

Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros

Transsexualism and health care services used to transit by the sexes-genders

Roberto Andrés Lasso Báez ¹

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Forma de citar: Lasso, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias de la transexualidad en Bogotá con relación a los servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. Para ello se utilizó como herramienta analítica el Análisis Crítico del Discurso, dentro del marco del método cualitativo y se contó con la participación de cuatro personas trans –dos hombres y dos mujeres– y cuatro profesionales de la salud mental –tres psicólogos y un psiquiatra–. Como técnica de recolección se hizo uso de entrevistas en profundidad. Como hallazgos visibles se destacan la relación tensa y en ocasiones conflictiva entre las personas trans y los servicios de salud, y el rol paradójico y estratégico de la patologización en Colombia.

Palabras claves: Transexualidad, Servicios de Salud, Sexo, Género, Identidad de Género, Disforia de Género.

Abstract

This research aimed to understand the experiences of transgender people in Bogota in relation to the health care services providers. The critical discourse analysis approach within the framework of the qualitative method was applied. Four transgender people: two men and two women, and four mental health professionals-three psychologists and one psychiatrist participated in the analysis. Two types of in-depth interviews were used as instruments for collecting data. As results of the research, it was found a tense and conflicting relationship between transsexuals and health care services and the paradoxical and strategic role of pathologization in Colombia.

Keywords: Transsexualism, Health Services, Health Care Utilization, Services Sex, Gender, Gender Identity, Gender Dysphoria.

¹ Psicólogo de la Pontificia Universidad Javeriana, estudiante de la Maestría en psicología clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, miembro del semillero de investigación en Psicoterapia Analítica Funcional de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. andreslasso92@gmail.com

Introducción

La palabra trans, en Colombia, se utiliza como término sombrilla para designar a las personas y experiencias “que de alguna manera cuestionan la continuidad impuesta entre el ‘sexo biológico’ y el ‘género cultural’ y la estricta segmentación de lo masculino y lo femenino” (García, 2010, p. 8); por lo que lejos de ser una categoría homogénea, incluye múltiples formas de nominación y autoreconocimiento como travestis, transexuales, hombres trans, mujeres trans, transgeneristas, entre otras. Estos cuerpos desafían con su existencia, con sus tránsitos por los sexos-géneros², supuestos fundantes de la sociedad occidental: el binarismo de género, la continuidad estricta entre sexo-género-deseo y la heterosexualidad como norma.

Desafiar el orden social imperante empuja a estas personas a afrontar situaciones de violencia, marginación, vulneración de derechos y estigmatización social en distintos ámbitos de su vida. En el campo de la salud, lleva a que muchas mujeres y hombres trans tengan dificultades en el acceso, necesidades insatisfechas o realicen sus tránsitos al margen de una atención “necesaria”.

Según la Alcaldía Mayor de Bogotá, en su Línea de base de la Política Pública para la garantía plena de derechos de sectores LGBT –Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas– (2011), el 54% de las personas transgeneristas han percibido que su derecho a la salud ha sido vulnerado y al 43.84% de ellxs³ se les ha negado la atención médica cuando la requerían. Estas cifras

presentan un panorama sobre la situación de vulneración sistemática y aguda del derecho a la salud que viven las personas trans en Bogotá.

Un estudio del año 2011 realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– (2011), puso de manifiesto las múltiples violencias que reciben las mujeres trans al intentar acceder a los servicios de salud: son discriminadas por el personal que trabaja en los hospitales, desde el vigilante en adelante, y en grados que van desde llamarlas y tratarlas como hombres, hasta negarles la atención médica o prestarles una atención irrespetuosa.

Adicionalmente, se encuentran estigmatizadas por el VIH/Sida: al acceder a servicios de salud por razones distintas a este virus son automáticamente asociadas al VIH/Sida; lo que les ofende, las lleva muchas veces a alejarse de las instituciones médicas y eclipsa otros motivos de consulta como el cáncer, problemas de próstata, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social & UNFPA, 2011).

La transexualidad y las experiencias trans en general remiten a un deseo por la transformación del cuerpo, muchas veces truncado por las dinámicas de exclusión del sistema de salud. Respecto a este punto, García (2010) plantea que los cuerpos trans de algunas mujeres se construyen al margen de este sistema, que las ha excluido y obligado a auto intervenirse, inyectándose aceites de cocina, motor o silicona industrial, y a auto administrarse hormonas,

² Transitar por sexos-géneros consiste en un movimiento integral y constante por los matices entre las definiciones culturales de lo masculino y lo femenino y que implican una transformación de las características sociales y biológicas desde las cuales se ha definido el sexo y el género.

³ De aquí en adelante se hará un uso ocasional e intencionado de la X en vez de la A y la O como una forma de generar un espacio de existencia en el lenguaje para aquellas personas que no se reconocen exclusivamente con las categorías femeninas y masculinas disponibles y como resistencia política frente al binarismo de género.

con base en experiencias de amigos(as) o búsquedas en internet, las ha llevado a “hacerse el cuerpo” desde la periferia geográfica y al margen del sistema de salud.

Al abordar la pregunta por la salud en las personas trans, es fundamental referirse al estatuto patológico de la transexualidad, clasificada por la psiquiatría “como un trastorno mental que requiere tratamiento psiquiátrico” (Coll-Planas, 2010a, p. 15).

En este sentido, desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales –DSM-IV– de la Asociación Americana de Psiquiatría –APA–, la transexualidad es considerada como un “Trastorno de la identidad sexual” caracterizado por “una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar permanente por el propio sexo” (2000, p. 505) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades –CIE-10– de la Organización Mundial de la Salud –OMS– se encuentra bajo el término “Transexualismo” y está incluido en el apartado de “Trastornos de la identidad sexual” (1992). En el argot popular y trans, la transexualidad es denominada “Disforia de género”, concepto introducido en 1973 por Norman Fisk para referirse a la “ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado” (Bergero et al., 2004, p. 2829).

Frente al tema de la patologización⁴ no existen posiciones unificadas, tanto a nivel de lxs profesionales de la salud como a nivel de las personas trans de todo el globo. Coll-Planas (2010a) demarca cuatro líneas de conflicto alrededor de la patologización: quienes defienden la existencia de una enfermedad neurológica, quienes

consideran que la transexualidad es un trastorno mental, quienes apelan al uso estratégico del trastorno para reclamar derechos y obtener recursos públicos y quienes niegan la existencia del trastorno y exigen derechos trans fuera del marco de patologización.

El cambio al que fue sometida la categoría diagnóstica de “Trastorno de la identidad sexual” en la quinta versión del DSM, publicada en mayo de 2013 (APA), y que muchos medios interpretaron como un paso hacia la despatologización total, fue únicamente un cambio de definición y de criterios diagnósticos, pasando de una “identificación persistente por el otro género” en la cuarta versión, a un “malestar persistente con el género asignado” en la quinta, criterio que ya venían utilizando psicólogos y psiquiatras para otorgar el diagnóstico.

En suma, es evidente la relación inexistente o conflictiva entre mujeres trans y servicios de salud, lo que pone en riesgo sus vidas y las lleva a auto administrarse hormonas y auto intervenirse; además, por las posibilidades de contraer VIH –sea por trabajo sexual o con sus parejas estables– y las mínimas posibilidades de acceder a servicios de salud de calidad, las mujeres trans colombianas son sujetas de múltiples vulneraciones y vulnerabilidades y de violencias estructurales, administrativas y simbólicas (Ministerio de Salud y Protección Social & UNFPA, 2011). En este contexto, se puede inferir un fenómeno similar respecto a hombres trans, frente al cual no existen desarrollos investigativos ni cifras contundentes.

⁴ Aunque la palabra “patologización” no encuentra en el Diccionario de la Real Academia Española, se utilizará en este artículo, dado que es una palabra que proviene del movimiento trans y desde la que otros grupos, como las personas diagnosticadas con

trastornos mentales, psicólogos y psiquiatras han formulado críticas en torno a la categorización de lo humano como patológico bajo intereses políticos y económicos.

Este trabajo investigativo tuvo como propósito comprender las experiencias de las personas trans, tanto mujeres como hombres, en Bogotá, con relación a servicios de salud utilizados para sus tránsitos por los sexos-géneros.

Se plantearon como objetivos específicos, describir las experiencias de las personas trans con relación al acceso a los servicios de salud y las necesidades, satisfechas o no, para llevar a cabo sus tránsitos por los sexos-géneros y comprender el impacto psicosocial de la patologización de la transexualidad en estas experiencias en el contexto bogotano.

Método

Diseño

Esta investigación se enmarcó dentro del método cualitativo ya que buscó estudiar “la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar fenómenos de acuerdo con significados que tienen para las personas implicadas” (Rodríguez, Gil & García, 1996, p. 32).

Dentro de este marco cualitativo, se utilizó como procedimiento de análisis de la información el Análisis Crítico del Discurso –ACD– que hace énfasis “en problemas sociales, y en especial en el papel del discurso en la producción y en la reproducción del abuso de poder o de la dominación” (Van Dijk, 2003, p. 144), poniendo en evidencia las narrativas médicas, psiquiátricas y psicológicas que patologizan y crean restricciones en torno a estas experiencias o que, por el contrario,

contribuyen a que sean positivas para quienes la viven.

Participantes

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico; diferenciando a los participantes en dos subgrupos: Por un lado, una muestra de expertos conformada por cuatro profesionales de la salud mental, dos psicólogas que trabajan en una organización privada (Psicóloga A y Psicóloga B), un psicólogo que trabaja con una organización distrital de Bogotá (Psicólogo A) y una psiquiatra que labora en una universidad pública de Bogotá (Psiquiatra A), todos expertos en el tema trans fruto de su amplia experiencia de trabajo con personas LGBT y formación académica específica.

En segundo lugar, una muestra de sujetos-tipo conformada por dos hombres trans, uno de 37 años (Hombre trans A) y otro de 24 (Hombre trans B), y dos mujeres trans, una de 37 años (Mujer trans A) y otra de 27 (Mujer trans B), todos con un nivel de escolaridad universitario y distintas afiliaciones al sistema de salud⁵. Todos los participantes habían intervenido sus cuerpos mediante hormonas, cirugías u otras formas de modificación corporal al momento de su participación, característica utilizada como criterio de homogeneización de la muestra.

Técnicas de recolección

Se llevaron a cabo dos tipos de entrevistas en profundidad de carácter semi-estructurado según el subgrupo de la muestra hacia el cual iban dirigidas, es decir, una entrevista para profesionales de la salud mental y otra para personas trans.

⁵ El sistema de salud en Colombia se divide en dos regímenes de afiliación: el régimen contributivo, al que pertenecen las personas con vinculación laboral y capacidad de pago, y el régimen subsidiado, en el

que se incluye a las personas en situación de vulnerabilidad y con escasos medios económicos (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Ambas entrevistas fueron validadas de manera previa a su aplicación por seis jueces expertos (tres para cada entrevista) en temas de psicología, diversidad sexual y de género y ciencias sociales.

Procedimiento

La investigación inició en junio del año 2011 mediante la vinculación del investigador a distintas actividades del sector trans en Bogotá e indagación documental sobre el tema.

Sin embargo, es hasta julio del año 2012 que inicia el planteamiento puntual de esta investigación, centrándose en el tema de la transexualidad y los servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros.

A continuación se presentan las fases de la investigación; es importante señalar que no se corresponden de manera secuencial sino circular:

Recopilación teórica y metodológica. Se reunieron aportes investigativos sobre el tema trans en Colombia de distintos investigadorxs (antropólogxs, psicólogxs, sociólogxs) de las ciencias sociales en torno a temas como la identidad, la patologización y la transexualidad. Se construyeron las categorías analíticas a partir de esta fundamentación teórico-metodológica.

Diseño y validación de guiones de entrevista. Se diseñaron las preguntas que hicieron parte de la entrevista y se sometieron a la validación de seis expertxs en el tema, tres por cada entrevista.

Selección de las y participantes de las distintas muestras. Se retomó contacto con algunas personas con las que se había interactuado en el pasado y que eran activas en su participación en espacios comunitarios del sector trans en Bogotá.

Entrevistas a lxs participantes. Se conversó con participantes siguiendo las preguntas de la entrevista, haciendo énfasis en un encuentro conversacional y no únicamente de pregunta y respuesta, en tanto la entrevista guiaba pero no era una camisa de fuerza para el entrevistador.

Análisis de la información recolectada y elaboración de resultados. Posterior a la transcripción de cada entrevista, se realizó una lectura exhaustiva y analítica de la información usando como método el enfoque cualitativo y como recurso analítico el ACD. Posteriormente, se plasmaron los principales resultados utilizando las categorías de análisis propuestas.

Discusión de resultados. Una vez concluida la etapa anterior se dio paso a establecer paralelos, divergencias, convergencias, entre otros elementos, con la fundamentación bibliográfica y se formularon algunas conclusiones y recomendaciones finales.

Resultados

A continuación se presentan los resultados, que dan cuenta de discursos y hallazgos significativos de acuerdo con las categorías establecidas previamente para este análisis: a) Servicios de salud para transitar por los sexos-géneros, que se subdivide en servicios psicológicos y psiquiátricos, servicios endocrinológicos y administración de hormonas, y servicios quirúrgicos e intervenciones corporales y b) Patologización.

Resulta fundamental señalar que estas categorías analíticas se encuentran totalmente imbricadas entre sí y su demarcación responde a un ejercicio de facilitación del análisis y su comprensión.

Servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros

Esta categoría presenta un panorama general de la relación entre personas trans y los servicios de salud que utilizan para transitar por los sexos-géneros. Posteriormente, se profundiza en los distintos *servicios de salud utilizados para transitar*, estos son, *servicios psicológicos y psiquiátricos, servicios endocrinológicos y servicios quirúrgicos* dadas las particularidades de cada servicio en relación al proceso de tránsito.

Dos participantes, los más jóvenes y de posturas más críticas respecto a la patologización de la transexualidad (el hombre trans B y la mujer trans B) han tenido poco contacto con servicios de salud para realizar sus tránsitos, en contraste, la mujer trans A y el hombre trans A, han llevado a cabo sus tránsitos de manera mucho más cercana a los servicios médicos.

Estxs participantes señalan como motivación principal para consultar a los profesionales de la salud, la necesidad de realizar sus tránsitos de manera responsable y supervisada:

“Quería hacer las cosas bien... pues yo creo que el acompañamiento médico, es muy importante, lamentablemente no contamos con médicos y a veces terminamos haciendo lo que todas hacen y es ir a la farmacia y terminar tomando lo que nos vendan” (Mujer trans A).

De manera complementaria el hombre trans A señala:

“Quería un tránsito responsable, quería un tránsito bien llevado, yo no podía hacerlo sin saber exactamente cuáles eran las dosis

y sin saber exactamente cómo iba a afectar mi cuerpo; a pesar de que yo comencé a inyectarme testosterona por cuenta propia, como comenzamos la gran mayoría de hombres trans, pero a pesar de ello llegó un punto en el que dije no, esto tiene que ser de manera responsable y entonces acudí a profesionales”.

A pesar del interés que puedan tener las personas trans en vincularse a los servicios de salud, el sistema de salud en Colombia enfrenta fallas estructurales que dificultan el acceso a servicios especializados para un gran número de personas. Para el psicólogo A, esta situación adquiere matices particulares dentro del contexto trans, al ser una población vulnerable y estigmatizada, donde la gran mayoría no accede siquiera al nivel básico del SISBEN⁶.

A este panorama se añaden las particularidades propias de una dinámica de relación tensa y conflictiva entre las personas trans y los servicios de salud que utilizan para transitar:

“...es una relación primero muy tensionante porque pone a las personas trans en un lugar de evidenciar todo el tiempo, de evidenciar que ellos son lo suficientemente hombres o lo suficientemente mujeres para poder acceder a las hormonas o a las cirugías o al tratamiento... por otro lado, para los profesionales también es una relación muy tensionante porque el sistema está montado para que el profesional resulte ser el responsable... no se le da la responsabilidad a la persona para que haga con su cuerpo lo que considere, sino que la responsabilidad la tiene el psiquiatra en primera medida. El endocrinólogo se escuda en el psicólogo y el psiquiatra para decir: ‘pues yo receté esto porque tal persona me dijo que el paciente tenía tal trastorno y entonces le di eso para curar tal trastorno’” (Psicóloga B).

⁶ Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales –SISBEN– Consiste en un sistema de información que le permite al Gobierno nacional clasificar a las familias según su

nivel y estándar de vida, facilitando el acceso de la población vulnerable y de bajos recursos a los subsidios de gasto social (Secretaría Distrital de Planeación, s.f.).

La responsabilidad legal dificulta que la relación sea amigable, en tanto lxs profesionales buscan eliminar todo atisbo de duda en la persona respecto a su tránsito y asegurarse completamente de su “condición de transexualidad” para así evitar sanciones legales bastante serías:

“Como médicos tienen que curarse en salud, entonces tienen que hacer unas exigencias muy altas para asegurarse que la persona no se vaya a echar para atrás. Ese es el miedo del espacio médico, del espacio de salud: es que la persona trans se vaya a ‘patrasiar’ y vaya decir: ‘ya no quiero y les pongo una demanda’. Porque si les pone la demanda la persona trans tiene todas las de ganar y le pueden quitar al médico la licencia de trabajo” (Psicóloga B).

Para la psiquiatra A, la relación personas trans-servicios de salud es una interacción que produce insatisfacciones en las personas trans ya que sienten que sus necesidades no son escuchadas e incluso se sienten maltratadas; además, es común que la mayoría de los profesionales no cuenten con las competencias necesarias para responder de manera satisfactoria a las demandas del sector trans, lo que lleva a que orienten sus acciones en base a prejuicios.

La falta de competencias de lxs profesionales encuentra una causa en la ausencia de formación sobre el tema trans en los currículos universitarios, incluso en el área de posgrados; testimonios de dos profesionales señalan este inconveniente:

“Hace unos años cuando era médica general, sobre esto jummmm..., o sea no sabía que era orientación sexual, no sabía que era identidad de género porque por ejemplo en la medicina es muy poco el espacio que se dedica para esta formación; uno ve las hormonas por allá en primeros semestres y quizás podría haber una clase donde se pudiera integrar todo esto pero realmente no hay una formación y un

conocimiento adecuado del tema” (Psiquiatra A).

“...a mí, en la carrera nunca me hablaron, si no era porque yo proponía el tema, nunca me hablaron, ni en la maestría tampoco, sobre las personas trans” (Psicóloga B).

El desconocimiento y el prejuicio con respecto a la transexualidad que dominan en algunos espacios de salud lleva a que las personas trans experimenten violencia, manifestada en una ausencia de reconocimiento o una valoración negativa de la identidad que deciden construir.

En ocasiones, se piensa que las personas trans solamente acuden a los servicios de salud por su deseo de transitar por los sexos-géneros, sin embargo, las personas trans acuden al sistema de salud por diversos motivos, como una enfermedad o un accidente, y aun así su identidad de género es problematizada:

“...yo he visto siempre con consultantes que este es un tema, el de ‘bueno pero yo como que no quiero ir (al médico)’; para los hombres trans, por ejemplo, es muy difícil la ida a hacer su chequeo ginecológico cada año... muchas veces entonces la gente decide auto medicarse en todo sentido y además de eso no asistir a chequeos, lo que lleva después a que enfermedades o cosas graves se descubran ya muy, muy avanzadas...” (Psicóloga A).

El constante cambio de profesionales puede influir de manera importante sobre la relación entre personas trans y los servicios de salud; en los relatos se evidencia la relación de reconocimiento y amabilidad con los médicos tratantes, mientras que las experiencias negativas o dolorosas generalmente se presentan con profesionales con quienes no se ha interactuado antes:

“Con mi médico tratante siempre es maravilloso, me reconoce como [nombre

femenino], me reconoce mi identidad, o sea hablamos de tú a tú sin ningún problema, pero por ejemplo cuando voy a médicos que nunca me han visto pues las cosas son diferentes, aparte que el trato es como despectivo y como incómodo, como que es hasta cruel... cuando llegas no te quieren atender y tú reconoces que es por tu condición de persona trans, entonces no te quieren ofrecer un servicio o te quieren sacar muy rápido porque tu presencia les incomoda” (Mujer trans A).

La mirada del otro juega un papel fundamental en la construcción de la identidad trans; en los servicios psiquiátricos, es la mirada del psiquiatra el único criterio de verdad, quienes ostentan el saber-poder para determinar si una persona es o no transexual:

“Otras personas que les dicen, no, es que yo al verlo a usted yo no le veo que usted sea una mujer, yo no lo veo, entonces si yo no lo veo pues usted no es, entonces pues yo no le doy eso [el certificado de *disforia de género*]; le diagnostica cualquier otra cosa, por ejemplo, muchos de nuestros pacientes vienen con diagnósticos previos del estado de ánimo” (Psicóloga A).

La variabilidad de profesionales y la desconexión entre los distintos especialistas es más frecuente cuando las personas realizan sus tránsitos a través de su Entidad Promotora de Salud –EPS–⁷ o el SISBEN, a si lo hacen de manera particular con sus propios recursos en espacios donde es más fácil el acceso; en estos últimos es más probable que las relaciones sean más respetuosas y el proceso se realice con profesionales de confianza, competentes y que conocen del tema. Según el psicólogo A y la psicóloga A, esto facilita relaciones amenas y un abordaje interdisciplinario que se traduce en una mayor velocidad y calidad del proceso.

⁷ Organizaciones de carácter privado que se encargan de prestar el servicio de salud en Colombia.

Para ellos esta diferencia en el servicio tiene un impacto en el bienestar psicosocial de las personas, es decir, si éstas acuden de manera privada a los servicios de salud van a gozar de un mayor nivel de bienestar en su proceso a sí lo hacen por su EPS, pues no van a tener que contar las mismas cosas a varias personas diferentes y en distintos lugares, por el contrario, van a encontrar profesionales que se comunican entre ellos y trabajan bajo objetivos alineados, reduciendo de este modo procesos de discriminación o revictimización.

Se puede concluir que la relación entre los servicios de salud y las personas trans es variable y esporádica, y se encuentra sujeta a las primeras experiencias que las personas trans tienen con profesionales y que van a determinar en buena parte una posible aceptación o rechazo del acompañamiento médico en sus tránsitos por los sexos-géneros.

A continuación se dará paso a tratar las especificidades de los tránsitos en el marco de los distintos servicios de salud de los que se pueden servir, estos son: *servicios psicológicos y psiquiátricos, servicios endocrinológicos y servicios quirúrgicos*.

Servicios psicológicos y psiquiátricos

De las personas trans entrevistadas, sólo una no ha recibido ni está interesada en recibir asesoría psicológica y/o psiquiátrica en su proceso de tránsito por los sexos-géneros; argumenta: “no la he sentido necesaria” y solo debe aplicar en casos en que la persona “se deje oprimir por las creencias de su familia o su autoestima sea escasa” (Mujer trans B).

Por el contrario, lxs otrxs entrevistadxs sí han recibido asesoría psicológica y/o

psiquiátrica como parte de sus procesos de tránsito, y la describen como una experiencia medianamente positiva que les ha permitido lograr ciertos objetivos muy puntuales. Por ejemplo, la mujer trans A acudió a los servicios psiquiátricos para recibir su diagnóstico de “Disforia de género”, requisito para realizarse un procedimiento quirúrgico en sus genitales.

Por un lado, la entrevista psiquiátrica funciona como un dispositivo que regula el acceso a estos procedimientos, escudriñando los más íntimos sucesos vitales de las personas en un intento por descubrir una transexualidad verdadera o constitucional. Por otro lado, frente a esta actitud vigilante, la mujer trans A realiza un *performance* de feminidad de acuerdo con los estereotipos femeninos hegemónicos de su cultura que conduzca a un diagnóstico de Disforia de género y le permita pasar el filtro de acceso a las intervenciones corporales que desea; haciendo un uso estratégico de la categoría diagnóstica:

“Cuando fui ya con el psiquiatra, para el certificado de *disforia*, pues no fue agresiva pero siempre las preguntas eran un poco incómodas, eran cosas muy íntimas... tenías que fingirle absolutamente la hiperfeminidad porque pareciera como que no existen esas diferencias, yo por ejemplo puedo notar que en el mundo existen muchas feminidades y muchas masculinidades, pero para las personas trans o eres una cosa o eres la otra, tienes que definirte de esa manera, o no puedes hacer nada... con la psiquiatría fui por la cirugía de la orquidectomía⁸, me exigían la cita con la psiquiatra para hacérmela” (Mujer trans A).

Es importante mencionar que el diagnóstico del hombre trans A corresponde a “Pseudohermafroditismo”, un desorden cromosómico que impide la expresión

fenotípica del sexo genético, y no a un “Trastorno de la identidad sexual” o “Disforia de género”; esta diferencia diagnóstica ha marcado grandes contrastes en cuanto a la atención que se le brinda, facilitando y haciendo más ágil para él el acceso a servicios endocrinológicos y quirúrgicos:

“...a mí se me hizo una junta psiquiátrica en el hospital de San José y eso fue bastante corto, precisamente por mi mapeo cerebral, por mi examen cromosómico y como me desenvolvía, entonces eso fue algo bastante corto” (Hombre trans A).

Desde la mirada médica, al tratarse de un “desorden” con una clara base biológica y exámenes físicos que confirman el diagnóstico –Mapeo cerebral masculino y cromosomas XXY–, el deseo de transformación es concebido como esencial e inmodificable, lo que minimiza la duda y la posibilidad de arrepentimiento. Por el contrario, en el caso de la transexualidad no existen este tipo de certezas biológicas por lo que la vigilancia y comprobación de dicha condición debe ser mayor.

En este sentido, el hombre trans B menciona haber vivido una experiencia bastante negativa con una psicóloga, quien orientó su intervención con base en sus prejuicios y desconocimiento:

“Ella me decía: eso se puede arreglar, eso es un problema, eso tiene solución, hay una cura para eso, hay una cura para que le dejen de gustar las niñas y hay una cura para que usted se sienta bien con su cuerpo, que se sienta toda una mujer” (Hombre trans B).

Con respecto a lxs profesionales entrevistados, personas expertas en intervenciones psicológicas con personas trans, la función principal, que ellxs mismos se adjudican y algunas personas trans les asignan, es la de apoyo.

⁸ Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de los testículos.

Según la psicóloga A y B, el punto más fuerte del espacio de acompañamiento psicológico está dado por la posibilidad de duda y expresión de miedos y dilemas que éste permite; en él las personas analizan, en compañía de sus terapeutas, miedos frente a la reacción de la familia, las vicisitudes en su vida de pareja, el miedo a la violencia física y el rechazo social, las consecuencias de la administración de hormonas y las cirugías, entre otros.

Según lxs psicólogxs y la psiquiatra entrevistadxs, su labor también consiste en acompañar a la familia, mediante terapia familiar o psicoeducación. Al ser profesionales en salud mental cuentan con cierto estatus social que en algunos casos facilita una mejor recepción por parte de los familiares.

En caso de que la familia definitivamente no acepte la experiencia de tránsito y los vínculos se quiebren, la psiquiatra y lxs psicólogxs entrevistadxs en esta investigación orientan a la persona a construir otras relaciones significativas que validen su experiencia, dejando de lado aquellas que la cuestionan y agredan, buscan propiciar que el bienestar de las personas trans no dependa de la aceptación o no de otros.

Según el psicólogo A, otro tema susceptible de abordar durante el proceso psicoterapéutico corresponde al deseo de algunas personas trans de encajar en ciertos modelos normativos de masculinidad y feminidad. La intervención en este aspecto busca confrontar a la persona frente a la validez de estos constructos, ponerlos en contexto, y demostrar que responden más a ideas sociales que a lo realmente definitorio sobre ser hombre o ser mujer, y al mismo tiempo invitarla a explorar otros aspectos de su identidad que no sólo giren en torno a su género.

En un sentido amplio, para el psicólogo A y las psicólogas A y B, la finalidad del acompañamiento psicológico consiste en fomentar en las personas trans una autonomía responsable, es decir, propiciar la adquisición de competencias que les permitan contemplar las consecuencias e implicaciones de sus decisiones y asumirlas.

Por otro lado, el proceso psiquiátrico con las personas trans consiste en “realizar un acercamiento a la persona, indagar como ha sido la experiencia que han vivido, evaluar si ésta corresponde a lo que se ha llamado en psiquiatría el Trastorno de identidad de género” (psiquiatra A), evaluar si han presentado dificultades en la adaptación, identificar sus expectativas frente al tránsito por los sexos-géneros, si son acordes a la realidad o no, informar acerca de tratamientos disponibles y sus consecuencias, identificar la existencia o no de alguna morbilidad que pueda matizar o interferir en el proceso y “educar a familiares o instituciones, si se requiere, sobre la condición” (psiquiatra A).

En las experiencias de las personas trans el proceso psiquiátrico es de importancia capital ya que es la puerta de acceso a otros servicios de salud mediante el diagnóstico de “Disforia de género”, o “trastorno de la identidad sexual”.

Al referirse a la intervención psiquiátrica, lxs psicólogxs y las personas trans entrevistadas la caracterizan como un espacio donde expresar dudas o dilemas puede conllevar a la no obtención del diagnóstico de “Disforia de género” y, por lo tanto, la posibilidad de ver truncado su deseo de transformación. Así, las personas trans acuden a este espacio con “supuestas” certezas e incluso pretendiendo encajar en modelos de feminidad y masculinidad muy estereotipados que no se corresponden con sus realidades cotidianas.

La evaluación y el diagnóstico son realizados por el/la profesional bajo criterios del DSM-IV y la CIE-10, relacionados con la percepción o la identificación de una persona como mujer u hombre, manifiesta desde la infancia y que se mantiene en el tiempo adquiriendo características particulares según la etapa del ciclo vital. Es de resaltar que esta evaluación, por lo menos en el discurso de la psiquiatra entrevistada, tiene en cuenta las variaciones de masculinidad y feminidad y el continuo existente entre ambos polos.

Finalmente, es importante destacar la reflexión de la psiquiatra A en torno a las condiciones en las que se prestan servicios de salud a las personas trans, señalando la urgencia por un mejoramiento integral, que garantice no solo un acceso a servicios de salud de calidad, sino el progreso de las condiciones económicas y laborales de esta población.

Servicios endocrinológicos y administración de hormonas

El consumo de hormonas es una práctica común entre las personas trans, ya que brinda la posibilidad de experimentar transformaciones físicas, psicológicas y sociales de manera veloz. El impacto y la rapidez de los cambios generados por la administración de hormonas impulsa a algunas personas trans a iniciar su consumo de manera apresurada fuera del marco de un acompañamiento médico, lo que puede provocar efectos negativos a largo plazo. Todxs lxs personas trans entrevistadas se encuentran actualmente consumiendo hormonas, los hombres trans se inyectan Enantanto de Testosterona o Testoviron – nombre comercial– y las mujeres trans ingieren Estrógenos.

Las hormonas permiten modificar las características biológicas que aparentemente se perfilan como inmodificables. Algunos de los cambios que conlleva esa etapa del tránsito de lo femenino a lo masculino son: redistribución de la grasa corporal desde las piernas y el pecho hacia el área abdominal, crecimiento del vello corporal y facial, engrosamiento de la voz, cambios en el olor corporal, los rasgos faciales se tornan más definidos y adoptan una forma más cuadrada. “La testosterona reafirma cómo pensamos, cómo vemos las cosas, qué nos conmueve y que no... ahora lloro muchísimo menos que antes” (Hombre trans A).

Estos cambios suceden de manera paulatina a lo largo de años, tal y como con un adolescente cisgénero⁹. Cada pequeño cambio es celebrado y contribuye al bienestar psicosocial de los hombres trans, les permite pasar como hombres en la calle y ganar seguridad al tener la garantía de, como afirma un participante: “que mi cuerpo sea leído como yo quiero que lo lea el otro” (Hombre trans B).

En el caso de las mujeres trans, los cambios se reflejan en la redistribución de la grasa corporal, los senos aumentan de tamaño, el cabello y la piel se suavizan, los rasgos se van feminizando, entre otros. “Los comportamientos cambian” (Mujer trans A), “me volví un poco más sensible” (Mujer trans B),

Algunas veces, la experiencia con las hormonas es frustrante pues las expectativas que se ponían sobre ellas eran sobredimensionadas:

“Si usted toma Premarin eso le va a hacer tetas y le va a hacer culo, eso suena encantadorísimo... pero era frustrante porque resulta que yo me las tomaba y no

⁹ El término *Cisgénero* se utiliza para referirse a las personas cuya identidad de género concuerda con su

sexo biológico, se define por oposición a *Transgénero*.

pasaba nada... el imaginario que tienen las personas trans es que se toman la hormona y al otro día amanecen como la más bella de todas... y resulta que eso no pasa y es muy muy frustrante..." (Mujer trans A).

Todos los participantes iniciaron el consumo de hormonas antes de contar con una asesoría médica por distintos motivos entre los que se incluyen la urgencia de sentir cambios en el cuerpo y la larga espera que conllevaba realizar el proceso por el sistema de salud formal. Para consumirlas se asesoraron de médicos amigos, pidieron consejos a otros o buscaron en internet; es importante destacar que no en todos casos fue una decisión apresurada, por ejemplo, el hombre trans B se documentó, por su propia cuenta y de diversas fuentes, durante un año antes de tomar la decisión de inyectarse.

Tres de las personas trans entrevistadas han acudido en algún momento al servicio de endocrinología; en las tres experiencias fue común encontrarse con profesionales que no conocían el tema en absoluto y no sabían cómo interactuar con ellos ni cómo brindarles la atención que necesitaban:

"...me llevó donde un endocrino y me di cuenta que el *man* no tiene ni puta idea de transmasculinidades y me iba a meter un... me dijo, usted lo que necesita es un tratamiento de hormonas cruzado, eso se le hace a las chicas trans, donde me lleguen a hacer eso a mí, el *man* me mata, acaba con mi hígado o sea piensa que estrógenos y la testosterona son como iguales o que no sé en donde micos se le metió su título [risas]... cuando me dijo eso, yo, eeh creo que no volví, le dije mamá: 'ni por el putas voy a volver donde ese *man* y me va a matar' o sea yo dije no estoy dispuesto a ponerme como conejillo de indias de investigación de este señor a ver que le funciona, ni a

bate, fue la única vez que he tenido..." (Hombre trans B).

Encontrar profesionales que carecen de conocimiento sobre procesos hormonales fue común para algunas de las personas entrevistadas y generó en ellxs la percepción de que el acompañamiento en el proceso hormonal dentro del sistema de salud formal es igual de azaroso e intuitivo que por fuera de él, lo que redundó en prácticas de auto administración de hormonas en algunos de los casos.

Al momento de la entrevista solo dos participantes, el hombre trans A y la mujer trans A, se encontraban con un proceso continuo de acompañamiento dentro del sistema de salud. Curiosamente, de lxs entrevistadxs, lxs más jóvenes y cercanos a posturas *queer*¹⁰ y críticas no reciben acompañamiento médico y se auto administran las hormonas.

Servicios quirúrgicos e intervenciones corporales

Las cirugías son procesos de transformación corporal muy importantes para algunas personas trans, en la medida que tienen efectos a nivel legal, por ejemplo, el cambio de la denominación de F o M en el documento de identidad. Este hecho implica grandes beneficios para las personas trans, ya que muchas veces la incongruencia entre la fotografía y el nombre en el documento con el género que allí aparece es motivo para ser objeto de discriminación y violencia en espacios laborales, educativos, recreativos y de salud.

La importancia de estas cirugías podría estar representada en la posibilidad que brindan de modificar aquellos atributos sexuales

¹⁰ *Queer* es un vocablo inglés inicialmente utilizado como un insulto para denominar a las personas con sexualidades anormales, sin embargo, el término fue reapropiado y utilizado

como forma de nominación política; en este apartado aduce al conjunto de teorías que problematizan la naturalidad de la noción de sexo, denominadas como Teoría *Queer*.

aparentemente inmodificables desde los cuales se ha definido la masculinidad y la femineidad en nuestra cultura. Al mismo tiempo, en la posibilidad de obtener seguridad y comodidad, pues mejora la calidad de sus relaciones sexuales y les permite exponer con mayor comodidad el cuerpo, por ejemplo, quitarse la camisa en público al visitar una piscina o una playa en el caso de algunos hombres trans.

Para las personas trans entrevistadas, estas cirugías constituyen pasos muy importantes en sus tránsitos, “sientes que cogiste el mundo a dos manos, te sientes completamente feliz porque es la realización de un sueño... es lo que siempre quisiste” (Mujer trans A). Esta participante, junto con el hombre trans B, más mayores y con mayor acompañamiento médico en sus tránsitos, consideran que este tipo de intervenciones son indispensables en la construcción de su identidad. Mientras que, para el hombre trans B y la mujer trans B, lxs más jóvenes y con posturas más críticas frente a los servicios de salud, las cirugías son una opción que no es indispensable para un tránsito satisfactorio.

Lo anterior permite dilucidar que este tipo de intervenciones influyen de manera notable y positiva en el bienestar psicológico de algunas de las personas entrevistadas, al permitir una mayor satisfacción con relación a la percepción que tienen de sí mismas y la manera en que otros lxs perciben. Sin embargo, este aumento del bienestar no es únicamente dado por las intervenciones quirúrgicas y es posible de ser alcanzado mediante otro tipo de herramientas como la terapia hormonal o la indumentaria.

Patologización

Ni las personas trans ni los profesionales están de acuerdo con la clasificación de las experiencias de las personas trans como un

trastorno mental según los parámetros del DSM-IV y la CIE-10. No obstante, lxs profesionales destacan la importancia de la presencia de este diagnóstico dentro del sistema formal de salud y su uso estratégico en el marco colombiano para que las EPS y el Estado cubran ciertos procedimientos y aseguren ciertos tratamientos, dado que “lo que no es enfermedad no amerita tratamiento” (Psiquiatra A); es decir que sin el diagnóstico de *disforia de género* las personas trans no podrían acceder a los servicios de salud que utilizan para transitar por los sexos-géneros, “si se quita el diagnóstico no hay como garantizar una atención” (Psiquiatra A).

Las personas trans reconocen la ausencia de enfermedad en su condición y al mismo tiempo son conscientes de la importancia estratégica de ser catalogados como enfermos en el sistema de salud formal:

“Ningún médico, ni ningún psiquiatra, ni ningún psicólogo sabe que su paciente trans es loco... no está loco pero es necesario patologizar para regular algunas cosas pero las personas trans somos absolutamente cuerdas... si no me hubiera patologizando seguramente no me estarían atendiendo en mi EPS... no hubiera logrado las cirugías que me tenía que hacer” (Mujer trans A).

Entre los usos estratégicos que permite el diagnóstico se encuentran el acceso a procesos quirúrgicos y endocrinológicos, realizar el cambio de nombre por segunda vez, obtener la libreta militar, facilitar la comprensión y aceptación familiar e incluso ha permitido a niñxs con identidades de género diversas portar el uniforme escolar del sexo con el que se sienten identificados.

Las personas trans entrevistadas no se refieren el proceso de diagnóstico como doloroso o triste, por el contrario, dicen que les produce felicidad pues representa la llave de acceso a procesos de

transformación corporal deseados y la confirmación de sus intuiciones: “No estaba tan loca, no estaba equivocada, sino que por el contrario si estaba segura de lo que era y lo que quería hacer” (Mujer trans A).

Según la Psiquiatra A, los trastornos psiquiátricos generan en quienes los padecen un malestar clínicamente significativo y un deterioro laboral, social y familiar importante. Si bien algunas personas trans sienten un malestar muy grande que podría catalogarse como “clínicamente relevante”, otras no lo sienten o reportan sentir incomodidad e inquietud, sensaciones que no corresponden a lo que se ha denominado en las ciencias psicológicas y psiquiátricas como “malestar clínicamente significativo” o “deterioro en el funcionamiento”. Adicionalmente, este malestar potencial no tiene que ver necesariamente con las características subjetivas sino más bien con la respuesta del entorno frente a la situación particular que viven las personas trans. Estas razones le permiten a la psiquiatra A afirmar que la transexualidad no constituye una enfermedad mental.

La psicóloga A propone una redefinición de los criterios clínicos utilizados en las entrevistas psicológicas y psiquiátricas, y añade que en lugar de evaluar la presencia o ausencia de una condición de transexualidad, estos espacios clínicos deberían orientarse a identificar la red de apoyo, recursos personales y relacionales con que cuenta la persona, y los retos y dificultades que implicaría realizar un tránsito.

Todxs lxs participantes mencionan que cada contexto es diferente y por lo tanto el impacto de la despatologización no sería homogéneo. En países como España el Estado garantiza el proceso de acompañamiento médico; por el contrario, en Colombia, “la única manera en que el

Estado nos cubre, en que medianamente las EPS nos cubren algo, es ‘patologizandonos’ (Mujer trans A).

Sin embargo, para la mujer trans B, la obtención del diagnóstico es un proceso indigno, que produce barreras sociales y aumenta el estigma, esto expone a las personas trans a procesos de auto intervención corporal que pueden poner en peligro su salud e incluso su vida.

Finalmente, el hombre trans B, menciona que a pesar de estar en desacuerdo con la patologización, en este momento facilita la existencia de las personas trans y las visibiliza en el campo de las ciencias de la salud:

“permite que todavía seamos visibles en el campo de la salud... es estratégico, hasta el momento en que las identidades trans sean socialmente reconocidas”, coincidiendo con lo expresado por la mujer trans A: “No estoy loca, eso lo tengo claro, pero no creo que debamos ‘despatologizarnos’, estoy en la línea media”.

A partir de la información compartida por lxs entrevistadxs, tanto profesionales como personas trans manifiestan desacuerdo con las actuales clasificaciones diagnósticas – DSM-IV y CIE-10– y la lectura patológica que hacen de las identidades trans. Sin embargo, dado el contexto colombiano, esta opción es el único caballo de batalla con el que cuentan las personas trans para garantizar el cumplimiento efectivo de sus derechos.

Discusión

A continuación se plantean algunos ejes de discusión que permiten entender la dinámica compleja entre los servicios de salud para transitar por los sexos-géneros en Colombia y las experiencias de vida trans.

Si bien lxs profesionales entrevistadxs son expertos en el tema, receptivos a tránsitos flexibles y respetuosos de las identidades de género de las personas trans, ellos mismos narran que para otros profesionales con quienes trabajan o mantienen contacto, estas experiencias son aún difíciles de entender y abordar, por lo que se cometen muchos errores o se ejecutan prácticas dañinas.

La mirada de algunos profesionales continua siendo el criterio de verdad (Foucault, 1963) para definir si una persona es hombre o mujer. Como señaló la psicóloga A, en la práctica psiquiátrica es común que el certificado de *disforia de género* sea negado cuando la experiencia de la persona no responde a los criterios de feminidad y masculinidad del profesional: “Yo no le veo que usted sea una mujer, entonces si yo no lo veo pues usted no es”.

La reproducción acrítica de estereotipos e imaginarios sobre lo masculino y lo femenino en las prácticas médicas y clínicas se encuentra sustentada por la definición y criterios diagnósticos del DSM-IV, que demarcan el tipo de comportamientos que corresponden a cada género y cuáles no.

A pesar de que algunas experiencias de tránsito no cumplen con requisitos diagnósticos básicos del “Trastorno de la identidad sexual” (APA, 2000), como el malestar clínicamente significativo respecto a las características sexuales secundarias y genitales, en nuestro medio es requisito indispensable contar con este diagnóstico para que el sistema de salud formal pueda acompañar los procedimientos de transformación corporal.

Esta situación lleva a muchas personas, como la mujer trans A, a mentir en las entrevistas psiquiátricas, exagerando ciertos rasgos e hipervigilando su comportamiento para ajustarse a estereotipos de género

vigentes, en concordancia con lo señalado por Coll-Planas (2010b) y Gonzáles-Polledo (2010). Tal y como lo viven algunas de las personas trans entrevistadas y lo señala García (2010), no todas las personas trans sienten malestar “clínicamente significativo” por la genitalidad con la que nacieron, ni sienten como inherente a su experiencia de tránsito un deseo de transformación genital (Coll-Planas, 2010a).

La tendencia a etiquetar las experiencias de las personas trans como patologías responde a una tecnología de producción de subjetividad, un saber-poder psiquiátrico que busca perpetuar el orden social de género demarcando un tránsito finito, de una categoría a otra, con una temporalidad propia, y salvaguardado por la institucionalidad, como señala García (2010). Para ello, cuentan con una serie de agentes y prácticas específicas que acompañan y producen, performativamente, el género del sujeto que se inserta en este protocolo de transformación. En este sentido, la entrevista psiquiátrica, el proceso hormonal, las cirugías realizadas, producen la materialidad de la identidad transexual (Preciado, 2008).

Acceder a procedimientos hormonales y quirúrgicos en Colombia es imposible, por lo menos en una EPS o el SISBEN, sin un certificado que conste un diagnóstico de “Trastorno de la Identidad sexual o Disforia de género”. Partiendo de esta perspectiva, un tránsito “seguro” sólo es posible dentro de un protocolo normativo del género, lo que produce tensiones entre las personas trans y el sistema de salud, ¿Hasta qué punto acompañarme del sistema de salud en mi tránsito me empuja a encarnar una identidad que no quiero construir?, ¿acaso un tránsito seguro implica renunciar a mi autonomía?

Los tránsitos que las personas trans evidencian en sus discursos se

corresponden con unas etapas, ciclos y movimientos constantes, que permiten ir y venir entre las distintas categorías de los sexos-géneros. La vía médica, como lo señala González-Polledo (2010), es recorrida por partes y de manera estratégica.

A pesar de lo expresado por los profesionales entrevistados, la conciencia estratégica que tienen los participantes trans acerca de la patologización los blindo frente a la posible afectación que tienen los diagnósticos psiquiátricos en la vida de las personas, y los ayuda a no sentirse reducidos en su capacidad de agencia, ni cuestionados en su identidad por este ejercicio de poder. Por el contrario, entienden el sentido que tiene el diagnóstico a pesar de considerarlo indigno y estar en su contra. Este rechazo a la identificación de sus experiencias como patologías lleva a algunas personas, como la mujer trans B, a distanciarse del sistema de salud y realizar procesos de intervención corporal con sus propios medios, conocimientos y recursos.

A diferencia de lo que sucede con las intervenciones psicológicas, en las que la duda es posible e incluso fomentada, las experiencias trans enmarcadas en el protocolo médico-psiquiátrico se construyen desde la comprobación y la afirmación, dado que éste busca establecer coherencia y continuidad entre las características anatómicas y las psicológicas, y de este modo obtener mayor legitimidad y legibilidad cultural de su identidad, en un intento por desvanecer las violencias a las que se está expuesto como persona trans.

Por otra parte, las prácticas de intervención psicoterapéutica de los profesionales entrevistados se distancian de una lógica "reconductiva" y centrada en lo patológico, dando espacio al cuestionamiento del

modelo de masculinidad y feminidad que se quiere construir, las dudas acerca del tránsito, la importancia de las cirugías y la administración de hormonas, y la posibilidad de retroceder o arrepentirse.

Lastimosamente este tipo de intervenciones son radicalmente diferentes a las que practican un gran número de psicoterapeutas con los que algunas personas trans entrevistadas se han encontrado, que basan su actuar en prejuicios, lo que induce a la violencia y a prácticas de reconducción de género.

Frente a las experiencias de tránsitos por los sexos-géneros se ha privilegiado la vía individual en detrimento de una mirada integral de acompañamiento psicosocial. Aunque se está lejos de lograr esta perspectiva, se perfilan algunos avances, como el I Foro de perspectivas para el cuidado y salud de personas transexuales, realizado en Bogotá en noviembre de 2012, encuentro que reunió por primera vez a profesionales de la salud mental y personas trans en un mismo espacio, fomentando el diálogo conjunto y que tuvo como fruto un primer bosquejo de una "Guía de buenas prácticas de atención en salud a personas trans".

Específicamente, en el campo de la psicología, es fundamental desarrollar intervenciones y programas de acompañamiento que potencien el papel del psicólogo(a) en procesos de tránsito, como facilitador y acompañante de las dudas, miedos, dilemas, arrepentimientos que surgen y que no encuentran eco en otro espacio; adicional a esto, ofrecer intervenciones teóricamente sustentadas y con una clara orientación ética, en resistencia a las intervenciones intuitivas que han recibido y siguen recibiendo las personas trans al acercarse a espacios de salud.

Los hallazgos investigativos aportan información relevante para la futura construcción de guías de atención trans-amigables y trans-específicas que puedan ser consultadas por el grueso de profesionales de la salud en Colombia, para así disminuir la frecuencia con la que se realizan prácticas transfóbicas.

Finalmente, para algunas de las personas trans entrevistadas es indudable el papel de apoyo que tiene la psiquiatría dentro de los procesos de tránsito y el acceso que permite a otros servicios especializados, como los quirúrgicos y endocrinológicos, por lo tanto, demonizarla y atacarla solo ahondaría las dificultades de atención en salud que viven las personas trans. El reto consiste en capacitar a profesionales para brindar una atención respetuosa e informada, como la que presta la psiquiatra entrevistada, y construir espacios de diálogo entre el sector trans y el sector salud.

Algunas de las discusiones pendientes, abiertas a futuras indagaciones son: el acompañamiento a personas trans en el

marco de un equipo multidisciplinario, el proceso de tránsito y el papel de la psiquiatría y la psicología con relación a niñxs con identidades de género diversas.

A modo de conclusión, si bien la “Disforia de género”, como recurso estratégico ha sido útil en nuestro contexto, garantizar el derecho a la salud de las personas trans debe incluir, necesariamente, un abordaje amplio, integral, de corte psicosocial, que no continúe privilegiando abordajes individuales y psicopatológicos, sino que se articule con las organizaciones sociales del sector y permita un trabajo conjunto, conforme a la idea de que la salud engloba múltiples dimensiones físicas y psicosociales (Godoy, 1999). En conclusión, el bienestar y la salud de personas trans deben involucrar aspectos biológicos, legales, socioculturales, psicológicos, entre otros; dado que, en Colombia, el diagnóstico de “Disforia de género” se queda corto como herramienta para garantizar el derecho a la salud de las personas trans.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Balances y Perspectivas: Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas -LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital*. Bogotá.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC.: Fourth Ed.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC.: Author.
- Bergero, T. Cano, G. Giraldo F. Esteva de Antonio, I. Ortega, M. V. Gómez, M. & Gorneman, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público. *Revista de la AEN*, 4, 90, 2828-2838.
- Coll-Planas, G. (2010a). Introducción. En Missé, M. & Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 15-28). Madrid: Egales.

- Coll-Planas, G. (2010b). La policía del género. En Missé, M. & Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 55-66). Madrid: Egales.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- García, A. (2010). *Tacones, siliconas, hormonas: Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En Simón, M. A. (coord.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-77). Madrid: Biblioteca Nueva.
- González-Polledo, E. (2010). "No sé otra cosa podría ser": Medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En Missé, M. & Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 67-77). Madrid: Egales.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2011). *Estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia, protocolo del estudio*. Versión 7.0 sin publicar, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Plan Obligatorio de Salud -POS-*. Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/pos.aspx>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [OPS].
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.
- Rodríguez Gómez, G. Gil Flores, J. & García Jiménez, E. (1996). *Enfoques de la Investigación Cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe.
- Secretaría Distrital de Planeación. (s.f.). *Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales "Sisbén"*. Recuperado de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ServiciosTramites/SISBEN/QueEs>
- Van Dijk, T. A. (2003). *La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato a favor de la diversidad*. En Wodak, R. y Meyer, M. (comp.). *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 143-177). Barcelona: Gedisa.

Recibido: Marzo 14-2014 Revisado: Octubre 23-2014 Aceptado: Noviembre 4-2014