios para una búsqueda identitaria. Asimismo, esta categoría no solo discrimina la búsqueda de identidades de género alternativas, sino que también viene acompañada de afectaciones graves a la salud mental: estigma-discriminación, insatisfacción corporal, altos niveles de ansiedad o depresión, abuso de sustancias y un mayor riesgo de autolesión o suicidio¹⁰⁻¹⁴. En esto persiste el sesgo normativo para la sexualidad, ya que se vuelve evidente que una diferencia sexual natural es, en realidad, una lectura del cuerpo tamizada por significados y valores culturalmente situados que contribuyen a generar una distribución sexo-política de los cuerpos¹⁵.

Sectores activistas en diversidad sexual pensaron que la incongruencia de género sería excluida de la CIE-11, así como la disforia de género estaría ausente en la próxima versión del DSM, por la carencia de evidencias para el diagnóstico¹⁶ y porque es patente que las características observadas en las personas con disforia o incongruencia de género son más el producto de la cosificación del malestar en respuesta al complejo estigma-discriminación por la identidad de género no



hegemónica¹⁷. En consonancia con lo anterior, Heylens et al.⁸ observaron que las manifestaciones de distrés se reducen a medida que se hacen las acciones necesarias de reasignación de la identidad sexual. Sin embargo, a pesar de estos movimientos, un número significativo de profesionales de la salud continúan con una aproximación a estas poblaciones como si fueran enfermas, e incluso prefieren evitar tratarlas, particularmente cuando al estigma de la sexualidad se superpone a otros estigmas¹⁸.

La persistencia de la medicalización para la disforia o incongruencia de género ratifica la existencia de un sesgo normativista en la clasificación de los llamados trastornos mentales^{3,4}. El sesgo normativo menoscaba la validez de esta categoría diagnóstica, puesto que lleva a la condición de trastorno mental lo que solo es indeseable o desaprobado en lo social^{4,17}.

Es necesario tener presente que tanto la psiquiatría como la psicología, en su corta existencia, han sido instrumentos de dominación o control político y se han transformado en la forma más efectiva para disciplinar la pluralidad del comportamiento humano¹⁹. Lo anterior se vincula con carencias en la formación de competencias culturales en el tratamiento de poblaciones diversas, carencias comunes ligadas a la expectativa de trabajar con poblaciones que se ciñen a los límites normativos. Asimismo, estas profesiones, con una visión muy limitada, han negado la variedad natural, las posibilidades de diversidad de género, como construcciones que fluyen en el tiempo, están en cambio continuo y reúnen elementos biológicos y culturales¹⁹⁻²³.

Por lo anterior, es imperativo que las próximas versiones de las clasificaciones de los trastornos mentales, CIE y DSM, eliminen el rótulo de trastorno mental de todas las manifestaciones de la diversidad sexual humana que impliquen un ejercicio de autonomía y con ello promuevan el respeto de los derechos de otros conciudadanos³. De la misma forma, esas clasificaciones están en la obligación de evitar cambios de nominaciones y categorías residuales basadas en esos principios normativos que desconocen la fluidez de la identidad sexual^{2,5,17,19,20,24}. Está claro que atípico no es sinónimo de anormal, enfermo o trastornado²⁵.

Por último, los profesionales en salud mental deben aceptar los consensos de la disciplina y evitar la connotación de trastorno mental en diferentes aspectos de la diversidad sexual, hoy excluidos de los manuales pero no de los idearios personales, y desistir de tratamientos psicoterapéuticos de restauración de las identidades sexuales hegemónicas, pese a la ineficacia y los efectos emocionales negativos de estas «terapias»^{26,27}. Asimismo, las intervenciones disciplinarias tienden a simplificar el tratamiento y dejan de lado la relevancia de la experiencia social, la congruencia en la percepción del cuerpo con la satisfacción con el género e insisten en excluir la importancia del estrés sufrido durante y después de procedimientos de afirmación de género²⁸.

Las clasificaciones en salud mental tienen muchos aspectos positivos para la construcción de conocimiento; sin embargo, hasta la fecha, la categorización de los comportamientos y las identidades sexuales deviene en varios aspectos de fundamentos normativos que se deben considerar y, por lo tanto, desestimar o desechar para la construcción de diagnósticos clínicos. En síntesis, el argumento apoya la idea de

recuperar el diagnóstico más allá de la clasificación como una tarea holística que implica el conocimiento de etiología, epidemiología, curso, tratamiento y pronóstico de la eventual «enfermedad»^{29,30}. Sin embargo, hasta ahora, «incongruencia de género» o «disforia de género» es un debate que permanece vigente y demuestran ser, con otras palabras, más de lo mismo, en estas nuevas clasificaciones.

Financiación

Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. 5.^a ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
2. Campo-Arias A, Herazo E. Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: El caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2018;47:56-64.
3. Di Segni S. Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013.
4. Foucault M. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta; 1990.
5. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (2021). Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fd.who.int%2fcd%2fentify%2f411470068>. Consultado 3 Ene 2022.
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10.^a ed. Madrid: Meditor; 1993.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2022.
8. Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'sjoen G, De Cuyper G. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med*. 2014;11:119-26.
9. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103:943-51.
10. Ristori J, Fisher A, Castellini G, Maggi M. Psychiatric aspects of gender dysphoria. En: Jannini EA, Siracusano A, editores. *Sexual dysfunctions in mentally ill patients*. Cham: Springer; 2018. p. 127-39.
11. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*. 2014;204:151-6.
12. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011.

13. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health*. 2017;61:521-6.
14. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender dysphoria in adults. *Ann Rev Clin Psychol*. 2016;12:217-47.
15. Martínez-Guzmán A. Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. *Psicoperspectivas*. 2012;11:164-84.
16. Kraus C. Classifying intersex in DSM-5: Critical reflections on gender dysphoria. *Arch Sex Behav*. 2015;44:1147-63.
17. Ereshefsky M. Defining 'health' and 'disease'. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2009;40:221-7.
18. Cáceres CF, Talavera VA, Mazín R. Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30:698-704.
19. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychol*. 2010;6:155-79.
20. Johnson AH. Normative accountability: How the medical model influences transgender identities and experiences. *Sociol Comp*. 2015;9:803-13.
21. Moncrieff J. Psychiatric diagnosis as a political device. *Soc Theor Health*. 2010;8:370-82.
22. Daley A, Mulé NJ. LGBTQs and the DSM-5: a critical queer response. *J Homosex*. 2014;61:1288-312.
23. Jannini EA, Burri A, Jern P, Novelli G. Genetics of human sexual behavior: Where we are, where we are going. *Sex Med Rev*. 2015;3:65-77.
24. Doan PL. The tyranny of gendered spaces-reflections from beyond the gender dichotomy. *Gender Place Cult*. 2010;17:635-54.
25. Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med*. 2021;51:894-901.
26. Lucal B. Building boxes and policing boundaries: (De)constructing intersexuality, transgender and bisexuality. *Sociol Compass*. 2008;2:519-36.
27. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Cautin RL, Latzman RD. Why ineffective psychotherapies appear to work: A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspect Psychol Sci*. 2014;9:355-87.
28. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, Pang KC. Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents. *The Royal Children's Hospital*. 2017.
29. McGann PJ. Troubling diagnoses. *Adv Med Sociol*. 2011;12:331-62.
30. Middleton H. *Psychiatry reconsidered. From medical treatment to supportive understanding*. New York: Palgrave-McMillan; 2015.

Adalberto Campo-Arias* y Mónica Reyes-Rojas
 Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acampo@unimagdalena.edu.co
 (A. Campo-Arias).
 0034-7450/

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.001>