

**Itinerarios terapéuticos en personas transgénero: propuesta etnográfica en un programa de
atención diferencial en Cali entre 2023 y 2024**

LILIANA BEJARANO BARRAGÁN

Especialista en Medicina Familiar

Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública
Santiago de Cali
2025

**Itinerarios terapéuticos en personas transgénero: propuesta etnográfica en un programa de
atención diferencial en Cali entre 2023 y 2024**

LILIANA BEJARANO BARRAGÁN

Esp. Medicina familiar

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Pública

Director

EDGAR MUÑOZ MORALES

Especialista en Psiquiatría

Magister en Epidemiología

Doctor en Salud

Codirectora

LILIANA ARIAS CASTILLO

Especialista en Medicina Familiar

Magíster en Sexología Clínica

Universidad del Valle

Escuela de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Santiago de Cali

2025

Dedicatoria

A mi hijo Arturo por llegar a recordarme el valor de la ternura.

A mi esposo por su amor, apoyo y compañía durante todo este proceso académico.

A mi madre por su amor, ejemplo, enseñanzas, especialmente sobre el valor de la educación y la perseverancia.

A mi padre Miguel por su paternidad incondicional desde el amor.

A mi hermano por enseñarme sobre el valor de la perseverancia y alcanzar lo que se cree imposible.

Agradecimientos

A las personas trans que participaron en esta investigación por permitirme entrevistarles y confiarme sus historias, sus luchas y temores. Siempre les estaré agradecida por permitirme seguir aprendiendo mientras les acompaño.

A mis pacientes, por la confianza. Ellas, ellos, elles que todos los días en consulta permiten que mi práctica médica sea una constante reflexión entre emociones, aprendizajes, satisfacciones e incertidumbres.

A cada una(o) de la(o)s profesionales entrevistados, por su tiempo, su confianza, su compromiso desde su rol para con cada persona que acompañan.

A mi familia por el amor y las diferentes formas de acompañarme en mi proceso académico.

A mi director de tesis, el profesor Edgar Muñoz, por creer en mi proceso académico, por acompañarme en este viaje desde la comprensión, la crítica reflexiva y el respeto con el tema de investigación. Su compromiso fue fundamental para poder llevar a cabo esta investigación.

A mi codirectora, la Dra. Liliana Arias, por la confianza, las enseñanzas y el apoyo siempre en este proceso de investigación y en mi formación.

A mis amigas Lina y Alexa, por el apoyo incondicional, por las palabras de aliento y el cuidado permanente.

A cada una(o) de mis compañera(o)s de maestría: Alexa, Edwin, Mafe, Giselle, Luz, Estefanía, Yuly y Janet por las ideas, los debates, las conversaciones profundas y superficiales, la complicidad, el tiempo compartido durante la maestría. Por la grata compañía.

A mis profesores de la maestría por su compromiso con la docencia, con la reflexión continua y su disposición permanente para la enseñanza.

Por siempre ¡Gracias!

Contenido

Introducción: ¿Por qué decidí hacer esta etnografía?	12
Planteamiento del problema de investigación	20
Estado del arte	25
Marco teórico.....	31
Modelo biomédico	32
Disforia de género.....	34
Teoría Queer	36
Teoría feminista y su relación con la teoría Queer	40
Proceso afirmativo de género.....	41
Itinerarios terapéuticos.....	44
Objetivos	46
General.....	46
Específicos.....	46
Metodología.....	47
La observación participante.....	47
Itinerarios terapéuticos.....	48
Participantes	50
Criterios de elegibilidad	50
Criterios de exclusión.....	50
Otras técnicas usadas en el trabajo de campo	51
Estrategias de muestreo	52
Contexto del estudio.....	53
Categorías de análisis.....	58
Categorías de análisis.....	59
Plan de análisis.....	62
Análisis de la información	62
Consideraciones éticas.....	63
La ejecución de la investigación.....	65
Consentimiento informado oral	66
Consentimiento informado escrito.....	67
Confidencialidad y custodia de la información.....	68
Conflicto de intereses	69

Socialización de los resultados al finalizar la investigación	69
Descripción de los gastos de personal	¡Error! Marcador no definido.
Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio	¡Error! Marcador no definido.
Descripción del software que se planea adquirir.....	¡Error! Marcador no definido.
Valoración salidas de campo.....	¡Error! Marcador no definido.
Materiales y suministros.....	¡Error! Marcador no definido.
Servicios técnicos	¡Error! Marcador no definido.
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.
Resultados.....	62
Capítulo 1: Experiencia de vida trans el camino entre el reconocimiento, la reflexión y la construcción continua de la identidad de género, más allá de la identificación con el binarismo.....	63
La experiencia de vida trans	66
Los aspectos individuales de la experiencia de vida trans.....	68
La identidad de género	69
El reconocimiento de la identidad por los otros.....	73
Uso del pronombre y nombre como practica relacional:	74
Reconocimiento institucional y tensiones administrativas	74
Resistencias, desigualdades y pedagogías involuntarias	76
De la identidad a las diferentes formas de expresión del género.	77
Necesidades diferenciales en salud en la experiencia de vida trans.	80
Fragmentación del sistema y efectos en los itinerarios terapéuticos	81
Atención diferencial por fuera del sistema de salud	82
Necesidades en salud diferencial identificadas	82
La salud mental en personas trans	83
Patologización y cambios diagnósticos	85
Discursos sociales, estigma y efectos en la salud mental	88
Categoría emergente: sufrimiento emocional.....	88
Procesos afirmativos, atención en salud y afectaciones emocionales	90
Redes de apoyo y acompañamiento psicosocial	91
Proceso afirmativo de género.....	92
Tensiones en la relación médico- paciente.....	93
Proceso de hormonización afirmativa	95
Inicio del proceso de automedicación	95

Expectativas corporales y efectos psicosociales	97
Cirugías afirmativas.....	97
Decisiones, expectativas y significados de las cirugías afirmativas	97
Ventajas, desafíos y procesos de adaptación	98
Barreras de acceso y desigualdades estructurales	99
Prácticas informales y secuelas de intervenciones inseguras.....	99
Tensiones entre el enfoque diagnóstico y el enfoque afirmativo; experiencias situadas.....	100
Discusión teórica: aportes desde la teoría queer	102
Aspectos familiares en la experiencia de vida trans.	103
Procesos emocionales y dinámicas familiares ante el tránsito de género	103
Apoyos familiares formales e iniciativas de acompañamiento	104
Manifestaciones de rechazo, tensiones y violencias en el entorno familiar	105
La salida del closet como proceso estratégico y gradual.....	109
Aspectos sociales en la experiencia de vida trans.	112
Conclusiones del capítulo 1	116
Capítulo 2	119
Cuadro de referencias gráficas	124
Itinerario terapéutico esperado (enfoque biomédico).....	125
Itinerario terapéutico 01 – Amerie	127
Itinerario terapéutico 02 – Ollie.....	136
Itinerario terapéutico 03 – Sandra.....	128
Itinerario terapéutico 04 – Pablo.....	134
Analizando los itinerarios terapéuticos	3
Conclusiones del capítulo 2	140
Capítulo 3:	143
Reflexiones profesionales sobre la identidad de género.....	147
Tensiones en torno a la causalidad de la identidad de género	150
Implicaciones formativas y éticas	152
La formación para profesionales de salud sobre temas de diversidad sexual	153
Reflexiones de las y los profesionales de salud sobre su experiencia con relación a los procesos afirmativos de género	157
Percepciones profesionales sobre la complejidad diferencial de los tránsitos	160
El sufrimiento emocional como categoría transversal	165

La instrumentalización de los cuerpos trans.....	166
Algunas reflexiones finales sobre la atención a personas trans dentro de la estructura del sistema de salud actual	170
Conclusiones del capítulo 3	176
Conclusiones generales.....	177
Recomendaciones para la salud pública	180
Fortalecimiento de la educación en salud sexual integral y diversidad sexual	180
Modelo de atención diferencial: operatividad, intervención a la fragmentación y transdisciplinariedad	181
Estrategias comunitarias para el acompañamiento a personas trans.....	183
Recomendaciones generales para la política pública en salud.....	183
Limitaciones y fortalezas.....	184
Limitaciones	184
Fortalezas.....	184
Investigaciones futuras	185
Referencias bibliográficas	186
Anexos.....	137
Anexo 1: Cronograma	137
Anexo 2: Presupuesto	137
Presupuesto total por fuentes de financiación.....	137
Descripción de los gastos de personal	138
Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio	138
Descripción del software que se planea adquirir.....	138
Valoración salidas de campo.....	139
Materiales y suministros.....	139
Servicios técnicos	139
Bibliografía	140
Anexo 3: Glosario de términos.....	137
Anexo 4: Consentimiento informado escrito.....	140
Anexo 5: Carta aval del Comité de ética	145

Resumen

La presente etnografía explora, desde las voces, experiencias y trayectorias de vida de las personas transgénero, la construcción de los itinerarios terapéuticos que emergen en el marco de sus procesos afirmativos de identidad de género. La observación participante se realizó durante un año, en la ciudad de Cali y dentro del programa Campus Diverso de la Universidad del Valle, reconocido a nivel municipal como un referente de atención integral para esta población en el contexto universitario. El trabajo de campo incluyó entrevistas a diferentes actores de los servicios de salud que están articulados con la atención diferencial de la población trans.

En un sentido analítico, se articulan elementos de la antropología médica, la salud pública y la práctica clínica (psiquiatría, endocrinología, sexología, psicología, trabajo social y medicina familiar), para explorar los marcos culturales, sociales e institucionales que determinan el acceso, la atención y la respuesta sanitaria para esta población.

Esta etnografía evidencia las tensiones existentes entre las experiencias encarnadas de quienes transitan procesos de afirmación de género, los contextos familiares y sociales en donde se enclavan estos procesos y el sistema médico en general que vela por la atención integral de la salud de esta población. De esta manera, los resultados muestran como existe una preferencia por la discusión de cuestiones de orden técnico-científico (en términos de la evidencia médica y/o agendas políticas) y una menor atención al sufrimiento social visible en todas las fases del proceso.

Desde una perspectiva crítica de salud pública, los hallazgos contribuyen a visibilizar la inequidad sanitaria específica que acompaña los procesos afirmativos de género y plantean orientaciones para el diseño de estrategias de intervención más justas, inclusivas y culturalmente sensibles, orientadas a reducir dichas inequidades que afectan a la población transgénero estudiada.

Palabras clave: itinerarios terapéuticos, afirmación de género, etnografía, sufrimiento social.

Abstract

This ethnography explores, through the voices, experiences, and life trajectories of transgender people, the construction of therapeutic pathways that emerge within the framework of their affirmative gender identity processes. Participant observation was conducted over a year in the city of Cali, within the Campus Diverso program of the Universidad del Valle, recognized at the municipal level as a leading provider of comprehensive care for this population. Fieldwork included interviews with various stakeholders in the health services that provide specialized care to the trans population.

Analytically, elements of medical anthropology, public health, and clinical practice (family medicine, psychiatry, obstetrics and gynecology, endocrinology, psychology, and social work) are integrated to explore the cultural, social, and institutional frameworks that determine access to, care for, and the healthcare response for this population.

This ethnography reveals the tensions between the lived experiences of those undergoing gender affirmation processes, the family and social contexts in which these processes are embedded, and the medical system in general, which is responsible for the comprehensive healthcare of this population. The results show a preference for discussing technical and scientific issues (in terms of medical evidence and/or political agendas) and less attention to the social suffering visible at all stages of the process.

From a critical public health perspective, the findings contribute to highlighting the specific health inequities that accompany gender affirmation processes and offer guidelines for designing fairer, more inclusive, and culturally sensitive intervention strategies aimed at reducing these inequities affecting the transgender population studied.

Keywords: therapeutic pathways, gender affirmation, ethnography, social suffering.

Introducción: ¿Por qué decidí hacer esta etnografía?

Mi experiencia durante el ejercicio profesional de la Medicina y el posgrado de Medicina Familiar me ha llevado a tener contacto con personas, en su mayoría adolescentes y adultos jóvenes. Al egresar del posgrado, comencé mi labor docente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) primaria de la ciudad de Cali en la estrategia “servicios amigables”, cuyo objetivo es brindar atención integral con enfoque preventivo a adolescentes y adultos jóvenes (personas entre los 10 y los 26 años), en donde interactuaba también con profesionales de la salud: auxiliares de enfermería, psicología, trabajo social, medicina general y personal administrativo de la entidad. Casi que al mismo tiempo fui contratada para integrarme al equipo de profesionales de Campus Diverso en la Universidad del Valle, cuya población se ubica en el mismo curso de vida, y el énfasis de mi rol profesional estaba puesto en la atención médica diferencial y participación en el diseño e implementación de acciones afirmativas para las personas con identidades de géneros, orientaciones sexuales y corporeidades diversas (IG/OS/CD) en el contexto universitario.

En ambos escenarios realizaba atención a las necesidades sobre el tema de salud sexual que incluyen la diversidad sexo-género y a pesar de que en Campus Diverso la interacción era menos tensa porque los temas se trataban explícitamente, “menos ocultos”, los retos para la atención fueron aumentando en dificultad, especialmente cuando comprendí la complejidad que implica atender las necesidades diferenciales en salud. Esta complejidad se hizo especialmente evidente en la atención a la población transgénero (personas cuya identidad de género difiere del sexo y/o género asignado al nacer). Aunque yo tenía una información técnica y teórica sobre el tema, en la práctica casi todo era nuevo y lo teórico se quedaba corto al momento de intentar resolver u ofrecer opciones en salud pertinentes. Desde ese entonces vengo pensando en la necesidad de comprender mejor las dinámicas de vida de la población trans, cuáles han sido sus hitos, las dificultades que han afrontado y sobre todo el tipo de sufrimiento que atraviesan, pues más allá de las discusiones técnicas alrededor del transexualismo, muy tempranamente observé que sus relatos, sus formas de referirse al sistema de salud y/o al campo médico en general no necesariamente eran positivas. Muchas observaciones preliminares me llevaban a pensar que existían dificultades que quizás conformaban algún tipo de inequidad sanitaria.

Por ejemplo, cuando me refiero a que el tema de la diversidad lo encontraba “menos oculto en el contexto de Campus Diverso”, quiero decir que, en las consultas médicas de las IPS o, incluso, en

los servicios amigables, veía cómo el tema de la sexualidad quedaba implícito en los motivos de consulta.

Durante mi ejercicio profesional he visto cómo la atención que se realiza por medicina general es en muchos casos superficial. En varias ocasiones se realizan las preguntas “de rutina” establecidas en los formatos prediseñados de la historia clínica y no se amplían aspectos fundamentales de las experiencias de vida que incluyan preguntas sobre la sexualidad (hábitos, costumbres, creencias, expectativas) tras las respuestas obtenidas. No puedo asegurar cuáles son las causas de este comportamiento; pero, desde mi propia experiencia y lo que he logrado percibir, creo que se relaciona con una suerte de incomodidad al abordar el tema, ya sea por temor al preguntar, así como pocas posibilidades de profundizar o encontrar otras formas de intervenciones que las puramente asociadas a intervenciones médicas (por ejemplo, tratamientos médicos-farmacológicos, solicitud de exámenes, etc.).

Este comportamiento lo observaba tanto en las y los profesionales de medicina general, como en los residentes de segundo año de especialización en medicina familiar que llegaban a la rotación de adolescentes y percibía marcadamente en ellos una necesidad de tratar con intervenciones médicas (farmacológicamente) cualquier situación que se presentaba, incluyendo aspectos de la sexualidad que podrían abordarse desde otras perspectivas, especialmente preventivas.

En ese sentido, recuerdo un caso de atención de un adolescente que estaba entrando en el proceso de exploración de la sexualidad a través de la masturbación y la madre expresaba su preocupación por el tema. Durante la atención, percibía una dificultad terapéutica por parte de las y los médicos internos y residentes, puesto que, dado el motivo de la consulta, no les era posible acercarse al caso a través de una intervención farmacológica o de protocolos médicos y el poco nivel de experiencia con el manejo clínico de una conducta esperable para la edad, disminuía la posibilidad a la persona que atendían de aprovechar este espacio de consulta para ejecutar acciones preventivas y de educación para la salud.

Es decir, es posible en estas consultas aclarar tanto al adolescente como a su madre que la masturbación es una conducta normal, esperable para la edad, lo cual suele aliviar la culpa que, en algunos contextos, esta exploración puede generar. Al mismo tiempo, estas consultas permiten brindar información más amplia sobre las situaciones que podrían provocar asociaciones negativas, como el establecimiento de creencias y prejuicios como la vergüenza o temor por la

exploración del cuerpo, de la sexualidad, la asociación de las dudas frente a la sexualidad como temas vetados, susceptibles de castigo y referencias negativas, incluyendo el reforzamiento de acciones que pueden generar impacto negativo en la vivencia de la sexualidad a largo plazo, como por ejemplo el uso excesivo de la pornografía, el cual puede distorsionar la percepción de la sexualidad humana hasta niveles absurdos.

Otros aspectos importantes de estas consultas consistían en invitar al adolescente a consultar sobre cualquier duda sobre su corporalidad y salud integral, así como, cuando identificara que estaba próximo a iniciar su vida sexual, poder usar el espacio en consulta para aclarar dudas frente a la vivencia de la sexualidad, a conocer la importancia del uso del preservativo (y la técnica adecuada), como también la regularidad con la que se le recomienda realizarse pruebas de tamizaje para infecciones de transmisión sexual (ITS).

De igual manera, para la madre preocupada, es un buen momento de ampliar las respuestas a sus dudas, procurando que el adolescente encuentre en su vínculo primario la posibilidad de confiar cuando tenga una situación problemática. Insistir a la madre en la importancia del respeto a la intimidad y la importancia de que el adolescente encuentre en su hogar un espacio seguro para explorar sus dudas e inseguridades y que también encuentre en la consulta un segundo espacio donde puede traer dichas dudas resultaba clave para cerrar la atención (cierre que aplica tanto para pacientes, sus parejas o sus padres).

Uno de los aspectos más llamativos a los que me enfrenté al abordar esta población (adolescentes, jóvenes) en mis primeras consultas fue la dificultad para lograr el *rapport*¹ cuando los motivos de consulta tenían que ver con la sexualidad, específicamente con aspectos de la diversidad sexual. El ejercicio mismo de la exposición a esta población específica fue generando un proceso de autopedagogía que me permitió encontrar respuestas y estrategias para las necesidades que iba encontrando en la cotidianidad de la consulta médica, así como herramientas que empecé a transmitir a las y los estudiantes que están bajo mi supervisión en los espacios clínicos donde laboro.

¹ **Rapport** también se encuentra bajo los términos: alianza o relación terapéutica. Se refiere a establecer una relación consciente y activa entre el paciente y el terapeuta, a través de la cual se establece empatía, comunicación, colaboración, comprensión y respeto mutuo. (Leach 2005)

Esta necesidad de abordaje, más parecido a la consejería o a la consulta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fue un desarrollo que en mí tardó tiempo en generarse, pues, al igual que el grupo de estudiantes, al inicio, mi enfoque aprendido consistía en un arsenal de protocolos médicos y un buen vademécum para formular.

El tiempo transcurrido entre el inicio de mi práctica médica y el desarrollo de las habilidades terapéuticas necesarias para atender este tipo de preguntas de las personas y la dificultad (o quizás resistencia) que encontraba en diferentes estudiantes de diferentes grados de formación me llevaba a pensar de nuevo en la inequidad sanitaria y en las relaciones que tienen la formación médica, el modelo de atención y el contexto del sistema sanitario que enmarca tanto a los profesionales de la salud como a la población general, en la conformación del sufrimiento social cuando la consulta se corresponde con un tema de la sexualidad humana.

Posteriormente, al ingresar a la maestría y enfrentarme a la necesidad de desarrollar una investigación con enfoque en salud pública, surgió en mí la idea de abordar la diversidad sexual, intuyendo su pertinencia sanitaria a partir de mi experiencia laboral en Campus Diverso, puesto que esta población suele enfrentar barreras de acceso a los servicios de salud, estigmatización y desigualdades en la atención. Sin embargo, me encontré con varios desafíos en el entorno académico que me llevaron a precisar y delimitar con mayor claridad el tema específico sobre el que deseaba trabajar.

Inicialmente, mi comprensión de la investigación estaba basada en la cercanía que tuve durante mi formación académica, generalmente basada en estudios observacionales: descriptivos o analíticos, todos con enfoques cuantitativos; sin embargo, esta aproximación no me permitía definir totalmente lo que quería investigar. En esa búsqueda encontré en algunos docentes la posibilidad de ir aclarando cada vez más el tema de investigación hasta decantar la opción de ubicar una población específica en medio de esto que yo denominaba “diversidad sexual”; fue así como decidí que la población objetivo serían las personas trans. Una vez esto claro, la pregunta que surgía era específicamente, ¿cómo podría ser estudiada dicha población desde un lente salubrista? Surgió entonces la necesidad de conocer las vivencias, decisiones, rutas y expectativas frente a sus procesos afirmativos de género.

Conversando en una asesoría con un docente que se dispuso a escuchar con atención mi tema, surgió la categoría de “itinerarios terapéuticos”, que se ajustaba muy bien a una manera de

acercarse a resolver esta primera duda. Ríos Camargo y Urrego Mendoza (2021) plantearon la definición de itinerarios terapéuticos como:

Procesos de exploración de las diferentes decisiones que se toman a lo largo de un proceso de atención sanitaria e incluyen todas las prácticas de cuidado individual, social y cultural que se llevan a cabo durante la interrelación de estos aspectos. La descripción de estos procesos dibuja un complejo entramado o red de decisiones que tiene como asidero general la experiencia personal del consultante

El proceso se me hizo más complejo cuando empecé a descubrir que el tipo de estudio al que me enfrentaba era de tipo cualitativo. Inicialmente, consideré que no debía “complicarme la vida”, pues ya había tenido alguna experiencia con estudios cuantitativos; sin embargo, para esta ocasión, este tipo de estudios no podrían aproximarme asertivamente a mi tema de investigación.

Para mi sorpresa, la forma de proceder de la investigación etnográfica, que consiste en meterse a un campo, extraño o conocido, observar, apuntar aquello que impresiona y luego analizar las razones por las cuales este dato ha sido consignado, no me era tan ajena como yo inicialmente lo consideraba. Resultó que, al menos desde el inicio de mi vida laboral en Campus Diverso, venía tomando apuntes de las situaciones que me eran relevantes en la atención con las personas que acompañaba en el programa.

Esta conducta, que no es la típica del campo médico, surgió como recomendación de mi terapeuta, quien venía atendiéndome desde la época de posgrado en medicina familiar y que, quizás intuyendo que mis preguntas apuntaban a un proceso de investigación y/o haciendo eco de su formación sociológica, me había recomendado llevar una libreta de apuntes de mi práctica clínica. Tiempo después, en una de las asesorías de mi tesis comprendí que de alguna manera estas notas y reflexiones personales sugeridas en la terapia eran un acercamiento decidido al método de investigación etnográfico en donde ponía en cuestión, desde lo reflexivo, mi posición cotidiana dentro el campo médico donde ejercía mi consulta.

De esta manera, con el apoyo de mi tutor, fui descubriendo que la etnografía podría ser un camino interesante para el abordaje de estos itinerarios terapéuticos. El diseño etnográfico me permitía ver los itinerarios terapéuticos no solo como decisiones médicas, sino también como construcciones culturales, sociales, simbólicas y emocionales; en ese sentido, en el trabajo de campo podría contrastar tanto lo expresado verbalmente por las personas como lo observado por mí como

terapeuta en el proceso mismo de reconstruir dichos itinerarios. Esta metodología me permitía también reflexionar constantemente sobre mis acciones en el campo y así, reposicionar constantemente mi rol tanto como investigadora en salud como terapeuta clínica “experta” en el tema.

Metodológicamente la propuesta para esta investigación estuvo encaminada tanto a rescatar el valor de los itinerarios terapéuticos de las personas trans en sus procesos afirmativos de género dado que estos permiten una exploración de las experiencias de vida las personas trans, sus pensamientos, decisiones y comportamientos de acuerdo a lo que identifican como necesidades en salud y como gestionan recursos para alcanzar los objetivos que tienen, así como permitirme desde lo reflexivo y analítico poner en conversación mi análisis frente a mi experiencia como persona a quien algunas de ellas recurren en el proceso de esta búsqueda de soluciones y en otros casos como espectadora de procesos afirmativos de género desde otros espacios no exclusivamente anclados a la consulta.

Considero que desde esta metodología es posible destacar que cada historia de vida de las personas trans, así como sus procesos de transición, son diferentes. Incluyendo el tema de la identidad de género, aunque responde a un concepto puntual, se desarrolla en cada vivencia de forma particular que depende del contexto que rodea a cada persona (recursos personales, económicos, familiares y sociales); sin embargo, la estructura del sistema de salud juega un papel fundamental en aquello que se permite y no se permite en este contexto.

Algunas experiencias de vida trans pueden ser percibidas socialmente como “iguales o parecidas”, especialmente en lo que respecta a sus procesos afirmativos de género; sin embargo, como toda experiencia de vida, tiene unos aspectos que no solo la caracterizan, sino que la hacen de una complejidad diferencial, donde la investigación cualitativa puede permitir acercarse a su comprensión desde la exploración (a través de los procesos de zoom in y zoom out).

De esta manera, mi recorrido por la clínica en la medicina familiar, mi propio proceso terapéutico y las preguntas poblacionales surgidas a lo largo del tiempo fueron configurando una forma de pensar salubrista del tema trans en donde sobresalían las preocupaciones por la equidad sanitaria, la mirada despatologizante y centrada en el sufrimiento social y las relaciones de la agenda política trans (que no necesariamente es sinónimo de experiencia de vida trans) con el sistema sanitario colombiano.

Esta forma de pensar el tema se fue decantando en esta tesis, que con el paso del tiempo fue cambiando en sus objetivos y procederes. Mirando en retrospectiva el trabajo realizado, podría decir que, si bien es cierto que la salud pública me brindó las herramientas conceptuales para pensar el tema en clave poblacional, el trabajo de campo me enseñó a leer en lo cualitativo de una historia personal el mundo social en donde se enclava la salud.

En ese sentido, teoría, técnica y metodología se enlazan (o tratan de enlazarse) interdisciplinariamente en este trabajo sobre un tema polémico, difícil y técnicamente complejo y que ante todo representa para mí una oportunidad de hablar del sufrimiento social que suele pasar inadvertido y que esta tesis pretende al menos visibilizar de manera realista y contextualizada desde el campo de la salud.

La elección de la teoría a través de la cual realicé la investigación requirió considerar una comprensión amplia de la categoría de identidad de género, para lo cual decidí realizar el análisis usando la teoría queer. Al mismo tiempo, comprendí que para dar respuesta a mi pregunta de investigación requería el uso de una metodología cualitativa en donde confluyó tanto el tema de reconstrucción de itinerarios terapéuticos a partir de la exploración de las experiencias de vida de las personas trans entrevistadas, así como el enfoque etnográfico que me permitió incluir mi voz para triangular dichas experiencias con la mía a través de la observación participante, tanto en mi ejercicio de atención, asesoría y/o acompañamiento a esta población, así como en otros espacios de intervenciones colectivas lideradas por Campus Diverso donde las personas trans participaron. De esta manera pude realizar un análisis desde lo particular a lo general que me permitió dialogar en clave de identificar las necesidades resueltas y no resueltas de esta población con una mirada desde la atención en medicina familiar hasta una perspectiva de salud pública.

Aquí hay una particularidad del proceso iterativo y reflexivo que quiero exponer, dado que dentro de los criterios de inclusión yo solía escribir que para esta investigación tendría en cuenta únicamente las personas trans cuyos procesos afirmativos de género fueran exclusivamente binarios. Para el momento en que lo escribí había tenido solo algunas experiencias de atención de personas con identidad de género trans no binaria y la poca experiencia en el tema me hacía sentir temor de extender el alcance de la investigación. También debo decir que ingenuamente pensaba que estos tránsitos eran escasos; pero, actualmente encuentro que cada vez es más común que las personas se identifiquen en uno o más géneros al mismo tiempo, lo que me demuestra que como

dinámica social el tema trans es necesario que se piense, se estudie y se reposicione como un tema inherente a la salud colectiva.

Debo declarar que mi posicionamiento en el campo de esta investigación se ubica a partir de mi identidad de género como mujer cisgénero, mi orientación sexual como heterosexual y los roles actuales que atraviesan mi forma de ver el mundo como madre, feminista, médica familiar, docente y maestrante de salud pública. Posición desde donde tengo un compromiso ético político por reconocer los logros de las luchas de las feminidades y las personas con IG/OS/CD a través de la historia, así como los desafíos que enfrentamos socialmente en materia de derechos humanos, especialmente en el escenario mundial actual. En este sentido, creo que, además de ser una tesis de maestría, para mí constituye una reflexión profunda sobre el tema de la diversidad sexual, especialmente de género. Temas en los que a menudo se encuentran resistencias a la hora de ampliar la discusión con otros saberes (desde las posturas personales y profesionales) fuera del enfoque biomédico en el contexto académico al que pertenezco. Por esto, considero no solo necesario, sino urgente promover que se continúe este diálogo ampliado donde todas las voces puedan ser escuchadas, con lo que le apuesto a una mayor probabilidad de encontrar respuestas a aquellas situaciones que, a pesar de múltiples acercamientos, diagnósticos y estrategias, aún no parece abordarse afirmativamente hacia la resolución de las necesidades diferenciales de las personas trans.

Planteamiento del problema de investigación

En Colombia se han desarrollado diferentes investigaciones para analizar la situación de salud de la población sexualmente diversa. Algunas investigaciones son de tipo cualitativo, las cuales intentan exponer las vivencias de las personas LGBTIQA+ (a lo largo de este documento encontraremos diferentes formas de enunciar a esta población: LGBTIQA+, diversidad sexual, diversidad sexo-género o personas con Identidades de Géneros, Orientaciones Sexuales y Corporeidades Diversas IG/OS/CD), especialmente las personas trans frente necesidades identificadas como educación, trabajo y salud (Beltrán J. 2020). Otras publicaciones por parte de algunas especialidades se han enfocado en la creación de protocolos y rutas de atención para las personas trans desde una perspectiva biomédica donde los diagnósticos son un requisito para el acceso a cualquier servicio en salud (Jiménez JL y Cols. 2017) (Sierra AM y Cols. 2023). Algunos trabajos de investigación, especialmente de áreas como la psicología (Báez L, 2013), el derecho (Castañeda A y Cols, 2020), entre otras, resaltan la vulnerabilidad de los derechos humanos que vive esta población y cuestionan el hecho de la patologización de la vivencia trans.

En Colombia según datos del 2022, el 1,3% de personas tienen identidad u orientación diversa (DANE, 2022). Aproximadamente 105.000 hombres son gays, 56.000 mujeres lesbianas, 85.000 personas bisexuales y el 0,05% se identificaron como transgénero (10.000 personas) (DANE, 2022). Estadísticas que pudieran presentar un subregistro dado que la literatura científica al respecto enfatiza que la expresión de una identidad u orientación sexual diversa todavía acarrea consecuencias negativas a nivel social como la discriminación o el estigma (Monteiro S., 2019).

Frente a esta situación, el sistema de salud colombiano ha planteado la necesidad de brindar atención con enfoque diferencial que garantice el acceso a los programas de salud sexual y reproductiva de esta población (PDSP, 2012-2021); sin embargo, este esfuerzo no ha sido suficiente para que las personas transgénero perciban acceso efectivo a los servicios de salud para resolver sus necesidades diferenciales, lo cual es señalado por muchas organizaciones como una vulnerabilidad asociada específicamente a la expresión de una identidad de género diversa (ONG CES-MUMS, 2009) (OPS y Cols., 2015).

En ese sentido, la literatura muestra que dentro de la población con IG/OS/CD, las personas transgénero son quienes registran mayores riesgos en salud, tanto física como mental. Entre estos

riesgos se encuentran: mayor probabilidad de enfermedades mentales graves (depresión, ansiedad, suicidios), mayor riesgo de enfermedad de transmisión sexual (Magno, Laio et al., 2019) y alta exposición a situaciones de violencia, incluso al interior de sus propios entornos (Wirtz AL., et al., 2020). Adicionalmente, la carga de estigma y discriminación sexual se ha relacionado con limitaciones de acceso a los servicios de salud. Dada la alta prevalencia de enfermedades mentales, una de las necesidades prioritarias en la atención a esta población es la disponibilidad de atención en salud mental con formación en diversidad de género (Newcomb, M., 2020).

Las personas transgénero tienen una condición de vulnerabilidad que está en relación con el grado de aceptación y/o apoyo a nivel individual, de pareja, familiar y social, en la construcción de su identidad. Entre las situaciones más comunes están la discriminación, la tendencia a la exclusión de los grupos sociales (familia, amigos, entornos educativos-deportivos, entre otros), violencias motivadas por la intolerancia, entre otros factores. Como consecuencia de este, aparecen otros riesgos adicionales como la enfermedad mental: trastornos del afecto (depresión, ansiedad), consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo, drogas de abuso), entre otros (Alarcón C. y Cols. 2016).

Es necesario comprender que los roles de género puestos en cuestión por estas comunidades (especialmente la comunidad trans) se cruzan con otros vectores sociales como el estigma, los problemas de clase, la sexualidad y especialmente las dificultades para interactuar con un sistema sanitario que no valida los discursos activistas y antepone los criterios biomédicos en el análisis de las diversas situaciones de salud que presentan (Spurlin WJ., 2019).

En este sentido, el impacto social para este grupo poblacional es negativo, con limitaciones para el acceso a la educación, al trabajo, a la recreación, a la asistencia en salud, entre otras necesidades básicas y en consecuencia quedan relegados a trabajos estereotipados como la peluquería, la estética, así como trabajos de riesgo: el trabajo sexual, el microtráfico, entre otros. (McCann E., 2018). Es de anotar que las mujeres transgénero tienen mayor probabilidad de estar expuestas a estos riesgos (Magno, Laio et al., 2019).

Uno de los temas de mayor controversia en la atención sanitaria consiste en los llamados procesos de transición como mujer u hombre trans o identidad no binaria, también llamado proceso afirmativo de identidad de género, el cual requiere idealmente, el acompañamiento médico para la prevención de complicaciones derivadas del mismo (SDPB, 2018). La mayoría de estos

procedimientos y abordajes médicos son entendidos desde el concepto de disforia de género, el cual está anclado al discurso biomédico en donde la presentación clínica es el resultado de un conflicto individual asociado a los deseos de identificación con otro género. Este abordaje no explica cómo se construyen las subjetividades en esta población y limita la experiencia trans a un discurso (hegemónico), en el mejor de los casos al ser tratados como enfermos (Spurlin WJ., 2019).

Múltiples voces de las personas trans a través de los colectivos trans del país han manifestado que su situación individual, familiar y social esta atravesada por dificultades que limitan la posibilidad de una vida digna (Rocha C. y Cols. 2022). De este mismo modo sus necesidades diferenciales en salud no son resueltas (Martínez J y Cols, 2021). Esta situación constituye un problema de Salud Pública, especialmente porque cuentan con una acumulación de factores susceptibles de ser intervenidos desde la atención en salud, lo que podría aportar en el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional.

El impacto de esta brecha entre las necesidades, el acceso y la calidad de la atención en salud constituye factores que explican varias consecuencias negativas en el bienestar de esta población. Del orden médico se puede nombrar la automedicación, la exposición a intervenciones corporales artesanales, la falta de evaluación de factores de riesgo diferenciales, la atención tardía de situaciones prevenibles o susceptibles de tratamiento tempranamente, enfermedades mentales no diagnosticadas (Bockting, W, Keatley, J, OPS, 2011) (WPATH, 2022). Del orden administrativo, la dificultad para acceder a la afiliación al sistema de seguridad social, la presencia de barreras para el acceso a servicios de salud (la negación de servicios y/o autorizaciones, los reprocesos), entre otros (SDPB, 2018). Del orden económico, los gastos de bolsillo y las pérdidas económicas derivadas del tiempo de vida perdidos tras las situaciones de discapacidad en caso de presentarse, entre otros. Del orden social, el reforzamiento de la percepción de exclusión, el autoestigma, el estigma, la discriminación al no recibir trato digno en los servicios de salud y las situaciones de violencias a las que se exponen con frecuencia (Arredondo-López, AA, 2020) (Colombia Diversa, 2019).

Se conoce poco sobre el papel que juega la atención primaria en salud en la salud de las personas trans. La mayoría de los datos se obtienen de los informes elaborados por los colectivos de personas con IG/OS/CD y fundaciones afines que, organizadas en torno a las necesidades de esta población, intentan evidenciar las situaciones que se presentan y que constituyen barreras para la

atención, el acceso y la posibilidad de recibir atención en salud de calidad. Describen generalmente que el personal de salud “no tiene formación sobre diversidad de género” (Arredondo-López, AA, 2020), lo que se traduce en que la atención en salud no garantiza la solución de las necesidades integrales de estas personas. Una categoría que podría llegar a considerarse es la percepción de la diversidad que cada persona que conforma el personal de salud puede tener, pues esta podría traducirse en conceptos atravesados por los preceptos o creencias aprendidas o de orden religioso que se manifiestan como prejuicios y que pueden generar que se limite la atención en salud.

Dada la tendencia de publicaciones con enfoque biomédicos en nuestra región (Sierra y Cols. 2022) (Ocampo S. y Cols. 2020) que requiere del uso de los diagnósticos (ej. disforia de género) como categoría central explicativa y en la cuantificación de información sociosanitaria para medir la magnitud del problema desde la perspectiva de los servicios de salud, este estudio pretende explorar a través de la etnografía y desde las propias voces, vivencias, experiencias de las personas trans y profesionales, la forma como el sexo, el género, las presentaciones y diagnósticos clínicos y otras categorías asociadas a la dinámica social de esta población intervienen para la configuración de un itinerario terapéutico. Esto podría ayudar a comprender no solo la experiencia de vida de estas personas, sino también a comprender cómo esta población construye (y reconstruye) una subjetividad a través de la interacción con las diferentes opciones que encuentran o no en los servicios de salud, en su red de apoyo y su comunidad.

En ese sentido, este estudio reconstruye los itinerarios terapéuticos (Auge M, 1985-1986) (Florêncio LLF, et al. 2021) (Mattosinho y Silva, 2007), entendiendo que estos se corresponden con los procesos de exploración de las diferentes decisiones que se toman a lo largo de un proceso de atención sanitaria e incluyen todas las prácticas de cuidado individual, social y cultural que se llevan a cabo durante la interrelación de estos aspectos. La descripción de estos procesos dibuja un complejo entramado o red de decisiones que tiene como asidero general la experiencia personal del consultante (Ríos Camargo y Urrego Mendoza, 2021) (Florêncio LLF, et al., 2021) (Mattosinho y Silva, 2007).

Desde la perspectiva de la salud pública, este estudio contribuye a la construcción de una mirada amplia de la intervención sanitaria enfocada a la población trans, que propenda por la comprensión del fenómeno más allá del discurso técnico médico centrado en la disforia de género y la cirugía afirmativa como último eslabón del proceso afirmativo de género, para de esta manera ahondar en

la atención del sufrimiento social de la población trans y en la atención de las inequidades sanitarias encontradas durante el trabajo de campo.

En consecuencia, este proyecto responde a la pregunta: ¿Cómo las personas transgénero construyen sus itinerarios terapéuticos para garantizar el proceso afirmativo de género en la ciudad de Cali entre 2023 y 2024?

Estado del arte

Las personas transgénero hacen parte del grupo de personas con identidades de géneros, orientaciones sexuales y corporeidades diversas (IG/OS/CD). Actualmente se define como persona trans a aquellas personas que no se identifican con el sexo y/o género asignado al nacer y esta situación les genera disforia (incomodidad-insatisfacción) (Clements-Nolle K. et al. 2001). La categoría de persona trans incluye a las personas transgénero, transexuales y travestis (Lombardi E, 2001).

En Colombia se cuenta, dentro de la normatividad de la prestación del servicio de salud, con los enfoques diferenciales donde se incluyen, el enfoque de género y las acciones afirmativas (MINSALUD, 2021) (MINSALUD, 2022), sin embargo, la realidad ha mostrado que la discriminación, las violencias y el estigma en las personas con IG/OSD especialmente las personas trans sigue siendo una barrera para acceder a los servicios de salud y estas barreras tienen un origen multifactorial (Ritterbusch AE et al. 2018).

No son muchos los estudios realizados sobre itinerarios terapéuticos en personas trans, sin embargo, en Brasil se han realizado algunos entre los que se destaca un estudio realizado por Ferreira L. y colaboradores en Brasil en 2021 sobre el itinerario terapéutico de las personas transexuales en búsqueda de atención médica a la luz de los derechos humanos desde la perspectiva de los pacientes. Entrevistaron a 10 pacientes que se identifican como transexuales en el Hospital Universitario de Pernambuco. Usaron como referente teórico la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Encontraron cuatro categorías principales como: 1) Poca demanda de servicios de salud por parte de personas transexuales. 2) Uso del nombre social en los servicios de salud. 3) Prejuicios y discriminación manifestados en la atención en salud. 4) Poca preparación de los profesionales para abordar los problemas de salud de las personas transgénero. Entre los hallazgos destacaron la vulneración de los derechos humanos a través del estigma, los prejuicios, las limitaciones en el acceso en la prestación de servicios de salud. Concluyen que conocer el itinerario terapéutico puede aportar en la evaluación de los servicios de salud, así como en la propuesta de reorganizarlos. (Florêncio LLF. Et al. 2021)

En esta misma línea, el estudio de Carrara S. y colaboradores, sobre “Itinerarios en construcción corporal y salud: una encuesta entre personas trans y travestis” realizada en Río de Janeiro Brasil

en 2019. Realizaron la aplicación de la encuesta “Trans UERJ: Salud y ciudadanía de las personas trans en Brasil” a 391 personas con diferentes identidades y orientaciones sexuales, así como diferentes características sociodemográficas (nivel socioeconómico, escolaridad). Los objetivos del estudio fueron la caracterización de la población trans/travesti y conocer la manera como estas personas acceden a los servicios de salud, la terapia afirmativa de género (hormonización y procedimientos quirúrgicos) y a la garantía de derechos ciudadanos. Entre los hallazgos encontrados resaltan el riesgo para la salud de esta población que recurre a la automedicación ante la falta de atención especialmente en el proceso afirmativo de género (hormonal y quirúrgico). Concluyen que el sistema de salud en Brasil (público y privado) tiene limitaciones para atender las necesidades diferenciales de las personas trans, travestis y no binarias. Tienen pocos centros de salud (cinco) donde se ofrece dicha atención. (Carraga S et al. 2019)

Otra motivación de la investigación ha sido las diferencias entre los procesos afirmativos según la identidad de género, así, el estudio de Kennis M., y colaboradores en Países Bajos en 2022, realizaron un estudio con el objetivo de conocer si existen diferencias entre el deseo de tratamientos médicos afirmativos de género entre las personas transgénero binarios y no binarios, así como evaluar si existe alguna asociación entre la realización del tratamiento que se desea con el bienestar sexual y general. Realizaron una encuesta en línea a 259 personas compuestas por 125 hombres transgénero, 72 mujeres transgénero y 62 personas transgénero no binarias. Entre los resultados relevantes, encontraron que las personas transgénero binarios se sometieron a más procedimientos afirmativos de género en comparación con las personas transgénero no binarias ($P < 0.001$ para tratamiento afirmativo de género hormonal como quirúrgico). También encontraron que el deseo de la realización de procedimientos afirmativos fue mayor en las personas transgénero binarias. Las razones que sustentan el deseo de realizarse dichos procedimientos afirmativos fueron similares para ambos grupos. Encontraron también que ambos grupos informaron insatisfacción por no poder acceder a los tratamientos (69% personas transgénero binarias y 64.5% las personas transgénero no binarias), aspecto que estuvo relacionado con baja satisfacción con la vida y satisfacción sexual. Concluyeron que tanto para personas transgénero binarias como no binarias las limitaciones para obtener acceso a los procedimientos afirmativos de género tienen un efecto negativo tanto en su salud mental como en su salud sexual. (Kennis M et al. 2022)

Algunos estudios han intentado explorar las dinámicas de la atención en salud en el proceso afirmativo, así, Yousafzai AW en 2022 en Pakistán, reportaron un caso en el que describieron a una mujer transgénero de 24 años en Pakistán, quien en la búsqueda de la realización del proceso afirmativo de género se encontró con múltiples barreras entre las que destacan varios diagnósticos errados, así como haber recibido trato irrespetuoso por parte de los profesionales de la salud de las especialidades de psiquiatría, endocrinología y cirugía plástica. Requirió cambio de país para continuar el proceso y pudo regresar a su país de origen con un nuevo género como mujer transexual con mejoría de su calidad de vida y satisfacción. (Yousafzai AW et al. 2022). En esta misma línea, el estudio de Kumar en 2022 y colaboradores realizaron una descripción en 2022 donde intentan mostrar el impacto que ha ejercido la ciencia para limitar el acceso de las personas transgénero al proceso afirmativo de género. Describieron el uso del diagnóstico de “disforia de género” como condicionante para acceder a los procesos afirmativos de género en los servicios de salud. (Kumar A et al. 2022)

También se han analizado las situaciones bioéticas que se suceden en la atención en salud transgénero. En el estudio realizado por Zohny H y colaboradores en 2022, describen este dilema. Específicamente rescata la dualidad que existe entre acceder al proceso afirmativo de género que se desea para lograr las características del género con el que la persona se identifica con el requisito de tener que ser diagnosticado(a) y la relación per se dé la connotación patológica. En el artículo hacen una propuesta argumentativa para tratar de resolver el dilema teórico y ético a través del análisis del concepto de mejora humana para alcanzar el bienestar (Zohny H et al. 2022).

Durante la pandemia se exploró a través del estudio de Mason y colaboradores sobre “La exposición a la discriminación en la atención médica infantil a la evitación de la atención médica en adultos transgénero e independientes del género durante una pandemia mundial” realizado en Estados Unidos en 2022. Tomaron una muestra de 342 adultos entre 18 y 59 años durante los primeros meses de la pandemia (verano del 2020). A los participantes se les realizó una encuesta en línea a través de una plataforma usada en investigación de ciencias sociales (prolific). Entre los resultados destacan que, de la muestra, el 51% de las personas reportó haber sido víctima de discriminación de dos o más formas. Tras aplicar regresión logística evidenciaron una relación entre haberse expuesto a discriminación en la atención médica en la infancia con el aumento de la

probabilidad de evitar la atención médica durante el inicio de la pandemia por COVID-19 (OR= 1.30, 95%, IC= 1,10 – 1,54). (Mason KL, Et al. 2022)

En Colombia, se han realizado varios estudios descriptivos, entre estos se destaca el realizado por Ritterbusch A., y colaboradoras en el que, a través de una investigación cualitativa con 28 mujeres transgénero en 2018, documentaron las barreras que se presentaron para el acceso a los servicios de salud. Encontraron que entre las principales barreras está el estigma y las expresiones de violencia a múltiples niveles. Concluyen que las diferentes expresiones de violencia y el estigma a las que están expuestas las mujeres transgénero está relacionado también con el estigma estructural que se reproduce dentro de la sociedad en el país (Ritterbusch AE et al. 2018).

Aunque dentro de los estudios revisados sólo dos evidencian propiamente la estructura de estudios sobre itinerarios terapéuticos enfocados directamente a las vivencias de las personas trans frente al acceso de servicios de salud en el contexto de los procesos afirmativos de género tanto hormonal como quirúrgico, existe mucha información que da cuenta de la problemática de la población trans cuando entra en contacto con los servicios sanitarios.

Esta revisión de la literatura muestra que, aunque la investigación en los últimos quince años sobre la temática trans ha aumentado considerablemente, aún hay brechas del conocimiento que deben ser abordadas desde la perspectiva de la Salud pública para la planeación argumentada de políticas públicas que puedan dar respuesta a las necesidades en salud de esta población.

Desde una perspectiva técnica, la mayoría de las metodologías utilizadas para los estudios revisados está basada en la realización de encuestas en línea, lo que constituye por un lado un aspecto facilitador para el acceso a obtener los datos de los participantes sin embargo no permite con mayor amplitud conocer a profundidad los argumentos de las personas que participan en los estudios sobre su motivación para la toma de decisiones en los procesos afirmativos de género.

Desde una perspectiva política y teórica, la mayoría de los estudios revisados, coinciden en señalar que existe un acuerdo social basado en el patriarcado, la hegemonía y la heteronormatividad como regla, las identidades de géneros diversas incluyen unas reflexiones que tienden a incomodar el precepto social de “normalidad”. De este modo las personas transgénero son catalogadas como socialmente incómodas. Esta situación es transversal en todos los espacios de la sociedad incluyendo los entornos familiares, educativos, recreativos, los servicios de salud, entre otros.

Algunos de estos estudios muestran que las personas trans recorren un camino individual hacia la construcción del género con el que se sienten identificados, que se conoce como “proceso afirmativo de género” este consta de varios aspectos entre los que se incluyen: la experiencia de vida real, proceso por el cual la persona experimenta el rol de género con el cual se identifica a través del uso de ropa, accesorios, maquillaje si es el caso y la expresión de género. Actualmente los colectivos y personas diversas cuestionan este aspecto dado que consideran una regla impuesta socialmente que no siempre debe experimentarse como paso inicial para el proceso. La terapia hormonal afirmativa de género consiste en el uso de hormonas femeninas o masculinas con el objetivo de obtener las características físicas de feminización o masculinización según sea el caso (Kennis M et al. 2022). Las cirugías afirmativas de género consisten en la realización de intervenciones quirúrgicas para obtener los cambios corporales de feminización o masculinización según la identidad de género construida. (Kennis M et al. 2022). Sin embargo, es muy importante anotar que algunos hallazgos muestran que no todas las personas transgénero desean realizar el proceso afirmativo de género cumpliendo todos los pasos descritos previamente. Toda vez que la identidad de género es una construcción individual que tiene relación con aspectos que varían entre cada persona y va más allá del solo hecho de “querer transitar a otro género” (Kennis M et al. 2022).

Es por esto por lo que el proceso afirmativo de género es un proceso complejo que debe tener en cuenta las necesidades diferenciales (físicas, mentales, entre otras) de la persona trans. Este se puede ver influido por aspectos familiares, sociales y otras consideraciones por el entorno en el que vive la persona. Las transformaciones o transiciones físicas no son la única necesidad de las personas trans, por el contrario, sus necesidades en salud y bienestar son múltiples como en cualquier persona, con el agravante de que las personas trans están expuestas a desarrollar desenlaces negativos en salud, especialmente en salud mental como consecuencia de la estigmatización, discriminación, situaciones de violencia y rechazo desde su entorno familiar hasta el personal de salud que brinda atención (Loo S et al. 2021) (Ash y Mackereth, 2013).

Por la evidencia presentada en los artículos y las dificultades identificadas en aspectos relacionados con las experiencias de vida de las personas trans, se hace necesario estudiar este tema desde los itinerarios terapéuticos y de manera interdisciplinar, integrando perspectivas de la salud, lo social,

lo psicológico y lo cultural, para comprender de forma más completa las desigualdades y necesidades que atraviesan estas poblaciones.

En ese mismo sentido, la presente propuesta asume la teoría queer cómo eje conductor de todo el proceso, pues es la que mejor señala el tema de la inequidad y su relación con la identidad de género, como lo veremos en la siguiente sección. Por la importancia del modelo biomédico y el diagnóstico de disforia de género en las investigaciones revisadas, este estudio describe las principales asunciones que hace este modelo en relación con el tema trans.

Marco teórico

Son pocos los análisis que integran cuestiones de género con la salud desde perspectivas no biomédicas. Para alcanzar el objetivo, esta investigación busca analizar cómo las personas transgénero construyen sus itinerarios terapéuticos para garantizar el proceso afirmativo de género en la ciudad de Cali entre 2023 y 2024 desde una propuesta etnográfica en un programa de atención diferencial.

Con esto en mente, la investigación toma como marco general la teoría Queer, que desde hace varias décadas viene representándose dentro de la discusión académica, como una opositora de la patologización de la experiencia de vida trans; pero, para poder explicar las relaciones de la teoría queer con la tesis, es necesario explicar los modelos que han conformado la discusión alrededor de la experiencia de vida trans. Para esto, se muestra primero el modelo biomédico que por décadas ha explicado desde la anatomía, la psiquiatría y la sexología el comportamiento de vida trans más cercano a la enfermedad que a la normalidad. Dentro de este modelo está la categoría fundamental de disforia de género, que hoy en día es la utilizada para atender médicamente las necesidades de esta población.

Después de esto, se define la teoría queer y su esencia confrontadora frente a la disforia de género y luego se contextualiza dicha teoría con el feminismo para mostrar las diferencias y similitudes entre ambas propuestas, pues, aunque se parezcan, no son lo mismo.

Finalmente, se habla de los itinerarios terapéuticos en tanto que son una categoría bisagra. Los itinerarios unen la teoría queer con el modelo biomédico y la experiencia misma de vida trans en la categoría proceso afirmativo de género, la cual en un sentido teórico se puede definir en franca oposición a la disforia de género. En ese sentido, la disforia de género es una categoría teórica que defiende la patologización de la experiencia de vida, mientras que el proceso afirmativo aboga, por lo contrario.

Aunque los itinerarios se pueden leer como metodologías cualitativas para organización de información, cercanos a las trayectorias de vida o la metodología narrativa, en este trabajo tienen una función esencial para la definición de los procesos afirmativos como parte del desarrollo de la personalidad no patológica; por este motivo se describen tanto en la teoría como en la metodología.

A continuación, se describen brevemente los marcos teóricos y conceptos importantes que se pondrán en cuestión en esta investigación.

Modelo biomédico

El modelo biomédico fue gestado desde el Renacimiento, tuvo un proceso de consolidación durante varios siglos con los avances inicialmente en la observación, pasando por descubrimientos que dieron origen a comprender situaciones como las enfermedades infecciosas y posteriormente con otros descubrimientos de las ciencias básicas y la comprensión de las enfermedades acompañadas del avance de la tecnología (Ríos LA, 2011). Tiene un sustento conceptual dado por los planteamientos de varios autores:

William Harvey, quien realizó un trabajo experimental en animales a través del que demostró el funcionamiento del corazón y en general del sistema circulatorio, proceso que se consolidó como un cambio para los estudios de fisiología, puso las bases del método científico aplicado a la medicina y con esto inaugura una forma de pensar y hacer las cosas que al día de hoy persiste con relativa solidez, como norma de la investigación en el campo sanitario (Auffray y Noble, 2009).

Descartes en el siglo XVII, quien a través de su filosofía planteó tres máximas (explicación cuantitativa, dualismo y mecanicismo) (Tamayo RP, 1998) que cambiaron el concepto de “lo humano como unidad”; entre estas se destaca el concepto de dualismo como “la existencia de dos dimensiones en el mundo: la res extensa (materia) y la res cogitans (pensamiento)”, las cuales se complementan, pero deben ser comprendidas de forma independiente (Ríos LA, 2011). El predominio de esta forma de ver el mundo (filosofía cartesiana), asociado al paradigma positivista manifiesto en el método científico aplicable a la forma como deben comprenderse los procesos de salud-enfermedad, ha definido el carácter científico y la validez de las intervenciones médicas en general (Rocca y Anjum, 2020). El modelo biomédico de la enfermedad se consolidó como el paradigma dominante hasta finales del siglo XX (Rocca y Anjum, 2020) y continúa teniendo un papel protagónico en la práctica de la medicina actual.

A pesar de que el modelo biomédico es criticado frecuentemente como un modelo “reduccionista”, varios autores indican que el modelo biomédico no creó un enfoque reduccionista, sino que esta

perspectiva era la forma de entender el mundo en las ciencias naturales y sociales cuando surgió este concepto (McMichael, AJ. 2011). En esta misma línea, el modelo plantea también interrelaciones de los aspectos biológicos para explicar las enfermedades y, aunque lo poblacional es interpretado como la suma de las situaciones individuales, intenta desde esta perspectiva dar explicaciones precisas y demostrables a los interrogantes que se plantea (McMichael, AJ. 2011).

Es importante resaltar que los aciertos en la identificación de aspectos biológicos que dan cuenta de las enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, entre otras, no pueden discutirse. El éxito del modelo se centra en la plausibilidad biológica de sus argumentos, así como en el avance e impacto que ha tenido en el conocimiento del comportamiento de las enfermedades y, de esta misma manera, en las intervenciones de tipo biológico y médico que estas requieren. Llama la atención que, precisamente a partir de los hallazgos y aciertos del modelo, ha sido posible abrir el camino a otros interrogantes con la posibilidad de encontrar otras respuestas y posibilidades cuya explicación no es estrictamente biomédica (McMichael, AJ. 2011).

La literatura que aborda el tema trans desde el modelo biomédico ha extrapolado la idea del malestar psíquico propio de los trastornos mentales que no implican psicosis, denominados anteriormente como neurosis, para explicar la inconformidad que se produce en esta población entre su realidad genética (cromosómica) y la identidad sexual auto percibida y ha llevado a la creación del diagnóstico de disforia de género, el cual es el eje de los protocolos e intervenciones médicas que van desde el soporte emocional básico hasta la cirugía afirmativa de género.

Esta elección políticamente hábil ha permitido que los diversos procedimientos que antes eran anecdóticos en el campo de la cirugía plástica sean hoy en día intervenciones interdisciplinarias ampliamente aceptadas, con evidencia empírica suficiente que, según los defensores del procedimiento, procuran un alivio de la disforia de género (Zurada A et al. 2018) (Ammari, T. et al. 2019) (Almazan, A. N. Keuroghlian, A. S. 2021) (Park, R. H et al. 2022); pero, las personas trans que van en busca de estos procedimientos se encuentran en la disyuntiva que para poder acceder a estos servicios deben aceptar el diagnóstico médico de la disforia de género, lo cual refuerza la idea de que toda su experiencia de vida consiste en una enfermedad cuya cura se encuentra exclusivamente en los procedimientos médicos. En ese sentido, esta investigación critica la postura de los defensores de la disforia de género porque, so pretexto de cubrir las necesidades sanitarias de esta población, refuerza el estigma.

Disforia de género

Para esta investigación tomé la definición de disforia de género, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés), en su quinta edición (actualización de 2013).

Se hizo necesario ampliar el concepto de disforia de género para comprender el impacto que este tiene en relación con la identidad trans. El origen de este diagnóstico se remonta a los cambios que se han gestado en el modelo biomédico a lo largo de la historia. A partir del siglo XIX y según lo describió Foucault, la medicina “estaba relacionada más con la idea de normalidad que con la salud” y esta polarización entre lo normal y lo patológico definía la vida de las personas y sociedades.

Esto conllevó la necesidad del uso de “diagnósticos” y es así como en 1948 la APA (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) incluye a la homosexualidad en su lista de diagnósticos en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Posteriormente, en 1973 fue eliminado de esta lista luego de las publicaciones de Kinsey (Spurlin WJ., 2019), para luego en 1974 ser incluido en el DSM-II bajo el diagnóstico de “perturbación de la orientación sexual”. En el DSM-III (1980), la categoría anterior es reemplazada por “homosexualidad egodistónica” y esta misma es eliminada en la revisión de este manual, siete años después (Mas Grau J, 2017). Así como el concepto de la homosexualidad, la “transexualidad” tuvo una evolución semejante.

El término “transexualismo” aparece como diagnóstico en el DSM-III en 1980; al mismo tiempo se construyó una categoría diagnóstica para los niños al llegar a la pubertad, descrita como “trastorno de la identidad sexual en la infancia”. Estas categorías contaban con unos criterios diagnósticos que incluían tiempo: dos años de discomfort y rechazo a los genitales con los que se había nacido, lo que construía un concepto de “transexualismo verdadero”, y a quienes no cumplieran el criterio diagnóstico se les clasificaba como “pseudotransexuales” (Benjamin, H. 1966). Posteriormente, para el manual DSM-IV, se cambia el diagnóstico por “perturbación de la orientación sexual” y “trastorno de la identidad de género”. Luego, en 2019, se presenta un nuevo cambio a “incongruencia de género” (Mas Grau J, 2017), para ser reemplazado en la última versión

del DSM-V con la aparición del concepto “disforia de género”, el cual se encuentra vigente (Spurlin WJ., 2019). Este concepto no es nuevo; se remonta a 1974, descrito por Norman Fisk, médico inglés, para describir la transexualidad y todos los trastornos relacionados con la identidad de género (Mas Grau J, 2017).

Criterios diagnósticos DSM-IV para disforia de género:

a) Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).

2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en los adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).

3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.

4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

b. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (APA, 2014)

Desde este sistema clasificatorio basado en los fenómenos psicológicos y sindromáticos, no es posible dar una explicación sociocultural sólida que permita comprender la construcción de la subjetividad en la población trans. Y a lo largo del desarrollo de la categoría diagnóstica, la

identidad de género se ha explicado desde otras teorías, entre ellas, la teoría feminista y la teoría Queer, que compiten contra la denominación del fenómeno como trastorno. Aunque en este estudio no se tomará como teoría de análisis principal el feminismo, es necesario conocer aspectos fundamentales de este porque en esencia existen diferencias entre el feminismo y la teoría queer, al punto de estar hoy en día contrapuestas a pesar de su afinidad en los puntos de partida.

Teoría Queer

La teoría queer, en esencia, se inscribe dentro del posmodernismo filosófico, pues propone cuestionar la existencia de una verdad absoluta respecto al sexo biológico asignado al nacer (Foucault, 1998). Retoma elementos de la filosofía del lenguaje (como el concepto de performatividad) y de la psicología (como la idea de un desarrollo de la personalidad no patológico), así como diversas categorías procedentes de otras disciplinas, sin detenerse estrictamente en evaluar si estas categorías son plenamente integrables entre sí (Butler, 2007).

Esta característica es la que permite que existan voces contradictorias en relación con la idoneidad de llamar a este conjunto de ideas como teoría. De hecho, existen posiciones de feministas que cuestionan profundamente los efectos, para ellas, negativos de la adopción de esta teoría, llamándola incluso como ideología (Jeffreys, 2014; Raymond, 1994), y otras posturas que exploran el lado mercantil, principalmente en los Estados Unidos, mostrando que incluso la premura por establecer procesos sobre los cuerpos de las personas a veces trae más problemas que beneficios a la hora de iniciar un proceso afirmativo de género (Errasti et al., 2021).

Estas revisiones dejan en claro que en la teoría queer y, al igual que en muchas otras a lo largo del tiempo, existe un asunto relacionado con el poder (Foucault, 1998; Bourdieu, 2000), por lo que es importante reconocer que, independientemente de la veracidad de estas críticas (como también de la teoría queer), existe una distancia entre la experiencia de vida trans y la agenda política del transexualismo (Stryker, 2017). Para esta tesis, la teoría Queer permite plantear, en términos de los itinerarios, las dificultades que existen a la hora de iniciar un proceso afirmativo de género, pues al dilucidar con claridad que el rol del género es una construcción social que no está aceptada

plenamente, permite identificar el sufrimiento que estas personas presentan cuando deciden iniciar un proceso afirmativo.

Es importante aclarar que las posiciones políticas de la agenda transexual, si bien es cierto que son relevantes, no son parte esencial de la discusión, pues el interés del trabajo consiste en evidenciar desde el punto de vista de la salud pública las problemáticas que se presentan en esta población cuando se asume un proceso afirmativo de género.

En ese sentido, las características y propuestas de la teoría Queer, descritas desde la perspectiva de Judith Butler, permiten explorar las representaciones asociadas al género desde una perspectiva amplia, no necesariamente biomédica, anclada a las experiencias de vida que han configurado los roles de género.

Desde esta (Sabsay, 2011) se cuestionan varios conceptos como sexo/género, la asignación del sexo al nacer y el género asignado en congruencia con el sexo, el hecho de cómo esto repercute en el rol de género y el comportamiento sexual y social de las personas, así como el ejercicio del poder a través del uso del lenguaje y las clasificaciones, entre otros

Se argumenta que el género es en realidad una acción o rol performativo (actuación, hecho) que es asignado y aprendido tempranamente por las personas a cuenta de sus interacciones sociales tempranas. De esta manera, la sociedad imprime un rol de acuerdo con las características sexuales primarias del sujeto al momento de nacer. Este entramado inicial termina fundiéndose y confundiéndose ontológicamente y lleva a definir al género como un sinónimo del sexo, sin que esto sea cierto. De hecho, la teoría de Butler enfatiza que el rol de género es una construcción social que se materializa en el sujeto a cuenta de los actos repetitivos, conocidos como ‘actos performativos’, que no son más que actos rituales que de manera silente producen subjetividades tanto masculinas como femeninas (Della Ventura González AF, 2016).

Siendo consecuente con este planteamiento, el género sería una ‘construcción del cuerpo’ y dado que esta construcción es silente, de cuenta de los actos repetitivos que lentamente moldean la subjetividad, se produce una suerte de espejismo en donde el ser humano en un sentido ontológico cree descubrir una sustancia primigenia, que no es otra que la identificación de género. Esta idea

en general Butler la concreta en la ‘matriz heterosexual’ que sería entonces la encargada de producir las subjetividades.

La exclusión, estigmatización y la denominación de sujetos anormales viene dada por la asunción de que el sujeto ocupa una posición fija dentro de la sociedad y el sexo es naturalmente una categoría que permite identificar dicha posición social. En ese sentido, toda identificación que se aparte de esta idea naturalizada se calificará como excéntrica o anormal. La medicina y la estadística han contribuido al afianzamiento de esta idea de la “anormalidad”, introduciendo la idea de patología como una desviación de lo comúnmente esperado y a partir de ahí se han creado sistemas diagnósticos que pretenden normalizar la variabilidad de los cuerpos (Spurlin WJ., 2019).

Según Butler para entender el género y su identidad se usa una “performatividad teatral de género” a través de la cual la persona que se identifica por ejemplo con el género femenino cumple una serie de pasos, normas, comportamientos, atributos físicos, entre otros ante ese “género previamente establecido” del que ya se conoce sus características a dar cumplimiento (Della Ventura González AF, 2016).

Aclara que no se trata de una forma de trivializar la acción de quien se identifica con uno u otro género, pero sí pretende mostrar cómo esta premisa se tiene ya creada como una “estrategia de supervivencia cultural” para lograr garantizar ser reconocido y evadir los castigos sociales de no cumplirlo (Gros AE, 2015)

En esta misma línea se seleccionó esta teoría con el objetivo de avanzar en la reflexión de aspectos sutiles del género, especialmente de la identidad de género, y trascender las categorías “permitidas”, abandonando el intento por hacer encajar las identidades en ideas preconcebidas. A través de esta teoría, este trabajo explora cómo la identidad de género trans se va gestando a lo largo de la vida, cuáles son las interacciones que se presentan con el sistema de atención médica, como también cuál es el efecto de estos desarrollos personales en la conformación de los itinerarios terapéuticos.

Usar esta teoría para el análisis permite incorporar la dimensión experiencial como una importante categoría de análisis no solo de los aspectos psicológicos de esta población, sino también de los aspectos sociosanitarios y los problemas de interacción que se generan en los diferentes escenarios sociales. De ahí que, a través de las experiencias de las personas trans, al reconstruir sus itinerarios

terapéuticos, se apueste a la comprensión de las trayectorias de vida en donde los roles de género son (re)confrontados por diferentes vectores sociales y se producen decisiones observables en las personas que, antes de ser solipsismos y en un sentido performativo, reflejan el complejo entramado social.

Teoría feminista y su relación con la teoría Queer

La teoría feminista ha tenido una serie de transformaciones en el tiempo. Ha sido dividida en cuatro periodos de tiempo que muestran los hitos que ha alcanzado en cada uno. Así, la primera ola (finales del siglo XIX e inicios del siglo XX), es conocida como “el periodo de sufragio”, durante el cual se obtuvo la victoria del voto de las mujeres y la igualdad de derechos. Seguida de la segunda ola (1960-1970), en donde la lucha se basó en el derecho a la educación, el trabajo y la igualdad de salarios en las mujeres. En esta etapa se inició el cuestionamiento de los roles de género tradicionales. Continúa la tercera ola (1990 a la actualidad), en la que trascendió la visión de las mujeres sin importar su nivel socioeconómico, marcándose la importancia de la mujer trabajadora y afrodescendiente. La última etapa es conocida como la cuarta ola en la que aparece el concepto de “feminismo interseccional”, en donde se resalta el empoderamiento de las mujeres y se dimensiona el impacto de los medios de comunicación, el internet y las redes sociales para el movimiento feminista (Finn y Brown. 2022)

El feminismo a pesar de su lucha por la igualdad de derechos entre los géneros como una de sus consignas, ha sido interpretada por algunos como una expresión en alguna medida de ejercer la hegemonía dentro de su discurso. Esta teoría, critica el ejercicio de poder hegemónico masculino, pero intenta proyectar el género femenino o la idea de la “mujer” como una forma de representación de todas las personas.

Aunque los diferentes momentos de la teoría feminista explican reconfiguraciones y dinámicas muy importantes para la sociedad contemporánea, la teoría Queer que surge entre la tercera y la cuarta ola se desliga sutilmente de los principios de la teoría feminista.

Quizás al principio de la enunciación de la teoría queer, existía un apoyo del feminismo de cuarta generación al proceso; pero, con el paso del tiempo han surgido cuestiones que hacen tomar ciertas distancias. Principalmente por las posturas alrededor del cuerpo (materialidad en el feminismo de cuarta ola y el sistema de opresión ligado a esto vs. Performatividad del género en lo Queer que aboga a la transformación), la conservación de la categoría ‘mujer’ que para el feminismo es necesaria como eje central de toda su propuesta, mientras que para la teoría queer asume que toda categoría estable es sinónimo de opresión.

En consonancia con esto último, las feministas abogan por desaparición de la categoría género, mientras que la teoría queer al contrario quiere que multiplicarla, expandirla, hacerla fluida, etc. finalmente, el feminismo defiende que la categoría sexo sea el eje analítico pues permite mostrar las inequidades y violencias alrededor de esta categoría, para la teoría queer es necesario que el centro analítico sea el género pues esto permite justamente defender los procesos afirmativos de género.

Para esta tesis, estas diferencias muestran que las teorías no son cerradas, ni acabadas y que, ni más faltaba, la discusión está superada, mostrando que, en términos de la investigación científica, no hay un consenso que permita decir que estamos en un momento de hegemonía teórica en relación con el tema. Adoptar la teoría queer es un reto importante porque se asumen las críticas que al respecto existen; sin embargo, el mismo trabajo de campo que mostraba cómo estas personas hablan sobre su propia vida y configuran su sufrimiento a partir de esta teoría hace que su elección permita una mejor comprensión de la problemática en los propios términos que la población la plantea.

Para la perspectiva salubrista, si bien es cierto que otras teorías pudieran reflejar esta tensión fundamental, como por ejemplo la teoría del reconocimiento de Axel Honneth (Honneth, 2007), la teoría queer es específica en describir el problema en términos de la sexualidad y el cuerpo humano y las representaciones sociales que se ponen en discusión.

Proceso afirmativo de género

Se conoce como proceso afirmativo de género o atención de afirmación de género al proceso de acompañamiento que busca brindar atención afirmativa a nivel biopsicosocial (médico, mental y social) de forma respetuosa y procurando el bienestar de las personas transgénero y de género diverso mientras realizan la afirmación del género con el que se identifica (Coleman et al., 2022).

En la Versión 8 de los Standards of Care (SOC-8), publicada en 2022, se argumenta que la atención de afirmación de género tiene el objetivo de apoyar y acompañar a las personas transgénero y de género diverso durante toda la vida, desde la niñez cuando aparecen los primeros signos de

incongruencia de género, hasta la adultez mayor, e incluye a las personas que tienen dudas frente a su identidad de género, tanto antes como después de realizar la transición (Coleman et al., 2022).

Este documento es una guía para el proceso afirmativo de género; plantea que el cuidado de la salud transgénero debe incluir un enfoque integral e interdisciplinario que incluya la atención primaria en salud, así como las diferentes disciplinas cuya experticia puede dar respuesta a las necesidades diferenciales en salud de esta población. Entre ellas resaltan aquellas que trabajan en temas hormonales como la endocrinología, procesos quirúrgicos como la cirugía, otros como la comunicación y la voz, la salud sexual, la salud mental, la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, entre otros (Coleman et al., 2022).

Aclaran también que cuando hablamos de proceso afirmativo de género, además de la asesoría frente al proceso mismo de transición, se incluyen aspectos como la terapia de supresión de la pubertad, la terapia hormonal y cirugías para la afirmación de género. Explican que no existe una sola manera de realizar este abordaje porque habrá personas transgénero o de género diverso que requieran varias intervenciones u otras que no requieran ninguna (Coleman et al., 2022).

Es importante resaltar que la denominación: proceso afirmativo de género o atención de afirmación de género es el resultado de procesos de reflexión histórica semejante a lo que ha ocurrido con los diagnósticos en salud trans, pasando de un proceso de control de acceso o gatekeeping a un proceso de atención afirmativa. El control de acceso se refiere a “la aplicación estricta de criterios de elegibilidad por parte de los profesionales sanitarios para determinar la idoneidad de una persona transgénero para iniciar la transición médica” (Verbeek et al. 2022). La atención afirmativa planteada en la versión 8 de los Standards of Care (SOC-8) expone varias recomendaciones a través de las cuales se puede lograr pasar de un modelo basado en el control de acceso a uno de atención afirmativa con el objetivo de evitar la patologización y aumentar situaciones de barrera o discriminación dentro de la atención médica. Dentro de estos se resalta la atención en salud mental, cuyo objetivo está basado en diferenciar la presencia de situaciones de salud mental diferentes a la disforia de género y buscar que cualquier situación de salud mental que pueda existir cuente con la atención necesaria para evitar que se afecte negativamente el proceso afirmativo de género (Coleman et al., 2022) (Verbeek et al., 2022).

La importancia de situar el proceso afirmativo de género en la teoría es porque de alguna manera es la contracara de la disforia de género. Para esta tesis es importante observar las tensiones que

ocurren entre estas dos categorías que, siendo antitéticas y procedentes de dos perspectivas distintas, es decir, el modelo biomédico la primera y la teoría queer la segunda, terminan en la práctica y en el trabajo de campo entrecruzándose en la configuración del malestar.

En un sentido clínico, mientras la disforia de género es la consecuencia nosológica del modelo biomédico (APA, 2013; Foucault, 1998), el proceso afirmativo de género es la consecuencia procedimental de la teoría queer (Butler, 2007) y, a través de su posicionamiento en el campo de la salud, pretende desmontar el carácter patológico de la experiencia de vida trans (Turban et al., 2020). En un sentido poblacional, mientras la disforia de género plantea la investigación de sus causas a un nivel cerebral, endocrinológico y mental (APA, 2013), el proceso afirmativo de género pretende deconstruir este discurso (Butler, 2007) para aproximarse a una intervención desde la idea de una salud mental en positivo (Meyer, 2003).

Para este trabajo, la experiencia de vida trans se analiza desde ambas perspectivas, pues esto permite visibilizar las inequidades que se construyen a cuenta de la semejanza entre la visión del paciente de su proceso vs. la visión médica del mismo. Finalmente, y fortaleciendo la necesidad de explorar de una manera amplia, integral e integradora la experiencia de vida trans, se describen los itinerarios terapéuticos en esta sección. Es claro que los itinerarios tienen un carácter metodológico; pero, para este trabajo, la categoría es mixta, pues especialmente el proceso afirmativo de género, en un sentido teórico, se entiende bien cuando se explica desde la visión de los itinerarios. De esta manera, los itinerarios constituyen una categoría articuladora de los conceptos teóricos asociados a la teoría queer y a los procesos afirmativos de género.

Itinerarios terapéuticos

Alves (2015) se refiere a un itinerario terapéutico como el término utilizado para describir las actividades desarrolladas por los individuos en la búsqueda de tratamiento para la enfermedad o aflicción. A lo largo de la historia de las ciencias sociales, este concepto ha recibido diferentes etiquetas, como “illness behavior”, “illness career” e “therapeutic itineraries” (p. 9). Este autor explica que generalmente se considera que las personas tienen un comportamiento racional para dar respuesta a sus necesidades en salud, generalmente motivadas por una dolencia o enfermedad. Explica que “la búsqueda de tratamiento se interpreta como el resultado de conductas orientadas por principios de costo-beneficio” (Alves, 2015). Este autor expone cómo las investigaciones que usan los itinerarios terapéuticos pretenden identificar y caracterizar lo que él llama “patrones socioculturales o psicosociales”, cuyo establecimiento está dado por los servicios disponibles para encontrar tratamiento en salud dentro de una sociedad. Enfatiza cómo, para llevar a cabo estas búsquedas, existe una “lógica interna de funcionamiento” tanto de los servicios de salud dentro de un contexto social, así como de los individuos que usan estos servicios, a los que él nombra como “fuerzas sociales”, obteniéndose que un itinerario terapéutico puede reducirse a unos patrones o rutas realizadas en búsqueda de tratamientos en salud (Alves, 2015).

Otros autores como L. Sanjuan comparten esta definición de itinerarios terapéuticos y argumentan que para que pueda hablarse de este concepto, una persona ejecuta un conjunto de acciones que deben cumplir unos requisitos, entre los que se encuentran: primer y segundo requisito, la persona debe percibir que hay una situación o necesidad y esta debe ser en salud. El tercer punto, la situación debe ser interpretada como algo que debe resolverse y dar como resultado una decisión sobre darle atención o no y a través de qué mecanismo se puede abordar. No necesariamente tendrá que ser en el contexto biomédico, existiendo la posibilidad de intervención en cualquier otro sistema, como por ejemplo la medicina alternativa o tradicional, así como otra búsqueda en sistemas no médicos o en prácticas recomendadas o autónomas (por ejemplo, un cambio de hábito o la automedicación) sin que medie ningún sistema o no realizar ninguna acción (L. Sanjuan, 2007).

La importancia de los itinerarios reside entonces en su capacidad para articular, de manera significativa, la experiencia de vida trans con los marcos conceptuales de la teoría queer. A través

del análisis de estos recorridos vitales (sus transiciones, rupturas, continuidades y resignificaciones), es posible observar cómo los sujetos trans encarnan, desafían y expanden las nociones teóricas queer sobre performatividad, identidad y desestabilización de las categorías normativas de género. Los itinerarios permiten, así, traducir la vivencia concreta en un lenguaje analítico que ilumina las dinámicas sociales, políticas y culturales que atraviesan la vida trans, convirtiéndose en un punto de encuentro entre la experiencia encarnada y la teoría crítica que busca comprenderla.

Objetivos

General

Explorar, a partir de las experiencias cotidianas, las voces, prácticas e interacciones, cómo las personas transgénero configuran y transitan sus itinerarios terapéuticos en el proceso de afirmación de su identidad de género dentro de un proyecto de atención diferencial y de referencia municipal en la ciudad de Cali durante los años 2023 y 2024.

Específicos

1. Comprender el desarrollo del proceso afirmativo de género de las personas trans participantes de un proyecto de atención diferencial y de referencia municipal en la ciudad de Cali durante los años 2023 y 2024.
2. Analizar cómo las personas transgénero configuran y ponen en práctica sus itinerarios terapéuticos en el proceso de afirmación de su identidad de género, en el contexto del proyecto de atención diferencial en Cali (2023–2024).
3. Explorar las prácticas, interacciones y construcciones de sentido de los profesionales de salud que intervienen en la atención clínica de esta población, en el contexto del proyecto de atención diferencial en Cali (2023–2024).

Metodología

La observación participante

Esta se usa como técnica de recolección de información clave durante todo el trabajo y consiste en usar la observación como herramienta de identificación de características, aspectos relevantes frente a lo que se desea investigar. (Emerson RM, et al. 2011).

El proceso de observación participante se llevó a cabo en todos los escenarios posibles donde hubo interacción con las personas con IG/OS/CD, enfatizando en las personas trans (para esta investigación se refiere a las personas con identidad transgénero y transexuales). Se usó el contexto de la consulta médica como uno de los escenarios para la observación participante, pues es a través de este espacio que se realizaron la mayoría de los procesos de atención y/o acompañamiento médico. La técnica de observación permite ampliar las posibilidades de comprensión de la realidad de las personas transgénero frente a la construcción de sus itinerarios terapéuticos, así como las experiencias de algunos profesionales que realizan la atención asistencial de las y los participantes. Lo anterior, entendiendo que, como técnica etnográfica, no son excluyentes la observación y la participación y permiten una mejor comprensión de las dinámicas que se desean abordar (Emerson RM, et al. 2011).

Los espacios de atención médica presenciales se realizaron en el servicio médico estudiantil en la sede Meléndez de la Universidad del Valle y en un consultorio particular propiedad de la directora del programa de atención diferencial de la Universidad ubicado en el barrio Tequendama. Los demás escenarios donde se realizó la observación participante fueron los mismos donde se llevaron a cabo los talleres de sensibilización, conversatorios y demás espacios de diálogo, tanto al interior de la universidad como por fuera de ella. Estos fueron desde espacios abiertos en canchas, teatrinos, hasta salones y auditorios dentro del campus universitario, la gran mayoría en la sede Meléndez.

La observación participante es el eje central de recolección de información, en tanto el tiempo que se comparte con los pacientes en los diferentes espacios durante el trabajo del campo tiene el objetivo de continuar en la construcción de la relación de confianza que permite profundizar en el

diálogo en la búsqueda de conocer sus voces y experiencias, que además de ser recolectadas en la consulta médica y en algunos espacios de acciones colectivas realizadas por el programa Campus Diverso (conversatorios, talleres y actividades culturales), tienen el objetivo de enriquecer las fuentes de información.

Se registraron las notas de la observación participante en un diario de campo que fue custodiado por la investigadora principal. Para evitar la pérdida de confidencialidad, las notas fueron registradas bajo seudónimos que reemplazaron los nombres reales de las y los participantes. Estos seudónimos fueron elegidos por las y los participantes, los cuales se registraron en archivo individual bajo doble contraseña para el acceso que solo conoció la investigadora principal²

Itinerarios terapéuticos

Aunque ya descrito en el marco teórico, el carácter mixto de los itinerarios hace que sea necesario explicar el componente metodológico que tienen.

Esta investigación comprende el concepto de itinerario terapéutico como un proceso de exploración de las diferentes decisiones que las personas toman a lo largo de un proceso de atención sanitaria y engloba las prácticas de cuidado individual, social y cultural desplegadas durante esta interacción. La descripción de estos procesos dibuja un complejo entramado o red de decisiones que tiene como asidero general la experiencia personal del consultante (Mattosinho y Silva, 2007;(Florêncio LLF et al., 2021).

Teniendo en cuenta que los itinerarios terapéuticos no se rigen al espacio institucional de salud, sino que pueden ser trayectorias que se dan tanto en estos espacios como en las redes comunitarias, familiares, entornos cercanos generalmente leídos desde el cuidado. En esta misma línea, Tizón argumenta que la atención en salud, especialmente la que está circunscrita a la atención primaria en salud (APS), no debe oponerse a los sistemas no profesionalizados o, como él los llama,

² Se realizó de forma exclusiva observación participante durante 3 meses antes de iniciar el proceso de entrevistas a profundidad a las personas participantes en esta etapa.

“profanos”, y en cambio, colaborar con estos con la intención de reconocer su utilidad y no pretender que los sistemas profesionalizados sean interpretados como imprescindibles. No solo porque se debe aceptar que estos últimos tienen dinámicas que pueden traer situaciones adversas (por ejemplo, la iatrogenia) y se debe procurar reconocer en los procesos de atención la autonomía de las personas como principio (Tizón García, 2000).

La importancia de la reconstrucción de los itinerarios terapéuticos a través del proceso etnográfico en esta investigación radicó en que la voz de las personas trans en sus procesos de decisión y las descripciones a profundidad de estos permitieron explorar, comprender y analizar diferentes situaciones desde sus vivencias; a su vez, permitió relacionar con el análisis de la investigadora desde la mirada etnográfica para profundizar en los aspectos que condicionaron su toma de decisiones y el papel que jugó el proceso de atención en estas dinámicas. También se buscó determinar de qué manera la relación entre sus vivencias y sus experiencias sociales influyeron en las rutas que decidieron transitar hacia sus procesos afirmativos de género. Así como se buscó visualizar qué impacto tuvieron las dinámicas asociadas al cuidado comunitario en las personas trans con respecto a sus procesos afirmativos de género dentro de los itinerarios terapéuticos ejecutados.

En este sentido, mantener los itinerarios como una herramienta de carácter mixto (al mismo tiempo teórica y metodológica) es fundamental para asegurar una comprensión integral de la vida trans y de los procesos que configuran sus decisiones en salud. Su doble naturaleza permite, por un lado, anclar las experiencias en marcos conceptuales que explican cómo se producen, negocian o disputan las trayectorias de cuidado, y por otro, sostener un análisis situado que captura la complejidad de las prácticas concretas, los vínculos comunitarios y las estrategias personales que emergen en la realidad cotidiana. Preservar esta mixtura no solo enriquece la interpretación de los itinerarios terapéuticos, sino que garantiza que la investigación mantenga un equilibrio entre la estructura analítica y la voz encarnada de las personas trans, permitiendo que los itinerarios funcionen como un puente sólido entre teoría, método y experiencia vivida.

Participantes

Los participantes de este estudio fueron personas adultas con identidad de género Trans (transgénero o transexual), que vivían en la ciudad de Santiago de Cali, que habían iniciado su proceso afirmativo de género, llevaban al menos un año de iniciado el proceso afirmativo de género y se encontraban en acompañamiento por el programa Campus Diverso a través de la investigadora principal (pertenezcan o no la institución universitaria).

Criterios de elegibilidad

Persona adulta (mayor de 18 años) que se identificó como hombre o mujer transgénero y que recibió atención por medicina familiar para el proceso afirmativo de género en el programa Campus Diverso, que tuvo acompañamiento médico mínimo por 12 meses. Fue incluida en la investigación cualquier persona con identidad trans independiente de su identidad étnico-racial.

Criterios de exclusión

- Persona con identidad trans (transgénero o transexual) que se negó a participar, ya sea negación para dar su consentimiento informado verbal y/o a firmar el consentimiento informado escrito.
- Persona con identidad transgénero menor de edad.

Otras técnicas usadas en el trabajo de campo

Entrevistas

Para el proceso de entrevistas se invitó a participar a cuatro personas con identidad Trans (mujer u hombre trans), mayores de edad que estuvieran recibiendo atención por el Programa Campus Diverso (CD) y que se encontraban en un proceso afirmativo de género (hormonal y/o quirúrgico) desde hace mínimo un año independiente de si durante este tiempo estuvieran vinculados al Programa o no.

La selección de las y los participantes se realizó por conveniencia hasta lograr la saturación de la información por cada persona entrevistada. Se iniciaron las entrevistas luego de tres meses de haber iniciado el trabajo de campo.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, transcritas y analizadas, previa autorización de cada participante a través de la firma del consentimiento informado.

Todas las personas que se incluyeron en el proceso de investigación aceptaron voluntariamente su participación a través del consentimiento informado verbal y escrito según lo descrito en el apartado (ver protocolo de consentimiento informado en el capítulo de consideraciones éticas).

Registros de historias clínicas

La información de la atención por medicina familiar se registra de forma habitual en una historia clínica institucional en el sistema de información del servicio de salud de la Universidad (SIIS). Al mismo tiempo se realiza un registro técnico de información para consulta del grupo de profesionales y la planeación de los seguimientos de cada consultante bajo custodia de confidencialidad del programa CD.

Los registros de historias clínicas se consideran una fuente de información valiosa que da cuenta de datos sobre la motivación para la solicitud de las consultas, la respuesta dada a estas solicitudes así como los diagnósticos registrados (CIE-10 y DSM-IV), antecedentes de enfermedad (física y/o mental), indicación de terapia farmacológica (hormonización), indicación de cirugías afirmativas,

los procesos que surgen tras estas atenciones u otra información de valor en relación a las respuesta a las necesidades de consulta médica de las personas trans; se revisaron dichos registros de las atenciones médicas realizadas en este servicio (notas de medicina general, medicina familiar, psicología, trabajo social) como herramienta que permitió posteriormente la triangulación de fuentes según los hallazgos. Previamente se solicitó al Servicio médico de la Universidad del Valle, autorización para acceder a dicha información con fines de investigación (ver aspectos éticos).

Documentos institucionales

se realizó revisión de protocolos locales, nacionales, internacionales y rutas de atención (de encontrarse), usadas para el manejo de las situaciones en salud de las personas trans especialmente en los procesos afirmativos de género.

Estrategias de muestreo

Las personas fueron invitadas a participar en el estudio por la investigadora principal a través del Programa Campus Diverso de la Universidad del Valle (muestreo por conveniencia). El reclutamiento inicio posterior a la aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la Universidad. Previo al reclutamiento se obtuvo la autorización por parte de la Dirección del Programa CD para realizar la investigación. Se llevo a cabo una reunión con todo el equipo de profesionales del Programa Campus Diverso para contar con el apoyo desde cada miembro del equipo en el soporte psicosocial de prioridad que está declarado en las consideraciones éticas, en caso de requerirse. Así como la autorización (firma del consentimiento informado) de las y los profesionales previo a las entrevistas realizadas como recurso etnográfico que se usó también para la triangulación de fuentes en el análisis de la investigación.

La observación participante se realizó en el espacio de consulta médica por medicina familiar y en los espacios de confluencia y accionar del Programa donde hubo presencia de personas trans (conversatorios, talleres, entre otros). Fueron invitada(o)s a participar personas transgénero o transexuales mayores de edad que recibieron atención biopsicosocial de medicina familiar a través del proyecto institucional de atención diferencial y que llevaban al menos un año de iniciado el

proceso afirmativo de género (hormonal y/o quirúrgico), independiente del lugar donde lo hubieran iniciado. La invitación se realizó en espacios de encuentro, individuales o grupales a los que las personas accedieron a través del programa.

La observación participante se realizó los lunes, miércoles y jueves durante la atención médica en consulta de medicina familiar del Programa. Las otras actividades fueron de horario variable, de acuerdo con los diferentes escenarios desarrollados por el programa como las actividades educativas, conversatorios y espacios de encuentro dentro o fuera del campus universitario.

Cumplidos los tres meses de observación participante se dio paso a la realización de las entrevistas a profundidad a las personas que aceptaron su participación voluntaria. Estas tuvieron una duración aproximada de una hora y se consultó al participante si autorizaban nuevos espacios de encuentro en caso de requerir profundizar en algunos aspectos relevantes para la investigación.

Todas las personas invitadas a participar fueron notificadas del carácter voluntario de la participación en el estudio. Se realizó el contacto personal o telefónico para invitarles personalmente a participar.

El número de participantes se definió a partir del criterio de saturación teórica.

Las actividades de la investigación: convocatoria de participantes, observación participante, entrevistas a profundidad y demás actividades solo fueron iniciadas luego de obtener el aval del comité de ética y los permisos de las instancias correspondientes (Programa campus diverso y Servicio de salud de la Universidad)

Contexto del estudio

Esta investigación tuvo como objetivo principal, analizar los itinerarios terapéuticos de las personas transgénero mayores de 18 años en la búsqueda de satisfacer sus necesidades en salud especialmente para garantizar su proceso afirmativo de género. Se llevo a cabo en el municipio de Santiago de Cali, ciudad donde se ha venido desarrollando una tensión frente a situaciones de orden social (económica, política, jurídica, entre otros) que incluye a las personas con Identidades

de género, Orientaciones sexuales y Corporeidades Diversas (IG/OS/CD) entre las que han tenido participación relevante algunos colectivos de personas que pertenecen a la comunidad LGBTIQ+.

Las necesidades diferenciales sociales y en salud de estas poblaciones han dado origen a diferentes grupos de base comunitaria a nivel municipal como: Santamaría Fundación (Santamaría F, 2000), Twiggy Fundación (nswp, 2019), que se articulan con Fundaciones nacionales radicadas en Bogotá: Colombia Diversa (Colombia Diversa, 2020), Red comunitaria Trans (Red comunitaria trans, s.f.), entre otras; que trabajan en beneficio de las necesidades identificadas en esta población, creando lazos de comunicación, gestionando procesos administrativos, entre otros para fines frecuentes de situaciones que tienen límites de acceso en las entidades estatales (trámites de autorizaciones de medicamentos, procedimientos en salud, cambio de nombre y sexo en documentos de identificación, sensibilización sobre diversidad sexual, derechos laborales, respeto por los derechos humanos, entre otros).

En respuesta a las necesidades diferenciales de las personas con IG/OSD, existen programas que creados para mejorar la respuesta institucional. Entre estos se cuenta en Cali con el programa liderado por la alcaldía del municipio para atención integral de la población LGBTIQ+ que surgió como respuesta del Plan de desarrollo del municipio 2016– 2019 y posteriormente instaurado a partir de la Política pública aprobada por el consejo municipal de Santiago de Cali (Acuerdo 0461 de 2019), titulada “Cali Diversidad” – (Consejo S. de C. 2019).

A pesar de las diferentes iniciativas desde los colectivos de personas con IG/OSD, así como algunas del tipo institucional, la situación de las personas transgénero continúa siendo compleja. Sumado a las necesidades diferenciales en salud, la situación social de esta población también constituye una marcada vulnerabilidad respecto a la falta de garantías frente al respeto a los derechos humanos. Muestra de ello se manifiesta con el nivel de violencias hacia las personas con IG/OSD especialmente hacia las mujeres trans. Cifras a marzo 2022 reportaban en la región de las Américas, 12 asesinatos, los cuales se estudia si se trata de crímenes relacionados con su identidad de género u orientación sexual (CIDH, 2023). Según Caribe Afirmativo, la cifra de asesinatos a personas trans en Colombia en 2020 fue de 30 personas (Afirmativo C, 2020). La organización Colombia Diversa, reportó que entre 2019 y 2020, más de 448 lesbianas, gays, bisexuales y personas trans sufrieron algún tipo de violencia, incluidos casos de crímenes de odio y amenazas. Medicina Legal reportó que, durante 2021, 236 personas de los sectores LBGTIQ+ fueron víctimas

de violencia de pareja (87 hombres y 149 mujeres), y 388 víctimas de violencia sexual (120 hombres y 268 mujeres) (UNFPA, 2020).

Actualmente, la expectativa de vida de las personas trans (especialmente las mujeres trans), se encuentra alrededor de los 35 años (DNP, 2021) (CIDH, 2015). Estas violencias y los factores ya enunciados previamente constituyen agravantes a la salud mental de esta población.

Desde el punto de vista de la atención en salud diferencial, el municipio cuenta con dos instituciones de salud de alta complejidad que cuentan con el personal capacitado para la atención médica de las personas con IG/OSD, especialmente personas trans, con las siguientes particularidades:

- El Hospital Universitario del Valle (HUV), cuenta con una clínica de género a cargo del Posgrado en Medicina Familiar de la Universidad del Valle, en el que se realiza consulta médica un día a la semana por los residentes de la especialidad bajo supervisión de docentes de esta misma especialidad que tienen formación académica y experiencia en atención diferencial a esta población. En esta misma institución se presta el servicio de atención por la especialidad de Endocrinología, la cual no se encuentra articulada directamente dentro de la clínica de género.
- La Fundación Valle del Lili, cuenta con un Programa especializado denominado “Clínica de género del adolescente” donde se presta atención biopsicosocial integral a las y los adolescentes con disforia de género hasta cumplir su mayoría de edad. Reciben atención integral por un equipo integrado por medicina familiar, psicología, trabajo social y endocrinología (FVL, 2018).

Dentro de las instituciones que prestan asesoría a las personas con IG/OSD en la ciudad, se cuenta con el Programa “Campus Diverso” de la Universidad del Valle, el cual, a partir de su creación en 2017, tiene como objetivo “La sensibilización y reeducación sobre diversidad sexual en la Universidad del Valle”. Cuenta con profesionales en las áreas de Educación física y deporte, Psicología, Trabajo social, Medicina familiar y Sexología, los cuales realizan atención y seguimiento con enfoque biopsicosocial. Realiza atenciones en mayor medida a estudiantes universitarios con diferentes IG/OS en edades desde los 16 años hasta los 35 años aproximadamente. En el servicio de extensión a la comunidad, los rangos de edad son variables, predominantemente adolescentes finales (entre 16 a 18 años) y adultos jóvenes (entre 18 a 25 años). La atención se ofrece a nivel de asesoría inicial para establecer que necesidad puntual tiene

el consultante y posteriormente se realiza la atención por los profesionales descritos. La atención puede ser individual por cada profesional de acuerdo con la necesidad, así como espacios de acompañamiento de grupo al que asisten dos o más profesionales de acuerdo con el caso. El programa no realiza atención de urgencias ni reemplaza las funciones institucionales de las entidades de salud con las que cuenta cualquier ciudadano, pero si pretende disminuir las brechas y dificultades de acceso para esta población.

El proyecto se ha posicionado como espacio de referencia en la ciudad por los servicios de atención que ofrece a la población con IG/OSD para la comunidad universitaria con alcance a población externa a través del servicio de extensión a la comunidad por medio del cual se gestionan acciones en la búsqueda de garantía de derechos de las personas transgénero especialmente frente a necesidades de salud física y salud mental. Así como espacio que acompaña procesos de sensibilización frente al respeto y garantía de derechos por la diversidad sexual.

La mayor demanda está centrada en necesidad de atención de la salud mental donde los fenómenos adaptativos de características depresivas o ansiosas asociados a los cambios de la vida universitaria, las dinámicas familiares, con compañeros y docentes frente a las IG/OSD afectan la funcionalidad de las personas que consultan y ponen en riesgo el éxito académico. También es frecuente la atención de personas con identidad trans (la mayoría transgénero), que desean iniciar o ya han iniciado un proceso afirmativo de género, quienes solicitan asesoría, orientación y/o acompañamiento en dicho proceso. Esta atención de acuerdo con la necesidad individual se aborda por los profesionales de psicología, trabajo social y/o medicina familiar. En ocasiones se aborda en equipo las situaciones psicosociales de índole familiar para algunos casos priorizados. En promedio se realizaron en el semestre 2022-II, 180 consultas a población universitaria entre atenciones por psicología y medicina familiar y 20 consultas (10 psicología y 10 medicina familiar) a personas con IG/OSD de la comunidad externa (Campus Diverso, VRAC, Universidad del Valle, 2023).

Dentro de los objetivos principales del Programa, se resalta el trabajo por evitar la deserción universitaria de las personas con IG/OSD como elemento estratégico para aportar en el bienestar individual, familiar y social de esta población, así como aportar a la construcción de una sociedad que dé garantías a las personas diversas de desarrollo integral e inclusión social verdadera (Campus Diverso, VRAC, Universidad del Valle).

La atención médica y de seguimiento por Medicina Familiar en el Programa Campus Diverso se lleva a cabo por la investigadora principal de este proyecto desde hace 2 años (al inicio de la investigación), lo que da cuenta de que existe un conocimiento a través de la experiencia sobre algunas dinámicas de las vivencias de las personas transgénero durante parte de su proceso afirmativo.

Durante el trabajo de acompañamiento a personas transgénero llevado a cabo por la investigadora, que inicio desde la práctica clínica del posgrado en medicina familiar, identifico en la práctica que muchas de estas personas acceden a servicios de salud después de muchos años de automedicación y gestión individual de sus procesos en la búsqueda de atención en salud. Entre las personas que intentan acceder a algunos procesos de atención en salud, algunas desisten de iniciar el proceso de acompañamiento médico al encontrar barreras de acceso, administrativas, vulneración de sus derechos, entre otros. Otro grupo decide que no requiere acceder al sistema de salud para recibir atención a su proceso afirmativo de género, prefiriendo la vía de los servicios particulares y/o la automedicación, el acompañamiento de sus “madres” o de sus “amigas” quienes acompañan y prestan asesoría y recomendaciones para el proceso afirmativo de género tras la ausencia de la respuesta institucional (Rocha C. y Cols, 2022) y finalmente otro grupo de personas se disponen al acompañamiento médico ya sea a través del proyecto (en asocio o no con las entidades de salud de su aseguramiento) u otras a través de los servicios de salud (EPS-IPS) de forma exclusiva. Estas dinámicas se han identificado en la atención tanto de personas pertenecientes a la comunidad universitaria (estudiantes) como en las personas atendidas por medio del servicio de extensión a la comunidad.

Un asunto importante de esta investigación para la aplicación de las herramientas de recolección de la información fue la renegociación de la posición de poder que la investigadora principal realizo con la población atendida, ya que este proceso de atención representó una de las puertas de acceso más importantes para los servicios que la comunidad demanda (especialmente la comunidad universitaria) y al mismo tiempo, esta situación permitió una trabajo empático y de confianza porque a lo largo de este tiempo ya se han construido relaciones terapéuticas sólidas, cuya ausencia talvez sea uno de los principales problemas a la hora de rastrear las experiencias de vida de esta población.

Cabe anotar que, al tratarse de una institución de educación superior, las personas que participaron de la investigación fueron en su mayoría estudiantes universitarios, sin embargo, se incluyó una persona trans del contexto de la atención ambulatoria de una IPS pública de la ciudad quien también tuvo contacto con el Programa Campus Diverso a través del servicio de “extensión a la comunidad” donde cualquier persona con IG/OS(CD puede acceder a la consulta en calidad de asesoría con el objetivo de recibir orientación sobre cualquier proceso en salud y otro que se derive de sus necesidades diferenciales y requiera soporte profesional que pueda brindar el equipo de profesionales del proyecto.

Conocer y analizar estas realidades permitió aproximarse al tema de la garantía del acceso universal a los servicios de salud para esta población en nuestro municipio, así como las necesidades no satisfechas descrita por las mismas personas que padecen las brechas de atención y respuesta a sus necesidades en salud, para impactar en la construcción de procesos que vinculen el sentir de esta población.

Para esta investigación se hizo uso de la metodología cualitativa a través del método etnográfico porque este permite la posibilidad de describir, explorar, analizar y comprender desde sus propias voces, los significados que las personas con identidad trans le dan a sus vivencias y experiencias en la construcción de los itinerarios terapéuticos hacia la búsqueda de realizar sus procesos afirmativos de género. Permitió al mismo tiempo que la voz de la investigadora pueda abordar las tensiones que se suceden en este análisis. Este método permitió describir las voces, decisiones, acciones, reflexiones, de las personas participantes incluyendo la apuesta por comprender los significados de estas decisiones o actuaciones para ellas y ellos (Atkinson, PA, 2007).

Categorías de análisis

Se propusieron algunas categorías de análisis iniciales y posteriormente se incluyeron categorías emergentes en la medida en que surgieron estas de las vivencias y experiencias recogidas en el proceso de la investigación a través del relato de los participantes.

Categorías de análisis		
Tipo de Objetivo	Categoría	Definición de la categoría
Objetivo General: Explorar, a partir de las experiencias cotidianas, las voces, prácticas e interacciones, cómo las personas transgénero configuran y transitan sus itinerarios terapéuticos en el proceso de afirmación de su identidad de género dentro de un proyecto de atención diferencial y de referencia municipal en la ciudad de Cali durante los años 2023 y 2024.	Identidad de género Itinerario terapéutico	Relato de las personas trans sobre los aspectos que consideran importante en el proceso de construcción de su identidad de género. Relato de las personas trans sobre las motivaciones, razones y decisiones que realizan en la búsqueda de realizar y/o continuar su proceso afirmativo de género.
Objetivo Específico 1: Comprender el desarrollo del proceso afirmativo de género de las personas trans participantes de un proyecto de atención diferencial y de	Experiencia de vida trans	Relato de las personas transgénero sobre las experiencias significativas de los cambios y situaciones a las que se han enfrentado en el proceso de

referencia municipal en la ciudad de Cali durante los años 2023 y 2024.	Proceso afirmativo de género.	reconocimiento de su identidad de género incluyendo el proceso afirmativo de género. Desde las representaciones simbólicas y los cambios de vida que han realizado ya sea voluntaria o involuntariamente en el ambiente individual, familiar y social. Describe la experiencia subjetiva durante la ruta establecida por cada persona trans durante las prácticas de cuidado en búsqueda de los cambios para afirmar el género con el que se identifica.
Objetivo Especifico 2:	Necesidades en salud.	Describe las experiencias que considera más significativas durante el

Analizar cómo las personas transgénero configuran y ponen en práctica sus itinerarios terapéuticos en el proceso de afirmación de su identidad de género, en el contexto del proyecto de atención diferencial en Cali (2023–2024).	Atención en salud. Experiencias y reflexiones frente a las situaciones durante el proceso de acceso a servicios de salud para garantizar la atención de su proceso afirmativo de género. Experiencias.	proceso de búsqueda del proceso afirmativo de identidad de género frente a la atención en salud. A quien recurrió, a que instituciones consultó, cuantas consultas y procesos realizó antes de obtener una respuesta satisfactoria de los diferentes actores. Así como si recibió respuesta oportuna o no. Si presento barreras de acceso a los servicios o hubo facilitadores del proceso.
Objetivo Especifico 3: Explorar las prácticas, interacciones y construcciones de sentido de los profesionales de salud que intervienen en la atención clínica de esta población, en el contexto del proyecto de atención diferencial en Cali (2023–2024).	Experiencias en el proceso de atención por profesionales de salud.	Describe las experiencias de los profesionales de la salud en las atenciones y acompañamiento a procesos afirmativos de género tanto de orden individuales como reflexiones colectivas.

Plan de análisis

El análisis de los datos se realizó de forma continua durante el tiempo que duró la investigación.

Durante el proceso de observación participante se realizó el registro en el diario de campo.

Las entrevistas fueron grabadas en audio (previa autorización de los participantes), posteriormente se realizó la transcripción de cada entrevista. Se realizó una segunda revisión de la entrevista para verificar la calidad de esta y realizaron correcciones identificadas.

Análisis de la información

Para el análisis de la información se usó el procesador de texto Atlas ti.

Se realizó un análisis categorial y la triangulación de datos. Usando el marco teórico elegido (teoría Queer) se realizó la asociación de las categorías elegidas y obtenidas con las variables del modelo teórico y su posterior discusión.

Se realizó triangulación como herramienta que permite usar varias estrategias para estudiar un mismo fenómeno, en este caso se usaron varios métodos (observación participante y entrevistas a profundidad) (Patton, MQ, 2002). Esta herramienta permite validar la información encontrada, así como ampliar la comprensión de esta (Denzin y Lincoln, 2018)

El análisis de la información se realizó a partir de las categorías descritas, pero sobre todo a partir de las categorías emergentes desde los relatos o discursos de las y los participantes. Para el caso de la triangulación se realizó una vez se contó con todas las categorías a analizar, este pretendía la comprensión de los fenómenos identificados desde varias perspectivas: la voz de la o el participante, los registros de historias clínicas y atenciones realizadas, los documentos guías que pretenden facilitar la atención diferencial que se encuentren vigentes y la experiencia de la investigadora durante el tiempo de atención a personas trans.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos:

El proyecto fue presentado inicialmente a revisión por el grupo de profesores evaluadores asignados por la Dirección del Programa de Salud Pública de la Universidad del Valle. Tras obtener este aval, fue presentado ante el CIREH (Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle) para su evaluación.

Todo el proceso de investigación garantizará el cumplimiento de los principios éticos generales para la investigación con seres humanos: el respeto, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se garantiza el cumplimiento de la normativa internacional: las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS y OMS, 2017), las pautas éticas para la investigación cualitativa (ASA ethics guidelines, 2011), las recomendaciones indicadas en el documento de “cuestiones éticas en la investigación cualitativa con investigador participante” (Eide P. y Kahn D. 2008) y las recomendaciones éticas nacionales establecidas en la resolución 8430 de 1993 (Minsalud, 1993). Así mismo, se cumplirán los principios éticos de integridad científica y conducta responsable (Declaración de Singapur, 2010) durante todo el proceso de investigación.

Las y los participantes fueron invitadas a participar por la investigadora principal que a su vez se desempeñó como la profesional en medicina familiar que realiza la atención de la mayoría de los participantes a través del proceso de atención y seguimiento desde el proyecto Campus Diverso. Para afrontar esta situación, se realizó una negociación del rol de poder que como médica podría ejercer en la decisión de las personas acompañadas, garantizando la continuidad de la prestación del servicio independiente de si las personas aceptaran participar o no en la investigación, como también garantizando el anonimato. En ningún caso se hizo una retribución económica o de cualquier otro beneficio material por la participación en el estudio y se reforzó la idea general que la participación en el estudio a la larga contribuirá al mejoramiento de la salud en general de la población con la cual se identifica. Se tuvo a disposición atención biopsicosocial para atender cualquier situación de salud mental y/o física (ASA ethics guidelines, 2011)

Esta investigación no realizó intervenciones médicas directas dentro de la investigación, sin embargo, se consideró una investigación con riesgo mayor que el mínimo dado que se trata de una población que constituye una minoría, que permanece expuesta a varios tipos de violencias y discriminación como consecuencia de su identidad de género u orientación sexual. Se tuvo en cuenta que hay un riesgo de impacto emocional al explorar en las vivencias y experiencias vitales de las personas transgénero, por tanto, se estuvo atenta a la presencia de alguna situación que requiriera de atención psicosocial durante la investigación. La investigadora principal tiene la formación para brindar atención prioritaria con herramientas biopsicosociales de intervención en crisis y cuenta con la posibilidad de realizar seguimiento a las personas que su condición así lo requieran por lo que esta función estuvo a su cargo y contó con la disponibilidad del equipo de profesionales del Programa Campus Diverso quienes podrán brindar atención diferencial para dichos casos. Sin embargo, no se presentaron casos emergentes para atención psicosocial. Adicionalmente, se cuenta con la posibilidad de referencia prioritaria para valoración por psiquiatría en caso de requerirse (Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación, 2010) (ASA, 2021)

Se identificó también como un riesgo, la pérdida de la privacidad dado que la observación participante no se realizó únicamente dentro del ambiente de la consulta médica para lo cual se realizaron cláusulas de anonimato, confidencialidad y voluntariedad que fueron explícitas en el consentimiento informado.

Durante la investigación, la observación participante se realizó en varios escenarios, especialmente el espacio de la consulta médica sin embargo se planeó pasar tiempo con los participantes para trascender el espacio de consulta y poder acercarse a las experiencias de vida cotidiana frente a los procesos que vivencian en la búsqueda del proceso afirmativo de género. Se propuso realizar entrevistas o espacios de conversación en el domicilio de la persona para incluir otros elementos en el proceso de observación participante para trascender la vivencia del campus universitario, sin embargo, esto no se llevó a cabo.

El principal beneficio de este proyecto consistió en comprender las experiencias de las personas transgénero en la búsqueda de sus procesos afirmativos de género, así como otros factores que puedan contribuir a mejorar las acciones interdisciplinarias desde los servicios de salud para la atención diferencial de calidad a esta población. Se resalta el valor que tiene un estudio cualitativo

que permite tener en cuenta la subjetividad de las vivencias de las personas transgénero en la construcción de sus itinerarios y como este proceso se puede relacionar con la subjetividad del personal de salud que les provee servicios desde un enfoque biomédico, proceso que al ser confrontado por la investigación desde una perspectiva que cuestiona el las maneras convencionales de llevar a cabo los procesos en salud puede generar otras opciones de abordaje para la atención de calidad de este grupo poblacional.

Se solicito autorización institucional a la Dirección del programa Campus Diverso. Una vez obtenido, se socializaron los objetivos de la investigación al equipo de profesionales del proyecto.

Para dar claridad de la forma como se protegieron los derechos de los participantes de la investigación se ampliaron algunos aspectos a continuación:

1. La ejecución de la investigación
2. Consentimiento informado oral
3. Consentimiento informado escrito
4. Recolección de la información del proyecto de forma confidencial y privada
5. Confidencialidad y custodia de la información 6. Conflicto de intereses
6. Socialización de los resultados al finalizar la investigación

La ejecución de la investigación

Previo autorización del comité de ética, la dirección del Programa de atención diferencial, el servicio médico de la Universidad de la Universidad del Valle y las y los participantes seleccionados para la investigación. Se iniciaron, la observación participante que se realizó en 3 meses a partir del inicio. En esta, se documentó de forma escrita por parte de la investigadora principal, a través de notas escritas en el diario de campo, así como toma de fotografías y/o videos en caso de consideraron necesarios. Se creo una lista de seudónimos para no exponer las identificaciones de las personas. Se creo un directorio donde se guardó la información sobre la

equivalencia de los seudónimos en un computador con doble clave para su acceso al que solo accedió la investigadora principal.

Las notas de campo se registraron por la investigadora principal en el diario de campo durante la observación participante. El contenido de las notas se compartirá únicamente tras solicitud de los participantes de forma individual. La custodia de las notas estuvo a cargo exclusivamente de la investigadora principal.

Para la revisión de los registros de historias clínicas previamente elaboradas en el seguimiento médico que se requieren para la triangulación de la información, se solicitaron al servicio médico de la Universidad del Valle, explicando los objetivos de la investigación.

Consentimiento informado oral

Para la realización de la investigación se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Para la observación participante se propuso la solicitar la autorización a los participantes a través del consentimiento informado verbal ya que las actividades en los escenarios a través de los cuales se recogió la información en esta modalidad, ya se viene realizando como parte de las actividades que se realizaron en la atención integral en salud y los acompañamientos de las diferentes actividades en el campus que ser realizaron en el proyecto Campus Diverso.

Ofrecer el consentimiento verbal se fundamenta en el hecho que varias de las personas ya venían siendo acompañadas por la investigadora principal y hay una relación de confianza. Se garantizo su ejecución dejando la grabación de la conversación donde se describieron los objetivos de la investigación, así como se aclararon las dudas que haya frente al proceso de investigación. La grabación se guardó en el computador del proyecto el cual cuenta con doble clave y solo será usado por la investigadora principal. Se dio una copia del consentimiento informado a los participantes.

Durante el proceso del consentimiento se dejó constancia también de la libertad que tuvieron los participantes de retirarse de la investigación en cualquier momento (ASA ethics guidelines, 2011).

Consentimiento informado escrito

Para la realización de la investigación se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Para las entrevistas a profundidad, se solicitó a los participantes que dieran su autorización de participación a través de la firma del consentimiento informado (ver anexo 1), para garantizar el compromiso con las normas éticas para la realización de este tipo de investigación. Antes de la firma del documento, se leyó en voz alta el formato de consentimiento informado, se aclararon las dudas frente a la investigación y se dio una copia a cada uno de los participantes.

Durante el proceso del consentimiento se dejó constancia también de la libertad que tienen los participantes de retirarse de la investigación en cualquier momento (ASA ethics guidelines, 2011).

Recolección de la información del proyecto de forma confidencial y privada

A continuación, se describen aspectos relevantes sobre la recolección de la información para esta investigación:

La observación participante se realizó previo consentimiento informado de los participantes del estudio. Esta se realizó principalmente en el ambiente de la consulta por medicina familiar que realiza la investigadora principal, así como en los espacios de interacción que se dan con las personas acompañadas en algunas actividades dentro del campus. Se planteó visitar algunos participantes en sus domicilios como parte del seguimiento médico lo cual ampliaría la posibilidad de mejorar la observación participante pero no se llevó a cabo.

Los participantes no incurrieron en costos extra por participar en la investigación y no recibieron ninguna remuneración por su participación.

El diario de campo estuvo bajo custodia exclusiva de la investigadora principal. Posterior a los registros escritos tras la observación participante, se realizaron la digitalización de las notas de campo. Se planteó no realizar notas de campo si los participantes se negaban a que se usara esta herramienta, sin embargo, esto no sucedió.

Confidencialidad y custodia de la información

Las entrevistas fueron grabadas completamente, se inició con la grabación de la lectura del consentimiento informado. En caso de que algún participante se negara a dicha grabación se le propondría realizar la entrevista sin ser grabada, se firmó el consentimiento informado dejando la nota de excepción para la grabación.

La grabación fue guardada en el computador de uso del proyecto para no dejar expuesta la información en la grabadora.

Antes de la entrevista se aclaró al participante que puede terminar la entrevista en cualquier momento y podrá abstenerse de contestar si alguna pregunta pueda generar alguna situación incómoda o que le genere alguna afectación emocional

No se contó con un formato prediseñado de entrevista para dar posibilidad a que el proceso fuera más espontáneo, sin embargo, se tuvo en cuenta las categorías de análisis previamente establecidas como punto de partida de preguntas iniciales.

Las fotos que se obtuvieron en el trabajo de campo fueron vaciadas del equipo de fotografía el mismo día que se tomaron y puestas en el computador del proyecto que tiene doble clave. Las fotos que tenían información de identificación personal fueron borradas.

Toda información recolectada durante la investigación fue salvaguardada en el computador de uso en la investigación con doble clave, fue usado exclusivamente por la investigadora principal.

Los formatos de consentimiento en físico, firmados, fueron guardados en un cajón de la casa de la investigadora principal, bajo llave.

Toda información digital contó con una copia, la cual fue guardada en el computador de la investigación, que tiene doble clave. Todos los archivos del proyecto se guardaron en una carpeta y organizada en subcarpetas según la fuente de la información, por ejemplo, se tuvieron subcarpetas de notas de campo, de videos, de fotografías, de entrevistas y de consentimiento informado. Vale la pena recordar que para acceder a esta información se contó con doble clave de acceso.

Toda la información (notas de campo, fotos, consentimientos firmados) serán guardados por 5 años luego de que el estudio haya culminado. Igualmente, la información electrónica será guardada siguiendo los mismos protocolos de seguridad.

Conflicto de intereses

Declaro que no tuve ningún conflicto de interés para la realización de esta investigación.

Socialización de los resultados al finalizar la investigación

Se acordó con los participantes de las entrevistas tanto personas trans como profesionales que la socialización de los resultados se realizaría en el entorno académico al cual estarían invitadas en invitadas de manera tanto presencial como virtual para que el acceso se realice de acuerdo con la elección de cada persona. Se manifestó la intención de la investigadora principal en poder replicar estos resultados tanto a nivel individual como a nivel grupal en espacios que las y los participantes consideraran oportuno o que pueda traer un beneficio a la población trans.

Resultados

Capítulo 1: Experiencia de vida trans el camino entre el reconocimiento, la reflexión y la construcción continua de la identidad de género, más allá de la identificación con el binarismo.

Recibí una llamada de Carlos (un joven hombre trans que venía atendiendo hacía dos años), pasadas las 12 del mediodía. Me extrañó porque él no se comunicaba conmigo por llamadas. Se escuchaba diferente; su saludo lo escuché lento, en voz baja. Me dijo: "Dra., llamaba para despedirme...". Me quedé en silencio y luego le dije: "¿Para dónde te vas?" Me respondió que se acababa de tomar unas pastillas. "¿De qué?", le pregunté; respondió, de propanolol. Le pregunté por cuántas y dijo "treinta". En ese momento se me nubló la mente. Creo que estuvimos en silencio en la línea hasta que le pregunté dónde estaba. Se encontraba en el segundo piso de la biblioteca de la universidad. Le dije que no se moviera de donde estaba. En ese momento solo pensé en ir a buscarlo. Conduje rápido a la universidad. Llegué lo más pronto que pude, avisé al guarda que teníamos una urgencia, que por favor llamara una ambulancia; para mi sorpresa, pareció no creerme y no se inmutó. Subí al segundo piso; ahora que lo pienso con gran angustia, me imaginaba que lo iba a encontrar muerto. Les pedí a otros estudiantes que me ayudaran a buscarlo describiéndoles sus características físicas brevemente. De todos los estudiantes a los que les pedí el favor de ayudarme, solo uno lo hizo. Lo encontramos al final del segundo piso recostado sobre la mesa con un saco cubriéndole la cabeza. Lo llamé con insistencia y contestó con la mano; estaba somnoliento, pero consciente. Le tomé la presión; estaba con la tensión arterial normal para un joven de su edad, pero la frecuencia cardiaca estaba disminuida (50 latidos por minuto). Había llevado mi tensiómetro digital y un fonendoscopio porque en mi imaginario lo iba a encontrar inconsciente. Pensé que tendríamos algo de tiempo calculando el tiempo de ingestión de la medicación. Pedí que llamaran al director de la biblioteca y finalmente llegó, pero me dijo que la ambulancia tardaría mucho. Me preguntó: "¿A dónde le ayudo a llevarlo?". Con incertidumbre consulté: ¿qué tan cerca podía acercar mi carro? Me ayudaron a bajarlo y a subirlo a mi carro. Intenté ingresar al servicio de urgencias del servicio de salud internamente, pero al parecer el guarda de la biblioteca no avisó, entonces nadie abrió la puerta. Salí de la universidad y en reversa transité el tramo para ingresar al servicio médico por la puerta principal. Ingresé al estudiante a observación a monitoría de signos vitales. Lo convencí de darme el número de un familiar que también estudia en la universidad. Hable con él, espere a que llegara. Estuvimos de acuerdo con la médica de urgencias en solicitar traslado a urgencias de una clínica de nivel tres lo más pronto posible. Hable con él y le ofrecí acompañamiento si lo requería para hablar con su madre, pues él es de una zona rural al suroccidente del país y en esta ciudad solo cuenta con un familiar.

Volví al carro y no pude contenerme, sentí una mezcla de rabia y frustración. Lo primero fue caer en cuenta de que estuvo el estudiante en mi carro bajo el efecto de un medicamento que perfectamente habría podido causar una arritmia y quedar inconsciente durante el traslado. También pensé en que no tuve más opción. Me sentí culpable por muchas cosas, por haberlo subido al carro, por no esperar la ambulancia, porque pensé que yo tenía que haberme dado cuenta de que iba a intentar suicidarse. Recordé cuando él, en la cita anterior, me había dicho que “estaba cansado de todo y que sabía cómo terminar con esto”. Le había consultado que si tenía ganas de autolesionarse y me dijo que lo estaba pensando, pero que le preocupaban muchas cosas, entonces que cualquier cosa me avisaría. Lo interpreté como ideas suicidas sin un plan estructurado, pero en este momento, tras lo que paso pensé, “me lo dijo y no supe escuchar”. Estuve con culpa por un tiempo y aunque es una emoción frecuente en mi historia de vida, se sentía distinto. Creo que desde ese momento intento hablar de la ideación suicida a profundidad en las consultas con las personas que acompaño, pero no estoy muy segura de que sea lo mejor o quizás estoy lidiando con esa angustia de que algo así puede volver a suceder.

Cada que hay un suicidio en la Universidad me pregunto, que podemos hacer, siento que el acompañamiento no es suficiente. No sé si la escucha en sí misma sea suficiente. Tengo que confesar que después de esa experiencia siento mucha impotencia porque el sufrimiento emocional de las personas que atiendo es enorme. Algunas veces siento que el espacio de atención en sí mismo es terapéutico, otras me quedo con la sensación de que es insuficiente. Algunos estudiantes que acompaño se resisten a asistir a psicología, algunos otros lo intentan y no logran engancharse en los procesos. Algunos me solicitan citas con frecuencia para ser escuchados, no quieren diagnósticos, no quieren medicamentos, no quieren largos mensajes de positivismo. Quieren ser escuchados. A veces siento que me comprometo al atenderles sin que medie una situación de salud que requiera una intervención biomédica, pero me cuestiono para aliviar mi angustia. ¿qué es más importante que la salud mental de esta persona?

Mi paciente, estuvo en la UCI por 20 días, tuvo unos días críticos por la bradicardia que le generaron los medicamentos. No estoy segura de que hayan sido 30 pastillas, pero estoy segura de que su sufrimiento emocional era tal que optó por esa opción. En la hospitalización recibió la visita de su mamá, viajó para encontrarse con él. Paradójicamente ella nunca se opuso rotundamente a su proceso de transición, pero le había manifestado lo difícil que era para ella verle y llamarle en masculino. Ese encuentro parece que aceleró el proceso de aceptación de la crisis que generaba para ambos la identidad de él. No lo visité en la clínica porque me mandó a decir con su madre que no le visitara. Que hablaríamos cuando estuviera bien.

Le atiendo cada tres meses aproximadamente. No le gusta hablar de este suceso. Alguna vez me manifestó sentir vergüenza con la madre y conmigo por este suceso. Cada vez que lo veo llegar a consulta o me escribe para comentarme algo de su salud, siento alegría por volver a saber de él. Algunas veces, mientras le atiendo, recuerdo el suceso; otras no, pero cada tanto recuerdo que esta situación me acercó a otras realidades desde mi rol de atención.

Al igual que en el caso anterior, el sufrimiento emocional es una constante en los procesos de afirmación de identidad de las personas trans que observé durante el trabajo de campo. En muchas ocasiones, las decisiones sobre qué acciones tomar y cuáles postergar están mediadas por factores que trascienden el espacio del campo médico. A partir de este caso, comprendí que incluso las decisiones más determinantes en la vida de estas personas están influenciadas por situaciones que van más allá de las posibilidades que albergamos dentro de la perspectiva biomédica y de la capacidad de contención terapéutica que este ofrece.

Uno de los conceptos que identifiqué que era de gran importancia para la comunidad trans, inicialmente en la universidad y luego en los espacios colectivos tanto al interior de la universidad como por fuera de ella fue el de “experiencia de vida trans”; esta fue una categoría previa. Este concepto además de buscar el reconocimiento social de las particularidades vitales en el proceso de la identidad de género trans también es una apuesta por despatologizarla, por humanizarla, por normalizarla sin omitir aquellos aspectos que la hace vulnerable. Con la intención de profundizar en este concepto como categoría, este capítulo recoge temas que emergieron en el proceso de análisis relacionados con esta categoría en particular durante esta investigación. Desde este punto de partida pretendo ampliar la comprensión del proceso afirmativo de género.

En ese sentido, este capítulo intenta profundizar en las voces y experiencias de vida de las personas trans, así como en otras fuentes con el objetivo de comprenderlas y analizarlas trascendiendo el enfoque biomédico tradicional y centrándose en los aspectos subjetivos con los que ellas-ellos abordan su reconocimiento y la construcción continua de su identidad de género.

El capítulo se divide en cuatro secciones principales:

1. La experiencia de vida trans.
2. Los aspectos individuales de la experiencia de vida trans.
3. Los aspectos familiares de la experiencia de vida trans.
4. Los aspectos sociales de la experiencia de vida trans.

La experiencia de vida trans

La experiencia de vida trans constituye una de las categorías de mayor relevancia al momento de realizar esta investigación. Durante el trabajo de campo, las narrativas de las personas trans mostraron que, según sus vivencias, esta experiencia está compuesta por un conjunto de situaciones, aprendizajes y tensiones que atraviesan su proceso de reconocimiento, reflexión y construcción de su identidad de género, ya sea femenina, masculina, no binaria, transfemenina o transmasculina.

Esta comprensión dialoga con los relatos de personas trans recogidos por la Liga de la Salud Trans durante una de sus investigaciones, donde conceptualizaron la experiencia de vida trans de la siguiente manera:

“Más allá de una dinámica de denuncia de violencia y exclusiones, lo que la experiencia de vida trans muestra es una comprensión insondable sobre el cuerpo y la experiencia humana en su dimensión colectiva. No se sigue un camino único y unidireccional para construir la identidad, sino uno múltiple y dinámico que no tiene ni un comienzo y ni un fin. Por eso, invitamos a pensar en las construcciones identitarias como los ríos para poder entender el eterno fluir, las distintas velocidades y la imposibilidad de separar las partes del todo” (Rocha, Ruiz, & Salamanca, 2022, p. 86).

Esta categoría permite una aproximación a la experiencia humana en el contexto de la identidad trans, al mostrar cómo esta identidad se forma y se vive dentro de un orden social donde el binarismo de género es la norma. A través de esta mirada binaria se establecen las normas de género: los roles y estereotipos que excluyen las trayectorias de género que no se alinean a este orden establecido. En este sentido, la experiencia de vida trans transgrede el mandato hegemónico, lo que no solo confronta la estructura, sino que también sitúa a la persona trans en una experiencia de vida atravesada por múltiples tensiones, entre ellas los prejuicios y la discriminación.

Esta vivencia se aprecia claramente en el relato de Amerie, quien describió la reacción familiar en una situación donde ella exploraba el género femenino a través de acciones estereotipadas:

Entrevista 01, Amerie, diciembre 2023:

“Yo con los labios pintados pues, yo me creía la persona más profesional. Yo me hice una sonrisa, nunca lo voy a superar y salí y le dije literalmente como: -ay, tía, ¿cómo me veo?, ¿Me veo linda? -. Entonces todos quedan como con su cara de suspenso porque, pues ¿yo que estaba diciendo?, entonces justo ese día también me pegaron, me pegaron con una correa de cuero que tenía mi abuelo. Mi abuelo, es como que nunca lo va a olvidar, son las dos únicas veces que me han pegado y cada vez que me pegaba me decía que si no me enderezaba, él me enderezaba, pero siempre lo supe, o sea, como que siempre fui muy consciente, pero nunca pues se lo comuniqué a nadie porque me daba miedo eso, como que me pegara, como me fueran a juzgar. De hecho, siempre tuve como muchos inconvenientes en el colegio por la misma situación, como que siempre las niñas, como que siempre me hacían en un rincón, como que no estaba acostumbrada a escuchar reggaetón, no jugaba fútbol, en educación física me iba fatal porque tenía profesor de educación física súper machista, decía que los varones tenían que jugar fútbol y que los niños no orinaban sentados. Porque una vez le pedí permiso para ir al baño y me hizo orinar ahí en la cancha al frente de todos, que los hombres orinaban al frente de los hombres, y yo como...”

El caso de Amerie revela de forma contundente cómo el sufrimiento emocional y social no se reduce a la vivencia intrapsíquica, sino que se produce en la interacción con otros: familias que buscan “enderezar”, instituciones educativas que refuerzan la masculinidad obligatoria (una sola forma de vivir el género), pares que sancionan cualquier diferencia en la expresión o exploración del género normativo y figuras de autoridad que instauran prácticas humillantes bajo la legitimidad del orden escolar. Estas experiencias se traducen en emociones intensas como miedo, vergüenza, angustia, tristeza, desesperanza y culpa; emociones que Amerie, como muchas otras personas trans, aprendió a gestionar en soledad dado el temor a ser castigada o ridiculizada.

De esta manera, el sufrimiento emocional y social constituye un efecto acumulativo de diferentes formas de violencia: física, simbólica e institucional. La intensidad y forma de manifestarse depende de varios factores, entre los que se encuentra la edad en la que se reconoce la propia identidad, la disponibilidad de redes de apoyo, la clase social, el territorio, la pertenencia étnico-racial y el grado de apertura del entorno.

Los hallazgos permiten ubicar esta categoría como un eje transversal que se articula con las demás categorías analizadas. Las personas participantes identificaron como necesidades diferenciales principales aspectos relacionados con su salud física, mental, sexual, entre otras, especialmente las relacionadas con el proceso afirmativo de género tanto a nivel hormonal como quirúrgico.

Dentro de esta categoría emergieron elementos relacionados con la percepción sobre el acceso a servicios de salud (barreras y facilitadores), la calidad de la atención (satisfacción) y el comportamiento del personal de salud, así como decisiones que tomaron por fuera del sistema de salud. Aspectos que las personas trans mencionaron como directamente asociados a su experiencia de vida y su navegación por el sistema de salud.

Finalmente, la percepción de las y los profesionales de salud (psicología, trabajo social, educación física, endocrinología, psiquiatría, medicina familiar y sexología) sobre la experiencia de vida trans y las ideas en torno a como consideran que desde su rol profesional han incidido en estos procesos, será abordada en un apartado posterior (capítulo 3).

Los aspectos individuales de la experiencia de vida trans.

Bajo el subtítulo de aspectos individuales de la experiencia de vida trans, presento las categorías emergentes de esta investigación. A partir de los datos obtenidos a través de las entrevistas, la observación participante y los registros en los diarios de campo, identifique cuatro aspectos centrales: la identidad de género, el reconocimiento social de dicha identidad, las diferentes formas de expresar el género y las necesidades en salud asociadas a los procesos afirmativos de género. Estas categorías son el punto de partida para analizar y comprender como las personas trans transitan su cotidianidad y cómo estos elementos influyeron en sus itinerarios terapéuticos.

La identidad de género

La identidad de género es, para esta investigación, el aspecto más importante de la experiencia de vida trans. Es el punto desde el cual las personas entrevistadas organizan la comprensión de sí mismas y, al mismo tiempo, es el elemento desde el cual se posicionan frente a los otros. En este apartado se explora cómo las personas trans interpretan su identidad de género y cómo estas comprensiones dialogan o se confrontan con las definiciones biomédicas, sociales y teóricas existentes. En el capítulo tres se ampliará esta discusión desde la mirada de profesionales de salud.

Diferentes teorías han intentado explicar la identidad de género. Fisher et al. (2025) muestran que esta puede cambiar en el tiempo y proponen tres enfoques principales: el primero, la comprensión evolutiva basada en el sexo biológico. El segundo, el enfoque desde las estructuras y normas sociales, y un tercer enfoque que explica la identidad de género como una categoría social situada históricamente. También se ha estudiado la autoidentificación, haciendo énfasis en que niños y niñas pueden reconocer y expresar roles de género desde los dos años, aunque la mayoría de las personas trans expresan que sus procesos tempranos de autoconciencia fueron a partir de los 3-4 años en adelante. Sin embargo, lo anterior suele reproducir una matriz binaria.

Desde el enfoque biomédico, Korpaisarn y Safer (2019) definen a las personas trans como aquellas cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer. Sin embargo, el trabajo de campo mostró que esta definición es limitada. Varias personas trans entrevistadas no experimentan rechazo hacia sus genitales, sino hacia la identidad de género asignada; otras identifican que el malestar se relaciona con partes de su corporalidad asociadas culturalmente con feminidad o masculinidad, sin que implique necesariamente discomfort con los genitales. La expectativa social que implica coherencia entre la estructura genital, la identidad de género y la expresión de género (priorizada en el modelo binario) es cuestionada por muchas personas trans. Esta expectativa deja por fuera a otras personas cuyo sexo asignado al nacer no se encuentra en la dicotomía hombre-mujer (intersexualidad), así como a identidades de género no binarias como las transfeminidades y transmasculinidades,

cuyos procesos de identificación con aspectos de los géneros no responden a categorías rígidas.

Durante el trabajo de campo, una situación evidencia esta tensión: mientras trabajaba en la oficina del programa, escuché a Lucas, un hombre trans, comentarle a Martin, identidad no binaria: “no sé porque los médicos se empeñan en preguntarme por mis genitales. No entienden que no se trata de eso”. Registre en mi diario de campo “la identidad de género no solo ligada al discomfort con el sexo asignado al nacer (SAN)”. Expresiones como estas se repitieron durante el trabajo de campo, donde varias personas trans expresaban que las definiciones no correspondían a sus vivencias y el deseo por que existiera la comprensión de que la identidad de género no siempre estaba relacionada con la modificación total o parcial de las corporalidades.

En este mismo sentido, GonG comentó sobre el impacto que tiene la perspectiva biomédica sobre los procesos de transición, argumentando la individualidad de los tránsitos y la dificultad que encuentra en que sean reducidos a un patrón universal:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2024:

“Entonces, para mí también es confrontador, porque es una, eh, ese escuchar como parte de mi historia a veces como unas complejidades mucho más grandes, otras veces más pequeñas, eh, pero también me plantea que es, es algo muy personal. Es decir, ahí tengo que hacer énfasis en que los tránsitos todos son diferentes, todos, todos son muy diferentes. Hay una preocupación de mi parte en este caso a nivel ético, profesional porque, a ver; las personas ven su transición muchas veces desde el punto de vista médico, lo que me permite el modelo médico”

Las narrativas recogidas en entrevistas y diarios de campo muestran que la autoconsciencia de la identidad de género puede surgir en diferentes momentos del curso de vida. Algunos expresaron “yo siempre lo supe”, “desde pequeño”, “desde chiquito” “siempre”, sin embargo, cada situación variaba de acuerdo con el contexto. Quienes la identifican desde la niñez, describen procesos de exploración prolongados con diferentes situaciones de confrontación con posiciones familiares heteronormativas, así como estas mismas dinámicas en otros entornos como la escuela y los servicios de salud. En otros casos, cuando la exploración se acentúa en la adolescencia, se acompaña en la mayoría de los casos de una

serie de emociones que están atravesadas por el miedo o temor a la discriminación y al rechazo social, aunque esto suele ser variable según el contexto. Amerie manifestó que su rol femenino durante el juego con sus primos era aceptado, pero ocultaba esa dinámica de juego a otros familiares por temor al rechazo familiar:

Entrevista 01, Amerie, diciembre 2023:

“Desde muy niña me gustaba jugar con mis primos y decir que yo estaba embarazada, porque como que mis primos jugaban conmigo y ellos entendían toda la situación, pero no me juzgaban, o sea, como que era muy normal, o sea vamos a jugar y ya, pues normal, y jugaba con mis vecinas de al lado a las barbies, también jugamos que las hermanas y todo el cuento. Entonces era una dinámica muy chévere, pero una dinámica también como muy escondida porque le tenía mucho miedo a mi abuelo”

Ollie expresó cómo sus pares interpretaban sus juegos desde lógicas binarias mientras la mirada moral venía de los adultos de su entorno asociada a creencias religiosas:

Entrevista 02, Ollie, junio 2024:

“Tenía un par de amigas que eran hermanas, que eran casi siempre con quienes más jugábamos. Y ellas me decían: —No, es que usted siempre quiere ser el papá— que no sé qué, pero yo sentía que el juicio no era tanto, era más bien cosa de niños. Yo sentía que el juicio venía más de mis padres, como: eso no se hace, y de una estaba la represión moral también o religiosa. Eh, Dios odia eso, eh, Dios considera que eso está sucio, no sé si me hago entender como el mensaje de: -Eso no se hace porque está mal hecha ante los ojos de Dios-”.

Estos argumentos sugieren que reconocer la identidad de género no implica necesariamente expresarla. Para muchas personas trans, mantenerla en silencio constituye una estrategia de autoprotección frente a contextos donde la expresión abierta del género puede desencadenar rechazo, sanción moral o violencias. El silencio en estos casos opera como un mecanismo adaptativo en entornos marcadamente heteronormativos, pero también como un escenario donde se sostienen tensiones intrapsíquicas entre lo que se siente y lo que la sociedad espera. Estas tensiones generan frecuentemente sufrimiento emocional y social, expresado en sentimientos persistentes de miedo, tristeza, angustia, culpa o desesperanza. En algunos casos, la imposibilidad de nombrarse o ser nombradas, nombrados, se extiende por varios

años, generando trayectorias de vida marcadamente autocensuradas, aisladas y la vivencia de una identidad que solo puede ser expresada en espacios que consideran seguros, como eventos o reuniones con pares o momentos de crisis vitales que permiten la expresión.

En este sentido, la experiencia de vida trans evidencia que la identidad de género no es únicamente una categoría identitaria, sino un lugar de disputa social, donde se articula el reconocimiento, el silencio, el miedo y la posibilidad de afirmarse. Ejemplos públicos como el tránsito de Brigitte Baptiste, que retomaré más adelante, muestran cómo algunos eventos biográficos pueden activar la posibilidad de hacer explícita una identidad que había permanecido contenida por años. Sin embargo, la mayoría de las experiencias recogidas en esta investigación muestran que este proceso se desarrolla en contextos cotidianos donde el sufrimiento emocional y social emerge como efecto directo de las tensiones que produce el binarismo hegemónico y sus mandatos sobre los que se considera un género “legítimo y normal”.

Desde la teoría Queer, Butler (1990) propone que el género es un acto performativo que, al repetirse en el tiempo y replicar los estereotipos sociales binarios, refuerza la idea de que el sexo y el género son categorías binarias. Desde esta teoría, Butler (2007) también argumenta que, al ser el contexto estructuralmente binario y al estar todas las personas inmersas en este sistema, reproducimos sistemáticamente esta estructura a través de nuestras identidades, que por lo general se alinean con este binarismo. Si una persona desea salirse de esta normalización de sexo asignado igual al género asignado, el sistema presenta la opción dentro de la misma estructura binaria. Quiere decir que da la posibilidad de que quien haya nacido con genitales femeninos/hembra (género asignado mujer/femenino) se identifique con lo masculino y viceversa. Sin embargo, pone en cuestión que cuando una persona se identifica con un género diferente al asignado, no específicamente se tendría que identificar con el otro género, a menos que se comprenda exclusivamente una categoría dicotómica; sin embargo, para la autora, que se comprenda que el sexo asignado solo tiene dos opciones, no necesariamente tendría que ser igual para el género.

Lo que condiciona las opciones que existen para identificarse es precisamente el contexto estructural heteronormado, binario y falocéntrico. Por lo que la crítica de la autora gira en torno a que la categoría principal sería el sexo biológico /asignado al nacer que, al ubicarse

en el binarismo, condiciona los géneros. La autora lo define como “la intervención performática”. De este proceso, según esta teoría, no se escapan las personas trans cuyos tránsitos implican una identidad binaria a través de la cual replican estas estructuras binarias.

A pesar de que las personas trans tienden a aprobar teorías como la teoría Queer. En general, existe un rechazo de la población sobre las teorías sobre identidad de género. Durante el trabajo de campo, identifiqué unas resistencias de algunas personas trans, quienes en espacios de conversatorios manifestaban su descontento con el planteamiento de teorías sobre su identidad de género, argumentando que carecen de valor cuando no tienen en cuenta lo que implica la experiencia de vida de las personas sobre las que se teoriza. En uno de los espacios colectivos, un conversatorio sobre memoria trans, una participante expresó: Diario de campo, noviembre 2023: “Ustedes acá en la academia con sus teorías sobre nosotras las maricas sin conocer nuestras realidades”. Esta crítica se acentúa en el contexto latinoamericano, donde autoras como García y García (2021) y Falconí Travéz (2021) destacan la importancia de categorías como lo cuir, que surgieron para confrontar la heteronorma y su hegemonía del pensamiento queer del “norte global” y reconocer las particularidades lingüísticas, históricas y políticas de los territorios latinoamericanos.

Estos hallazgos muestran en su conjunto que la identidad de género es un proceso relacional no lineal influido por el contexto que no puede ser abordado únicamente desde la perspectiva biomédica ni los modelos binarios. Lo narrado por las personas trans muestra cómo la autoidentificación y el entorno que permite o limita la exploración atraviesan de forma transcendental la experiencia de vida trans.

El reconocimiento de la identidad por los otros

El reconocimiento social constituye un elemento fundamental en la configuración de la identidad, especialmente en grupos poblacionales cuyas experiencias de vida han sido históricamente invalidadas o patologizadas. Toledo Jofré (2012) plantea que “ser”, no está circunscrito al autoconcepto individual; implica el reconocimiento por los otros en el contexto de relacionamiento social donde se desenvuelve la cotidianidad. Este proceso se

hace real a través de prácticas del día a día como la forma de dirigirse a una persona (generalmente a través del uso del pronombre y el nombre) y en el marco institucional (colegio, universidad, instituciones de salud, etc.) a través de los registros, documentos legales en sistemas de información.

Uso del pronombre y nombre como practica relacional:

Durante el trabajo de campo observé que, para muchas personas trans, el proceso de reconocimiento de la propia identidad de género incluye la necesidad de ser reconocidos por el nombre y pronombre identitario. El nombre identitario permite dicho reconocimiento por los otros y las personas trans lo ubican en un nivel de importancia semejante al de la propia identidad de género. Según Preciado (2019), el nombre opera como un dispositivo político que puede legitimar o anular la existencia, así como un acto de resistencia. En las relaciones cotidianas, algunas personas trans exigen ser llamadas por su pronombre y nombre identitario. Al mismo tiempo, valoran que se dé en el contexto del relacionamiento con los otros.

Después de participar en un conversatorio sobre experiencia de vida trans, incorporé en mi consulta preguntas frente al pronombre y nombre identitario: “¿con que pronombre te identificas y cuál es tu nombre identitario?”. Registre en el diario de campo, diciembre 2023: “Se preguntan por qué nos cuesta tanto a los profesores, los policías y los médicos llamarlos por el nombre identitario”. Lo anterior muestra la tensión entre el ejercicio de poder en algunos ambientes normativos y el reclamo que hacen las personas trans frente a una de las necesidades resaltadas por ellas y ellos.

Reconocimiento institucional y tensiones administrativas

Muchas personas trans deciden modificar su nombre y sexo (que en realidad se refiere al género) en los documentos legales, otras deciden mantenerlos como una forma de resistencia frente al orden social heteronormativo. Sin embargo, ambas posiciones enfrentan tensiones

importantes especialmente en instituciones cuyos registros están normados por los documentos legales.

Las narrativas de las personas participantes muestran como dichas tensiones producen situaciones de violencias (especialmente simbólica) o dinámicas de discriminación o exclusión. Amerie expuso una situación en la que su colegio, aunque inicialmente planteo algún grado de resistencia, termino por generar una acción afirmativa adaptativa a dicho contexto:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Bueno, entonces yo empiezo con este tema, entonces, claro, mis compañeros empezaron como a sospecharlo, pues yo le había dicho a nadie nada. Entonces un día, alguien me preguntó y me dijo: “¿Usted es gay? Así, una persona nueva que entró al salón y yo —no, soy trans— y todos mis amigos quedaron como —ah, qué, usted es gay, travesti—, no, pues soy trans. - ¿y cómo te vas a llamar? - y no sé qué. Y yo pensaba que iban a reaccionar de otra manera pero no, o sea, fue muy chévere porque por ejemplo todas mis amigas como que “- ¿cómo te vas a llamar? - que no sé qué, -¿porque no nos habías dicho? - y yo dije -Me voy a llamar Tatiana- disque -ay bueno Tatiana- y todas empezaron a cambiarme el nombre, y todo el cuento y yo - ¡wow!-, entonces hubo un momento donde no podía ocultar más el cabello, pues largo, entonces yo ya definitivamente me lo lavaba y me peinaba y pues normal. Entonces los profesores hicieron junta directiva para ver que iban a hacer porque los padres de familia se estaban quejando que yo era mala influencia que me iban a sacar del colegio, o sea, me iban a sacar del colegio y yo -pues no, donde ustedes me saquen del colegio yo los demando-. No me sacaron, y entonces en la lista no me llamaban por mi nombre identitario, sino que me llamaban solo por mi apellido, decían -como no podemos hacer nada legalmente, por ahora te vamos a llamar por tu apellido para que te sientas bien-, y yo -Ah bueno-, pues como que no tenía mucho problema con eso”.

Situaciones como estas muestran la distancia que existe con las indicaciones legales establecidas como es el caso de la Sentencia T-363 de 2016 de la Corte Constitucional, la cual reconoce el derecho de las personas al cambio de nombre y componente sexo de sus documentos de identificación. Así como las limitaciones que existen para la implementación de acciones para aplicar en entornos institucionales (educación, salud, jurídico, etc.) donde priman los aspectos documentales y la verificación de datos.

Resistencias, desigualdades y pedagogías involuntarias

Varias personas trans comentaron que incluso después de realizar el cambio de nombre y sexo en documentos legales, continúan estando expuestas a resistencia de personas e instituciones. Algunas personas trans deciden no realizar el cambio del nombre y componente sexo, ya sea por decisión propia, generalmente como un acto de resistencia y confrontación al orden social, y otras personas no cuentan con los recursos económicos para llevar a cabo el proceso. Sandra comentó una situación en la que un profesional de salud hizo caso omiso a su identidad de género aun después de hacer explícita la situación:

Entrevista 03, Sandra, abril de 2024:

“He visto pues que ya han cambiado como el estereotipo de que - ¡ay él- o que lo trata a uno como con el sinónimo masculino y todo eso. El cambio de nombre en la cédula aportó el 90% del cambio en el trato. E incluso con el cirujano plástico que tuve el problema, él ahí en la historia clínica puso el nombre femenino con el sexo masculino. Mi cedula quedó con el sexo femenino. Él me preguntó que cómo me sentía yo identificado como él o como ella. Y yo le dije no, como ella y a él le importó bledo la opinión”.

Lo anterior muestra como aun cuando hay reconocimiento dentro de los requisitos administrativos y legales, la violencia puede seguir estando presente.

Así mismo identifique que varias personas trans se ven obligadas a ejercer pedagogía constante para lograr respeto por sus pronombres y nombres identitarios, especialmente en instituciones donde predomina la heteronorma. En un espacio de conversación luego de un espacio colectivo, una persona manifestó que se encontraba “cansada de estar haciendo pedagogía en el tema trans”. Estas pedagogías involuntarias y forzadas pueden explicar carga emocional y administrativa sobre personas trans.

De la identidad a las diferentes formas de expresión del género.

La expresión de género comprende el conjunto de signos y prácticas por medio de las cuales una persona hace visible su identidad ante otros: maquillaje, peinado, vestimenta, lenguaje corporal, tono de la voz, uso de accesorios, si como la elección del pronombre y el nombre. Estas pueden coincidir o no con el sexo asignado al nacer y el género y se relacionan con aspectos culturales y contextuales. [Concepto ajustado con elementos de: Minjusticia -s.f.-y Mazursky (2025)]

Los datos recogidos en entrevistas y diarios de campo muestran diferentes trayectorias entre la identidad y la expresión de género. Para algunas personas, la exploración de la identidad sucede varios años antes de la expresión pública de la identidad de género, razón por la que algunas personas trans son catalogadas como “salidas del closet tardíamente”. En contraste, otras personas priorizan la búsqueda del cispasing (reproducir signos hegemónicos de la masculinidad o la feminidad buscando ser identificadas por otros como personas cisgénero). Una participante expresó: *“Deseo ser una mujer de verdad, que nadie se dé cuenta que transite”*

Durante el trabajo de campo fue frecuente que este deseo apareciera en forma de expectativa negociada con la realidad corporal y social. Para algunas personas constituye una meta en sí misma. Para otras, una fuente de ansiedad ante la posibilidad de no alcanzarla. Una mujer trans expresó: Diario de campo MT, mayo de 2024: *“Hace un año una amiga le dijo que se probara un vestido; se vio en el espejo explorando el género fluido. Me gusta más ser una mujer”*

Esta idea de adecuarse a un ideal “natural o normal” fue cuestionada por GonG y Joseph:

Entrevista 05-1, GonG, junio 2024:

“Yo entiendo la parte en que se clasifica así, que porque nosotros, las personas trans, nosotros las personas trans, decimos que tenemos malestar con una identidad, eso yo lo entiendo. O sea, si yo tengo malestar y yo voy y busco a Mafe o a Liliana para, ayúdenme que tengo un malestar, sí, pues tengo que comprender ciertas variables. Pero de nuevo, me parece que eso viene de un modelo de considerar que la normalidad es ser heterosexual,

cisgénero, ta, ta, ta y todo lo que se aleje de ahí, pues va en contravía. Entonces, tiene que ser curado”.

Entrevista 05-2, Joseph, junio 2024:

“Entonces, porque, ahí sí surge la pregunta de por qué no nos preguntamos por qué la gente es heterosexual o por qué la gente es cisgénero, por qué la gente se siente bien con su genitalidad, con su corporalidad, con sus formas de. O sea, ¿por qué estamos las mujeres tan cómodas en un sistema matriarcal, asumiendo unos roles específicos que nos ponen en desventaja?”

En el trabajo de campo también observé que algunas personas trans se identifican plenamente con el género desde una perspectiva exclusivamente binaria y buscan reproducir características femeninas y masculinas de tal manera que les permita ser identificados socialmente como mujeres u hombres cisgénero. Un caso registrado en Diario Campo: Diario de campo MT, agosto 2024: *“Ella quisiera desaparecer un día y aparecer luego con todos los cambios y que la reconozcan como una mujer, no como una mujer trans. Fantasías sobre el tránsito.”*

Otras personas trans, por el contrario, adoptan una postura política donde la visibilidad trans es un elemento identitario fundamental. Este grupo desafía la normalización hegemónica de las expresiones asociadas exclusivamente a lo femenino y a lo masculino; corresponde a quienes se identifican desde lo trans no binario. Suelen ser ellas, ellos quienes con mayor frecuencia confrontan los procesos afirmativos que privilegian a las construcciones del género exclusivamente binarias, por considerarlos replicadores de dinámicas heteronormativas que buscan transformar.

Aunque en las entrevistas no surgió explícitamente angustia asociada al cispasing, tampoco pregunté de manera directa por este aspecto. Sin embargo, para algunas personas trans este tema es fundamental tanto en sus tránsitos como en su cotidianidad.

Desde la teoría Queer, Butler (2007) sostiene que las normas fijas frente a la identidad de género y expresión de género (asociado al sexo biológico) operan como marcos que regulan y definen lo que se considera posible o no. En su concepto de performatividad, propone que el género no es una esencia preexistente, sino un proceso que “va siendo” mediante actos

reiterados en contextos sociales específicos, lo que la autora denomina “producción del género”. Preciado (2019) complementa este análisis subrayando el papel del lenguaje, donde reconoce la importancia que tiene este, cuyo poder radica en legitimar o anular la existencia de una persona, así como un acto de resistencia.

Lo anterior ha sido avalado y reconocido como un derecho, en Colombia, por la Corte Constitucional Minjusticia (s.f.). Como parte de la experiencia de vida trans, por ejemplo, de Brigitte Bastiste (mujer trans, bióloga), reconocida en el país por su participación desde el conocimiento de la biología y la ecología en relación con el cambio climático, expresó en una entrevista “que lo importante frente a la vivencia trans y para ella cualquier vivencia, es identificar que -va siendo- cada persona en su trayectoria de vida”.

Mazursky (2025) expone que cualquier comportamiento (expresión de género) que se da al margen de las expectativas sociales trae como consecuencia una sanción social que da pie a exponer a las personas trans a vulneración de sus derechos humanos, especialmente a través de ser blanco para diferentes tipos de violencias.

Entrevista 02, Ollie, junio 2024:

“A mí me cortaban el pelo honguito y a mí me encantaba. A mí no me gustaba el pelo largo, por ejemplo, no me gustaban los vestidos y, como mi mamá me llevaba a la religión en la que existía una, obligaban a usar vestido. Yo me ponía a llorar, les hacía pataleta”.

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Ya cuando completé mi mayoría de edad, pues yo en el colegio yo llevaba, pues, una doble vida porque pues en el colegio donde yo estudié es un colegio donde se ve mucho el machismo, la homofobia, porque ahí en ese colegio lo separan a uno hombres con hombres, mujeres con mujeres, de vez en cuando era el salón mixto, pero siempre se veía el machismo y la homofobia entre los compañeros.

Incluso pues yo intentaba comportarme como lo más masculino que podía, pero siempre se me notaba a mí y muchos, muchos de mis compañeros me juzgaban por eso de -ay cómo camina o como se expresa- porque siempre yo me he expresado con, como se dice, con quebraditas de manos, cosas así”

Estos relatos evidencian que la expresión de género no es exclusivamente individual, sino un proceso relacional que se desarrolla dentro de un sistema de normas, expectativas y sanciones que condicionan tanto la vivencia de la identidad como las posibilidades de hacerle visible.

Necesidades diferenciales en salud en la experiencia de vida trans.

El análisis de las entrevistas y los diarios de campo evidencia que las personas trans en Cali enfrentan necesidades diferenciales en salud que no solo dependen de su identidad, sino también de otros factores interseccionales como edad, ocupación, redes de apoyo, condiciones socioeconómicas y experiencias de violencia. Esas necesidades, al hacer intersección con el sistema de salud, se expresan en los itinerarios terapéuticos que cada persona construye para acceder a atención médica y psicosocial afirmativa.

Oferta institucional y brechas en la atención:

La ciudad cuenta con pocos escenarios que ofrecen servicios de atención diferencial en salud para personas trans. Los más mencionados en el trabajo de campo son:

- Clínica de género de la Fundación Valle del Lili, cuyo objetivo de atención son las infancias trans (niños, niñas y adolescentes).
- Clínica de género de Profamilia, ofrece servicios de acompañamiento integral a personas trans con profesionales de medicina general y especializados con enfoque diferencial a nivel nacional. Los servicios se ofertan de forma particular y a algunas EPS contributivas.
- Consulta de género y sexualidad del Hospital Universitario del Valle (HUV), cuya atención es realizada a través de docencia-servicio como actividad dentro de la formación de especialistas del programa de Medicina Familiar de la Universidad del Valle.
- Servicios amigables en IPS públicas, aunque formalmente no existe en la actualidad ninguna clínica de género propiamente constituida en las instituciones de salud en la

red pública, a través del convenio docencia-servicio con la Universidad del Valle, algunas IPS de algunas redes de salud públicas (Ladera y Centro) cuentan con la posibilidad de realizar atención diferencial para esta población desde las atenciones por medicina familiar.

A pesar de que estas instituciones representan avances en la oferta de servicios afirmativos, las brechas para la atención a personas trans se mantienen, especialmente en la red pública de salud, donde no se cuenta con una clínica de género formalmente establecida. Algunas IPS públicas ofrecen atención diferencial a través de medicina familiar y programas preventivos, pero su disponibilidad es limitada y depende de convenios académicos.

Fragmentación del sistema y efectos en los itinerarios terapéuticos

Las narrativas de las personas participantes y el trabajo de campo muestran la desarticulación institucional como una de las mayores barreras para garantizar la continuidad en la atención diferencial. Las personas trans deben navegar un sistema que impone trámites prolongados, cambios de especialistas, demoras en citas y cancelaciones frecuentes. Así lo manifestó Amerie, quien calificó esta experiencia en el sistema como un retroceso constante:

Entrevista 01, Amerie, diciembre 2023:

“Sentía como que me retrocedía como diez pasos, o sea, pasaba algo me quedaba sin EPS, era todo un tema porque como que la EPS primero me mandaba a un médico, luego me mandaba al otro, o sea, yo creo que yo me recorrí todos los hospitales de Cali, me faltó el de Sede ladera de allá de Siloé, yo creo que me faltó ese porque yo fui a todos los hospitales de Cali literal buscando un endocrino, un urólogo, un médico familiar, que el psiquiatra, que el psicólogo, o sea, yo me lo recorrí todo y era un era un caos, porque cuando me daban la cita me la daban para dentro de 3 meses y cuando ya iba a llegar a la cita me la cancelaban porque el médico no sé qué pasaba con el médico, que porque estaba licencia, una vez me dijeron que me lo cambiaron. Tocó esperar otros 3 meses más para que me atendiera un psicólogo, toes, como que uno desde allí empieza a ponerse un conflicto con el tema de la salud porque uno dice, tanto que se llena la boca que se hace, que no sé qué y que el papel

que se están creando garantías, pero a la hora treinta uno va y no resuelven nada. O sea, como que siempre hay un pero, siempre hay una traba, siempre hay un problema, entonces para mí eso fue como... el tema de la cirugía fue un tema muy complicado”.

Este tipo de experiencias impacta directamente los procesos afirmativos de género, ocasionando un desgaste emocional, retrasos en la atención y ruptura de los itinerarios terapéuticos de cada persona.

Atención diferencial por fuera del sistema de salud

Fuera del sistema de salud, desde la vicerrectoría de Bienestar Universitario, ofrece atención diferencial a la comunidad universitaria a través del Programa Campus Diverso, integrado por profesionales de psicología, trabajo social y medicina familiar, con enfoque biopsicosocial orientado hacia las personas con Identidades de Géneros, Orientaciones Sexuales y Corporeidades Diversas IG/OS/CD. Este programa funciona también como puente con instituciones de salud, ayudando a las personas a navegar en el sistema de salud especialmente cuando la necesidad de continuidad y especialización excede el alcance del programa.

Necesidades en salud diferencial identificadas

Las personas trans, como cualquier otra persona, tienen necesidades en salud propias de su curso de vida (edad y etapa de vida) y adicionalmente tienen necesidades diferenciales que pueden estar en relación con su identidad de género, pero también con otras variables interseccionales como su ocupación, factores de riesgo y factores protectores. Respecto a las necesidades básicas en salud, podría hablarse de las acciones preventivas que por curso de vida se tienen para cualquier persona, específicamente por el momento de la vida en el que se encuentra. Este sería un tema de otro momento.

Durante el análisis de datos emergieron categorías que dan cuenta de las principales necesidades diferenciales en salud de las personas trans, agrupadas a continuación:

1. Salud mental: situaciones que generalmente son derivadas de la discriminación, violencias estructurales, expectativas sobre los procesos de transición y ansiedad por las barreras para atención en salud continua.
2. Proceso afirmativo de género: acceso a terapia hormonal afirmativa, atención médica especializada (endocrinología), cirugías afirmativas (cirugía plástica, maxilofacial, otorrinolaringología), atención por medicina especializada según cada caso (urología, ginecología, fonoaudiología, entre otras), acompañamiento psicosocial, apoyo social y jurídico para trámites legales identitarios.
3. Salud sexual y reproductiva: requerimientos de atención especializada según cada caso (urología, ginecología), atención preventiva en salud sexual, asesoría reproductiva.

La salud mental en personas trans

Durante la investigación emergió la categoría “salud mental en personas trans” de las narrativas de las personas participantes. En las entrevistas y diarios de campo, la salud mental aparece asociada a síntomas de angustia, tristeza profunda u otros malestares relacionados con situaciones cotidianas, especialmente las tensiones internas relacionadas con la afirmación de la identidad de género. Estas expresiones no se interpretan como patologías asociadas a la identidad trans, sino como manifestaciones de un sufrimiento emocional generado en gran medida por contextos sociales adversos.

En la mayoría de los casos, las personas entrevistadas reportaron presencia de síntomas emocionales desde la infancia, que se intensificaron por exposición a experiencias traumáticas, rechazo familiar, violencias y temores asociados con exponer a otros su identidad de género. Lo identificado aquí coincide con lo señalado por profesionales de la salud consultados quienes reconocen una mayor prevalencia de síntomas de depresión y

ansiedad en personas trans, como consecuencia de múltiples estresores sociales a los que se ven enfrentados en la mayoría de los casos. Así lo manifestó Gabriel, un especialista en endocrinología entrevistado:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“Algunos de estos pacientes tienen como más patologías psiquiátricas, depresión, ansiedad, que puede tener uno ahí un sesgo por el componente social tan difícil que les toca vivir, pero también pudiera tener un componente biológico que explique, digamos, como la coexistencia de las patologías psiquiátricas y la incongruencia de género, sin decir que la incongruencia de género es una patología psiquiátrica en sí misma”

La disforia de género, la cual está presente en varios casos, no es un elemento homogéneo ni universal. Algunas personas la describen como un malestar persistente ante ciertos rasgos corporales; otras la asocian al temor por falta de reconocimiento social. Sin embargo, muchas manifestaciones del malestar psíquico no pueden reducirse a la disforia, pues pueden estar vinculadas a diferentes factores como los emocionales, familiares y sociales. A veces este malestar se puede empeorar ante intervenciones médicas, especialmente cuando los cambios corporales (por terapia hormonal y/o intervenciones quirúrgicas) no responden a la expectativa de la persona, especialmente cuando no se cuenta con acompañamiento adecuado. Así lo manifestó una mujer trans en un espacio de atención: Diario de campo MT, agosto de 2024: “En mi psiquis me da mucha ansiedad mi cuerpo”.

Un hallazgo frecuente fue la resistencia a la atención en salud mental. Algunas personas expresaron temor a ser patologizadas o a recibir intervenciones que perciben como intrusivas. También expresaron las barreras secundarias al estigma hacia el uso de medicamentos psiquiátricos, tanto en el entorno familiar como en los servicios de salud. Estas situaciones pueden afectar la adherencia al tratamiento como la continuidad del proceso afirmativo de género. Tanto la experiencia de la disforia de género, el malestar con la corporalidad y las resistencias en salud mental se pueden interpretar en las notas de campo de la atención médica de una persona trans:

Diario de campo MT, septiembre de 2023:

*“Le hago la confrontación sobre todo al tratamiento farmacológico y las citas médicas”.
Recibió fluoxetina y suspendió hace un mes.*

“He hecho las paces con mi depresión”

*No ha sanado la disforia; pensaba que con la cirugía genital iba a solucionar la disforia.
“Superó unas inseguridades y me creó otras nuevas”. “La disforia siempre está ahí”*

El aspecto físico que tiene no es como se quiere ver.

“No me siento yo” “No me veo yo”

“Lo que me causa disforia es la voz, el rostro, la nariz y la mandíbula”

*Sobre medicamento en salud mental: “Mi mamá no está de acuerdo con tomar
medicamento”; le dice que se va a volver una adicta al medicamento. “Por eso lo he dilatado
tanto, porque ella es lo más importante en mi vida”.*

El tema de la salud mental en personas trans ha sido ampliamente documentado tanto en investigaciones como en pronunciamientos de colectivos trans. Es recurrente que esta comunidad señale que tanto a nivel social como médico continúe la idea de que “la experiencia de vida trans constituye en sí misma una manifestación de anormalidad o enfermedad mental”. A pesar de las transformaciones conceptuales que han sucedido en las últimas décadas, los prejuicios, el estigma y la discriminación siguen presentes en distintos espacios de atención en salud, reproduciendo lógicas históricas de patologización (Soto Rodríguez 2014)

Patologización y cambios diagnósticos

Diferentes autores han descrito que la patologización hacia las personas trans es histórica. Antes del siglo XIX, el predominio estaba en los juicios morales y religiosos, así como en la criminalización de la diversidad sexual. En el siglo XX surgió un enfoque centrado en la psicopatologización y medicalización de la transexualidad. En esta línea histórica, Maruzza (2021) explica que en 1975 se incorporó por primera vez el diagnóstico de transexualidad en

la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9 y en 1980 el DSM de la Asociación de Psiquiatría norteamericana (APA) introdujo el transexualismo, formalizando así su ubicación en el campo clínico de los trastornos mentales. Sobre estos antecedentes, hacia la primera mitad del siglo XX surgieron los primeros tratamientos hormonales y quirúrgicos para afirmar el género para en la segunda mitad de este siglo, consolidarse el enfoque biomédico occidental de la transexualidad Billings y Urban (1982) y García López (2015).

La obra de Harry Benjamin (endocrinólogo) marcó un punto de no retorno al proponer los criterios diagnósticos del transexualismo (1966) y conformar lo que hoy conocemos como WPATH: World Professional Association of Transgender Health, desde donde surgieron los estándares de cuidado que le dieron legitimidad a los procesos de acompañamiento médico de los procesos afirmativos de género (Standard of Care for Gender Identity Disorders - SOC) (Missé & Coll-Planas, s.f.) (SESPAS, 2020).

Coleman et al. (2022) describen en su última versión de los Estándares de cuidado de la salud de la salud transgénero que se ha eliminado la obligatoriedad de las valoraciones por psiquiatría como indicación general para todas las personas trans, asumiendo una postura que intenta no continuar con la patologización de la identidad de género trans y dando paso a considerar el apoyo de la psiquiatría solo para los casos en que la clínica así lo requiera.

En las últimas décadas, los manuales diagnósticos han intentado distanciarse de la patologización. El DSM-5 incorporó en 2013 la categoría de disforia de género y el DMS-5 TR (2024) ajustó el lenguaje para hacerlo “más incluyente” (APA, 2013; Campo-Arias y Reyes-Rojas, 2024). Por su parte, la CIE-11 incluyó la categoría incongruencia de género en infancia, adolescencia y adultez, reubicándola fuera del capítulo de trastornos mentales (OMS, 2021; Suess Schwend, 2016)

Códigos CIE-10:

F64.0 Transexualismo.

F64.1 Travestismo no fetichista.

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.

F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

Códigos CIE-11:

HA61- Incongruencia de género en la infancia

HA60- Incongruencia de género en la adolescencia o la adultez

Los hallazgos muestran que, a pesar de estos cambios que tienen el objetivo de evitar la patologización de las identidades de género diversas, así como las orientaciones sexuales, las personas trans continúan percibiendo patologización y esta situación condiciona el acceso a atención médica, lo que mantiene tensiones entre la autonomía identitaria y los requisitos institucionales (Liga de la Salud Trans; Caribe Afirmativo; Colombia Diversa; Santa María Fundación). En la entrevista, Ollie expresó que interpretó como patologizante sus primeras consultas con psiquiatría:

Entrevista 02, Ollie, junio 2024:

“El primer psiquiatra fue más chocante, fue más chocante porque hablábamos de... como, yo venía con todo ese rollo de lo que me pasa, estoy apenas entendiendo lo que me pasa, pero para mí habían muchos temas que no estaban cerrados, el tema del abuso, el tema de me gustan las chicas, pero no he logrado construir una relación con una chica. Entonces ha estado idealizada esa relación que quiero tener, pero, entonces yo siento que cuando fui donde él le omití tanta información que me vio como: “No aquí hay muchas cosas, ni siquiera sé por dónde empezar”. Sí, en lo que yo siento que interpretó de esta persona, eso es... no quiero decir lo típico porque quiero creer que no es así, pero es como: sí es un diagnóstico de transexualismo, disforia, todo eso, o sea, yo lo sentí como patologizante”

Discursos sociales, estigma y efectos en la salud mental

El estigma asociado a las identidades trans se expresa en múltiples niveles: institucional, social, familiar. Las narrativas recogidas durante esta investigación muestran que la percepción de rechazo, el temor a la deslegitimación de su identidad y la exposición a violencias estructurales son factores que inciden negativamente en la salud mental. Estas situaciones no son exclusivas de la comunidad trans, sino consecuencia de contextos que históricamente han limitado el reconocimiento, la autonomía corporal y el acceso a derechos.

En Colombia, las luchas de colectivos trans han impulsado avances en materia legal, especialmente a través de la Corte Constitucional, que ha reafirmado la necesidad de garantizar atención diferencial en salud para la población (Jaramillo, 2024; Liga de la Salud Trans, s.f.). Sin embargo, las barreras en el sistema de salud persisten: tiempos prolongados, negación de autorización de servicios, reprocesos, lo que afecta el bienestar emocional de las personas entrevistadas.

Categoría emergente: sufrimiento emocional

Uno de los aportes centrales de esta investigación es la identificación del sufrimiento emocional como categoría emergente. A diferencia de una enfermedad mental, esta categoría describe un conjunto de emociones negativas: culpa, angustia, miedo, frustración, que surgen en el proceso de reconocimiento de la identidad de género y en el relacionamiento con entornos no afirmativos. El sufrimiento emocional se relaciona con tensiones internas entre la autoidentificación y las expectativas sociales, así como con la percepción de que la propia identidad afecta la dinámica familiar y social.

Esta categoría permite comprender la complejidad del malestar más allá de la disforia de género, evitando generalizaciones y reconociendo que no todas las personas trans experimentan disconfort corporal o rechazo hacia su genitalidad.

Sobre el sufrimiento emocional, Ollie habló sobre lo que él considera sus causas:

Entrevista 02, Ollie, junio 2024:

“Yo siento también que las causas de sufrimiento están en todos esos factores que ya mencionaron tanto, eh, pues la familia, lo social, la pareja, el trabajo, todo eso. Pero también siento que el inicio de eso, eh, y no es exclusivo de las personas trans, sino de todos aquellos que nos sentimos diferentes, es eso, sentirnos diferentes en una sociedad que nos dice cómo tenemos que ser.

Están, por ejemplo, las personas afro, están las personas indígenas, están las personas trans. O sea, nuestra interseccionalidad allí puede ser bastante grande. Entonces el desafío es uno, eh, sentirse que no pertenece o tener un conflicto de, no es que yo no soy como ellos, sí, yo, yo quiero ser parte, pero no puedo, hay algo en mí y lo digo así, porque yo reconocía así en mí, hay algo en mí que no me deja sentirme como se supone que tengo que sentirme, sí. Y ese conflicto de sentirme diferente, no como, ay, algo especial, algo u, no, me siento diferente, raro, diferente malo, diferente feo, sí”

En este mismo sentido, Fernanda, psicóloga del programa, relaciona el sufrimiento a la vivencia de la identidad trans:

Entrevista 05-1 Fernanda, junio 2024:

“Yo, por ejemplo, en temas identitarios, considero que muchas veces puede ser un factor de sufrimiento, eh, tener que romper con un montón de expectativas y demandas que implícitamente se están haciendo tanto a nivel social como a nivel, eh, por ejemplo, familiar o contextual. O sea, siento que eso puede ser como algo muy doloroso, eh, de abordar y también como el saber que se está renunciando a un privilegio, a un privilegio cisgénero. A un privilegio y que eso va a implicar enfrentar otros sinfín de situaciones que efectivamente, pues como que vienen. Pero pues qué, igual hay un costo en, en tomar cualquiera de ambas decisiones y como que el poder dar pasos hacia esa, pues a esta, hacia esta afirmación de género, eh, hacia estos procesos, pues implica muchas renunciaciones, eh, y también una renuncia, pues a quien se ha venido siendo, no, que es, pues, como algo que se ha venido construyendo y tener como que reconstruir todo eso para volver a cómo, a elegir con qué se quiere, cómo que se quiere conservar, que definitivamente son cosas que ya no quieren que hagan parte de sus vidas, pues es un proceso de transformación muy fuerte y yo siento que las transformaciones generan tanto muchas resistencias, como, pues, también muchos sufrimientos, no. Porque finalmente, pues muchas, en muchos procesos se puede llegar a vivir como un duelo o una muerte, eh, a nivel, eh, pues como de identitaria para poder como

volver a... Porque finalmente, pues muchas, en muchos procesos se puede llegar a vivir como un duelo o una muerte, eh, a nivel, eh, pues como de identitaria para poder como volver a construir, eh, pues algo que seguramente ya venía haciendo, pero muchos más, con muchos más elementos, como hacer una reconstrucción de, pues de muchos deseos, ¿no? Entonces, como que poder reafirmar, poner límites, pues más allá de, como pues socialmente puede requerir como pues demasiado esfuerzo y puede acarrear mucho sufrimiento”.

Procesos afirmativos, atención en salud y afectaciones emocionales

Las experiencias recogidas muestran que el estado de salud mental influye significativamente en la vivencia de los procesos afirmativos de género. Algunas personas manifestaron que la terapia hormonal afirmativa o algunas intervenciones quirúrgicas afirmativas generaron expectativas que, al no cumplirse, aumentaron los sentimientos de frustración y ansiedad. En otros casos, las intervenciones médicas contribuyeron a disminuir la disforia y favorecieron el bienestar. En relación con esto, Amerie comentó cómo la variabilidad hormonal, así como la depresión y la falta de acompañamiento especializado, incidieron en su estabilidad emocional:

Entrevista 01, Amerie, diciembre 2023:

“Cuando uno empieza el proceso, como que uno nunca está conforme, como que uno siempre quiere más, pero es evidente que el proceso llega hasta un límite y de ahí para allá hay que recurrir a otros medios, ya pues quirúrgicos, para lograr ciertos resultados estéticos, y si en algún momento me sentí como afectada, como que mi salud mental se vio pues afectada, pues a raíz de las hormonas, porque de alguna u otra forma, cuando no estas como controlado en cuestión del medicamento, pues no sabes cómo estás, si tus estrógenos están muy altos, y eso puede explicar cómo los días de mal humor, los días que te pones muy sentimental y lo tomas como todo a pecho, pero también influyó mucho mi depresión. Aunque no... o sea, como que pensaba mucho, me cuestionaba mucho porque sentía que no estaba llevando el proceso normal, como que me sentía dependiente del medicamento, como que si no me tomaba el medicamento no iba a poder vivir. Entonces, entonces, como me empecé a sentir mal, pero no lo podía reconocer, como que yo sabía que estaba mal, pero no lo quería reconocer, como

que yo, ¿cómo lo voy a reconocer, entonces yo estoy bien? Yo me levanto todos los días a poner la cara feliz de que estoy bien”.

La mayoría de participantes expresó haber enfrentado situaciones de salud mental en algún momento de su transición, aunque no todas buscaron atención profesional. Algunas señalaron que la percepción de patologización desmotivó la consulta en psiquiatría o el uso de medicamentos, mientras que otras privilegiaron mecanismos personales o comunitarios de afrontamiento.

Factores asociados a la afectación en salud mental

Durante el análisis emergieron diferentes elementos que influyen en la salud mental de las personas trans:

- Violencias estructurales y discriminación: incluida la endodiscriminación
- Consumo de sustancias psicoactivas: como una estrategia de afrontamiento en contextos adversos
- Síntomas mixtos de ansiedad y depresión: ataques de pánico como una manifestación frecuente
- Intentos de suicidio: vinculados a experiencias de rechazo prolongadamente
- Baja adherencia a intervenciones en salud mental: asociada al estigma hacia la psiquiatría

Redes de apoyo y acompañamiento psicosocial

Los hallazgos muestran que el acompañamiento profesional especialmente cuando tiene un enfoque afirmativo y no patologizante, tiene un efecto protector. Así mismo, el apoyo de referentes trans y la pertenencia a redes comunitarias LGBTIQ+ facilitan la elaboración emocional de las experiencias difíciles. Estas redes contribuyen al fortalecimiento de la identidad y son espacios de validación frente a las barreras que encuentran en el entorno social incluyendo el sistema de salud.

Proceso afirmativo de género

En esta investigación se entiende el proceso afirmativo de género como el conjunto de intervenciones, acompañamientos y decisiones mediante las cuales una persona trans accede o intenta acceder a servicios de salud que acompañan estos procesos. Este proceso incluye atenciones como endocrinología, cirugía plástica, ginecología, urología, psiquiatría, medicina familiar, así como el apoyo de otros profesionales como psicología, fonoaudiología, trabajo social, según las necesidades particulares de cada caso. En la literatura biomédica, T'Sjoen et al. (2019) denominan este conjunto de intervenciones “tratamiento de afirmación de género”, haciendo énfasis en su carácter clínico y multidisciplinario.

Desde la perspectiva biomédica, las intervenciones se agrupan en dos grandes componentes:

1. Terapia hormonal afirmativa
2. Cirugías afirmativas

Sin embargo, esta clasificación reproduce (al menos parcialmente) las lógicas binarias y heteronormativas que históricamente han estructurado la atención médica hacia las personas trans. Los hallazgos del trabajo de campo evidencian que los tránsitos no se ajustan necesariamente a las expectativas institucionales: no todas las personas trans afirman su género buscando una completa feminización o masculinización, y muchas combinan estrategias corporales, sociales y simbólicas que no responden al binarismo dominante.

Un ejemplo de esto encontrado en el trabajo de campo, se relaciona con mujeres trans que preservan sus genitales (masculinos), ya sea porque no presentan rechazo hacia ellos o porque los requieren como un recurso laboral, especialmente en el contexto del trabajo sexual, ya sea presencial o webcam. Así lo expreso Pablo en la entrevista:

Entrevista 04, Pablo, julio de 2025:

“No sé, porque es que los cambios tampoco es que me gusten mucho. Pero pues si no lo hago, hay ciertas cosas que se van a ver afectadas; por eso no me la pongo todos los meses; hay cosas acá abajo que, si no sigo trabajando en el estudio de webcam, no podía camellar. Entonces, priorizar la economía, por encima hasta de la propia

salud. Porque si vuelvo y le repito: “Si yo fuera tenido, no sé otras maneras de, de, de generar dinero, eh, la hormonización no lo hubiese hecho”

Estas decisiones muestran que el proceso afirmativo de género no es lineal ni universal, sino que responde al contexto de trayectorias de vida diferenciales cuyos elementos como las condiciones económicas, expectativas estéticas, redes de apoyo y posibilidades de acceso al sistema de salud terminan por condicionarla.

Tensiones en la relación médico- paciente

Las personas trans a menudo expresan inconformidad con algunas prácticas de algunos profesionales de salud que perciben como intrusivas, donde estos comentan sobre sus corporalidades, sobre como deberían llevar a cabo sus procesos afirmativos para lograr una feminización o masculinización “adecuada”. Para algunas personas, estas prácticas generan rechazo sin embargo para otras constituye una validación deseada de su expresión de género. Un caso que ilustra lo descrito es el de Sandra, quien comentó:

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Ese día pues yo tuve una discusión con él, con el cirujano porque me ofertó a mí la feminización facial en vez el aumento mamario, yo le dije que no, que yo en el momento yo no estaba interesada en la feminización facial, sino que yo iba a ir por un aumento mamario, la cual el señor se cerró y dijo de que no, que ellos no tenían ofertado eso y prácticamente me sacó el consultorio. Ahí fue donde me enojé, hice mi escándalo en el hospital, llamaron a la señora de recursos humanos, la señora me dijo que qué había pasado, yo le comenté pues el problema que había tenido con el cirujano plástico, ella me comentó que en esa semana tenía una reunión con Emssanar, la cual no llegaron a ningún acuerdo con la EPS para mi proceso que era el aumentó mamario”

En el caso de Pablo, expresó como percibió prácticas médicas que vulneraban su derecho a la privacidad:

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“En mi caso no y era como, eh, sin mi consentimiento muchas veces, eh, los médicos venían con sus estudiantes y pam y era uno un sujeto de estudio y era como que se queda callado o no, no avanzamos eso”

Esta tensión no es reciente: forma parte de una historia prolongada de patologización, en la cual los servicios de salud han sido percibidos como espacios que “corrigen” identidades trans. Durante el trabajo de campo observe que esta percepción influye en la relación médico-paciente, generando desconfianza y en ocasiones la creencia de que cualquier conceptualización diagnóstica implica patologización, aun cuando los diagnósticos cumplen una función operativa en el sistema de salud.

A pesar de todo ello, las narrativas de algunas personas trans permiten interpretar que en algunos casos reconocen que acceder y recibir información de calidad para sus procesos afirmativos de género constituye una manifestación de apoyo real, así como que la falta de información afecta sus decisiones y trae consecuencias negativas a su bienestar. Así lo manifestó Amerie, quien comentó:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Mi mamá me dijo -lo voy a llevar al médico qué es lo que estás haciendo- que no sé qué, todo el show, entonces allá fue que le contaron que tenía un desbalance hormonal, pues porque tenía, pues no me acuerdo cómo fue que me explicaron, pero que tenía como muy los niveles muy irregulares. Me hicieron el estudio, pues obviamente me había tomado muchas pastas de más, entonces bueno, esto fue todo un caos. Obviamente le comunicaron a mi mamá y nos pasaron como a terapia a las dos, a ella con medicina familiar, a mí me tocó con psicología individual y luego nos juntaron y tuvimos como una terapia conjunta ahí, hicimos las paces y ella se comprometió a apoyarme hasta el fin de mis días y así como lo prometió ese día, hasta la fecha”

Proceso de hormonización afirmativa

La hormonización afirmativa, también llamada tratamiento hormonal, terapia hormonal de afirmación de género o terapia hormonal cruzada Guerrero y Mora (2020), busca desarrollar características secundarias coherentes con la identidad de género (desde una perspectiva binaria). Para mujeres trans se utilizan principalmente estrógenos y antiandrógenos; para hombres trans, testosterona. Su inicio suele recomendarse en la mayoría de edad, aunque para adolescentes se han desarrollado estrategias como el bloqueo puberal en estadios tempranos (Tanner II). Sin embargo, se plantea como opción pasar a la terapia afirmativa de género a partir de los 16 años siempre y cuando un equipo multidisciplinario pueda constatar que la o el adolescente cumple con los criterios diagnósticos de disforia de género o incongruencia de género y es apto para tomar este tipo de decisiones.

En Colombia el tema de las infancias trans constituye un debate en disputa política. En el congreso de la república en este momento se adelantan varios proyectos de ley “*Con los niños no te metas*” (Proyecto de Ley No. 001/2024 S., 2024, Art. 1), que buscan prohibir intervenciones hormonales en menores trans (niñas, niños o adolescentes), desconociendo las recomendaciones clínicas y las necesidades expresadas por familias y adolescentes.

Inicio del proceso de automedicación

En esta investigación la mayoría de las personas reportaron haber iniciado su hormonización a través de automedicación, guiadas por pares o farmaceutas. Este inicio se caracterizó por el desconocimiento de los riesgos, el acceso irregular a medicamentos y la ausencia de acompañamiento médico. Pablo resumió las barreras percibidas en su proceso así:

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“Yo venía haciendo el proceso como más de 2 años y la dilatación, que venga otra, que venga mañana, que no hay sistema, que no tal, tal”

Las barreras institucionales por Rocha, Ruiz, & Salamanca (2022), desabastecimiento de hormonas, altos costos de medicamentos, dificultad en el acceso y continuidad de servicios especializados, generan esquemas de uso de hormonas inadecuado e intermitente, aumentando los riesgos en salud (riesgo cardiovascular, osteomuscular y salud mental) T'Sjoen et al. (2019). En este sentido Pablo ilustra esta situación:

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“Me hormonizo o pago el arrendo, paila, pago el arrendo”

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“en ese programa Séptimo Día, yo no sé es qué se llama, sale la historia de unos tipos trans y era, eh, como las hormonas y tales, un mes después la testoviron comenzó a costar \$30.000, la ha habido que uno la conseguía, la, la conseguí en 100.000, pasó a costar \$300.000, ahora una medio cuesta \$500.000 más que mi arrendo”

En las narrativas durante el trabajo de campo, se evidencia que la automedicación surge como una estrategia para alcanzar los objetivos corporales acordes con la identidad de género en el contexto de barreras de acceso a servicios de calidad. Las personas usan diferentes esquemas, dosis y vías de administración generalmente asociado a un alto nivel de desconocimiento de sus riesgos secundarios. Así lo manifestó Amerie:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Yo empecé tomándome una diaria y el primer mes entonces sentí que me dolía en las mamas y todo el cuento y pues yo quería más, entonces como que yo empecé una luego dos, luego ya empecé a tomarme 3 así de la nada y un día me tomaba cuatro si me daba la loquera. Entonces me sentía como agitada, había días que me sentí muy agitada, había días que me daba mucho calor, había días que no me soportaba, como que me acostaba boca abajo y me dolía muchísimo el pecho. Entonces, hasta que llegué a ese diciembre y me dio, yo sudaba frío, yo pensaba que me iba a morir de verdad”

Expectativas corporales y efectos psicosociales

Antes de iniciar la terapia hormonal, las expectativas suelen ser elevadas. En las consultas observe que los efectos varían ampliamente entre personas, tanto en tiempo como en intensidad, y que los cambios emocionales: labilidad, tristeza, irritabilidad son frecuentes, especialmente cuando existen antecedentes de salud mental que no están controladas.

Los efectos parecen estar relacionados con el de hormona que reciben. Algunas mujeres trans manifiestan que tras el inicio de la hormonización afirmativa perciben mayor labilidad emocional, síntomas de tristeza y mayor sensibilidad y algunas personas trans masculinas han manifestado irritabilidad, irascibilidad y dificultad para manifestar emociones que antes expresaban sin dificultad.

Cirugías afirmativas

Dentro del proceso afirmativo de género, el componente quirúrgico constituye uno de los posibles caminos por medio de los cuales algunas personas trans buscan modificar su corporalidad en razón con su identidad de género. Es importantes señalar que no todas las personas trans desean realizarse cirugías afirmativas y que la decisión de acceder a una o más intervenciones depende de factores personales, económicos, sociales y de la experiencia de vida que tenga la persona. De acuerdo con Cantini et al. (2021) estas intervenciones incluyen un conjunto amplio de procedimientos que varían según la identidad de género.

Decisiones, expectativas y significados de las cirugías afirmativas

Las personas trans que eligen realizarse cirugías afirmativas pueden representar una posibilidad de aliviar la disforia de género, especialmente cuando la persona desea modificar algunos rasgos de su corporalidad que rechaza y desea feminizar o masculinizar de acuerdo con su identidad de género. Sin embargo, las expectativas en torno a los resultados son diferentes y no siempre generan satisfacción con la corporalidad. Varios participantes describieron la cirugía afirmativa como un momento muy importante dentro del tránsito, pero no exento de tensiones. Así lo manifestó Ollie:

Entrevista 02, Ollie, junio de 2024:

“Otra parte compleja fueron las intervenciones quirúrgicas. La más compleja para mí fue la última, que fue la metoidioplastia, porque primero es un procedimiento demasiado invasivo que me causó muchísimo dolor físico, pues. Y también abrió heridas, o bueno, como cuando uno le echa sal o chuza la herida por el hecho de sentir que no hay opciones, de pronto que esté más acorde con el ideal que tú tienes para una intervención, sí. Para hacerlo más claro, pues si yo quiero una genitalidad X o Y y la quiero de tal o cual tamaño, pero es que eso no es así, tan sencillo con las técnicas y procedimientos que hay hoy en día”.

Esta vivencia coincide con otras donde expresan que, incluso tras una cirugía exitosa, la adaptación emocional a la nueva corporalidad requiere tiempo, acompañamiento y acceso continuo a atención en salud mental.

Ventajas, desafíos y procesos de adaptación

Desde la experiencia del acompañamiento clínico y del trabajo de campo, las cirugías afirmativas tienen algunas ventajas, entre estas la probabilidad de reducir la disforia de género, sin embargo, también puede tener desafíos tanto para el acceso como para adaptarse a los resultados posterior a realizarlas. Entre estos se destaca: el bajo número de profesionales con formación en cirugía afirmativa, la brecha entre expectativas y resultados, la adaptación psicológica posterior a los cambios corporales, así como la ambivalencia frente a la nueva imagen corporal. Este último punto ha sido más evidente en personas que se realizan cirugías afirmativas: faciales y genitales.

En el trabajo de campo también fue evidente que las expectativas de cada persona frente a las cirugías afirmativas son diferentes de acuerdo con la propia construcción de su identidad de género. Algunas personas pueden desistir de acceder a una cirugía afirmativa por temor a la intervención o por la incertidumbre de los resultados. Así como puede acceder a ellas y no continuar con el proceso por considerar que es demasiado doloroso o de mucho riesgo. Otras por el contrario desean acceder como una prioridad en su proceso afirmativo y tras las cirugías y la adaptación corporal obtienen mejoría marcada de la disforia.

Una mujer trans en una consulta manifiesta su expectativa de los cambios corporales que no incluyen el área genital:

Diario de campo MT, septiembre 2023:

“Insiste en que le genera disforia el rostro: nariz y mentón y que quiere tener los senos grandes. “Nunca me haría una reasignación, yo no tengo problema”

Barreras de acceso y desigualdades estructurales

Las barreras identificadas fueron múltiples: trámites administrativos prolongados, falta de especialistas, costos elevados en el sector privado, dificultades para obtener información confiable y ausencia de rutas claras en el sistema de salud. Para algunas personas, acceder a una cirugía representó un proceso largo, desgastante y emocionalmente complejo. Así lo comentó Ollie quien se refirió a la necesidad de usar recursos legales para acceder a cirugías afirmativas dentro del sistema de salud:

Entrevista 02, Ollie, junio de 2024:

“La histerectomía total fue por medio de la EPS con un derecho de petición y la metoidioplastia también fue por la EPS con una tutela”

Estas barreras no solo retrasan los procedimientos, sino que también amplifican la desconfianza hacia los servicios de salud, lo que motiva a algunas personas a buscar rutas alternas (a veces paralelas, a veces totalmente externas) del sistema de salud.

Prácticas informales y secuelas de intervenciones inseguras

Un hallazgo importante fue la búsqueda y realización de intervenciones “artesanales”, que en tiempo atrás eran de gran recurrencia, en las que se realizaban procedimientos invasivos con sustancias como biopolímeros y siliconas a cargo de personas sin formación profesional.

Aunque menos comunes, persisten casos aislados y secuelas en personas adultas mayores trans, como lo recuerda la activista Twiggy, quien ha denunciado públicamente los efectos en su salud (Escobar, s.f.)

Así mismo aún se observan prácticas de riesgo como la aplicación casera de hormonas en zonas no recomendadas. Así lo manifestó una mujer trans:

Diario de campo MT, marzo 2024:

“Se inyectaba hormonas, estrógenos en ambas mamas cada mes por 6 meses”

La permanencia de estas prácticas refleja barreras de acceso y desconfianza en los servicios de salud existentes.

Tensiones entre el enfoque diagnóstico y el enfoque afirmativo; experiencias situadas

Durante el trabajo de campo fue evidente la tensión entre la necesidad institucional del uso de diagnósticos como “disforia de género” o “incongruencia de género” (que permite operar en el sistema de salud) y la percepción de patologización que esto genera en muchas personas trans. Esta tensión afecta el acceso a servicios de salud dado que algunas personas evitan el contacto con el sistema de salud y las instituciones. Existen algunas experiencias de éxito frente al acceso a servicios y el trato recibido en los mismo que mitiga esta sensación y permite que las personas trans consulten y accedan a servicios de salud con enfoque diferencial.

Sobre estas tensiones, Ollie comentó:

Entrevista 05-1, Ollie, junio 2024:

“Yo sí fui, fui a dos psiquiatras, pero después de o sea, cuando ya inició todo el proceso por la EPS, sí fui a los psiquiatras y básicamente la segunda consulta fue como la más definitiva y me dijo: pues nada, yo veo que estas en todas tus esferas y pues lo que me estás diciendo es que quieres transitar, así que pues por mi parte ya. Obviamente para esa consulta me preparé, porque ya había hablado con Alex y con otras personas, entonces básicamente sabíamos que teníamos que ir a mentir a la cita, a decir que estábamos super bien de la cabeza que no teníamos ningún dilema emocional o mental porque ya por las experiencias de otros sabíamos que eso podría retrasar el proceso. Entonces no ¿usted cómo está, no, muy bien, perfecto. ¿Si usted tiene ideas suicidas? No, nunca ¿usted? no nada, así.

El primer psiquiatra fue más chocante, fue más chocante porque hablábamos de... como, yo venía con todo ese rollo de lo que me pasa, estoy apenas entendiendo lo que me pasa, pero para mí había muchos temas que no estaban cerrados, el tema del abuso, el tema de me gustan las chicas, pero no he logrado construir una relación con una chica. Entonces ha estado idealizada esa relación que quiero tener, pero, entonces yo siento que cuando fui donde él le omití tanta información que me vio como: “No aquí hay muchas cosas, ni siquiera sé por dónde empezar”. Sí, en lo que yo siento que interpretó de esta persona, eso es... no quiero decir lo típico porque quiero creer que no es así, pero es como: sí es un diagnóstico de transexualismo, disforia, todo eso, o sea, yo lo sentí como patologizante”.

Estas tensiones refuerzan la necesidad de repensar las prácticas clínicas desde enfoques verdaderamente afirmativos que no reproduzcan dinámicas estigmatizantes donde el rol activo de profesionales de salud es fundamental.

Las interacciones en espacios colectivos y las observaciones realizadas permitieron identificar que, aunque en los últimos años se ha avanzado en la socialización del enfoque de diversidad de género (especialmente en entornos universitarios), las personas trans continúan enfrentando discursos y prácticas que interpretan como patologizantes. Esta dinámica reproduce brechas en el acceso a salud y condiciona la forma en la que se construyen itinerarios terapéuticos.

Las vivencias de las personas participantes reflejan lo aquí descrito. Durante el trabajo de campo, un hombre trans manifestó en varias ocasiones reflexiones sobre el impacto que las intervenciones afirmativas que se realizó. Advirtió que si su proceso iniciara actualmente, consideraría tomar otras decisiones, especialmente frente a las cirugías afirmativas. En este caso no existe un deseo de detransición, pero sí se percibe un cuestionamiento frente a los riesgos y consecuencias de algunos procedimientos quirúrgicos y sus implicaciones para su vivencia como persona trans.

En un espacio colectivo invitado por la Secretaría de Salud donde participamos tanto representantes de equipos de atención diferencial como personas trans de diferentes grupos de base comunitaria. Me senté frente al auditorio en una de las sillas que dispusieron para los representantes de algunas de las colectividades y entidades invitadas. El auditorio estaba lleno de personas diversas muchas de ellas personas trans. Me dieron la palabra después de

varias intervenciones. Recuerdo sentirme nerviosa de hablar porque para ese momento era común que me recomendaran tener cuidado al referirme a la experiencia de vida de las personas trans por ser una mujer cisgénero. Mi intervención fue breve, comente sobre los servicios del programa y la disposición que teníamos para orientar a personas trans que no siendo pertenecientes a la comunidad pudieran encontrar asesoría frente a sus procesos afirmativos de género. Tras mi participación, unas dos personas trans pidieron la palabra, una de ellas una persona con expresión de género masculina que se identificó como persona trans y lidera una organización de base comunitaria, comento que “muy lindo el discurso pero que en la realidad ellas no contaban con garantías de nada ni en la atención en salud ni para el trabajo ni en muchos otros campos” pensé que el reclamo no era especialmente para el programa si no una posibilidad de usar el espacio para reivindicar los derechos no garantizados como comunidad. también pensé que lo que me advertían podría constituir una tensión en si pues finalmente como medica yo termino representando incomodidad en un espacio donde ellas y ellos esperan ser escuchados.

Discusión teórica: aportes desde la teoría queer

La teoría queer aporta elementos clave para comprender estas tensiones. Butler (2007) propone que el género es un acto performativo y no una categoría natural, cuestionando la matriz heterosexual que regula los cuerpos y legitima determinadas formas de existencia. En esta lógica, las resistencias de las comunidades trans frente a la patologización institucional pueden interpretarse como disputas por el reconocimiento social y la autodeterminación de su experiencia de vida.

Preciado (2020), amplía la discusión al introducir el concepto del régimen farmacopornográfico (capitalismo farmacopornográfico), argumentando que existe un tercer régimen político, posterior a los planteados por Foucault (régimenes de soberanía y disciplinario). Lo farmacopornográfico se refiere a los dispositivos biomédicos y mediáticos que regulan los cuerpos, deseos y subjetividades. Preciado expone que ha experimentado en su propio cuerpo el uso de la testosterona como una estrategia de “traición a la identidad impuesta o acto de sabotaje” y no con la intención de realizar un tránsito al género masculino.

Argumenta que lo ha hecho para demostrar que, como acto de contrasexualidad, puede demostrar que el género es una construcción química que puede ser modificada, a diferencia de lo que se ha considerado desde la heteronormatividad. Su experiencia con el uso de testosterona como acto político y no como tránsito identitario aporta una lectura crítica a la relación entre tecnologías corporales, poder y género.

Aspectos familiares en la experiencia de vida trans.

Procesos emocionales y dinámicas familiares ante el tránsito de género

Las experiencias familiares narradas por las personas trans dan cuenta de dinámicas complejas, emocionalmente demandantes, atravesadas por creencias culturales, religiosas y por las normas de género hegemónicas. Varios autores han señalado que el tránsito de género suele generar movimientos internos en los sistemas familiares. Riley et al. (2011) plantea que para muchas familias este proceso implica una suerte de duelo simbólico que se expresa como la despedida de un hijo o una hija que creían conocer para dar paso a la construcción de una nueva realidad afectiva y vincular. Esta situación a menudo puede al mismo tiempo presentarse con sentimientos de vergüenza asociados al estigma y discriminación a nivel social, lo que afecta la manera como cada familia tramita este proceso, a partir de donde se genera una respuesta familiar que puede ser de aceptación, ambivalencia o rechazo a la persona trans. En palabras de una madre de una persona trans en consulta:

Diario de campo, MT, abril 2024:

“Yo tuve fue un hijo y me cuesta este cambio; yo lo intento, pero me cuesta mucho”.

En esta misma línea, Dierckx et al. (2016) sostiene que madres, padres y cuidadores suelen enfrentar simultáneamente el temor por lo desconocido, tanto por el proceso de transición en sí como por la seguridad y bienestar de la persona, al mismo tiempo que sentimientos de culpabilidad que surgen al considerar erróneamente que son responsables de la identidad de género de sus hijos. El tránsito de una persona trans, más que un evento individual, se convierte en un proceso que impacta a toda la familia. La literatura coincide en que, aunque la aceptación suele llegar de manera gradual, esta puede ser favorecida cuando las familias

cuentan con acompañamiento profesional para tramitar los procesos que esto conlleva. Frente a la transición individual y familiar, Pablo comentó:

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“Y también ver los cambios; también es como a la gente también le toca; a mi familia también le tocó transitar. Uno transita con la familia, uno no transita solo, uno transita con todo el núcleo familiar y hasta con el comunitario.

Porque hacer el territorio, mmm, al ser uno de territorio, uno tiene una familia extendida, uno no solo vive en una casa, uno vive en muchas casas. Yo llego al barrio y desde la esquina yo voy saludando a Doña Julia, a las Cuero, a las Caicedo, a los de que aquí, a los de acá, y entonces también a esas personas también indirectamente les ha tocado transitar conmigo, porque es como, -no mira, yo ya no soy así, yo soy esta persona y ahora en adelante quiero que me llames de esta manera- y entonces también es como, obvio, la gente va a hablar, pero sé que también son bastante respetuosos de mi identidad porque somos buenos, sí, bueno, Pablo. ¿De qué hablan? Obvio van a hablar, porque para ellos es algo, es tabú, es un misterio, es maldición para otros”.

Apoyos familiares formales e iniciativas de acompañamiento

Existen iniciativas que buscan brindar apoyo a las familias de las personas trans y en general, a las personas que se identifican en la diversidad (LGBTIQ) frente a las necesidades diferenciales que implican estos procesos en la dinámica familiar. El proyecto: Family Acceptance Project del Instituto Marian Wright Edelman de la Universidad Estatal de San Francisco, desarrollado por Caitlin Ryan y Rafael Díaz en 2002, constituye uno de los modelos más importantes en el acompañamiento familiar basado en la evidencia, enfocado en comprender las reacciones parentales ante la revelación de identidades y orientaciones LGBTQ y en desarrollar estrategias de intervención que promuevan la aceptación y el bienestar. En Colombia, experiencias como la Fundación FAUDS (Familiares y Amigos Unidos por la Diversidad Sexual) (FAUDS, s.f.) cumplen un rol similar al ofrecer espacios

de educación, contención emocional y resignificación de creencias sobre la diversidad sexual y de género.

En esta investigación, la mayoría de las personas trans manifestaron que la primera respuesta familiar a su salida del closet estuvo marcada por el rechazo, aunque no en todos los casos. En algunos de ellos, las familias iniciaron procesos de ajuste internos que les permitieron comprender la situación y definir sus posiciones, mientras que, en otros casos, la resistencia se sostuvo en el tiempo. Para varias personas, la posibilidad de encontrar acompañamiento en otros miembros de la familia (aun cuando no toda la familia apoyara), representó un punto fundamental de apoyo para el proceso identitario. Amerie comentó sobre su experiencia al respecto:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Eso fue toda una disputa con mi mamá porque ella no lo quería aceptar, no lo quería asimilar y mi papi le dijo -pues déjela-, porque para eso sí, mi papá, bueno mi padrastro conmigo siempre fue muy respetuoso en todo ámbito y siempre, o sea, nosotros no somos muy cariñosos, pero él siempre me ha demostrado mucho apoyo y eso para mí es muy gratificante, porque aunque mi papa biológico no estaba conmigo, siento que el destino me puso esta persona para que sienta una figura paterna cerca, entonces él le decía como -no, pues déjela igual las orejas son de ella, que no sé qué, es el proceso déjela vivir-.

Mi papá ya me hablaba en femenino, mi mamá de vez en cuando pero cuando le salía la chiripiorca ella me regañaba y me decía mi nombre y todo el cuento y yo -ay, no me digas así, no me digas así- “.

Manifestaciones de rechazo, tensiones y violencias en el entorno familiar

Las narrativas muestran que el rechazo puede adoptar formas sutiles o abiertas. En situaciones de rechazo parcial, las familias manifiestan algún nivel de “tolerancia” pero mantienen prácticas que invalidan la identidad de la persona, como negarse a usar el nombre o pronombre afirmativo. Estas tensiones suelen darse simultáneamente con el

reconocimiento del afecto y con la dificultad para resignificar la identidad previa que para ellas y ellos “ha dejado de existir”. La brecha generacional es un aspecto que suele aparecer como condicionante. Así lo expreso Amerie quien reconoció la complejidad que tuvo expresarle a su madre su identidad de género teniendo en cuenta la brecha generacional:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Cómo explicarle a tu mamá de casi 40 años con otra visión de la vida de otra cosa, otras experiencias de vida que eres una mujer trans y pues todo lo que eso implica no, porque no es solo como -¡ah! soy una mujer trans, voy a transicionar y ya-, sino que es como lo que va a decir la gente, lo que va a decir la familia, que el proceso médico, que el tema hormonal, que si quiere cirugía, las cuestiones religiosas, porque por ejemplo, mi mamá es una persona demasiado religiosa”

El transito no es experimentado únicamente por la persona que transita. Ellas y ellos expresan “*nadie transita solo; la familia transita con uno*”, sin embargo, también reconocen que la comunidad hace parte de ese transito colectivo. Pablo por ejemplo enfatiza como la relación con sus vecinas, vecinos y redes comunitarias formo parte de su proceso de adaptación, donde su identidad debía ser explicada, renegociada y asumida finalmente como parte de la cotidianidad de su comunidad.

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“Yo recuerdo que muy pequeño yo se lo manifesté a mi abuela, yo tendría como unos 6, 7 años y mi abuela quedó nueva (risas), pobrecita la cucha, mi abuela quedó nueva y llegó y me dijo, no sabía que decirme y yo le digo, -pero, pero mamita usted por qué me tiene que poner vestido, si a los niños no le ponen vestido- entonces ella voltea y me dice que -por qué, yo le digo que yo soy un niño-, que porque a mí no me pone la ropa que le pone a mi primo Williams si ambos somos unos niños. Y mi abuela quedó nueva y no sabía qué decirme y al verme como yo creo que era como tanta la obstinación o la fuerza con la que yo le decía, la cucha no más le tocó decir que, -a veces las cosas no salían como uno quería, porque Dios no se iba a sentar, a detenerse a hacer las cosas como quisieran dos personas negras, porque Dios no es negro, pero que íbamos a hacer un trato que mientras yo estuviera en la casa, iba a usar la misma ropa que mi primo, pero cuando fuéramos a la iglesia tenía que ponerme vestido, porque era como el traje que usan las monjas -y ahí la, la cucha como que piloteó la cosa”.

En algunas familias, el temor a la violencia social o al estigma lleva a proponer que la expresión de género se limite al espacio privado, con la intención de proteger a la persona. Sin embargo, en el fondo aparece también la preocupación por la exposición pública de la propia familia al juicio social. Registre en el diario de campo:

Diario de Campo MT, septiembre de 2023:

“Pregunta que quisiera saber este problema como se puede asumir, porque ella le ha propuesto a él -que viva su vida normal y si quiere en las noches o en un lugar donde nadie lo vea se cambie pero que no es necesario que lo vea la gente-. Lloro durante el espacio y refiere que es una tragedia y que no sabe que hicieron mal y porque él hace cosas como si los odiara. Antes de terminar dice que -ha pensado que solo gente excepcional se puede dar el lujo de volverse, así como esa Brigitte o como esa o ese Sr de Bogotá- (se refiere al director del DANE). -No creo que le dé a mi hijo para eso-”

En otros escenarios, el rechazo se manifiesta a través de violencias: psicológica, simbólica, económica y en algunos casos física. Varias personas relataron episodios de “corrección”. En algunas familias la respuesta incluye la imposición de prácticas conocidas como “terapias de conversión” que buscan modificar la identidad o la expresión de género bajo justificación religiosas o morales, lo cual constituye una forma de violencia simbólica, espiritual y psicológica. Amerie y Ollie expresaron en la entrevista algunas experiencias de violencias tras manifestar a sus familiares su identidad de género:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Ella se levantaba todos los días a las 5 de la mañana a poner alabanza de Dios y me cantaba, me decía que yo me tenía que arrepentir porque tenía el demonio de la homosexualidad dentro de mí y que me iba a ir al infierno. Entonces eran nuestras charlas mañaneras de todos los días literal”

Entrevista 02, Ollie, junio de 2024:

“Cuando empecé a cambiar mi identidad de género una vez mi papá me dio un golpe en la cara, así, o sea, forcejeo, un golpe en la cara, porque llegó borracho a decirle cosas a mi mamá y yo salí y pues fui ofensivo también y como que la dejara quieta, entonces literal forcejeo la habitación donde yo dormía, tenía una puerta de madera, la abrió y me pegó y

posterior a eso, la única situación así de violencia física, que recuerdo fue una vez que le desobedecí como diciendo mentiras y me tiró al suelo y me dio patadas, sí.

Y ya la otra violencia era más simbólica o verbal me decía cosas como -yo prefiero verlo muerto que verlo así-, como que eso me da vergüenza, como que eso es sucio, así me señalaba. Incluso después de lo que él había hecho conmigo en la adolescencia”.

Los casos más extremos de rechazo familiar se manifiestan en expulsión del hogar y la ruptura del vínculo afectivo. Algunas personas logran encontrar apoyo en la familia extensa, mientras que otras son completamente aisladas de la familia nuclear y extensa, recurriendo a las “familias elegidas” y las definen como “*la familia es aquella que uno crea*”. Estas familias compuestas por personas trans y amistades cercanas se convierten en espacios de contención emocional, apoyo socioeconómico y protección. En este concepto de familia desde la experiencia de vida trans existe una jerarquía clara donde las formas de maternidad y paternidad se perciben de acuerdo al rol que se le asigna a una mujer u hombre Trans cuya trayectoria de vida no solo haya sido ejemplar para las demás personas trans que le rodean sino que identifican en estas personas la posibilidad de encontrar apoyo, cobijo, refugio en los momentos más difíciles durante la vida y no se limita únicamente a la búsqueda de apoyo para los procesos afirmativos de género si no para el trasegar de la cotidianidad.

En Cali, por ejemplo, destaca la figura de la madre Twiggy, reconocida por acoger y acompañar a muchas personas trans expulsadas de sus familias biológicas (Vargas, 2023)

Rocha, Ruiz, & Salamanca (2022) argumentan que otras personas que integran estas nuevas familias son “las hermandades trans”, cuyos vínculos los construyen desde la experiencia de vida trans compartida que permite el cuidado y dar origen muchas veces a organizaciones de base comunitaria que se consolidan en el tiempo desde el accionar colectivo de resistencia.

En un espacio de conversatorio en 2023 sobre “experiencias de vida trans” una madre expresó como después de más de 20 años de haber aceptado la identidad de género de su hijo, todavía se sentía nostálgica al recordar el momento en el que su hijo le contó que “era un hombre y no una mujer”. Manifestó que inicialmente no lo podía creer y optó por pensar que era un error, una situación que se iba revertir. En su caso contó con el apoyo de su hermana de quien refiere que por “tener la mente más abierta” le ayudó a comprender que había personas que nacían así. Durante su intervención en el espacio del conversatorio llora mientras reconoce

que pidió perdón a su hijo por no haberlo aceptado desde el primer momento y le recuerda que es una bendición en su vida. Él se observaba muy tranquilo, le hizo un gesto de comprensión y le dijo que “*no se preocupara, que ya paso*”.

La salida del closet como proceso estratégico y gradual

En el proceso de expresar públicamente la identidad de género, lo que comúnmente se denomina *salida del closet*, las personas trans desarrollan estrategias que dependen del contexto familiar, de las dinámicas afectivas previas y de las posibilidades de anticipar ambientes de rechazo o aceptación. Aunque la literatura ha intentado explicar este proceso como un tránsito lineal, investigaciones más recientes señalan que se trata de un movimiento contínuo y “salida estratégica”, condicionado por los entornos sociales en los que habitan las personas trans desde la perspectiva de que y nunca se está completamente dentro ni totalmente fuera del armario. Brumbaugh-Johnson y Hull (2019).

Durante el trabajo de campo observe que la salida del closet es un momento contextual, porque implica un acto de afirmación identitaria y al mismo tiempo cada persona valora los riesgos y posibilidades que percibe en su entorno inmediato. En algunos casos cuando las personas cuentan con acompañamiento profesional, este momento puede darse en un espacio seguro con dicho acompañamiento. Así sucedió en unos de los procesos que acompañe junto con el equipo de profesionales del programa donde un hombre trans compartió su identidad de género con su familia la cual residía en otro departamento por lo que se realizó a través de un encuentro virtual y de la que participaron además de la persona trans, sus padres y abuelos. A pesar de que desde mi experiencia hay unas resistencias familiares marcadas, en este caso la respuesta familiar fue profundamente afirmativa: su padre y abuelos priorizaron el vínculo afectivo por encima de las categorías identitarias y el espacio fue una oportunidad para la expresión de emociones y sentimientos (amor, respaldo y disposición) para acompañarle en el proceso. Esta experiencia me confrontó sobre las posibilidades que hay en torno a las intervenciones familiares en contexto de acompañamiento a personas trans.

Sin embargo, este no es el escenario más frecuente. Para muchas personas trans, la salida del closet implica tensiones internas donde la movilización de emociones es marcada, incluyen recuerdos asociados al sufrimiento de no cumplir las expectativas del género esperadas por las familias. Así lo expreso Ollie en la entrevista, quien expresó el impacto emocional que le generó desde la infancia al tratar de dialogar sobre estos temas con su madre:

Entrevista 02, Ollie, junio de 2024:

“Darme cuenta y el inicio es porque cuando mi mamá me explicaba que yo era una mujer, ella me lo explicaba y me decía que -un día me iba a llegar el período-, me lo explicó, yo le decía tal cual que -yo no quería eso que el día que eso me llegara yo prefería morirme-. O como mi mamá es religiosa, algún día llegué a decirle siendo niño no sé, yo 9-11 años entre esa edad, llegué a decirle que -por favor le orar a Dios para que me matara, porque yo no quería vivir así-“,

Estas narrativas en la infancia ponen de manifiesto el peso emocional que está presente mucho antes de la salida del closet y la forma en que esta decisión suele representar un acto de afirmación de la identidad de género.

El miedo, el temor al rechazo y la necesidad de protección atravesaron estas narrativas como lo muestra el relato de Amerie, quien describió el desgaste emocional que implicaba sostener en secreto su identidad de género en medio de la presión escolar y familiar:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Pasó como año y medio, porque yo no me sentía preparada para decirle a mis papás, entonces obvio yo estaba en octavo, yo paso a noveno, entonces llega como a la mitad de noveno y yo dije como que ya estaba cansada como de fingirlo, como que todo el mundo -ve, ¿usted es gay? -. -Ve, ¿te gustan los hombres? - -ve, no sé qué-. Como ya estaba cansada que me lo preguntarán todo el tiempo y yo decía como - ¡ay no que mamera! -, pero tampoco era capaz de gritarlo porque me daba mucho miedo”

En otros casos, la salida del closet se relaciona con la orientación sexual antes que con la identidad de género. Esto que se interpreta como una estrategia (frecuente en varias vivencias), les permiten a las personas trans evaluar las reacciones familiares antes de exponer su identidad de género. Así lo expresó Sandra:

Entrevista 03, Sandra, abril de 2024:

“Ya cuando pude obtener mi título de bachiller académico, que tuve mi primer trabajo formal, yo soy así, pues le dije a mi familia primero que yo era un chico gay, pues a mi mamá en ese momento le dio duro, pero ella me dijo yo ya lo sabía, porque como el instinto de madre no sé, ellas tienen ese instinto de madre que ella solamente faltaba era que yo le confirmara y ya”

Ollie también expuso un proceso similar donde expuso primero su orientación sexual:

Entrevista 02, Ollie, junio de 2024:

“Y cuando ya uno se da cuenta o lo asimila que eso fue entre los 16 y los 18 años, 16 lo primero que le comunicó a mi mamá es que -me gustan las mujeres-. O sea, hablo desde mi orientación sexual, pero eso no era lo único porque por más que yo se lo dije, el pensamiento seguía y cuando ya me doy cuenta de que lo que quiero hacer es cambiar mi cuerpo, cambiar cómo se ve mi cuerpo, eh siento el desafío, el reto más grande”

En el caso de algunas mujeres trans, la salida del closet también usa la misma estrategia. Amerie expresó como para su madre fue parcialmente aceptable la idea de tener un hijo gay, al mismo tiempo que unas resistencias al hecho de una identidad de género trans:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023

“No, yo tengo que decírselo a mi mamá porque pues el primer amor y todo el cuento no que el amor romántico y tal, entonces yo se lo digo a mi mamá, eso se fue armando todo un zaperoco, pues porque ella no estaba preparada para semejante noticia. Yo obviamente le dije -mamá soy gay-. Mi mamá me dijo: -yo te acepto como homosexual, pero nada de esas maricadas de vestirse de mujer, ni hacer la boleta ni nada de esas cosas- y yo -ay señor, bueno sí, sí bueno-”

Estas narrativas muestran que la salida del closet en personas trans no es un evento aislado, sino un proceso dinámico en el que se evalúan posibilidades de aceptación, rechazo o violencia. Asimismo, evidencian que las personas trans no solo gestionan su propia identidad, sino que anticipan y negocian las reacciones de su entorno familiar en ocasiones decidiendo expresar progresivamente su identidad de género.

Aspectos sociales en la experiencia de vida trans.

Los aspectos sociales que atraviesan la experiencia de vida trans están relacionados a la cultura cuya norte es la heteronormatividad y cuya función es regular el género. Este sistema cuya base es la matriz binaria que divide y ordena a las personas como mujeres y hombres, así mismo, asigna roles, expectativas y comportamientos que funcionan como una norma social hegemónica. Aunque existen diferencias culturales, la mayoría de los contextos a nivel de Latinoamérica funcionan bajo el orden binario, sin embargo, algunas sociedades reconocen la existencia de identidades no binarias o de un “*tercer género*” como es el caso de los Muxe’ en México. (Urbiola Solís et al. 2017) (BBC News Mundo, s.f.) (Graul, 2019). En nuestro contexto, esta matriz heteronormativa guía el funcionamiento institucional: educación, salud, jurídica, laboral dando como consecuencia situaciones que condicionan el reconocimiento de la vivencia de las personas trans.

La literatura ha documentado ampliamente que la identidad de género trans tiene una marcada exposición a dinámicas de discriminación, estigmatización y exclusión social, especialmente a partir de la expresión pública de la identidad de género. (Brumbaugh-Johnson y Hull, 2019; Ghiasi et al., 2024; Villamar et al., 2024; Hashemian Far y Heidari (2025), sostienen que elementos como la violencia, el territorio en conflicto, el rechazo familiar, la situación socioeconómica, la religión, influyen en la construcción identitaria, así como en la forma de expresarla públicamente y en las decisiones que determinan los procesos de transición y sus itinerarios terapéuticos.

El proceso de transición, en su dimensión social, implica confrontar las normas que fijan expectativas de cómo debe “verse”, “comportarse” o “sentirse” una persona según el género asignado al nacer. En esta misma línea, las personas trans narran experiencias de vigilancia corporal y de lectura constante por parte del entorno social. Esto genera una presión que se intensifica cuando el proceso de transición no corresponde con lo esperado dentro del

binarismo. Amerie expreso que en su transición su corporalidad inicialmente no se ajustaba a la expectativa social:

Entrevista 01, Amerie, diciembre de 2023:

“Era una niña trans de 16 años, mi tránsito, pues no estaba tan avanzado, entonces no se sabía si era una mujer, un hombre, un unicornio, la gente como que lo mira a uno, así como que será, qué será, esta joya que será, este misterio”

Ollie, expresó que la expectativa social no se limita a lo que “es” una persona si no que debe “parecer” al género que expresa según los estándares culturales:

Entrevista 02, Ollie, junio de 2024:

“Es que a veces el problema es que se le note a uno, si se le note entre comillas me refiero a que la gente me miraba ¿y usted es un niño o una niña? Sí, ya cuando estaba transitando, o los comentarios ofensivos incluso por parte de mi familia, de mi hermano mayor, de mi papá sí, un comentario de violencia porque ya veían que la hija, en este caso la hermana, pues no era una mujer, sí, entonces ya había señalamientos”

Estas experiencias evidencian que la violencia social no se reduce a actos explícitos de discriminación, sino que puede surgir en microagresiones, miradas y cuestionamientos constantes que confrontan si el género que se expresa es legítimo. En este sentido, las experiencias en contextos laborales muestran como la heteronorma se vuelve un criterio de exclusión estructural. Así lo narro Pablo quien hace referencia a que el solo hecho de nombrar su identidad de género durante una entrevista laboral, determino la negación del empleo, reforzando la idea que lo trans se asocia a una desviación moral o religiosa:

Entrevista 04, Pablo, julio de 2024:

“El sistema a mí siempre me va a castigar y siempre lo va a seguir haciendo. Así me vea cómo me vea. Muestra de ello fue el hecho de estar en la entrevista y que no, todo bien, perfecto, o sea, pero el hecho de darme el trabajo, no, ya está. No lo hubiera dicho, no hubiera pasado absolutamente nada. Me hubieran dado el trabajo, pero pues el drama hubiese sido peor, no. Porque ya, ya me hubiera metido con, con su religión y me han podido meter en algún

problema que, que estaba en corrupción de menores o algo así, porque con la gente cristiana es bastante complejo”

Sandra hablo de su experiencia laboral en donde las burlas afectaron su bienestar emocional:

Entrevista 03, Sandra, abril de 2024:

“Lo que yo hacía era atención al cliente y en ventas atendía a los usuarios, al público e incluso muchos de los clientes le decían a mi jefe él es como rarito, él es gay, o la palabra que la mayoría utiliza -ay un maricón-. Entonces pues también eso influyó mucho en mi retiro, porque pues eso es un... Eso lo afecta uno tanto psicológicamente a uno, psicológicamente a uno de que el murmuro, la burla, cosas así”

Para algunas mujeres trans que ejercen trabajo sexual, la expectativa social binaria coloca los cuerpos en situación de constante riesgo, debido a la violencia que enfrentan cuando sus características corporales no coinciden con el imaginario de feminidad heterosexual:

Entrevista 03, Sandra, abril de 2024:

“Incluso tuve como tres problemas por esa misma cuestión de que pues a la hora de ir a tener la relación sexual ya ellos le veían en la parte íntima a uno, -no es que usted es un travesti, usted es un maricón-. Entonces pues muchas veces me tocó enfrentarme a ellos porque era mi vida o la vida de ellos y pues no soy de las mujeres de que voy a matar a alguien, nada de eso, pero pues me toca defenderme. Incluso muchas de las compañeras con las que yo trabajaba en ese tiempo ahora no existen por eso, porque las han matado por defenderse”

El análisis de Manuel, trabajador social, argumenta como estas dinámicas sociales: transfobia, patologización, desinformación y ausencia de ajustes razonables en salud y educación generan altos niveles de ansiedad social en las personas trans:

Entrevista 04, Manuel, julio de 2024:

“Otra problemática que siempre está allí es el factor social y cultura, el relacionamiento interpersonal. Las personas regularmente no están asociadas con los temas. Digamos nosotros es porque estamos en el contexto institucional, pero si nos sacamos de ese contexto, en la realidad social las personas siguen teniendo vacíos en la comprensión la realidad

social, y si se asocia a las personas de la comunidad LGBTQA+, y especialmente a las personas trans con enfermedad, con patología principalmente, con algo que hay que rechazar, con algo que no está bien, entonces allí creo que eso le genera las personas trans muchísima ansiedad social, que es lo que justamente acompañamos. Qué es lo que significa salir y que en la calle te estén haciendo el missgendering, digamos que el missgendering ni tanto, porque es la transfobia, y principalmente porque el missgendering va a pasar cuándo, a lo mejor personas que estamos sensibilizadas de manera recurrente se nos olvida el género de la persona que está transitando, en cambio en el caso de las personas no sensibilizadas, me refiero es transfobia por qué regularmente digamos, están expuestas a dinámicas de -¿eres un hombre?-, -no, no, sé cómo leerte-, -no es que es mujer-.

Las relaciones sociales de carácter social y, ahí caben todos los sectores pues son problemáticas también en el contexto de la atención a las personas trans, en esa misma línea, el sector salud, el sector de educación que yo no sé si caben en la problemática social, por eso las pongo por aparte porque si bien sí caben, pues es que son cuestiones particulares, porque yo porque yo como persona existe, por ejemplo, qué pasó con la estudiante trans, una persona va a dar a luz su pareja trans, entra como papá y ella ni siquiera diciendo como hombre, por eso lo pongo tan particular en el ejercicio de salud y de educación por ejemplo, ahí entra la educación porque, uno diría, -no la gente no se va de la institución o no desierta por diferencias culturales-, pero la verdad es que sí. Que tú y yo lo sabemos, qué tiene que ver con que las instituciones de educación superior en general, tienen política de género, no tienen estos ajustes razonables en la educación, los profesores no les piden educación en género para postularse como profesores de cátedra, se ha hecho una escapada pinza, y sé cuáles son las dualidades que les solicita, pero el caso es que no después no les piden ajustes razonables ni formación en género para la educación, en las aulas de clases se presentan esas violencias que conocemos, la situación con los baños, todo eso en el sector salud que de pronto estoy abriendo un poco más la puerta, pero es que de forma genérica si hay situaciones particulares allí”

Durante el trabajo de campo fue evidente que los patrones de exclusión social moldean la manera como las personas trans habitan la cotidianidad. En un conversatorio sobre experiencias de vida trans, la dinámica del espacio mostro como la participación de mujeres trans, artistas y lideresas consolidaba un acto simbólico de reivindicación frente al estigma social. La expresión “machi tú sabes que es el destino o putas o peluqueras”, manifestada por una escritora trans que compartió su experiencia, resume la percepción instaurada en los roles

sociales disponibles para las mujeres trans en contextos marcados por la precarización y la exclusión. Esta frase más allá de una sentencia manifiesta un discurso aprendido que pone límites a las posibilidades para muchas mujeres trans que no encuentran condiciones desde lo estructural para habitar otras realidades.

Estos relatos muestran el peso del estigma y la violencia social y como estos condicionan la experiencia de vida trans, así como la construcción de proyectos, trayectorias de vida e itinerarios de cuidado. De esta manera los aspectos sociales de la experiencia de vida trans no pueden analizarse de manera aislada sino como parte de un contexto estructural que rige las posibilidades de acceso a trabajo, vivienda, educación, seguridad y en general a derechos.

En síntesis, comprender la salud mental de las personas trans no pueden comprenderse únicamente desde las categorías diagnósticas ni desde los marcos biomédicos que históricamente han intentado explicar sus vivencias. Tal como mostraron las narrativas recogidas durante esta investigación, las emociones, tensiones internas, formas de afrontamiento y expresiones de sufrimiento emergentes en relación con sus entornos familiares, sociales, violencias cotidianas y barreras institucionales. Estos elementos no solo configuran la manera en que cada persona experimenta su identidad y bienestar, si no también orientan las decisiones que toman para buscar apoyo, acompañamiento o servicios de salud. Por tanto y a partir del reconocimiento de que la salud mental esta es estrecha relación con las dimensiones relacionales, subjetivas y estructurales, el siguiente capítulo intenta describir detalladamente los itinerarios terapéuticos. En este se exploran las rutas formales e informales que las personas trans construyen para acceder a cuidados, así como las razones que motivan sus trayectorias, al mismo tiempo que permite evidenciar el impacto del contexto social en sus procesos de búsqueda durante la afirmación de género.

Conclusiones del capítulo 1

Comprender las experiencias de vida trans desde una perspectiva salubrista y etnográfica, me permitió ampliar la mirada sobre sus procesos afirmativos de género, así como sobre las condiciones estructurales que configuran su bienestar. Este análisis confronta los principios

que guían la atención primaria en salud, especialmente los relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En el campo de la salud mental (categoría que emergió como fundamental en el trabajo de campo), es evidente que la atención en salud debe reconocer y legitimar el sufrimiento emocional asociado a la construcción y expresión de la identidad de género, más allá de la mirada biomédica, la validez diagnóstica, la pertinencia de las cirugías afirmativas o la obligatoriedad de los tratamientos farmacológicos.

Durante esta investigación fue fundamental la idea de que, para comprender los itinerarios terapéuticos de las personas trans, resultaba indispensable aproximarse primero explorar las experiencias de vida trans más allá de sus procesos afirmativos de género. La identidad de género constituye la categoría que articula y da sentido a las narrativas de las personas que participaron de esta investigación. A partir de esta categoría se establece la posibilidad de comprender el lugar que ocupan las tensiones internas, las decisiones dentro de la transición, así como las resistencias sociales. Las personas trans confrontan la matriz heteronormativa hegemónica binaria tanto en su estructura como en su cotidianidad: en los espacios que habitan, en los intercambios con otras personas y en las maneras como son nombradas y reconocidas. Esta confrontación continua muestra que la transición no es únicamente un proceso individual sino una experiencia marcadamente relacional.

Las tensiones y resistencias en las narrativas: familiares, comunitarias, institucionales y estructurales, representan expresiones internalizadas de la heteronorma que actúan como barreras para el ejercicio pleno de la identidad de género. Estas tensiones no solo se producen con otros, algunas personas trans expresan también conflictos intrapsíquicos en los que su vivencia identitaria, las expectativas sociales, biomédicas y las normas del contexto entran en confrontación. Este desbalance entre la propia afirmación del género y las expectativas externas genera lo que se encontró en los relatos durante la investigación como “sufrimiento emocional y social”, concepto que representa el malestar que experimenta una persona trans más allá de la subjetividad, que se vincula con la exposición a experiencias de discriminación, violencias, patologización, medicalización innecesaria, rechazo familiar, barreras de acceso al sistema de salud y situaciones donde se invalida su identidad.

En las voces de las personas trans, este sufrimiento se manifiesta a partir de las emociones como tristeza, ansiedad, desesperación, miedo, rabia, desesperanza, así como en otras

manifestaciones silenciosas de retraimiento, hipervigilancia del entorno, estrategias de autoprotección que afectan y condicionan su cotidianidad. El sufrimiento emocional y social no se considera entonces un estado individual sino una experiencia relacional y estructural que se configura durante sus trayectorias de vida y afecta directamente sus itinerarios terapéutico especialmente en el proceso de búsqueda o evitación de los servicios de salud, así como en el establecimiento de redes de cuidado formales e informales. Reconocer lo anterior es fundamental para comprender las necesidades diferenciales en salud mental, así como la importancia del autocuidado y de la construcción de entornos seguros.

Finalmente comprender los itinerarios terapéuticos como procesos densamente vinculados a la historia de vida y al entorno social, y cuya emergencia se produce en etapas tempranas, constituye una observación fundamental. Esta perspectiva representa con mayor fidelidad la cadena de decisiones que configuran dichos itinerarios, los cuales son recogidos en el capítulo dos a través de gráficos y narrativas y análisis que muestran la complejidad de las trayectorias, así como las rutas formales e informales que las personas trans construyen en la búsqueda de cuidado y afirmación de género.

Capítulo 2

Mas allá de un itinerario terapéutico: de la expectativa a la realidad

"Quiero saber que esta todo bien"

Erika es mi paciente desde que inicié el proceso de atención como médica familiar en Campus Diverso. Es una mujer transexual que tuvo su cirugía afirmativa de género hace 6 meses. Una semana antes a la consulta me preguntó "¿Cuándo tienes tiempo para una consulta?", le agendé la cita para la siguiente semana y le pregunté ¿cuál era el motivo de la cita?, a lo que me contestó: "Quiero que me examines por lo de la cirugía, quiero saber que todo está bien". En ese momento pensé que nunca había hecho un examen físico luego de una cirugía afirmativa en ninguna persona trans. Planeé leer para estar más enterada antes de la cita.

En esa misma semana consulté las técnicas de la cirugía y los procesos que ellas deben realizar de dilataciones posterior a la cirugía. No encontré recomendaciones claras de cómo se realiza un examen ginecológico en personas con neovagina. Sin embargo, pensé que era una oportunidad; pero, el temor era como manifestarle a la paciente que yo no tenía experiencia en esta valoración. Consideré decírselo antes de la consulta, pero preferí esperar a tener el espacio de atención.

En la consulta, como es habitual, hablamos de su estado de ánimo que tiende a presentar variaciones entre la labilidad emocional y la marcada motivación. Los síntomas afectivos son marcados cuando hay suspensión o irregularidad en el tratamiento hormonal. Situación que es común cada tres meses aproximadamente. Sin embargo, en ese momento se encontraba "estable desde lo emocional" como ella lo menciona regularmente. Fue clara en indicar que "ahora lo que le preocupaba era saber si su cirugía iba bien". De hecho, me comentó que nadie la había examinado o preguntado por el estado de su neovagina en ninguna consulta médica a excepción del control postquirúrgico que realizó el cirujano plástico que la operó. Adicionalmente me comentó que prefería que le examinara una mujer porque no se sentía muy cómoda con mostrarle su cuerpo a "hombres, a hombres médicos".

Le expresé que tenía algo importante que decirle y que de entrada me excusaba por no manifestárselo previamente pero antes de que le hiciera el examen físico le quería comentar que "yo no tenía experiencia en realizar dicha valoración y que había estado leyendo algunos aspectos que eran útiles para realizarlo, pero la literatura no era muy amplia al respecto, al menos no lo que había encontrado, sin embargo, yo tenía toda la disponibilidad para hacerlo y explicarle lo que observaba y si teníamos alguna duda podríamos consultar al cirujano plástico vía telefónica para aclarar cualquier situación", se sonrió y dijo "no hay problema doc, yo confío en usted".

Me inquietaba especialmente este examen físico. Estaba muy nerviosa como pocas veces a la hora de examinar a alguien. El desconocimiento de entrada me generaba desconfianza de mis habilidades para resolver la necesidad que Erika tenía. Tenía un temblor fino en las manos y me sudaban, tenía la sensación de que los guantes me apretaban más de lo habitual. Al intentar realizar la especuloscopia tuve que solicitarle que me orientara pues el canal vaginal parecía cubierto parcialmente y tuve temor de generarle dolor o lesión. Finalmente pude realizarlo y no encontré lesiones aparentes.

Terminado el procedimiento luego de informarle que no veía ninguna lesión aparente, le comenté que la estructura del clítoris y el meato uretral se veía más grandes de lo habitual a lo que ella respondió explicando cómo había sido el procedimiento quirúrgico.

Muchas situaciones han marcado el ejercicio de mi profesión durante la experiencia de atención a las personas Trans, esta ha sido para mí hasta ahora, una de las más relevantes. Hoy en día aún me pregunto por la ambivalencia en la que me encuentro en este ejercicio de atención. Por un lado, en mi formación médica existen unas lógicas que me han permitido comprender los cuerpos, las personas y sus vivencias, entre ellos, aprendí que una vagina es una estructura “propia de los cuerpos de las mujeres”, hace parte de un sistema reproductivo compuesto por unos órganos internos que ejercen múltiples funciones desde lo hormonal hasta lo reproductivo; por otro lado la vivencia de Erika frente a su cirugía de afirmación de género, es uno de los pasos más importantes en su proceso afirmativo y sobre todo en lo que siempre tuvo claro, en el reconocimiento de su identidad de género. Después de este momento he pensado sobre lo importante que es para ella tanto física como mentalmente tener su estructura vaginal presente, lo que me llevo a reflexionar a partir de ese momento en como las vivencias desde las corporalidades y las corporeidades son trascendentales para algunas personas trans (yo diría que para la mayoría), al mismo tiempo la gran oportunidad que hay de aprender sobre estas vivencias para realizar un ejercicio médico que responda a las necesidades diferenciales de ellas, ellos, ellos.

En cierto sentido, Erika es afortunada. Su proceso contó con un acompañamiento médico efectivo en momentos clave, lo cual, en el contexto actual, representa un privilegio al que muchas personas trans no pueden acceder. Durante su consulta, mi propia torpeza al realizar el examen médico fue una evidencia clara de las limitaciones en nuestra formación profesional: aún hoy, la educación médica carece en la mayoría de los casos de un módulo específico sobre la salud de las personas trans. Esta falencia no solo dificulta la práctica clínica, sino que también revela cuán problemático y desigual puede ser un proceso afirmativo, incluso cuando hay disposición de brindar atención.

Fue precisamente esta experiencia particular, marcada por la tensión entre la necesidad de profesionalismo en el acompañamiento de Erika y mi sensación de "novatez", la que despertó en mí la necesidad de reconstruir los itinerarios terapéuticos de las personas trans. Más allá de las creencias personales o prejuicios institucionales en torno a las transiciones de género, me inquietaba profundamente pensar en todas aquellas personas que, deseando acceder a esta, no contaban con ningún tipo de apoyo médico (ni experimentado, ni principiante).

El interés por los itinerarios se convirtió entonces en una necesidad técnica y ética. Sabía, aunque fuera de oídas, que muchas personas trans recurren a prácticas peligrosas, exponiendo su salud y su vida, con tal de alcanzar sus objetivos especialmente los que implican cambios a nivel corporal. Entender cómo se construyen estos itinerarios, sean en la inclusión o la marginalidad, es clave no solo para mejorar la calidad del cuidado médico, sino también para enfrentar un problema urgente de salud pública que aún permanece en gran medida invisibilizado.

Este capítulo tiene como objetivo describir a través de una representación gráfica, la complejidad de los itinerarios terapéuticos que han recorrido las personas trans que participaron en esta investigación en sus procesos afirmativos de género. Mas allá de un enfoque cronológico, estos gráficos tienen la intención de develar las diferentes rutas (formales e informales) que estas personas han navegado para alcanzar sus objetivos en salud. Para lograr un mejor análisis se usa esta herramienta visual donde se muestra un itinerario terapéutico esperado desde la perspectiva biomédica en la que el acceso a servicios afirmativos dentro del sistema de salud está garantizado (expectativa), para realizar una comparación con los itinerarios terapéuticos elaborados desde la información obtenida de las entrevistas según cada experiencia de vida de las personas trans (realidad). Con esto pretendo que se puedan identificar los diferentes momentos: de decisión (agencia), las barreras encontradas, la presencia o no de redes de apoyo, así como los hitos que cada persona identificó durante esta navegación.

Esta investigación comprende el concepto de itinerario terapéutico como un proceso de exploración de las diferentes decisiones que las personas toman a lo largo de un proceso de atención sanitaria y engloban las prácticas de cuidado individual, social y cultural desplegadas durante esta interacción. La descripción de estos procesos dibuja un complejo entramado o red de decisiones que tiene como asidero general la experiencia personal del consultante (Mattosinho y Silva, 2007), (Florêncio LLF et al. 2021). Rodríguez-Villamizar

et al. (2021) por su parte consideran que los itinerarios terapéuticos hacen referencia al proceso que atraviesa una persona en búsqueda de soluciones para sus problemas de salud, para lo cual usa diferentes recursos que tienen que ver con sus características individuales y contextuales. En las personas Trans se evidencia que adicional a la dimensión individual existe una serie de interacciones que consolidan unos vínculos en las relaciones sociales que crean estrategias para encontrar opciones de búsqueda de respuesta a las necesidades diferenciales (Rocha, Ruiz, & Salamanca, 2022). Estas redes de cuidado como ellas y ellos la nombran, consolida también escenarios a través de los cuales en muchas ocasiones hay solidos procesos de acompañamiento para estas búsquedas. Un ejemplo de esto es la red de navegadores en salud liderado por la liga de la salud trans (Rocha, Ruiz, & Salamanca, 2022).

En clave de dar continuidad a las reflexiones que suscitan esta investigación y tras recordar que en este proceso ha sido fundamental la mirada a la categoría experiencia de vida trans como punto de partida que me ha permitido explorar dentro de esta diferentes de variables para mejorar la comprensión. Como siguiente paso me propuse graficar los itinerarios para mostrar en una sola imagen estos procesos así como acompañarlos de la descripción para ampliar los detalles de los mismos y en conjunto realizar una comparación con la gráfica también creada para este fin, de los itinerarios terapéuticos esperados en una apuesta por graficar un cierto modelo de itinerarios terapéuticos en personas trans desde la perspectiva biomédica construida a partir de lo observado a partir de cómo piensan y esperan los profesionales de salud no vinculados a la atención de personas trans.

En este capítulo entonces abordaré los itinerarios terapéuticos iniciando con la gráfica y descripción de un itinerario terapéutico esperado (desde una mirada biomédica), continuando con las gráficas y descripciones de cada uno de los itinerarios de las personas entrevistadas. Posteriormente realizo un análisis derivado de lo graficado.

La selección de los itinerarios para este capítulo respondió al criterio de que reflejaran de manera fiel y sistemática aquello que se observaba en el trabajo de campo. En un sentido cualitativo, estos itinerarios condensan los procesos, tensiones y situaciones que día a día emergían en la atención a esta población. De este modo, permiten visibilizar las dificultades que atraviesan las personas a lo largo de sus trayectorias de atención y, a partir de su descripción, se vuelve posible pensar la intervención desde una perspectiva diferencial que

busque enfrentar las inequidades sanitarias existentes y ofrezca a la salud pública una mirada alternativa sobre la salud y la experiencia de vida trans.

En los gráficos, el color verde representa una situación relevante cuyo impacto para la persona fue catalogado como positivo en el proceso. Por el contrario, el color rojo representa una situación calificada como negativa (de alerta). Algunos de los cuadros están acompañados por uno o varios iconos cuya representación se encuentra en el cuadro de referencias graficas.

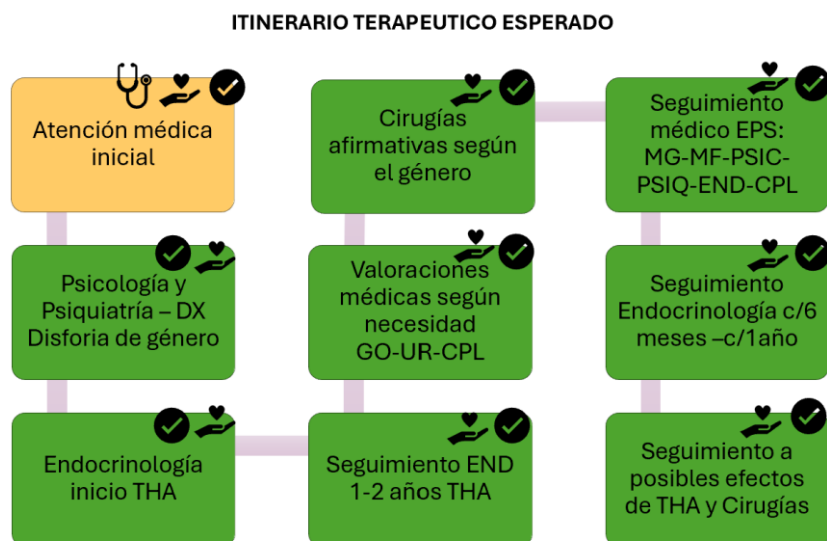
A continuación, inicio la presentación de los itinerarios terapéuticos iniciando con el itinerario esperado con su descripción, seguido de los itinerarios terapéutico de las personas que entreviste durante mi proceso de investigación seguido de una descripción y un análisis como cierre del capítulo desde donde analizo todos los itinerarios.

Cuadro de referencias gráficas

Cuadro de referencias gráficas

	Apoyo-soporte		Ambivalencia
	Patologización		Acción legal
	Salida del hogar		Fallo a favor
	Conflicto armado		Negación de servicios salud
	Estrés y síntomas afectivos		Búsqueda información sobre PAG
	Barrera en el sistema de salud		Facilita acceso a servicios salud
	Afectación salud mental		Inicio PAG
	Rechazo		Acceso atención sistema de salud
	Reproceso		
	Urgencia medica		
	Automedicación		
	Discriminación		
	Violencias		
	Retraso en los procesos salud		

Itinerario terapéutico esperado (enfoque biomédico)



Este itinerario terapéutico fue creado desde la expectativa de lo que actualmente se espera por parte de profesionales de salud que ocurra con los procesos afirmativos de género PAG. En este grafico se introducen los momentos de mayor relevancia dentro del PAG desde el punto de vista de profesionales de salud. Sin embargo, cabe anotar que este itinerario o ruta dentro del PAG es precisamente una construcción desde la expectativa de garantía de acceso a servicios de salud con enfoque afirmativo y recoge desde mi experiencia las percepciones de algunas personas que confían que estos procesos se realicen en términos “ideales”.

Este itinerario puede mostrar como varios profesionales de salud dentro del sistema de salud perciben los PAG. En términos generales dado que se homologan a un proceso de atención en salud para una enfermedad. Aunque para muchos de nosotros está claro que no lo es, la operabilidad del proceso dentro del sistema se comporta como si lo fuera en las lógicas que el sistema maneja para dar respuesta a las situaciones que se resuelven (o se intentan resolver) a través de este.

En este sentido se presenta un itinerario que es lineal, opera sin barreras de acceso y proceso, así como se muestran prerrequisitos para avanzar dentro de él. También tiene implícita una clasificación binaria de los tránsitos, todos contemplan el uso de terapia hormonal para afirmar una corporalidad según el género con el que se identifica la persona. Y muestra como

dentro de los prerrequisitos existe un orden en el que la hormonización se debe dar primero antes de las intervenciones quirúrgicas afirmativas.

Este itinerario propuesto expone cómo se entienden desde el enfoque biomédico los procesos afirmativos de género. Lo construí a partir de lo que he observado y de lo que refieren continuamente las personas con experiencia de vida trans que realizan sus procesos bajo acompañamiento médico en el sistema de salud. Sin embargo, cabe anotar que pueden existir diferencias especialmente en los escenarios donde si se cuenta con un protocolo institucional que permite orientar al personal de salud y a la persona trans sobre un proceso de atención diferencial con enfoque afirmativo, escenario que es escaso en nuestra ciudad, sin embargo, existen algunas iniciativas bien valoradas por algunas personas que han tenido contacto con dichos servicios.

En términos generales, en un servicio de salud, muchas personas trans acuden en búsqueda de acompañamiento para iniciar sus procesos de hormonización afirmativa, otras van para iniciar acompañamiento después de un tiempo de automedicación.

De esta población, algunas personas desconocen a través de cuales servicios pueden obtener dicha atención, pero una gran mayoría inician sus rutas en el sistema de salud a través de la atención por medicina general. En los casos ideales donde se de acceso a una ruta de atención o a un proceso de continuidad a esa necesidad específica, realizan remisión a psicología y/o psiquiatría con el objetivo de certificar la disforia de género o incongruencia de género para posteriormente remitir a endocrinología para la evaluación del inicio de la terapia hormonal afirmativa propiamente dicha. Cuando la persona desea realizar cirugías afirmativas, se indica que debe permanecer un tiempo en hormonas no menor de seis meses (esto es variable según la guía que use la persona que atiende) pero existe consenso médico que idealmente debe ser de un año.

Según las necesidades que va indicando la persona trans, se realizan una serie de remisiones a diferentes especialidades incluyendo cirugía plástica para evaluar la o las cirugías afirmativas que desea realizarse. Se contempla dicha realización y el seguimiento posterior a estas, así como el seguimiento por las especialidades con las que ha iniciado seguimiento. Para el caso puntual del seguimiento por endocrinología se contempla un seguimiento

trimestral hasta lograr niveles hormonales deseados después de lo cual se amplían las consultas cada 6 meses y posteriormente de forma anual.

Itinerario terapéutico 01 – Amerie



Amerie es estudiante universitaria. La conocí dentro del Programa diferencial en un rol de monitoria y posteriormente como paciente. Ha sido acompañada por el Programa desde 2018. Nuestro primer encuentro se remonta a un espacio de atención en 2021, sentadas en el consultorio, nos recuerdo nerviosas. Aunque yo hacía todo lo posible porque no se notara, seguramente tratando de cumplir los mandatos de algunos de mis maestros “nunca se muestre vulnerable ante los pacientes”. Ella buscaba que su proceso afirmativo estuviera acompañado por alguien que “supiera de personas trans” y aunque yo tenía toda la disposición para las atenciones, contaba únicamente con la experiencia que me dieron dos años de residencia. Uno de nuestros primeros acuerdos para la atención fue el uso de mi bata. A ella le intimidan

los consultorios, las batas, los médicos (en masculino). Decidí no usar la bata después de una consulta donde me comentó que le asustaba.

Para la entrevista de Amerie, le consulté su disponibilidad de tiempo para la entrevista. Previamente habíamos conversado sobre la investigación y la necesidad de realizarle una entrevista. Ella acepto con mucha tranquilidad. Programamos la entrevista para un viernes. Me pidió que se realizara fuera de la universidad. Ella huye de los espacios de consulta médica, no le gustan los consultorios, los médicos ni las batas. Fuimos a un café de una librería de un centro comercial. Es un espacio que a ella le genera confianza. Manifestó que hay lugares a los que no le gusta ir a sentarse porque aún la miran como un “bicho raro”.

Yo llegué retrasada a la entrevista, tuve que atravesar la ciudad para ir hasta el lugar de encuentro y estaba lloviendo. Finalmente, al llegar, la encontré en una de las mesas. Ella siempre me saluda con una sonrisa. Nos saludamos y me excusa por el retraso. Estaba con un suéter color crema, un jean y unos tenis, seguramente por el clima. Pedimos dos cafés y unos pandebonos para acompañar la entrevista.

Antes de iniciar la percibí un poco ansiosa, pero yo también lo estaba. Al hacerlo consciente le expuse que era mi primera entrevista, que mi trabajo de investigación me generaba un poco de estrés por la responsabilidad que para mí significaba. Me comentó que también estaba nerviosa pero que sentía que era muy importante que pudiéramos hablar “para ver si algo cambiaba”. Le di una introducción a la entrevista e iniciamos.

Durante la entrevista fluctuaron en ella varias emociones que variaban de acuerdo con lo que íbamos conversando. Algunos momentos fueron muy emotivos como cuando recuerda situaciones de rechazo familiar y lo que para ella significaron los primeros años de su proceso cuando busco apoyo para “salir del closet”. Se le percibe malestar cuando habla de su EPS y de los procesos administrativos que ha tenido que realizar para las atenciones y procedimientos médicos. Sin embargo, también se le percibía aliviada cuando habla de lo que significó para ella poder acceder a la cirugía de afirmación genital.

Yo también me sentía emotiva por momentos especialmente cuando comentaba de las experiencias de su infancia. La exploración de la sexualidad en la niñez para ella fue una sentencia de castigo. Mientras la escuchaba, pensaba en lo doloroso que puede llegar a ser

para una persona sentir todo el tiempo que está haciendo algo “malo” cuando no tienes una consciencia adulta de ponerle adjetivos a aquello que por temor a ser visto se prohíbe.

Ella usaba expresiones verbales y paraverbales particulares. Reitera las ideas que considera importantes. Preguntaba después de usar palabras o frases que usa en la comunicación cotidiana de sus pares, para cerciorarse si le estaba comprendiendo la idea. Termina algunas frases con la expresión “¿sabes?” como con la intención de cerciorarse que está siendo comprendida. Es espontánea y tiene unos rasgos de feminidad bien marcados especialmente en las expresiones corporales. Usa ropa femenina de colores sobrios, así mismo el maquillaje, sin embargo, sus uñas son especialmente llamativas, las llevaba largas, en forma de gota invertida y de colores llamativos. Como me llamo la atención, le pregunte por el color de las uñas (rojo, verde y blanco) y me respondió “doc, estamos en diciembre”.

Se me hizo imposible no preguntarme por mi feminidad mientras la entrevistaba. A partir de esa entrevista he dedicado un tiempo importante sobre todo a querer escuchar entrevistas de mujeres feministas para conocer otras miradas y reflexiones sobre la feminidad. Así como a escuchar a mujeres trans cuya expresión de género tiene características que confrontan la heteronorma, con la intención de conocer como han llegado a consolidar su feminidad. Aun me sigue pareciendo interesante escucharles. Sobre todo, porque recibí una instrucción en mi crianza de cómo debía ser mujer y había comprendido una suerte de homogenización de la feminidad que vengo contravirtiendo desde hace algún tiempo, pero debo reconocer que sentarme frente a mujeres trans, escucharlas durante las consultas, en los espacios de dialogo colectivo en actividades en el campus, me ha hecho ampliar la reflexión sobre el tema de las feminidades.

Amerie tiene 23 años, inicio la búsqueda de acompañamiento en torno a su identidad de género en el colegio, antes de los 15 años tras experimentar múltiples síntomas que le hacían sentir insegura e incómoda. No se sentía cómoda con ella misma para ese entonces habitando un cuerpo masculino. Contactó inicialmente a la psicóloga de su colegio quien inicio sesiones para explorar su malestar psíquico. Después de varias sesiones como ella misma lo relata, le puso nombre a eso que venía sintiendo, indicando que su identidad de género correspondía a una persona trans.

Amerie considera que su itinerario terapéutico inicio en ese momento, después del cual la profesional le acompaño para realizar una intervención familiar e incluir en el espacio a su madre (figura de cuidado de Amerie). El proceso con su madre tuvo un comportamiento variable puesto que le tomo a ella varios años en aceptar completamente su identidad de género. Durante este proceso la madre frecuentemente recurrió a estrategias en búsqueda de que Amerie replanteara su IG, entre ellas algunas de tipo religioso y a través de la comunicación. Pese a esto el apoyo para sus procesos de acompañamiento en salud siempre estuvo presente por parte de su madre y otros miembros de su familia nuclear como su padrastro y abuela materna.

Al mismo tiempo se realizó la intervención con el colegio. En este escenario también se presentó variabilidad en la respuesta institucional que provenía de diferentes posturas de quien ejercía el poder en los diferentes espacios institucionales. Por un lado, algunos profesores fueron comprensivos y facilitaron algunas medidas afirmativas y por otro lado algunos otros confrontaron la experiencia de vida de Amerie. En este escenario también se presentó una respuesta por parte de algunos padres de las y los compañeros de grupo bajo el temor de que sus hijos fueran a tener una experiencia similar por el hecho de compartir el espacio con Amerie. Tras un cambio en la dirección del colegio, la postura de la institución ejecutó acciones afirmativas para los últimos años de colegio de ella, permitiéndole algunos ajustes que le brindaron bienestar a su vivencia escolar, como la posibilidad de usar el uniforme de educación física todos los días.

Pese a estos escenarios de apoyo y el deseo de observar cambios corporales ajustados a su IG, Amerie recurrió al consejo de una persona trans que frecuentaba un emprendimiento familiar. Esta mujer trans le recomendó recurrir a una farmacia para conseguir las hormonas. A partir de este momento Amerie inicio hormonización bajo automedicación a los 15 años.

Luego de tres meses de automedicación, Amerie presentó sintomatología física que la llevo a consultar a urgencias donde encontraron que el efecto de la automedicación había generado riesgos en salud y este fue el momento en el que se inicia el acompañamiento medico dentro del sistema de salud. En este escenario, su atención inicial la realizó medicina familiar en una IPS cercana a su residencia. Pese a que se inició la ruta de atención desde esta IPS dentro del marco de servicios de la EPS. La atención por endocrinología no fue autorizada por su EPS

y obtuvo acceso de forma particular después de una acción colectiva de los amigos de su madre. En esta consulta de endocrinología se dio aval para ajustar la terapia hormonal afirmativa y se contrarremitió a medicina familiar de su EPS para transcribir las órdenes. Posterior a la transcripción de la formulación por medicina familiar de la terapia hormonal, la EPS negó el servicio argumentando que se trataba de un procedimiento estético, razón por la que durante gran parte de su proceso hasta la fecha la terapia hormonal de Amerie ha sido costeada por ella misma. Obtuvo remisiones y valoraciones de varias especialidades, sin embargo, dado que para su proceso afirmativo su prioridad estaba en la cirugía de afirmación genital, tuvo barreras para el acceso a la cita de cirugía plástica. A pesar de contar con la autorización, las IPS que le autorizaban no contaban con disponibilidad para dicha atención. En ese momento se contactó con Campus Diverso desde donde recibió orientación sobre el proceso de cirugía plástica que coincidió con una nueva autorización de cirugía plástica para la IPS donde se encontraba el mismo cirujano de la asesoría previa. Obtuvo la orden de la cirugía la cual fue negada por la EPS nuevamente bajo el argumento de que se trataba de un procedimiento estético.

Amerie asesorada por Campus Diverso obtuvo asesoría legal, cuyo reclamo obtuvo un fallo a favor en respuesta a una acción de tutela que le permitió acceder a la cirugía de afirmación genital. La cirugía afirmativa genital se realizó iniciando la pandemia Covid-19 a pesar de ello la cirugía fue exitosa, el resultado fue satisfactorio. Tuvo seguimiento con el mismo cirujano hasta la consulta postquirúrgica en la misma IPS sin embargo posteriormente cuando requirió otros controles de cirugía plástica por situaciones que se presentaron en el postquirúrgico tardó recurrió al mismo cirujano quien ya no se encontraba en esa institución. Obtuvo atención gratuita por parte de él. Durante la pandemia no tuvo acceso a servicios de salud de consulta externa, continuo con la automedicación. En 2021 retomo acompañamiento con Campus Diverso una vez se contaba con servicio de medicina familiar dentro del equipo. Los síntomas afectivos que había presentado desde la adolescencia continuaban presentes y se exacerbaban razón por la que recibió atención por psiquiatría, dentro de la ruta establecida por Campus Diverso cubierta con recursos del servicio de salud de la Universidad. Aceptó el acompañamiento por psiquiatría e inicio tratamiento farmacológico para su situación de salud mental y continua en acompañamiento por esta especialidad.

Desde Campus Diverso se recomendó atención por su EPS. Ha accedido a servicios de medicina general y ha recibido remisiones para las necesidades generales en salud. Sin embargo, manifiesta que cuando se trata del proceso afirmativo de género aparecen las barreras de acceso que en su caso han estado más en relación con la atención por endocrinología, así como la entrega de medicamentos hormonales.

Continúa en acompañamiento por Campus Diverso y al mismo tiempo a través de su EPS. La atención por psiquiatría es continua con el mismo profesional a través de la ruta afirmativa de CD. De esta manera su itinerario terapéutico del proceso afirmativo de género lo realiza entre los servicios que obtiene de Campus Diverso, los que obtiene de la EPS y su autogestión a través de las farmacias donde compra la medicación hormonal.

Le consulte si consideraba que su itinerario terapéutico podría finalizar en algún punto y me contesto “esto nunca se termina”.

Dentro del itinerario terapéutico de Amelie es muy importante resaltar varios aspectos:

La automedicación es una frecuente en su itinerario. Ella frecuentemente manifiesta comprender las implicaciones de la terapia hormonal afirmativa y conoce cuales son las moléculas mayormente usadas en este caso, sin embargo, las múltiples barreras con las que se encuentra para la entrega de medicamentos por parte de su EPS, así como el desabastecimiento de medicamentos intermitente en el tiempo, condicionan que ella pueda realizar un proceso de hormonización afirmativo adecuado. La automedicación es común en varias de las personas trans que he acompañado, incluso esta no siempre se deja de realizar al obtener acceso a servicios de salud y formulación. Comúnmente la medicación hormonal mayormente usada en los protocolos de hormonización afirmativa escasea y es la principal razón que argumentan las pacientes para la automedicación. Sin embargo, existen otras que comentan las personas trans en el consultorio. Entre ellas las dificultades de acceso a la atención por endocrinología, las demoras en las entregas de los medicamentos por parte de la EPS, la negación de los medicamentos que en su gran mayoría sucede por no disponibilidad de este, así como la expectativa por los cambios corporales la cual no solo motiva la automedicación sino también motiva el uso de diferente medicación hormonal, así como el uso de altas dosis. Así lo manifestó Sandra en la entrevista:

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Yo comencé el tratamiento hormonal cuando obtuve el trabajo formal, porque yo me inyectaba la synovular, cosas así. Desde los 21 años.

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Ya cuando ya prácticamente ya yo comencé con el trabajo sexual, ya eran las hormonas cada 15 días, incluso yo iba a la farmacia y le decía véndame cosas así, yo me automedicaba”

En este mismo sentido de la expectativa por el inicio del proceso afirmativo motiva el uso de hormonas, Ollie comentó en la entrevista:

Entrevista 02, Ollie, junio 2024:

“Le preguntó a Andrés lo del tema de la hormona, en ese momento yo tenía una novia, ella me acompaña, compramos el medicamento juntos por allá, pero una farmacia que queda por el Comfandi del centro, que queda cerca a Comfenalco, y era tanto el placebo y las ganas de usar el medicamento que de que me puse la inyección yo ya me sentía diferente según yo. Desde que salí del cuartico donde uno debe entrar para acostarse. Ella ¿estás bien? y yo -sí, pero ya me siento como diferente-”.

Varias personas trans manifiestan que, si bien han seguido el consejo sobre hormonización de amigas o amigos trans, también después de situaciones de salud específicas donde el riesgo es percibido como inminente, ocurre una reflexión sobre la continuidad de este tipo de práctica. Así lo manifestó Sandra.

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Me explicaban las mismas mujeres trans, las que ya tenían su experiencia, que eran mayores que yo. -No Machi, tómese esta pastica con leche hervida que esto es bueno-. Y no se vieron los cambios, pero pues todos los cuerpos no funcionan en lo mismo. Entonces pues decidí parar eso debido a unos ganglios que me salieron en el cuerpo. Ahí paré la automedicación, yo dije -estoy haciendo mal con mi cuerpo, voy a parar-. Tenía en ese tiempo, 24 años”

Amerie con relación a la atención en salud, especialmente en endocrinología, manifiesta resistencia para asistir a las citas y ha permanecido periodos de más de un año sin seguimiento por esta especialidad. Ella explica que se debe a las experiencias que ha tenido en atenciones previas, ha sentido que no se respeta su identidad de género. Comentarios semejantes a estos han realizado varias personas trans sobre algunas atenciones por profesionales de salud, donde refieren que se sienten irrespetados por el uso del lenguaje, porque no se reconoce su nombre identitario, entre otras situaciones. Pablo manifiesta que existe una suerte de desconfianza hacia la atención en salud.

Entrevista 04, Pablo, Julio 2024:

“Créame que, que al final, porque son muchas personas trans que terminan teniendo malformaciones o terminan muriendo, es porque uno sabe que, que no ha pasar nada en el consultorio y que lo único que uno va a ser violentado, que cuando uno tiene la plata prefiere automedicarse o saber ya que lo que viene y compra lo de uno y deja del lado de la salud, porque uno no quiere entrar allá”

Amerie con relación a la atención por psiquiatría fue inicialmente muy renuente a aceptar hasta que los síntomas afectivos interrumpieron su funcionalidad. Ahora expresa que la experiencia de atención que ha tenido con el profesional con quien se le ha podido garantizar la continuidad “le ha cambiado la vida” porque pudo darles manejo a sus síntomas. Así mismo acepto iniciar proceso psicoterapéutico con psicología a través del servicio médico de la universidad con el cual se siente a gusto. Durante este tiempo de trabajo con personas trans, es común encontrar esa tensión cuando se menciona en consulta la posibilidad de la atención por psiquiatría, sin embargo, la búsqueda de profesionales aliados para dicha atención que apliquen el enfoque diferencial ha permitido que varias personas accedan a este servicio sin embargo la barrera administrativa tanto como la alta demanda del servicio hace difícil generalmente el acceso oportuno a estos servicios.

Sobre los síntomas afectivos propiamente, releando mi diario de campo, encuentro repetitivas las anotaciones sobre síntomas afectivos mixtos (depresión y ansiedad). Los cuadros de crisis tienden a ser cíclicos y el desbordamiento de los síntomas es común ante situaciones coyunturales especialmente relacionadas con la familia, la universidad y sus procesos afirmativos de género.

Sobre las cirugías afirmativas, Amerie siempre expresó su deseo de priorizar la cirugía de afirmación genital. Refirió que la disforia era más marcada con su genital, sin embargo, desea realizarse otras cirugías y refiere que la disforia en sí misma no cree que se pueda resolver con la realización de las cirugías. Varias de las personas que he acompañado reflexionan sobre las cirugías afirmativas y optan por diferentes cirugías como parte del proceso afirmativo de género. Algunas personas trans (pocas en mi experiencia) no desean cirugías. Esto último es más común en personas que se identifican también desde el no binarismo lo que les lleva a replantear la forma como se llevan a cabo los tránsitos de género. Algunas personas trans desean múltiples cirugías y otras desean las mínimas necesarias. Las cirugías afirmativas tienden a ser negadas por parte de las EPS, seguramente relacionadas con los costos que acarrearán, sin embargo, ni todos los procedimientos presentan la misma barrera, ni todas las EPS niegan todos los procedimientos.

A diferencia del proceso de Amerie, Sandra comentó que tuvo múltiples dificultades a la hora de tener consultas con especialistas para la cirugía afirmativa.

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Ese día pues yo tuve una discusión con él, con el cirujano porque me ofertó a mí la feminización facial en vez el aumento mamario, yo le dije que no, que yo en el momento yo no estaba interesada en la feminización facial, sino que yo iba a ir por un aumento mamario, la cual el señor se cerró y dijo de que no, que ellos no tenían ofertado eso y prácticamente me sacó el consultorio. Ahí fue donde me enojé, hice mi escándalo en el hospital, llamaron a la señora de recursos humanos, la señora me dijo que qué había pasado, yo le comenté pues el problema que había tenido con el cirujano plástico, ella me comentó que en esa semana tenía una reunión con Emssanar, la cual no llegaron a ningún acuerdo con la EPS para mi proceso que era el aumento mamario”.

Amerie es una estudiante universitaria comprometida, creativa. Es independiente desde que ingreso a la universidad. Se autosostiene trabajando dentro y fuera de la universidad. Aporta a su familia. Tiene una hermana menor y ha compartido con su madre espacios de cuidado. No pertenece a ningún colectivo de estudiantes.

Tras iniciar la experiencia de su acompañamiento y al ser una de las primeras pacientes que atendí en el Programa, empecé a preguntarme sobre el “protocolo” que manejamos en el área

de la salud para las atenciones de las personas trans puesto que este tiene unas lógicas que implican un orden específico, una serie de pasos que deben cumplirse para pasar al siguiente. Estos no están alineados directamente con las necesidades diferenciales de las personas trans pues al ser la construcción de la identidad individual (en el sentido de sus necesidades), empecé a comprender que de este aspecto surgían varios de los cuestionamientos que hace la comunidad trans al ejercicio médico, muchas veces trasladándolo a la relación médico - paciente, la cual la percibo en muchos de los casos en tensión.

Itinerario terapéutico 02 – Ollie



Ollie es un profesional. Lo conocí un poco antes de entrar al programa. De él supe inicialmente que era una persona activa en el trabajo por el reconocimiento de la diversidad sexual. La primera vez que le conocí fue en un espacio institucional donde escuché su discurso en defensa de las personas con identidades de géneros y orientaciones sexuales diversas. En ese momento lo califique como apasionado por esta lucha.

Nunca le atendí formalmente, sin embargo, tuvimos varios momentos donde me solicito “un espacio para hablar”. Nuestras charlas giraron en torno a situaciones que se le presentaban

en la cotidianidad desde lo emocional, así como sus reflexiones sobre su propio proceso afirmativo de género. La gran mayoría de las veces lo percibí con angustia frente a la incertidumbre que le generaba varios aspectos de su PAG.

Tuvimos cercanía en las actividades laborales cotidianas, le comenté sobre mi intención de realizar esta investigación y le invité a participar. Le consulte sobre la posibilidad de entrevistarle tanto como profesional como desde su experiencia de vida. Estuvo muy dispuesto para la entrevista y me manifestó que le parecía muy interesante.

Le entreviste el mismo día que les entreviste al grupo de profesionales (mis compañeros de trabajo). Programamos una jornada más temprano para no cruzar las entrevistas y hacerlo a primera hora de la mañana. Ambos llegamos a la hora acordada. La entrevista se realizó en un espacio de reuniones dentro de la universidad. Ubique la hora de tal manera que aún no estuviera nadie en las oficinas aledañas.

Percibí a Ollie con marcada ansiedad por lo que preferí antes de iniciar la entrevista formalmente hablar de otro tema. Cuando le percibí más tranquilo retome el tema de la entrevista y fluyo con mayor tranquilidad.

Durante la entrevista él manifestó diferentes emociones, desde la nostalgia hasta la rabia. Hizo un recuento de su trayectoria de vida confiándome aspectos muy dolorosos vividos en su infancia donde fue víctima/sobreviviente de diferentes tipos de violencias incluso en el ámbito familiar cercano. En esta trayectoria incluyó detalles de su proceso de transición y la gran carga emocional que para él ha significado la suma de todos los eventos vitales.

Dentro de la entrevista manifestó en varias ocasiones lo que ha implicado para él su transición, el impacto que le resulta evidente en su bienestar. Así como detalles de sus reflexiones frente a la transición por la incertidumbre de lo que no se conoce aun frente a los tránsitos y como lidia él con esa incertidumbre.

Cuando hablamos sobre su familia pensé mucho en el impacto del entorno en la salud mental. En como aprendemos a confiar en los otros a través de nuestros vínculos primarios. Me pregunte también si estas vivencias tempranas, algunas que se consolidaron creo yo en el inconsciente porque es difícil traerlas a la memoria más adelante en la vida, tendrían relación directa con su percepción del género. En mi formación, una docente con experiencia en el

acompañamiento a personas trans suele manifestar que las situaciones familiares especialmente con los padres podrían tener relación con la construcción de la identidad de género. Me hice la pregunta frente a este tema mientras le escuchaba.

Ollie tiene la expresión de una masculinidad tradicional. Dentro de ella me llama la atención sus tatuajes más allá que por su presencia, por su extensión. Los que alcance a observar en las áreas expuestas son de gran extensión. Recuerdo uno de ellos en una zona expuesta es un leopardo rodeado de hojas grandes, parece un ambiente selvático. Me pregunte si la extensión y el contenido de los tatuajes tendrían relación al nivel de sufrimiento emocional que alcanzaba a dimensionar sobre lo que me estaba contando, especialmente las situaciones familiares de las que me habló.

Recuerdo en este momento que frecuentemente en otros espacios él ha manifestado que “paso al lugar del privilegio” y que la gente al observarle como un hombre desde lo que esto implica cambio la forma como el mundo se relaciona con él y el con el mundo.

Para él, su itinerario terapéutico inicio en etapas tempranas de su vida cuando hacia preguntas a sus padres sobre su identidad de género y su orientación sexual que para ese momento no comprendía muy bien la diferencia. Encontró respuestas familiares basadas en explicaciones morales, religiosas que asociaban lo que expresaba con el pecado, con “lo malo” y con “cosas que no debía mencionar”. Refiere que dadas las circunstancias familiares que le rodeaban en una familia con una jefatura masculina hegemónica y otras figuras masculinas que connotan un ambiente marcado por las normas patriarcales y roles de género binarios hegemónicos estrictos, le fue muy difícil explorar los roles del género masculino que era con los que se sentía cómodo.

Cuando ingreso a la universidad conoció a personas con orientación sexual no hegemónica, lo que abrió la posibilidad para aclarar dudas. Para ello le fue útil también un programa de televisión de NAT GEO donde abordaron el tema de las personas trans. Dentro de la universidad también conoció personas trans con quienes sintió mayor identificación y pudo crear comunidad al interior de la Universidad. Con una de estas personas, el vínculo fue mayor por lo que lo considera “su padre trans” (ver capítulo 1 – aspectos familiares en la experiencia de vida trans). Es común encontrar en personas trans el valor de los vínculos de apoyo cuyo lazo se enmarca en lo que llaman familia y como los roles asignados socialmente

a personas únicamente por consanguinidad, en la comunidad trans se atribuyen a los vínculos afectivos establecidos a través de relaciones de cuidado mutuo. De esto se trata la publicación de la liga de la salud trans “el estado no me cuida, me cuidan mis amigas”, donde ellas exponen el valor de estos vínculos no solo en los procesos afirmativos de género si no en las trayectorias vitales de las personas trans.

Ollie inicialmente realizo cambios en la expresión de su género a través de la ropa que usaba, así como en otros aspectos como el corte de cabello (esto había iniciado en la medida de sus posibilidades contextuales desde la niñez).

La hormonización afirmativa la inicio por automedicación, recibió asesoría de su padre trans, el cual había recibido asesoría también de una persona trans de Bogotá. Este primer periodo de hormonización y automedicación fue de 6 meses continuos. Posteriormente conoció a una persona fisicoculturista que usaba la hormona con fines de entrenamiento muscular por lo que siguiendo su consejo continuo usando la hormona de forma intermitente.

Dentro de la universidad a través de un compañero de clase conoció a una medica familiar para ese entonces jefe del departamento de medicina familiar con quien inicio un proceso de acompañamiento. Realizo algunas pruebas sugeridas por la profesional y continuo acompañamiento a su proceso.

Dado que la disforia estaba asociada en gran medida a las mamas, su padre trans le recomendó una cirujana plástica, quien accedió a realizarle la cirugía de forma particular. Solamente le cobro los derechos de quirófano y anestesia y no cobro por la ejecución de la cirugía. De esta manera accedió a su primera intervención quirúrgica afirmativa. Hasta ese momento refiere que no tenía ningún conocimiento de cómo acceder a servicios de salud para personas trans a través de su EPS.

Cuando los cambios corporales de masculinización fueron evidentes y la familia percibió un proceso continuo, su madre acepto oficialmente su identidad de género y le llamaba por su pronombre y nombre identitario.

Después de la primera cirugía estuvo un tiempo (1 año) sin hormonas. Posteriormente accedió a solicitar servicios en su IPS primaria cercana por medicina general. Refiere que fue una buena experiencia de comunicación con el médico general que le atendió (un médico

rural), sin embargo, presento dificultades en la atención por psiquiatría, quien en la primera valoración negó el aval para continuar el proceso afirmativo de género dentro del sistema y requirió una segunda valoración donde refiere que la actitud del profesional le permitió una mejor comunicación y empatía, obteniendo el aval para continuar su proceso.

Califica el proceso en su EPS como “intermitente y frustrante”. Para solicitar las citas debía asistir a las IPS a las 4am para lograr acceso a un cupo de consulta. También refiere que los procesos de atención a especialidades médicas podrían tardar entre 6 y 8 meses.

Refiere que se enteró por su red de apoyo de personas trans que a través de su EPS había la posibilidad de acceder a servicios de cirugía por lo que inicio los trámites correspondientes. Para la mastectomía requirió entablar un derecho de petición para lograr su autorización. Para la metoidioplastia requirió entablar además una tutela para acceder a ella.

También reconoce que en comparación con lo que encontró en los profesionales al inicio de su proceso frente al nivel de conocimiento y sensibilización sobre diversidad sexual, ese panorama ha tenido mejoría en el tiempo.

Actualmente se encuentra en THA. Refiere que, aunque no se cuestiona su identidad de género si continúa teniendo muchas preguntas sobre los procedimientos, intervenciones que se relacionan con el proceso afirmativo. Manifiesta que el nivel de información que recibe una persona trans en su proceso es fundamental para la toma de decisiones, sin embargo, los procesos en sí mismos no logran resolver todas las necesidades que atraviesan a una persona trans. Percibo en él al igual que en Amerie una suerte de conclusión cuando abordan el tema de las cirugías desde el cuidado que se debe tener tanto con el proceso mismo hacia el procedimiento quirúrgico, en lo técnico, en la elección del cirujano, en el conocimiento sobre el procedimiento y sus posibles resultados, así como en las expectativas que se tiene frente a estas intervenciones. De alguna manera ambos están de acuerdo en que las cirugías no resuelven completamente la disforia y también señalan que muchas de ellas pueden tener un impacto positivo en sus vidas.

Ollie comento sobre la complejidad de las cirugías y como una de ellas la considero una cirugía invasiva y cambio de alguna manera la expectativa que tenia de realizarse otras intervenciones.

Entrevista 02, Ollie, Julio 2025:

“Otra parte compleja fueron las intervenciones quirúrgicas. La más compleja para mí fue la última que fue la metoidioplastia porque primero es un procedimiento demasiado invasivo que me causó muchísimo dolor físico, pues. Y también abrió heridas o bueno como cuando uno le echa sal o chuza la herida por el hecho de sentir que no hay opciones, de pronto que esté más acorde con el ideal que tú tienes para una intervención, sí. Para hacerlo más claro, pues si yo quiero una genitalidad X o Y, y la quiero de tal o cual tamaño, pero es que eso no es así, tan sencillo con las técnicas y procedimientos que hay hoy en día”

A partir de esta entrevista he reflexionado como socialmente lo simbólico cobra fuerza en la cotidianidad. “No es suficiente con ser si no también con parecer”, he escuchado frecuentemente en diferentes momentos. Aquí lo relaciono con la expresión masculina. Como los “mandatos de masculinidad” (como dice Rita Segato) se materializan desde la expresión del género. Identificarse en lo masculino y expresarlo en un rol hegemónico desde la corporalidad puede crear una realidad de “protección” o más bien, una posición para algunos privilegios. Digo algunos porque pienso que las masculinidades tienen muchas otras situaciones donde estos privilegios van en contra de su mismo bienestar, pero eso es otro tema.

Ollie es un profesional comprometido. Aunque ya no está en el Programa que ayudo a construir, sigue de forma independiente generando espacios afirmativos a donde va. Es independiente económicamente y tiene una proyección a futuro en la formación como profesional de la salud. No pertenece a ningún colectivo, pero al escucharlo siempre he pensado que tiene una postura de activista, más allá de la diversidad sexual, por los derechos humanos.

Aunque no le atendí formalmente tengo la sensación de haberle acompañado de alguna manera. A través de la escucha activa pude reconocer el valor terapéutico que tienen los encuentros para “conversar”. Como con él hay varias personas cuya solicitud de atención es exclusivamente para eso, “para sentirse escuchados”. Escuchar es una herramienta poderosa en los espacios de atención. He percibido como no lo había hecho en mi formación de pregrado el valor que tiene escuchar sobre la experiencia de vida de las personas,

especialmente cuando algo les aqueja, les hace sufrir. En el posgrado recibí formación sobre comunicación, pero es en este ejercicio de atención donde se ha materializado el valor de esas nociones y como esto puede ser transformador no solo para quien habla sino también para quien escucha.

Hasta el momento de la entrevista Ollie ya había iniciado sus estudios de pregrado (el segundo) esta vez en medicina. Continuaba seguimiento por endocrinología, sin embargo, en su discurso pude inferir muchas dudas, incertidumbre, una suerte de desconfianza hacia el futuro en el marco de su PAG. A la conclusión que llegan muchas de sus preguntas es “no hay evidencia para responder eso” y percibo su desconcierto con esta premisa. Que tanto la elección de las carreras también está asociada a encontrar respuestas para nuestros grandes dilemas vitales

.

Itinerario terapéutico 03 – Sandra



Sandra tiene actualmente 35 años. Es bachiller y la conocí en una atención por medicina familiar en un hospital público en el oriente de Cali. Al ingresar al consultorio la percibí molesta. Tenía un maquillaje suave y llevaba el cabello largo, recogido en una cola. Vestía una blusa corta con un escote pronunciado, un jean ajustado al cuerpo con el tiro debajo del ombligo y unos tenis.

Ese día la modalidad de atención fue diferente porque el hospital decidió que, para aumentar el número de personas atendidas por medicina familiar, estableció la “consulta en espejo”³. Esta modalidad que me genera una postura ambivalente. Comprendo que la demanda para las especialidades es alta, sin embargo, el ejercicio de atención personal se diluye, la atención se hace impersonal, puede haber confusión frente a que rol tiene cada persona que atiende y

³ Consulta en espejo: modalidad de consulta a través de la cual un médico especialista realiza supervisión de consulta a dos o más médicos generales con el objetivo de aumentar el número de pacientes atendidos por la especialidad.

lo que me parece más preocupante, ubica al médico general en una posición donde su capacidad de toma de decisiones se ve altamente limitada pues se prioriza la visión del especialista. Esto último no necesariamente es negativo en tanto puede mejorar la capacidad resolutive.

Esta atención la realizó un médico general. Cuando ingresé al consultorio encontré a Sandra con una actitud “defensiva”. Al verme me pregunto si yo era la médica familiar y si le podía dar la orden de la cirugía. Le invite a permitir que el médico general me contara de que se trataba la consulta para definir que requería de mi especialidad. Mientras él me contaba que Sandra consultaba remitida porque estaba teniendo múltiples dificultades con el acceso a servicios en su proceso de transición especialmente para acceder a la valoración por cirugía plástica, ella permaneció cruzada de brazos con cara de desaprobación.

Una vez finalizo la presentación por parte del médico, le realice varias preguntas a Sandra sobre su proceso afirmativo de género, le consulte el inicio de la hormonización, las características de esta. Ella nombro el tema de su diagnóstico de VIH y le consulte como se encontraba ese proceso, a lo que se refirió positivamente tanto por el control de la enfermedad como por el acceso a servicios estaba garantizado. Finalmente le consulte sobre su deseo de intervenciones quirúrgicas afirmativas a lo que marcadamente inconforme comento sobre las múltiples situaciones que se le habían presentado en reproceso para acceder a una valoración por cirugía plástica pues su EPS le había negado en varias ocasiones la autorización argumentando según comentaba, que se trataba de un procedimiento quirúrgico. Durante la conversación Sandra fue liberando los brazos en la medida en la que expresaba todas las situaciones por las que había pasado.

Le comenté que desde la especialidad le podía ofrecer acompañamiento a su proceso afirmativo independiente de las otras especialidades y que le recomendaba esto para que tuviera la posibilidad de argumentar ante su EPS sus necesidades diferenciales en caso de cualquier situación de barrera de acceso. Al mismo tiempo le explique que se le daría la orden para la valoración por cirugía plástica y me pregunto “¿en serio doc?” como en una expresión de no creer lo que estaba escuchando. El medico general se percibía un poco incomodo durante la consulta y cuando le hable a la paciente de la orden para la valoración me interrumpió consultando si no debíamos enviarla primero a psiquiatría. Sandra ya había

cumplido ese paso previamente en varias ocasiones por lo que le explique que no era necesario pues ella ya contaba con dichas valoraciones. Al finalizar la consulta la paciente nos agradeció muchas veces y nos bendijo antes de irse. Tras terminar la consulta le consulte al médico general si tenía preguntas sobre esta atención a lo que me respondió explicando el protocolo que él conocía hasta ese momento y argumentando haber entendido que lo mejor es resolver la necesidad de la persona. Aunque lo percibí menos tenso, no lo vi del todo tranquilo y dado que teníamos más pacientes por atender en poco tiempo, concluí ese espacio recomendándole darse la oportunidad de escuchar la historia que hay detrás de cada persona trans antes de tener una postura frente a sus solicitudes. En el fondo pensé ese día y aun pienso que para un profesional de salud que no ha tenido formación y experiencia en conocer experiencias de vida de personas trans, pueden ser muy confrontadoras estas atenciones. Espero que no sea un prejuicio de mi parte, pero he llegado a pensar que para algunos hombres (profesionales de salud) tener en frente a una mujer trans puede generar una confrontación mayor. Ahora que lo pienso no les pregunté esto puntualmente a ninguno de los profesionales que entrevisté.

Esa consulta fue muy interesante para mí pues el abordaje integral que se proyectó desde esa consulta generó no solo respuesta afirmativa a la solicitud puntual de Sandra, sino que también permitió hacer un ejercicio formativo con el medico general, así como iniciar un proceso de acompañamiento que se ha mantenido hasta ahora. A pesar de que yo ya no laboro en esa IPS, Sandra logro obtener una orden de autorización para mi consulta en otra IPS de la ciudad donde le acompañé hasta el momento.

Después de una de las consultas de seguimiento le comenté sobre la investigación, a lo que respondió “claro doc. de una, me dice cuándo y en donde”. La entreviste en esa misma institución y en el mismo consultorio donde generalmente le atendía. Para la entrevista dispuse los asientos aparte del escritorio, de tal manera que pudiéramos tener una conversación más cercana.

El día de la entrevista ella asistió únicamente para la entrevista. Venía como es usual en ella vestida con una blusa corta con un escote pronunciado, jean ajustado al cuerpo y tenis. Le explique sobre el estudio e iniciamos la entrevista. Ella siempre ha sido muy expresiva en las consultas y también lo fue durante la entrevista. Me llamo la atención que en ningún

momento de la entrevista presento llanto, aunque hubo momentos en los que hacía pausas para continuar especialmente cuando estaba relatando situaciones que para ella han sido dolorosas, particularmente lo que está relacionado con su familia, así como el momento de un diagnóstico en salud que ella interpreta como un cambio de vida.

Sandra siempre está en búsqueda de un trabajo formal y mientras tanto labora como trabajadora sexual, como dice ella “de la forma más segura que se puede”, con sus clientes fijos.

Para ella su itinerario terapéutico inicio aproximadamente a los 21 años, buscando apoyo de su familia frente a su identidad de género. Inicialmente su familia se opuso pues previamente ella había manifestado tener orientación sexual homosexual y aunque su madre nunca estuvo de acuerdo, al hablarle de su deseo de transición, el rechazo fue total. En respuesta a esto, se fue de casa.

Consiguió un trabajo formal que le permitió vivir de forma independiente. Inicialmente conservando una expresión masculina para que como ella manifiesta en la entrevista: “no fuera como tan brusca esa transformación”, inicio automedicación siguiendo consejo de otras mujeres trans quienes daban recomendaciones de como automedicarse mejor. Renuncio al trabajo por ser víctima de discriminación por su expresión de género “muy afeminada” que era señalada por quienes le rodeaban frecuentemente. Ella lo expresa así:

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Lo que yo hacía era atención al cliente y en ventas atendía a los usuarios, al público e incluso muchos de los clientes le decían a mi jefe él es como rarito, él es gay, o la palabra que la mayoría utiliza “ay un maricón”. Entonces pues también eso influyó mucho en mi retiro, porque pues eso es un... Eso lo afecta uno tanto psicológicamente a uno, psicológicamente a uno de que el murmullo, la burla, cosas así”

Inicio el trabajo sexual a los 22 años inicialmente con una expresión de género masculina y realizando travestismo en las noches. En ese entorno recibió apoyo de sus compañeras de trabajo para formalizar su transición de género. Aumento la dosis de hormonización automedicada. Empezó a sentirse con síntomas diversos que no lograba encontrar causa por lo que asistió a consulta médica donde realizaron estudios de infecciones de transmisión

sexual, encontrando diagnóstico para sífilis y VIH. Fue remitida a una corporación especializada para atención y seguimiento de la situación de salud diagnosticada. Recurrió a su familia tras el diagnóstico y obtuvo apoyo de su madre. Sandra reconoció que para este tema de salud específicamente la respuesta de su EPS fue ágil.

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Tenía 23 años, me puse a llorar porque pues siempre hay como ese estereotipo de que una persona que se infecta con VIH significa la muerte ya me repitieron el examen que era la western block, la confirmatoria precisamente salió reactiva. Ahí mismo pues yo me dirigí a la EPS para comenzar mi tratamiento con infectología y todo eso. La EPS en ese momento fue muy, muy ágil en el proceso de autorizaciones, de exámenes todo eso porque en ese tiempo si no tuve problemas con la EPS en la cuestión de eso”.

Por presencia de unos “ganglios” decidió suspender la terapia hormonal automedicada y solicitar iniciar atención para llevar el proceso afirmativo de género desde la EPS.

Entrevista 03, Sandra, abril 2024:

“Me explicaban las mismas mujeres trans, las que ya tenían su experiencia, que eran mayores que yo. -No Machi, tómese esta pastica con leche hervida que esto es bueno-. Y no se vieron los cambios, pero pues todos los cuerpos no funcionan en lo mismo. Entonces pues decidí parar eso debido a unos ganglios que me salieron en el cuerpo. Ahí paré la automedicación, yo dije estoy haciendo mal con mi cuerpo, voy a parar. Tenía en ese tiempo, 24 años”

Su atención inicio por endocrinología quien realizo inicio de hormonización y seguimiento. Sin embargo, no autorizo atención por cirugía plástica que la paciente solicitaba por considerar que requería atención por medicina familiar antes de ese aval.

Encontró barreras administrativas para autorización de seguimiento por endocrinología por lo que tuvo que recurrir a medicina general a reiniciar la ruta de atención. Fue remitida a medicina familiar (primera consulta que tuvimos en un hospital al oriente de Cali). Remité a cirugía plástica. Recibió atención por esta especialidad y orden de cirugía (mamoplastia de aumento). Sin embargo, al momento de la autorización, la EPS negó el servicio argumentando que no coincidían los nombres. Para este momento la paciente registraba en

la cedula con su nombre anterior (masculino). Recurrió a la asesoría legal de una Fundación que acompaña personas trans para el proceso del cambio de nombre. Retomo el proceso administrativo con su nombre legal femenino, sin embargo, la EPS volvió a negar el servicio argumentando que se trataba de una “cirugía estética”. Nuevamente recibió asesoría legal de la Fundación y tras un fallo de tutela a favor retomo el proceso con la EPS. Desde ese momento a la actualidad ha tenido una serie de barreras sistemáticas que han dificultado el acceso a servicio de cirugía plástica y cuando ha logrado las atenciones estas entran en una dinámica de reproceso. A la fecha de la entrevista y después de una serie de reprocesos de más de 3 años no ha logrado acceder efectivamente a la cirugía afirmativa. Esta sería su primera cirugía.

Ha tenido también dificultades para el acceso a servicio de endocrinología, tanto por dificultad con la autorización, así como con la asignación de la cita. La THA ha sido reformulada por medicina familiar.

Durante esta entrevista me preguntaba porque en este caso particular las barreras estructurales, administrativas y aquellas que se establecían por el mismo personal de salud se habían juntado como una especie de confabulación que no había permitido que un proceso que para otras mujeres trans puede ser más ágil, en ella llevara 3 años y contando para poder consolidarse. Pienso en si tiene que ver con que su expresión de género aún conserva algunos rasgos masculinos y en que esto de alguna manera pueda generar rechazo de algunas personas. También pensaba en sus múltiples intentos por buscar otras opciones laborales y de acceso a la educación que le permitiera un cambio de vida y como pareciera que la confabulación social se extendiera también para limitar su acceso a una vida digna con igualdad de oportunidades que para otras personas.

Sandra es una persona sensible, servicial, muy colaboradora a la entrevista. En varias consultas tras solicitarle autorización para realizar la consulta con médicos internos y residentes, accedía con gusto. Hablaba en las consultas como queriendo enseñarles lo que es ser una mujer trans. También expresaba con gran exaltación la frustración que le causa su proceso afirmativo en el sistema de salud, sus luchas y reclamos legales recurrentes. Baja la voz para nombrar su diagnóstico de VIH y su trabajo actual. Siempre que nombra su trabajo me comenta que quiere dejarlo que no se siente orgullosa, pero que de alguna manera tiene

que buscar con que pagar sus cuentas. Ha iniciado varias veces formación para el trabajo, sin embargo, ha presentado dificultades para el sostenimiento durante estos procesos por lo que termina abandonando esos procesos y retomando el trabajo sexual. Recuerdo en una consulta haberla percibido muy afectada (ella generalmente se percibe con mucha motivación). Me conto como en una prestigiosa clínica de la ciudad la llamaron a una entrevista, el jefe de personal que la entrevisto le pidió que se quedara después del espacio donde estaba con otras personas y a solas le pregunto si era trans y ella asintió, comenta que le realizo una insinuación sexual para garantizarle el trabajo a lo que ella respondió que no, y me dijo con mucha frustración y desmotivación que si para conseguir el trabajo debía hacer cosas que no quería para eso seguía como estaba. Ese día sentí mucha compasión por ella, pensé que no solo hay mayores barreras para el acceso a un trabajo digno si no que estos espacios de aparente “inclusión” pueden ser también espacios de mayor riesgo de exposición a violencias para ellas y ellos.

Continuo en seguimiento de Sandra. En la institución en donde le atiendo asisto como docente de la universidad, a pesar del número de personas con identidad trans que atendemos en esa institución, la formación sobre enfoque diferencial en el personal de salud es escaso. Se han logrado cambios desde las atenciones que realizamos, en la socialización con los demás profesionales, pero hay resistencias marcadas para generar un proceso de mayor impacto.

Itinerario terapéutico 04 – Pablo



Pablo tiene 40 años. Es estudiante universitario. Lo conocí en una atención por medicina familiar en un hospital público de tercer nivel tras haber organizado para este fin bajo el acompañamiento de mi tutora en el proceso de formación del posgrado en medicina familiar. El necesitaba atención para actualizar unas ordenes medicas que le permitieran desbloquear procesos administrativos para la cirugía afirmativa (mastectomía).

Durante la atención lo recuerdo tranquilo y colaborador. Él tenía todo más claro que yo para ese momento y la consulta giro en torno a las transcripciones de las ordenes que requería para el proceso. Aunque yo tenía muchas dudas sobre el proceso afirmativo de género como tal, no me atrevía en ese momento a hacer estas preguntas por temor a que el (y otros pacientes) percibieran mi falta de experiencia, situación que hoy me resulta tan obvia como para poder ocultarla solo aparentando tenerla.

Desde ese momento iniciamos un proceso de acompañamiento que podría llamarse continuo pero intermitente. Pablo tiene varias situaciones de salud mental entre las que esta el consumo

de sustancias psicoactivas en un patrón de dependencia sin embargo conserva su funcionalidad. Se niega a recibir acompañamiento de psicología y psiquiatría. Las veces que ha permitido atención ha sido en el contexto de un prerrequisito para la hormonización y las cirugías. Creo que le he atendido unas cuatro veces por año desde que le conozco (2020). Sin embargo, nos comunicamos frecuentemente. Me escribe al WhatsApp cuando algo “importante sucede” como dice él.

Pablo es cercano a las acciones colectivas del Programa. Tras una actividad organizada por el programa le comenté de la investigación. Su respuesta fue: *“hágale doc, pa las que sea”*, él suele ser muy dispuesto a conversar siempre y cuando sea en espacios informales. Le propuse entrevistarle fuera del consultorio porque sé que le molesta ese ambiente.

Lo entrevisté un jueves a media mañana en las bancas frente al lago al interior de la Universidad. No circulaba mucha gente en la zona y eso nos permitió hablar con tranquilidad. Lo percibí muy tranquilo para la entrevista. Luego de hacerle una breve introducción iniciamos. Para esta entrevista en particular me inquietaban varias cosas, especialmente si surgían preguntas sobre su pasado, sobre las violencias a las que ha sobrevivido.

Durante la entrevista hubo momentos en los que él se esforzaba para contener el llanto. Hubo uno en particular donde las lágrimas salieron con una fuerza que se me hizo llamativa mientras el continuaba relatando una experiencia dolorosa. Al hablar del ambiente médico, de las consultas y las experiencias que ha tenido en estos espacios se percibe rabia y frustración en sus expresiones.

Su trayectoria de vida está marcada por lo étnico, lo territorial, la crianza comunitaria y el conflicto armado entre muchas otras variables. Él nació en Tumaco. Su expresión de la identidad de género se la manifestó inicialmente a su abuela quien fue su cuidadora principal durante la niñez. Nunca sintió rechazo pues su abuela creo una estrategia de adaptación mientras permitía que el pudiera explorar su identidad.

Para él su itinerario terapéutico inicio cuándo empezó a buscar información que les diera respuesta a sus preguntas sobre su identidad. Encontró algunas personas con su misma identidad de género, en programas de televisión y leyendo en internet; sin embargo, la que consideró más confiable fue la de sus pares.

Inicio automedicación con hormonas porque refirió que no encontró facilidad en el acceso a servicios de salud. Las barreras que describió eran estructurales pues inmerso en situaciones de conflicto armado no permitían la posibilidad de consultar o de encontrar fácilmente espacios para hacerlo.

La primera vez que accedió al servicio de salud para iniciar acompañamiento para el proceso afirmativo de género se encontró con situaciones que le generaron mucha incomodidad pues la exposición de su identidad y su corporalidad ante un número de personas sin su consentimiento (estudiantes universitarios de medicina) le generó gran desconfianza. Me atrevería a decir que esa desconfianza se mantiene.

Llegar a Cali le permitió replantear varios aspectos de su vida, sin embargo, al buscar acceso a servicios de salud afirmativos, encontró barreras que en su caso estuvieron en relación con la dificultad para la resolutiveidad en la atención en salud y barreras administrativas para la autorización de medicamentos y acceso a servicios de cirugía afirmativa. paradójicamente la llegada de la pandemia por COVID-19 fue para él un facilitador de acceso a servicios de salud. Argumenta que la virtualidad abrió las posibilidades para consultas especializadas con endocrinología y por un tiempo logro la garantía de la formulación y la entrega de la terapia hormonal afirmativa. Por el contrario, luego de terminar la pandemia y de reactivar los servicios de salud desde la presencialidad, las barreras para su acceso a servicios también se reactivaron. Pablo expresa como la interacción personal puede hacer que las barreras de acceso sean mayores para una persona trans.

Entrevista 04, Pablo, Julio 2024:

“Porque todos los procesos eran virtuales y uno no tenía que hablar con nadie. Entonces, cuando ya estamos ahí, las citas ya eran ahí, ya no como que no tenían como, como decir no, no podemos hacértelo, porque ya estaban ahí (llora). Pero creo que eso fue lo que facilitó todo, porque yo venía haciendo el proceso como más de 2 años y la dilatación, que venga otra, que venga mañana, que no hay sistema, que no tal, tal. Entonces, el hecho de que hubiera la (pájaros silbando) pandemia y que todo el dinero del país se haya enfocado a la salud, ya no les tocó otra, sino que se hicieron cosas más rápido”

Pablo identifico que cuando termino la pandemia y se reactivaron los servicios de forma presencial, esto reactivo también las barreras de acceso.

Entrevista 04, Pablo, Julio 2024:

“Terminó la pandemia, volvimos a la normalidad y se me volvió a complicar todo el hecho de, de, de, de, de ir a recibir la testosterona. Por qué, porque yo he tenido una EPS, pero ahora este EPS con este nuevo régimen, a mí me mandaron a la salud de la ladera. Yo vivo en Meléndez, Meléndez, pero arriba. Se supone que tendrían que atenderme en El Chorro, pues no, (estornudan) a mí me atienden por allá por San Cayetano, un hospital por allá. Cañaveralejo. Y eso es, a la última vez que solicité la cita con el (no es claro 00:21:41) que no habían contratado a nadie y empiezan a dilatar que sí, que no, que no hay sistema, no contestan, eso uno termina desistiendo. Entonces, pero sí es bastante violento, es bastante complejo, es el hecho de que no más cuando, cuando comenzamos lo de la cirugía, ya eran como que ya eran los últimos exámenes tener que irme a hacer una, tener que ir al ginecólogo, por obligación tener que ir al ginecólogo”

Acudió a Campus Diverso desde donde se direcciono e hizo puente con la ruta institucional, lo que él reconoce como positivo, pero lo percibe como un “privilegio al que no todo el mundo puede acceder”.

Ha acudido pocas veces a psiquiatría y cuando lo ha hecho lo percibe como un requisito. Percibe los servicios de salud mental como patologizante y le causa estrés.

Sobre el proceso para la cirugía afirmativa, refiere que fue más sencillo pues a partir de contar con la orden de cirugía el proceso no tuvo grandes barreras, sin embargo, señala que durante el proceso a cirugía tuvo que ser evaluado a través de una ecografía uterina la cual fue realizada por una especialista en ginecología que le manifestó incomodidad ante su identidad de género y antes del procedimiento realizo una oración invitándole a reconocer que algo en él no estaba bien y debía buscar apoyo desde lo religioso. Refiere que se adaptó a la situación porque considera que el ejercicio de poder le ponía en desventaja y no quería tener que volver a psiquiatría.

La automedicación hormonal continua intermitente con relación a su situación económica y a los síntomas afectivos que acompañan su experiencia de vida. Al mismo tiempo expresa

que le preocupa el efecto de las hormonas en su cuerpo y decide de cuando en cuando “dejar descansar el cuerpo”. No se siente cómodo en las atenciones médicas y acude únicamente cuando considera una situación de riesgo que debe atenderse con prioridad. Ocasionalmente acude a Campus Diverso en búsqueda de orientación, pero manifiesta que prefiere manejar su situación de salud de forma autónoma.

Pablo es una persona melancólica que aparenta estar siempre “bien”. Sin embargo, cuando habla se puede percibir tristeza en su relato y sobre todo una cotidianidad cargada de luchas que a menudo como él dice “son poco visibles”. Yo pienso que se trata de una percepción asociada al género que expresa. No sé qué tanto estemos como sociedad dispuestos a ver también el sufrimiento de los cuerpos masculinos. No quiero caer en la comparación de quien sufre más, pero sí creo necesario nombrar el sufrimiento como una variable que atraviesa la experiencia de vida de todas las personas y el abordaje tal vez no es tan homogéneo como la idea de que esta variable se presente en la cotidianidad.

Actualmente Pablo continúa recibiendo hormonización de forma intermitente. Evita al máximo acudir a atención médica. Esta próximo a graduarse de la universidad. Es uno de los temas que más lo enorgullecen. Cuando me habla de ello, la expresión en su rostro cambia. Es con uno de los pocos temas que lo percibo esperanzado. Se emociona al decir que será un orgullo para su territorio (Tumaco) pero también para sus mayores que él haya podido lograrlo.

Haciendo esta descripción pienso en la vida de Pablo y las múltiples veces que ha sobrevivido a las múltiples formas de violencia que ha experimentado. Él reconoce haber estado de un lado y del otro. Ha comentado en varios espacios sobre los privilegios que cree tener por transitar hacia lo masculino y también me pregunto si las experiencias de vida en la guerra están relacionadas con su percepción de identificación con este género.

Analizando los itinerarios terapéuticos

A través de esta investigación he explorado el uso de los itinerarios terapéuticos como herramienta para observar, describir y analizar las trayectorias de las personas trans y su toma de decisiones frente a su proceso afirmativo de género. A través de este ejercicio ha sido posible evidenciar desigualdad dentro de las trayectorias de salud que están asociadas a la presencia de barreras estructurales que se traducen en los modelos de atención con los que actualmente se cuenta para las personas trans.

Hacer una reconstrucción de las trayectorias de vida, así como graficar los itinerarios terapéuticos de las personas entrevistadas me permitió identificar que ninguno de los procesos afirmativos de género es totalmente idéntico uno de otro. Sin embargo, en sus trayectorias se puede observar algunas similitudes y diferencias. Para hablar de las similitudes encontré que los procesos afirmativos de género no inician en el momento en que la persona busca acceso a los servicios de salud, por el contrario, las búsquedas de apoyo para sus procesos podrían decir inician mucho antes de tener consciencia de que requieren dichos apoyos. Todas las personas entrevistadas manifiestan el impacto de percibir su género diferente al asignado en etapas tempranas de la niñez. La mayoría buscaron apoyo en su círculo cercano de cuidado especialmente sus padres. Así como todas encontraron diferentes niveles de resistencia frente a la exploración del género con el que se identificaban. En todas las personas se evidencio un proceso de transición que incluyo a estas figuras cuidadoras, acompañantes que resulto en una aceptación de su identidad de género. También fue común encontrar el apoyo de personas trans, colectivos y los recursos legales como acompañantes de los procesos afirmativos de género con un nivel de confianza mayor que el que se tuvo con el sistema de salud y de los profesionales de salud. Este último aspecto se modifica cuando se obtiene acceso a equipos interdisciplinarios con experiencia y formación en salud trans.

Sobre el proceso afirmativo de género en los aspectos biomédicos se observó que, exceptuando un caso, buscaron acceso a servicios de salud de forma tardía y en todos los casos se presentaron múltiples barreras de acceso, así como dificultades en los procesos de atención para dar respuesta a sus necesidades diferenciales. En todas las personas,

independiente del acceso a servicios de salud se presentó la automedicación como una variable en toda su trayectoria que no se modificó aun cuando el acceso fue efectivo. También describieron desde diferentes experiencias su percepción de patologización, así como la marcada presencia de prejuicios y estereotipos de género por parte de algunos de los profesionales que les atendieron dentro de las instituciones de salud. Fue frecuente encontrar en algunos casos que la relación médico -paciente se afecta ante la presencia del control profesional (gatekeeping⁴).

Llama la atención como para los cuatro casos, las búsquedas inician en lo que Tizón García (2000 y 2002) define como los “sistemas profanos o no profesionalizados”. Todos los casos buscan a sus familiares, especialmente figuras de cuidado siendo la madre a quien expresan su identidad de género y necesidades iniciales. Solo en un caso la persona busco apoyo inicial en una profesional de la salud (psicóloga) buscando apoyo precisamente para expresar su identidad de género a su madre. Durante el tiempo de experiencia en la atención medica de las personas trans he encontrado frecuentemente expresiones que manifiestan desconfianza, temor y tensión en la cercanía de las personas trans con la atención médica, los servicios de salud y en general el sistema de salud. En este sentido, Tizón García (2000 y 2002) define los sistemas profanos o no profesionalizados como factores de contención y resiliencia, al mismo tiempo invita a que estos sistemas sean reconocidos como una oportunidad para el acceso a servicios de salud a través de los cuales se puede alcanzar la eficacia y la efectividad. Reconoce que en el escenario de la Atención Primaria en Salud -APS enunciar como imprescindibles la figura de los sistemas profesionalizados sanitarios es desconocer el impacto negativo que se genera en algunos procesos (como la iatrogenia, por ejemplo) y que afecta a la población. Aboga por modelos asistenciales centrípetos hacia la comunidad que tenga en cuenta las trayectorias de vida.

En este sentido es importante resaltar la presencia de la automedicación dentro de los itinerarios terapéuticos como un elemento que permite abrir la discusión hacia como algunas personas trans agencian sus procesos afirmativos de género especialmente cuando el acceso

⁴ Gatekeeping o control de acceso: sucede cuando un profesional de la salud interpone barreras innecesarias para el acceso a una atención afirmativa.

a servicios de salud esta caracterizado por barreras que pueden ser estructurales, que surgen de los procesos administrativos o que pueden gestarse desde el mismo espacio de atención (proceso o en la relación con la/el profesional de salud). Después de los procesos de automedicación en los cuatro casos, las personas persistieron en la búsqueda de atención en salud formalmente y el acceso mismo a la atención en salud y a la atención especializada no resolvió el tema de la automedicación pues esto en sí mismo no resolvió las barreras que se presentaba para este proceso.

También estuvo presente en todos los itinerarios las barreras de acceso a servicios afirmativos de diferentes características, ya sea para el proceso hormonal afirmativo como para el quirúrgico y otros servicios especializados. En todos los casos las personas recurrieron a acciones legales donde resaltaron la respuesta a favor como mecanismo que garantizó el acceso a servicios de salud necesarios para cada necesidad según cada proceso afirmativo.

En la mayoría de los casos manifestaron la afectación de la salud mental como resultante de las experiencias acumuladas en sus trayectorias de vida. Sin embargo, en uno de los casos cuyo proceso afirmativo de género tuvo muchas barreras especialmente en la búsqueda de un procedimiento quirúrgico afirmativo, no manifestó afectación mayor de la salud mental.

Uno de los aspectos que son similares en todas las personas entrevistadas es el sufrimiento emocional. Desde sus descripciones está muy presente en toda su trayectoria de vida. Desde lo abrumador de sus relatos frente a la percepción de identificarse con un género diferente al asignado que significa una confrontación al orden social establecido hasta las múltiples situaciones que se presentan durante su trayectoria de vida y posteriormente su trayectoria en salud que parten de esta misma confrontación: no estar alineados a una estructura hegemónica heteronormada. El sufrimiento emocional como categoría es fundamental para mí como hallazgo dentro de este marco pues al contrastar sus vivencias se comporta como una constante. Sin embargo, la presencia de este no logra generar en todos y todas las y los profesionales de salud el mismo efecto que en términos generales se esperaría una respuesta afirmativa frente a atender aquello que aqueja a una persona independiente de su identidad de género.

Resumo los aspectos más repetitivos dentro de sus experiencias en las atenciones de salud:

- La falta de formación médica en atención en salud con enfoque diferencial consolida una primera barrera que se consolida en la negación de los servicios especializados (remisiones) a las personas trans que solicitan activar la ruta desde medicina general.
- Quienes obtienen las remisiones para la atención especializada generalmente deben cumplir como paso (la gran mayoría obligatorio) por el servicio de psiquiatría y psicología para certificar la presencia de disforia de género.
- Las remisiones a otras especialidades como endocrinología, ginecología, urología, otorrinolaringología, cirugía plástica entre otras, tiene barreras de acceso mediadas por la necesidad de la autorización administrativa, así como los tiempos de espera para el acceso a la atención según la disponibilidad de estas especialidades que en la gran mayoría de los casos esta circunscrita a IPS de tercer nivel que son las que cuentan con dichas especialidades. *Cabe anotar que estas barreras no son exclusivas de esta población pues al mismo tiempo la necesidad poblacional de estas especialidades es alta y se percibe mucho más cuando se cuentan en lugares específicos como los niveles de alta complejidad.
- Una vez realizada la atención, para la terapia hormonal, se presentan barreras para el acceso a los medicamentos necesarios. Especialmente la terapia hormonal con estrógenos frecuentemente se encuentra desabastecida en el país. Con frecuencia se encuentra que las personas trans o deben hacer gasto de bolsillo para conseguir sus medicamentos o no se cuenta con disponibilidad del medicamento, razón por la que frecuentemente pasan a usar medicaciones “parecidas” conseguidas en las farmacias cercanas que generalmente incluyen la molécula que ha sido recomendada con otras moléculas que generalmente están asociadas a desenlaces negativos en salud.
- Este escenario previo se replica en las autorizaciones para las cirugías afirmativas, luego de vencer otras barreras (o por el contrario de acceder sin barreras en algunos casos), media la necesidad de la autorización de los procedimientos quirúrgicos ya sea por los costos que estos conllevan, así como la disponibilidad de especialistas que tengan formación para dichos procedimientos.

- En general para el acceso a servicios de salud así como para seguimiento en los procesos afirmativos de género como en muchos otros escenarios de necesidades en salud por ejemplo en situaciones de seguimiento a patologías crónicas, es frecuente encontrar que las barreras de tipo administrativas consolidan una dificultad para llevar a cabo los procesos especialmente porque afectan la continuidad de la atención y generan un reproceso continuo que acelera la posibilidad de que las personas opten por rutas o itinerarios por fuera del sistema que generalmente aumenta los riesgos para la salud y el bienestar de estas personas.

Sobre los aspectos diferenciales de estas trayectorias de vida está el hecho de que cada ruta o itinerario se orienta hacia resolver aquello que en mayor medida genera para las personas malestar (disforia de género decimos los médicos). En este contexto cada proceso afirmativo tiene una expectativa de configuración de la identidad y expresión de género que se lleva a cabo a través de las intervenciones biomédicas en la mayoría de los casos. En este sentido la edad de inicio de hormonización afirmativa tanto automedicada como formulada en acompañamiento medico tiende a ser diferente y atravesada también por las barreras del sistema de salud. Sobre la expectativa de cambios corporales a través de las intervenciones quirúrgicas afirmativas, estas también son diferentes para cada persona y aunque difiere de la expectativa biomédica donde en términos generales se piensa que un proceso de transición puede llegar a ser paso a paso y lineal con prerequisites incluso entre intervenciones quirúrgicas, las necesidades evidenciadas en estos casos y en muchos otros que acompaño se alejan de este precepto.

Conclusiones del capítulo 2

Contrastando estos itinerarios terapéuticos puedo concluir que, pese a que cada proceso es diferencial de acuerdo con la expectativa personal frente a la propia identidad de género, existen similitudes que permiten evidenciar la complejidad de los procesos afirmativos de género lo que requiere de un abordaje en este caso transdisciplinario para la comprensión de las dinámicas que están en torno a este tema y de igual manera la planeación de

intervenciones en salud. Cabe aclarar que estos procesos muestran las trayectorias en procesos de transición binarios lo que significa que para las personas trans no binarias pueden existir otras variables dentro de esta complejidad.

El uso de los itinerarios terapéuticos para abordar este tema puede discutirse en el sentido de pensar si este abordaje responde a la comprensión de esta complejidad pues más que un itinerario terapéutico, estaríamos hablando de las trayectorias de vida de las personas cuya experiencia de vida trans la condiciona. Sin embargo y aunque en teoría cuando hablamos de la identidad de género no lo hacemos desde la enunciación patológica, operativamente en el proceso de atención se requiere el uso de diagnósticos y cumplimiento de protocolos (en la actualidad) y las dinámicas que se dan en la atención en salud para responder a las necesidades de la población trans esta aun inmerso en las mismas lógicas que para las enfermedades: identificación de síntomas, valoraciones médicas, ejercicio diagnóstico, enfoque terapéutico y seguimiento según respuesta obtenida.

Desde un enfoque de salud pública, es entonces importante tener en cuenta estos hallazgos, para cuestionar múltiples aspectos relacionados no solo en el ámbito de la atención en salud si no desde la comprensión misma de aspectos propios del ser como la identidad del género (así como otras variables que puedan estar asociadas), generando una reflexión profunda por la visión dividida que se tiene desde diferentes enfoques y disciplinas del conocimiento: biomédico, antropología, sociología, filosofía entre otras. Adicionalmente profundizar en los procesos que operan dentro de la hegemonía del binarismo en términos de como la matriz binaria cisheterosexual condiciona la comprensión de las experiencias de vida trans a nivel social y muy especialmente en la formación médica que genera además que el enfoque a través del cual se realizan las aproximaciones a nivel de salud, educación, laboral y otros, estén condicionadas a la mirada patologizante a pesar de que exista ya procesos históricos que han dado como resultado la transformación del lenguaje en materia por ejemplo de tipo de diagnósticos asociados a las vivencias de las personas trans sin que a la fecha haya sido posible encontrar otras maneras de crear una perspectiva de abordaje de las necesidades diferenciales de ellas y ellos.

Dentro de los procesos de atención en salud propiamente dichos, y la operatividad del sistema de salud en torno a estas necesidades, es importante identificar que la presencia de las redes

profanas o no especializadas son fundamentales no solo en los itinerarios terapéuticos de las personas trans si no también en sus trayectorias de vida y sus entornos como fuente de apoyo y acompañamiento continuo. Permitir desde la salud pública integrar estas realidades como redes potenciales a intervenir podría en gran medida permitir una aproximación a la atención integral de esta población. Este aspecto lo considero especialmente importante en el sentido del cuidado de salud como aspecto de bienestar integral donde la salud mental juega un papel fundamental para la búsqueda de este bienestar. Conocer que estas redes profanas existen y son en gran medida quienes sostienen los procesos de acompañamiento en las personas trans y las que de una u otra manera representan para esta población la fuente de conocimientos, apoyo y cercanía que identifican como necesarias para este acompañamiento, puede ser una herramienta fundamental y gran oportunidad para reorientar los procesos de atención que incluya aspectos del cuidado de la salud como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los niveles de prevención (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria) que permita ofrecer una estrategia de respuesta a las necesidades en salud integral a las personas trans, sus familias y sus entornos.

Es a través de la salud pública desde donde es posible influir desde el planteamiento de una reflexión profunda sobre los mecanismos para planear y ejecutar cambios hacia un modelo de atención que incluya enfoques claros donde la atención sea centrada no solo en la personas si no también en la relación profesional-paciente, que garantice la continuidad de la atención en salud, un enfoque preventivo real que permita la atención integral a las personas según sus experiencias de vida (factores de protección y de riesgo) y muy especialmente al sufrimiento emocional y social que atraviesa la experiencia de vida trans. Dicho sufrimiento que es el resultado de tensiones familiares, escolares, institucionales y estructurales, así como de prácticas discriminatorias y de la patologización histórica, constituye un determinante crítico de bienestar que no puede ser reducido a una lectura clínica o sintomática. Por el contrario, su reconocimiento debe orientar la creación de rutas diferenciales que permitan un acceso oportuno a servicios afirmativos desde el nivel primario de atención y con capacidad de respuesta frente a las diferentes tipos de violencias: simbólica, social, administrativa que aun condiciona los itinerarios terapéuticos. De este modo la salud pública tiene un papel fundamental en la disminución de las desigualdades en salud, al promover intervenciones que no solo aborden la corporalidad y la demanda biomédica sino también los efectos

subjetivos y relacionales de un sistema que actualmente reproduce el malestar identitario y social de las personas trans.

Capítulo 3:

Experiencias de las y los profesionales de la salud que realizan atención a personas trans.

“Doc para comentarle un pacientico”

Como era costumbre una vez a la semana iba a esa IPS primaria a ejercer mi labor docente. La mayoría de las veces en consulta me acompañaban un residente o dos y algunas veces uno o dos médicos internos. Durante la mañana vimos tres pacientes con un residente. Antes de terminar el ultimo paciente, una medica general del área me busco, ingreso al consultorio y me dijo “doc para comentarle un pacientico”, le dije que apenas terminara iba para allá. Me desplace a su consultorio sola porque el residente debía terminar el proceso de atención del paciente del consultorio. Entregarle y explicarle las ordenes medicas al paciente y acompañarlo donde la enfermera para que se verificara que todo estaba en orden.

Ya en el consultorio la médica me dijo “es uno de sus pacienticos doc, un trans”. Me sonreí y le dije “contame”. Ella inicio contándome que “el paciente era un problema, que siempre consultaba por lo mismo”, “aquí ya todos lo conocemos”. Avanzo en la presentación del paciente refiriéndose a la persona como “el paciente” siempre en masculino. Le interrumpí para preguntarle con que género se identificaba y me dijo “dice que quiere ser mujer, pero es un hombre”, le respondo indicándole que entonces se trataba de una mujer trans y me contesto “sí, eso”. Continuo con la presentación del caso en masculino. Se trataba de una persona trans que consultaba frecuentemente para solicitar exámenes de tamizaje de infecciones de transmisión sexual, ejercía el trabajo sexual y esta vez la médica quería saber que ruta tomar pues la paciente estaba solicitando terapia preexposición PREP lo que generó duda en la médica general pues ella consideraba que la persona no debería autorizársele dicho manejo.

Toda la presentación del caso lo realizo en masculino, a pesar de que en varios momentos intervine para señalarle que el pronombre era “ella”, la médica continuaba refiriéndose a él. Finalmente me dijo, “*lo mejor doc es que se lo citen a ustedes*”. Percibía en la médica una incomodidad con el tema. Cuando se refirió al trabajo que ejercía la paciente tuvo una expresión de desesperanza.

Dentro de las cosas que le comenté es que a esta como a cualquier otra persona que solicite activamente estudios de tamizaje para ITS deben realizarse dado que la sola búsqueda ya podría implicar un riesgo así no lo hagan explícito todas las veces. Le comenté también sobre la necesidad de identificar los pacientes candidatos a recibir terapia PREP y que según lo que me comentaba efectivamente esta persona sería candidata. Le consulte si recibía preservativos como parte de las acciones preventivas y me dijo “no sé, toca preguntarle a la enfermera”. Interprete una serie de resistencias frente a esta atención, pero no me quedó claro si estaban motivadas por el comportamiento de la paciente en consulta, por su frecuencia de uso de los servicios, por su identidad de género o por su trabajo o por una mezcla de varias. No se lo pregunte porque debo reconocer que ese día sentí mucha incomodidad cuando a pesar de referirme a la paciente como ella, la médica le nombro en masculino durante toda la conversación. Me cuestionó la actitud de la médica y aunque inicialmente oriente la molestia hacia ella, después de pensarlo varias veces comprendí las implicaciones que tiene la formación médica desde la perspectiva biomédica que enseña a categorizar a las personas desde el binarismo, no permite muchos cuestionamientos desde temas que se entrelacen con otras áreas del conocimiento especialmente desde el desarrollo psicosexual y marca una normatividad que atraviesa las corporalidades y la manera como los profesionales de salud nos relacionamos con las personas que atendemos. Me cuestione también por la comunicación que establecemos con los otros en el ejercicio de la profesión, la verticalidad de la relación a menudo no permite escuchar (y observar) cuales son las razones de fondo por las que una persona decide consultar.

En el marco de esta investigación, me propuse explorar las experiencias, reflexiones y dinámicas de las y los profesionales de salud que brindan atención a personas trans para conectar dichas experiencias dentro de los itinerarios terapéuticos de las personas trans, con el fin de comprender como se llevan a cabo estas prácticas y percepciones dentro de los

itinerarios terapéuticos y especialmente como configuran o tensionan los procesos afirmativos de género. El equipo participante cuenta con trayectoria en temas de diversidad sexual, la intención no fue únicamente recoger su experticia técnica sino profundizar en aquellas perspectivas que, desde su lugar profesional y subjetivo, intervienen en la atención en salud.

En total realice nueve entrevistas: siete a profesionales del programa campus diverso (dos psicólogas, un trabajador social, un educador físico y a la directora del programa: médica familiar y sexóloga), además de un endocrinólogo y un psiquiatra con quienes, a pesar de no tener una relación institucional formal, hemos establecido canales de referencia para la atención a pacientes trans. Las entrevistas al equipo del programa se llevaron a cabo en modalidad grupal mientras que las realizadas a la directora, el endocrinólogo y al psiquiatra fueron individuales y llevadas a cabo en momentos distintos.

El proceso de entrevista se basó en un espacio de dialogo que permitió profundizar aspectos que difícilmente se dan en espacios cotidianos dentro del marco institucional. Durante el análisis de las entrevistas en articulación con mis observaciones de campo de diferentes espacios, fue posible realizar una apuesta por una clasificación que me permitieran analizar las posturas de los profesionales entrevistados frente a la diversidad sexual y especialmente frente a las necesidades diferenciales de las personas trans. Esta clasificación pretende ser un recurso para la comprensión y la exploración de la configuración de las practicas clínicas que intervienen en los itinerarios terapéuticos. Identifique cuatro grupos principales:

1. **Profesionales con una comprensión integral de la atención diferencial**, quienes reconocen la relevancia del enfoque afirmativo y abordan la salud de las personas trans desde una perspectiva centrada en la vida, el bienestar y el derecho al cuidado. En ellos, la experiencia acumulada (tanto personal como profesional) ha fortalecido su compromiso con prácticas sensibles.
2. **Profesionales formados en lógicas biomédicas tradicionales**, quienes, a pesar de mantener dudas sobre las necesidades de la población trans, buscan proporcionar respuestas clínicas ajustadas a su responsabilidad profesional. Este grupo incluye a quienes aun con creencias personales diferentes, intentan responder éticamente a las

demandas de salud de los pacientes. Aquí se ubican el endocrinólogo y el psiquiatra entrevistados.

3. **Profesionales que reconocen las limitaciones estructurales del sistema de salud**, quienes desde su experiencia y trayectoria se han involucrado en procesos de transformación institucional, educación médica o incidencia en políticas en salud. En este grupo ubico a la directora del programa.
4. **Profesionales que reproducen discursos y prácticas de resistencia o rechazo hacia la diversidad sexual**, quienes dificultan la posibilidad de hacer realidad la atención diferencial. A estos profesionales no los entreviste, sin embargo, durante el trabajo de campo, actuaciones de este tipo fueron observadas en diferentes escenarios de atención en salud y es clave su identificación para dirigir las acciones de intervención que permitan realizar un trabajo de sensibilización, así como comprender el impacto de estas posturas en la dinámica de barreras y violencia institucional hacia las personas trans.

A partir de las entrevistas, así como de las observaciones durante el trabajo de campo, emergieron seis ejes principales que estructuran este capítulo y permiten comprender la complejidad de la práctica profesional en el acompañamiento a personas trans:

1. Reflexiones profesionales sobre la identidad de género
2. Formación y vacíos formativos en diversidad sexual dentro del sector salud
3. Perspectiva sobre los procesos afirmativos de género desde la experiencia clínica
4. Dinámicas de la atención en el sistema de salud y sus limitaciones estructurales
5. La instrumentalización de los cuerpos trans
6. El rol del profesional en los itinerarios terapéuticos y los procesos afirmativos de género

Estos ejes permiten relacionar las experiencias de los profesionales con los hallazgos del capítulo anterior y al mismo tiempo, permiten una lectura más densa sobre la manera en que las prácticas clínicas, las estructuras institucionales y la cultura interviene directamente en la configuración de los itinerarios terapéuticos de las personas trans.

Reflexiones profesionales sobre la identidad de género

La identidad de género suele asumirse como un concepto conocido por quienes ejercen profesiones centradas en el ser humano, sin embargo, en la práctica pareciera no ser del todo cierto para el ejercicio clínico. Las entrevistas realizadas a profesionales de la salud evidenciaron que el conocimiento de este concepto es heterogéneo y en algunos casos limitado. Emergieron tres formas de comprender el concepto: por un lado, profesionales con formación en humanidades y experiencia en atención diferencial, quienes entienden la identidad de género como un proceso sociocultural continuo, otro grupo de profesionales con perspectiva biomédica que explican desde esta perspectiva el origen y dinámica de la identidad trans y un tercer grupo que explora esta comprensión desde ambas perspectivas: biológica y sociocultural.

Entre quienes trabajan en el programa de atención diferencial la identidad de género se explica desde la socialización, el aprendizaje de roles y las posibilidades que da el contexto sociocultural. Sobre esto comentó Joseph, una psicóloga del programa:

Entrevista 05, Joseph, junio 2024:

“Desde la academia se habla de la socialización claramente, no se nace, sino que se hace, siempre estamos en, pues en esta construcción constante y pues en este aprender de forma explícita o implícita como es ser hombre, como es ser mujer. Una mujer entonces tiene que ser heterosexual, un hombre tiene que ser de esta manera, entonces no hay cabida para otras cosas”

Con relación a este tema, las y los profesionales biomédicos expresaron sus comprensiones asociadas a factores genéticos, neurobiológicos o endocrinológicos. Antonia, médica familiar y sexóloga se refirió a tanto a lo biológico como a lo contextual (sociocultural), haciendo énfasis en los hallazgos científicos como narrativas de personas trans que ha acompañado en consulta:

Entrevista 09, Antonia, marzo 2024:

“La identidad de género está definida como la mismidad eso que yo siento conmigo mismo y que en una mayoría de casos coincide lo que siento en mi cabeza de lo que soy con lo que

tengo entre mis piernas que es el sexo y el sexo asignado al nacer generalmente y concordancia pero hay personas en las que sienten que su identidad no coincide con el sexo que tienen asignado y es como lo describen mis pacientes es sentir un alma masculina en un cuerpo femenino o sentir un alma femenina en un cuerpo masculino eso es lo que define la identidad de género”

Entrevista 09, Antonia, marzo 2024:

“Hay teorías que no se han demostrado completamente de ninguna, pero para mí ese multivariado es multicausal y los daneses trabajan con el tema de un gen en el Hersey dicen que hay alguna alteración. Los estudios neuro especialmente de los últimos 10- 15 años estudios neurobiológicos evidencian que hay unas diferencias en lo que son los resultados de la resonancias con positrones en los cuales por ejemplo comparan el cerebro de una mujer cisgénero con un hombre cisgénero y de un hombre transgénero y lo que se encuentra es que la imagen del hombre transgénero con la imagen de la mujer cisgénero y no con la imagen de un hombre cisgénero que es quien tiene esa concordancia entre la identidad y tiene genitales masculinos y la mujer transgénero tiene su identidad femenina pero tiene los genitales masculinos entonces sólo pensaría que debería de parecerse más a la de un hombre cisgénero y se parece más a la de un hombre transgénero y no de una mujer cisgénero en la pregunta y hay otras causas que yo he encontrado en lo que es el manejo de estas personas usualmente vienen de familias con violencia intrafamiliar, con padres abandonados, padres que abandonan a sus hijos, alcohólicos y en general familias con muchas dificultades”

Otros profesionales reconocieron directamente la falta de formación en estos temas, como Gabriel, el endocrinólogo quien expuso no contar con las bases teóricas sólidas:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2025:

“Yo no tengo conceptos claros sobre el tema de la construcción de la identidad de género. Recuerdo que arranca alrededor como los 2 años pues en lo que revisábamos con ellos, pero yo no soy como la persona correcta en abordar ese tema desde el punto de vista como psicológico, psiquiátrico y sobre todo también porque es como pediatría, entonces nunca lo he revisado a fondo”

Sin embargo, planteo algunos puntos de vista personales orientados hacia la búsqueda de una causa biomédica de la incongruencia de género:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“Yo te puedo contestar algo aquí, digamos entre nosotros que te tenga confianza, pero es algo que seguramente debatirlo en un escenario académico generaría mucha controversia. Y es que, digamos, en mi interior y en el fondo yo pienso que lo de la incongruencia de género tiene que tener alguna explicación desde el punto de vista metabólico, proteómico, transcriptómico, etcétera, que nunca se estudió por un tema de correcciones políticas y porque seguramente nunca se hubiera encontrado como una solución al tema”

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“Para mí siempre es un poco cuestionante por lo que yo te dije al inicio que empezamos con esta entrevista, que, para mí, digamos, es en el fondo hay un tema de patología no estudiada por un tema de corrección política”

Jota, el psiquiatra, desde una mirada más clínica que teórica, resalto la presencia temprana de la identidad de género en la infancia. Se refiere a ello desde componentes genéticos y dinámicas relacionales:

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“Yo no soy experto en este campo. De hecho, es mucho el aprendizaje que he venido teniendo, entonces desde la teoría poco conozco. Hay cosas que, digamos que en la atención para mí quedan muy claras y es que aparecen en diferentes etapas del ciclo de vida, esta situación de la identidad de género. Me sorprende, por ejemplo, y fuera de los consultores, que conozco chicos muy pequeños tipo 4 o 5 años donde, pues, no hay a la vista conocimiento ni intención de sexualidad y ya hay una identidad de género de alguna manera estructurada. Tanto una identidad de género que corresponde con su ... género de nacimiento, con una identidad de género que corresponde al género contrario. Para mí eso ha sido supremamente llamativo y tengo como experiencias cercanas con un amiguito de mi hijo, un chico de seis años.

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“Pues, desde un punto de vista meramente observacional, yo creo que hay determinantes genéticos en la medida en que uno encuentra población infantil con rasgos diversos. Entonces ahí tiene que haber algo absolutamente genético, pero que no se cumple en la mayoría de los casos porque no es lo que uno ve en el común. Lo otro es que obviamente uno podría hablar de carencias o de ... no sé si sería excesivas fortalezas, porque es más la identificación con uno de los padres. Y obviamente, pues si hay la ausencia de un padre, pues la identificación se debe hacer con el otro, o se puede hacer con el otro, pero a veces incluso uno ve que no hubo una separación de los padres. Pero de alguna manera, por ejemplo, la madre tenía un carácter más imponente o facilitaba de alguna manera más la identificación con ella que lo que lo podía facilitar el padre. Y yo creo que eso tiene que ver dentro de una explicación que yo creo que es multicausal

Tensiones en torno a la causalidad de la identidad de género

Uno de los elementos que emergió fue la tensión entre enfoques que buscan explicar la identidad de género como una condición con causas claras (biológicas, psicológicas o sociales) y las vivencias de las personas trans que califican esta perspectiva como un riesgo de patologización. Ejemplo de esta tensión se puede evidenciar en lo comentado por Gabriel (especialista en endocrinología) quien reconoce las tensiones incluso dentro de su mismo contexto de atención a personas trans. En confrontación a esto, lo comentado por GonG, permite interpretar la tensión que para este genera los discursos etiológicos desde el campo biomédico:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“Si llegase a existir la posibilidad que esto fuera entre comillas una enfermedad, pues no es culpa de ellos y hay que brindarles ayuda y la ayuda más sensata es intentarlos hacerse ver o sentir como ellos se quieren sentir, sin que eso trasgreda saltarse los derechos de otras

personas, ¿cierto? Pero eso es un poco como la forma en la que yo lo veo y esas discusiones las he tenido con mis compañeros endocrinólogos más cercanos y algunos están de acuerdo, otros no tanto, otros piensan que es más un tema simplemente de percepción de género y no tiene nada que ver con la biología, pero esa es mi percepción puntual, más eso no hace cambiar mi conducta en el tratamiento y el abordaje de estos pacientes y el cariño con los que los trato y el respeto con el que los trato”

Entrevista 05-3, GonG, junio 2025:

“Por qué si fuera una sola forma de identificarme como trans digo -no, sí hay que encontrarle una causa porque es que es esa única-. Sí y puede que yo hallando la causa, viene ahí otra pregunta, -pa’ que quiero hallar la causa. Pa’ encontrarle la cura-”

Este mismo profesional comento sobre las preguntas que le hacen frente a la causalidad de la identidad de género:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2025:

“Me hacen acordar con lo que dicen y con la pregunta, con otra pregunta muy similar, que me la han hecho varias veces. Entonces, las personas trans nacen o se hacen. O sea, usted se vuelve trans o usted nació trans. Pues yo diría, yo no sé (risa). O sea, literal yo no tengo cómo responder eso, porque pues en mi caso desde que yo me acuerdo me siento diferente, en ese momento no me sentía trans porque yo no sabía que eso se llamaba trans. Pero, yo me sentía diferente. Sí, a lo que decían socialmente que yo tenía que ser, por cómo me veía, por cómo era mi cuerpo y por lo que tenía allá abajo, sí. Pero, yo creo que también está la persona que dice, no, yo me hice y no necesariamente es porque se haya hecho, sino porque su contexto se lo permitió mucho tiempo después. Ejemplo, eh, (inhala) Brigitte Batiste”

La búsqueda biomédica de causas (aunque no siempre planteada desde un enfoque patologizante) es interpretada por algunas personas trans como un riesgo de invalidación de experiencia de vida, especialmente porque históricamente el discurso biologicista ha sido usado para determinar quién es “valido” o “normal” dentro de la perspectiva binaria. GonG lo manifestó así:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2025:

“La mirada sigue, eh, eh, muy fuerte en el tema biológico. Es decir, por más que lo intentes tu biología no va a cambiar, tus genes no van a cambiar, tus cromosomas no van a cambiar. Entonces, pues al final tú no eres válido, eres como una, una categoría inferior, eres persona cuando te logro reconocer, eres persona, pero no eres como yo y las mujeres pues mucho menos como yo, sí, porque en esa pirámide lo que pareciera que está arriba lo superior es lo masculino”

Implicaciones formativas y éticas

Los hallazgos en este punto muestran que la identidad de género continúa siendo un campo de comprensión fragmentado dentro del ámbito de la salud. Mientras la perspectiva biomédica mantiene preguntas sobre causalidad, los profesionales de humanidades enfatizan en la dimensión social del género. Sin embargo, esta investigación muestra un punto fundamental: los escasos espacios de dialogo interdisciplinario sostienen las tensiones que, de otra manera sería evitables, al mismo tiempo contribuye a mantener silencios en la formación que dificultan alcanzar la atención diferencial (afirmativa).

Es importante reconocer que el temor a equivocarse, a ser interpretado como persona transfóbica o entrar en debates políticamente sensibles, limita la discusión abierta sobre la complejidad del tema. Esto genera escenarios donde lo biológico se evita por miedo y lo social se invisibiliza por considerarse “fuera del campo medico”. Como ya lo indiqué, el silencio en la formación disminuye la posibilidad de comprender profundamente esta situación, así como afecta la calidad del acompañamiento clínico.

La formación para profesionales de salud sobre temas de diversidad sexual

La formación de profesionales de la salud en temas de sexualidad y diversidad de género continúa siendo una de las brechas estructurales más relevantes para comprender la calidad de la atención que reciben las personas trans. Los profesionales sensibilizados en atención a personas trans y las mismas personas trans, reconocen que existe una carencia en la formación académica (pregrado y posgrado) para atender las necesidades en salud diferencial. Así lo manifestó Joseph profesional de psicología del programa:

Entrevista 05-1, Joseph, junio 2024:

“La formación, eh, académica que estamos recibiendo dentro de la Universidad del Valle respecto a lo que es la diversidad humana, mmm, las diferentes formas de hacer familia y pensarse pues justamente esto, eh, temas muy actuales del individuo que hace, bueno que los padres, porque son padres en su mayoría de la psicología pues no tenían ni siquiera oportunidades de pensarse en 1900 y pico a mediados de los 50's como que no era un tema central, mmm, que siempre ha existido claramente pero se le ha nombrado de formas diversas y pues eso implicó que empezara, me tocó como reevaluar muchas cosas, regresar a leer, eh, hay una guía que tiene la APA sobre, eh, acompañamiento a personas diversas”

Esta carencia se manifiesta en confusiones sobre conceptos básicos de sexualidad, especialmente en la diferenciación entre orientación sexual e identidad de género. Así lo expresó GonG, profesional del Programa:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2024:

“Uno va a la consulta y se da cuenta y no lo digo yo, lo dicen las estadísticas, más del 70% de los profesionales de la salud no reconocen entre orientación y la identidad, la diferencia”

La trascendencia de esta carencia formativa no es solo responsabilidad de las universidades, es también una consecuencia de la falta de educación sexual integral en el país que ha existido históricamente. Así lo manifestó Manuel, trabajador social del programa, quien planteo que este déficit de formación inicia en la infancia y continua durante el camino educativo:

Entrevista 06, Manuel, Julio 2024:

“Yo creo que hay unos vacíos estructurales, y que como país, pues está esa deuda histórica, todo esto pa’ decir, que la gente no considera, no distingue del sexo y del género, y que estructural y políticamente hablando y, a ver, ¿cómo lo digo?, estatalmente hablando, quita lo estructural y lo político y dejémoslo en lo estatalmente hablando, pues hay una equiparación de los términos sexo y género, que lo vemos en el registro, que lo vemos en la cédula, entonces, desde allí, ya hay un vacío en la comprensión”

Entrevista 06, Manuel, Julio 2024:

“Hay limitado acceso a la información de ciertos grupos poblacionales, que hay temas que no se discuten, entonces, la gente no está interesada en hablar de estos temas, en las instituciones de educación media, no se habla de educación sexual, ni se habla de la diversidad. Se habla en la casa, según el tema. Se habla en la universidad en este espacio, pero todo ese vacío que hay, que es donde la gente está aprendiendo. Por ejemplo, yo pienso que sí, en una escuela desde un principio a ti te dicen vamos a hablar de la familia, que ya no me acuerdo en qué curso le van a enseñar eso a uno, cuando uno está en la infancia, yo creo que como en tercer grado, en segundo, mentiras. Desde el jardín te ponen a dibujos bolita y palito y mamá y papá, si te ponen desde el principio, múltiples familias, que es la apuesta que hoy estamos haciendo, pues la gente ya va a dejar de hacer violencias estructurales que por ejemplo, van a favorecer a las personas del mismo sexo que hacen adopción, entonces, ese ser que va al colegio, que va a la escuela, no va a estar diciendo, “Papá, papá, me están diciendo que yo tengo dos papás”, porque es que en la escuela han enseñado que hay dos papás, que hay dos mamás”

La falta de formación tiene efectos también en la atención clínica. Algunas personas trans manifestaron cansancio ante la necesidad constante de “hacer pedagogía” a quienes les atienden, especialmente en espacios institucionales donde deberían existir perse estas garantías. Sin embargo, reconocen cuando un profesional reconoce si presenta limitaciones y realiza la atención desde el respeto. Al respecto de este tema GonG manifestó una situación donde se evidencia que los imaginarios esencialistas suceden incluso en ambientes universitarios:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2024:

“Si lo ubicamos en la genitalidad, por ejemplo, -no lo puedes ser porque no puedes engendrar-, cómo me lo dijo un estudiante de la Escuela Nacional del Deporte hace un mes: -es que por más que se hagan cirugías, por más que se hagan lo que sea, cuando usted se muere y vayan a ver el cadáver, usted nunca le salió vagina, nunca le salió pene. Entonces, pa’ mi eso no, usted no es y ya-

Estas narrativas reflejan como las brechas en la educación sostienen prejuicios que pueden convertirse en prácticas discriminatorias o violentas dentro del mismo proceso de atención en salud.

Sin embargo, esta investigación permitió identificar que para varios profesionales el proceso de aprendizaje más significativo no sucedió en los salones de clases, si no en el ejercicio reflexivo derivado de la atención directa a personas trans. Sobre esto, Joseph, psicóloga del programa, describió como este aprendizaje implica un análisis crítico de las teorías heredadas y un compromiso ético con la reflexión personal:

Entrevista 05-1, Joseph, junio 2024:

“Estoy, eh, con todo este compromiso, me falta mucho por leer, por aprender, por caminar. Eh, sin embargo, estoy como en esta constante construcción y apertura para que el espacio sea lo más seguro posible y acompañarles de la mejor manera posible. Porque también entiendo mi lugar como una persona, eh, cisgénero, que claramente estoy en reflexión constante, pero, no estoy exenta de reproducir ciertas violencias, eh, es como, como ese compromiso que tengo para con ellos, pero también para conmigo misma de permitirme transformarme y adaptarme y poder brindar la mejor atención posible”

Jota, psiquiatra, coincide con Alejandra en la importancia del aprendizaje a través de la atención médica a personas trans:

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“Pues yo pienso que mi formación de vida a nivel profesional se orientó hacia la parte de trabajar con personas que están como en situación de exclusión o de estigmatización por alguna razón. Entonces, en general, yo me siento cómodo, trato de entender, hago lo posible

por ser empático, aprendo montones en las experiencias, en las consultas. hay cosas que se escapan a mi conocimiento en cuanto a las dinámicas propias de las personas que atiendo, y entonces eso me enseña y me deja mucho conocimiento al respecto, que pienso que posterior a la universidad es lo que más me ha nutrido, que es aprender de los pacientes, pero en general me siento cómodo”

Estas narrativas muestran como ante la insuficiencia de la formación académica, la autoformación y la reflexión crítica y el contacto directo constituyen las principales rutas para adquirir competencias para la atención diferencial.

Desde la perspectiva docente, Antonia, medica familiar y sexóloga que tiene amplia trayectoria en formación expreso que aun con esfuerzos desde la académica, la educación no garantiza que se den cambios trascendentales en creencias y prejuicios en todos los casos:

Entrevista 09, Antonia, marzo 2024:

“En general en otras especialidades pero también hay otros que les parece terrible todo esto y considera que no se debe cambiar la voluntad divina de que una persona nazca de una manera y que lo único que existe es el binario entre hombres y mujeres esto se da esto se da la posición y la mirada binaria ya a nivel de los estudiantes con los estudiantes de posgrado que cree y que tengo tres cursos de sexología de hacer pues más de dos décadas ellos van haciendo su camino y su propio tránsito paulatinamente y yo diría que 90- 94% tienen una mirada tranquila objetiva ética hacia las personas trans pero hay algunos que o sea están en la materia y obviamente pues la estudian y la pueden pasar pero que le sigue pareciendo terrible todo esto”

Esta observación muestra que la formación técnica no es suficiente por si sola. Requiere un abordaje que integre varias dimensiones: ética, afectiva y relacional adema de tener la posibilidad de interpelar directamente los imaginarios que sostienen las violencias a nivel estructural (incluida la transfobia).

Desde mi propia experiencia en medicina, pude evidenciar las implicaciones de haber pasado por una formación donde la sexualidad se reducía a la funcionalidad reproductiva. Los temas vinculados al bienestar sexual, al género o a la diversidad humana estuvieron ausentes o se abordaron de forma superficial. Esta brecha en mi caso dio origen a una inseguridad profesional ante ciertos motivos de consulta y en la sensación de no contar con herramientas

conceptuales para la atención diferencial. Aunque actualmente existen iniciativas de algunos programas académicos, su alcance es limitado, fragmentado y depende de esfuerzos individuales para mantenerse en el tiempo.

Los hallazgos de esta investigación muestran que la brecha en la formación académica en temas de diversidad sexual no se reduce a un tema de actualización académica, sino que se trata de una situación estructural que impacta directamente la forma como se configuran los itinerarios terapéuticos de las personas trans. Cuando los profesionales no cuentan con herramientas conceptuales, afectivas o éticas para atender a las personas trans, tienden a reproducir barreras, violencias y exclusiones que obligan a estas a buscar información, apoyo y acompañamiento en redes no formales (comunitarias). Sin embargo, cuando la formación académica ya sea autodidacta o vivencial, permite comprender las necesidades diferenciales, se puede brindar un acompañamiento a los procesos afirmativos de género de manera más segura y afirmativa.

Reflexiones de las y los profesionales de salud sobre su experiencia con relación a los procesos afirmativos de género

Las entrevistas realizadas a las y los profesionales de la salud permitieron identificar una serie de reflexiones comunes en torno a los procesos afirmativos de género y su relación con las experiencias de vida de las personas trans. Aunque cada profesional realiza el abordaje de este tema desde diferentes perspectivas según su formación, así como desde su experiencia, emergió durante la investigación una idea fundamental: “no existe un único tránsito posible ni una ruta universal que indique el orden de los procesos afirmativos de género”. Esta idea que fue repetitiva dentro de las entrevistas a profesionales confronta la perspectiva biomédica que tiende a comprender los procesos de forma lineal como se observa en la gráfica de itinerario terapéutico esperado desde lo biomédico en el capítulo 2.

GonG comenta a propósito de esto:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2024:

“Los tránsitos todos son diferentes todos, todos son muy diferentes, que hay una preocupación de mi parte en este caso a nivel ético, profesional porque, a ver, las personas ven su transición muchas veces desde el punto de vista médico, lo que me permite el modelo médico. Y si el modelo médico no me lo permite, pues yo tendría que hacer una transición aislada de eso, que para algunas personas no va a ser tan efectiva o para otras como que les da lo mismo, sí no es esa transición, porque esa no es la que quieren. Pero, porque hablo del modelo médico, porque pareciese que el modelo médico y, y digo esto recordando que no me puedo desligar desde, desde mi propia condición humana, ves, pareciera que el modelo médico tiene establecida una hoja de ruta única para todas las personas trans”

Entrevista 05-3, GonG, junio 2024:

“Yo siento que pues cada persona define su proceso, su ruta, su itinerario a partir de lo que le permite ese contexto”

Desde esta mirada, la cual es compartida por otros profesionales del programa, los tránsitos están condicionados por el contexto social, territorial e institucional, elementos que son determinantes para el acceso a acompañamiento, a información y a servicios. El término “contexto” incluye territorios urbanos, periféricos, rurales, así como espacios donde son comunes las prácticas religiosas y hay falta de institucionalidad. Para estos entornos, las categorías identitarias (conceptos) que maneja la academia resultan poco útiles. Así lo explico GonG:

En esta investigación existen como lo mencione anteriormente coincidimos varios profesionales que realizamos atención a personas trans en algunas ideas principales (algunos dirían en lo fundamental) frente a la experiencia de vida y los procesos afirmativos de género. Una idea fundamental es que “todos los tránsitos son diferentes”. Argumento que contradice algunas perspectivas que plantean una sola ruta o proceso para llevar a cabo una transición de género (ver grafica de itinerario terapéutico esperado desde lo biomédico, capítulo 2). Los tránsitos también tienden a adaptarse al contexto donde se encuentra la persona, especialmente de aquellos de los que no es posible migrar. Entre lo contextual se ubica el sistema de salud y las dinámicas de atención médica.

Sobre estos temas, GonG manifestó:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2024:

“Porque es que aquí nosotros sabemos que bueno, aquí fuera del distrito de Agua Blanca sabemos que es una mujer trans, qué es un hombre trans, pero en el distrito es una travesti, no se sabe qué, entonces hacen modificaciones corporales, usted es un hombre, ta, ta, ta, tiene un nombre identitario, pero no se le lee como una mujer, porque ni siquiera se concibe esto como posible. Lo mismo pasa en los pueblos, por eso es que muchas personas se enuncian desde el marica, por ejemplo, yo soy una marica negra, yo soy una, claro porque en los pueblos, en los corregimientos simplemente el ser un hombre trans, pues ni siquiera es como factible simplemente, ah, es una machorra”

Joseph coincide en que se deben de situar las identidades de género según la cultura a la que pertenecen pues en espacios particulares operan lógicas diferentes a lo esperado:

Entrevista 05-1, Joseph, junio 2024:

“Entonces, como que está construcción identitaria vale o está muy ligada al contexto y que nos es tan difícil pensarlo desde aquí desde la academia, desde los principales entes del país, no. Es un cuestionamiento constante que por ejemplo mujeres trans, qué están pues en un proceso arduo de mucho tiempo normalmente dicen "ah no, yo soy una travesti" y desde allí se anuncian que desde allí las leen. Entonces, pues darle lugar también a eso y siempre quedan como más dudas qué respuestas, pero siempre pensarlos también la periferia, pensar en los contextos racializados también como las Comunidades indígenas desde allí cómo se les nombra, desde las comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras, cómo se les nombra, los pueblos ROM, no tengo la menor idea. Pero también debe haber un lugar específico para ello desde donde se les enuncia”.

En esta misma línea, Manuel hace énfasis al impacto que tiene la religión en la construcción identitaria especialmente en espacios donde la religión impone una normativa obligatoria:

Entrevista 06, Manuel, Julio 2024:

“Los factores del orden cultural tienen el peso muy significativo, por ejemplo, si yo soy una persona que estoy adscrita a un tipo de religión, eso genera muchísimo en la construcción de la identidad de la persona, hay personas que la tienen clarísima, y creen en Dios y van a misa y no hay ningún conflicto en eso, pero esos casos, más bien, poco particular, en general, y por el historial que tiene el país, y no solo en el país, en el mundo, en países de América Latina, pues las mal llamadas “terapias de conversión”, están profundamente relacionadas con la religión, necesariamente nacen de allí, entonces eso, para una persona, sea tan creyente o poco creyente, el solo hecho que tenga en su discurso, en su mente, en su pensar, en su familia, una creencia asociada a lo religioso, genera un conflicto muy grande en la construcción de la identidad, porque se siente muy mal en cómo construir, eso sería un factor”

Estas narrativas permiten comprender que los tránsitos no solo son diferentes entre personas, sino que adopta formas contextuales, adaptadas a los territorios, las redes familiares y los ambientes culturales. En esta misma línea, el sistema de salud surge como un recurso y como una barrera concomitantemente pues condiciona el alcance de los procesos afirmativos de género y también puede direccionar a las personas a buscar otras alternativas en espacios no formales.

Percepciones profesionales sobre la complejidad diferencial de los tránsitos

Dentro de las experiencias relatadas por las y los profesionales de salud entrevistados, surgió reiteradamente la percepción de que los procesos afirmativos de género no son heterogéneos y al mismo tiempo presentan diferentes niveles de complejidad según el tipo de tránsito, las necesidades diferenciales que cada uno tienen. Aunque coinciden en que no existe una única forma o ruta, algunos profesionales expresaron que algunos tránsitos tienden a generar mayores desafíos clínicos y emocionales, así como diferencias en la percepción social.

Desde el campo de la salud mental, Jota (especialista en psiquiatría), resalto que los tránsitos hacia mujer trans solían estar asociados a mayores niveles de malestar emocional, percepción

que relaciona con las dinámicas sociales de género que continúan asignando un valor diferencial a lo masculino y lo femenino:

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“La percepción que tengo es que genera mucho más malestar emocional el tránsito de a mujer trans. Finalmente, el tránsito a hombre trans de alguna manera se asume mejor y pienso que hay ... sigue habiendo una situación desde el punto de vista sociológico, social, no sé, donde hay mayor aceptación de la figura masculina que de la figura femenina. No sé si me hago entender, pero a pesar de que ambos son discriminados, de alguna manera son menos discriminados. quienes al final hacen el tránsito hacia hombre que quienes hacen el tránsito hacia mujer. Y, me sorprendió, porque de esto estoy en pleno proceso de aprendizaje, es que aparentemente el tránsito a hombre es un tránsito tanto a nivel hormonal como quirúrgico, en muchos aspectos, pero el tránsito hacia mujer en general tiende a conservar los genitales masculinos. Entonces, ahí hay unas cuestiones particulares con eso que tienen que ver con la parte emocional también”

En esta misma línea, Gabriel (especialista en endocrinología) argumento que, desde la perspectiva clínica, los tránsitos a mujer trans implican desafíos adicionales, especialmente en relación con la supresión hormonal, la respuesta variable a los estrógenos y la tensión entre los objetivos de feminización y la funcionalidad sexual:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“A mí me parece mucho, mucho, mucho más complejo la mujer trans, hombre a mujer. No sé, son más exigentes, digamos que la consulta es un poco más difícil, sus personalidades son un poco más complejas, el del hombre trans es relativamente sencillo y creo que también eso va porque, digamos, la terapia con testosterona generalmente genera cambios muy llamativos de salida de vello, mejorar y además a muscular, alteración en la distribución grasa corporal. Con los estrógenos a veces es más difícil, porque lo toca luchar fuerte desde el punto de vista biológico para bajar esa testosterona. Entonces, también, por ejemplo, las mujeres trans a veces tienen esa dualidad, por ejemplo, entre el tema de la hormonización y el tema de las erecciones, me parece un poco más, más complejo”

De otro lado, Antonia (especialista en medicina familiar y sexología), expuso una perspectiva diferente, indicando que, aunque los tránsitos a mujer trans presentan retos específicos,

suelen tener trayectorias más fluidas en comparación con los tránsitos de hombres trans, donde algunos procedimientos quirúrgicos afirmativos aun no ofrecen resultados plenamente satisfactorios:

Entrevista 09, Antonia, marzo 2024:

“Los tránsitos de hombre a mujer trans generalmente son más fluidos y van haciendo avances constantes, pero por niveles. Un buen porcentaje se queda en mujer transgénero y no hace el cambio de sexo para pasar a ser una mujer transexual. Aparte en el caso de los tránsitos de mujer a hombre Generalmente hacen la histerectomía una de las cosas que más les fastidia es tener la menstruación, igualmente bajan sus senos sus mamas y apenas pueden hacen la mastectomía los cambios de Bello y de barba y bigote que son manifestaciones muy vires y que buscan varios de ellos a los seis meses de estar con la testosterona ya les aparecen y eso los empoderar bastante. Seguido también se quedan muchos de ellos Van hasta la métodoidioplastia, pero no transitan hasta el cambio de sexo total con la faloplastia que igualmente es un procedimiento que todavía no está completamente afinada y trae otras consecuencias como la alteración de la sensibilidad que es un elemento muy importante para ellos”

Estas percepciones que no son homogéneas coinciden en indicar que los procesos afirmativos de género están atravesados por factores biomédicos, sociales y subjetivos que moldean la diferencia de cada proceso de transición. Desde mi experiencia en el acompañamiento clínico, he observado que, si bien la terapia con testosterona suele presentar cambios más rápidos y protocolos más estandarizados, los tránsitos de hombres trans no están exentos de complejidades, especialmente cuando la corporalidad no responde a las expectativas personales o cuando surgen tensiones entre sus decisiones y el contexto social debido a la identidad de género. De esta manera, cada tránsito debe entenderse como un proceso situado que articula expectativas, limitaciones del sistema de salud, condiciones socioeconómicas y experiencias subjetivas, más que como un recorrido lineal o predecible.

Uno de los fenómenos más mencionados por los profesionales fue la automedicación, la cual fue identificada como frecuente en personas trans independiente del género. Para Gabriel, endocrinólogo, esta es la norma más que la excepción:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“Pues digamos que el común denominador es que la mayoría de estos pacientes llegan recibiendo terapia hormonal automedicada. Digamos que ya sea porque tienen amigas o amigos que también las utilizan y se van regando como la información, ellos se automedican, y generalmente automedicados de forma inadecuada porque utilizan, digamos, medicamentos que tienen estrógenos con progestágenos, etcétera. En el proceso, digamos, que lo que más les interesa inicialmente es el proceso de feminización, pues, que lo hacen con la terapia, con la terapia hormonal. Y digamos que, por último, algunos desean como la cirugía de reasignación, que es la minoría. En eso he notado que algunos de ellos, digamos, por ejemplo, mujeres trans que trabajan en webcam o que trabajan en tema de prostitución o de otras cosas, digamos que a veces no quieren la asignación de sexo quirúrgica, pues, porque dependen de su órgano sexual para su trabajo, o algunos piden que las terapias hormonales no les causen disfunción eréctil, pero digamos que piden que bajen las dosis. Entonces, es altamente variable el proceso de terapia”

La automedicación surge en muchos casos como una estrategia de adaptación o respuesta a las barreras de acceso. Muestra tensiones entre el deseo del tránsito de la persona (modificación del cuerpo) y las limitaciones del modelo biomédico que privilegia procesos lineales, estandarizados y rígidos.

Las y los profesionales del programa coinciden en la importancia del acompañamiento por interdisciplinario con el objetivo de construir un espacio reflexivo donde sea posible entender implicaciones, riesgos, expectativas y posibilidades reales en el entorno. Fernanda comentó al respecto:

Entrevista 05-2, Fernanda, junio 2024:

“Mmm, ya a nivel de endocrino, por ejemplo, o sea como pensando en las, en las atenciones por otros, pues algo que es fundamental, yo siento que, para empezar a tomar estas decisiones, porque también han habido casos donde llegan unas personas, por ejemplo, en su proceso más inicial de la transición. Entonces, pues llega con un nombre, pues con su nombre legal, que luego será su death name y luego empieza como a buscar cuál sería su nombre identitario y a reafirmarlo. Entonces, como que al principio puede ser como un poco como, como que llega como con esa pregunta y más como con esa inquietud como al espacio, como preguntándose bueno quién sería esta persona que quiero ser. Y quién ha venido siendo

esta persona que, y este rol que ha venido asumiendo y cómo se empieza como a, a, a generar como, como todo este proceso creativo finalmente, como de bueno quién deseo ser, que siento que es una pregunta que en general se da en los procesos psicológicos que permiten muchas transformaciones, pero que cuando es algo de base identitario pues tan profundo, pues requiere como una reflexión y un acompañamiento también como pues preferible como más constante. Porque pues son ya demasiadas las cosas que están en juego. Entonces, pues es como también muy interesante acompañar esos procesos como de, de ver como una identidad aparece”.

Manuel comenta sobre el acompañamiento a personas trans, manifestando que también implica confrontar expectativas moldeadas por los roles y estereotipos de feminidad o masculinidad hegemónicas que generan malestar cuando los cambios corporales no se ajustan a lo esperado:

Entrevista 06, Manuel, Julio 2024:

“La sola vivencia personal es muy conflictiva porque están todas estas construcciones sociales de lo que significa ser hombre o mujer y aunque esa persona tenga muchas cosas claras haciendo su tránsito, tenga muchas claras siempre regularmente, hay una preocupación por lo que yo debo construir en función de la feminidad, por ejemplo, si soy una mujer o un hombre trans yo qué debo construir, cómo me construyo como hombre. No es que me siento mal porque encontramos por ejemplo, que la persona no lo ha identificado, pero la persona tiene un conflicto con su cuerpo, con su rostro y eso tiene que ver con una expectativa de que ser mujer trans, por ejemplo significa no tener barba, no tener pelos en la cara, pero no mujeres general es eso, y como mujer tengo vestigios de que me salió vello, o tengo la manzana Entonces, hay mucho conflicto también en el tránsito, específicamente, entonces, relaciones familiares, sector social, salud, educación. Eso incluye por ejemplo, yo no quiero hormonarme, o si me estoy hormonando, pero la que no quiere hormonarse por ejemplo, no quiere pero también de conflicto de la decisión que también tomó en una sociedad ha volcado a que las mujeres trans en su mayoría se hayan transmedicalizado históricamente porque es la parte de la forma a través de las cuales las mujeres trans eran leídas como mujeres, pareciéndose lo más posible a las cis, y eso lo han logrado a través de la transmedicalización, y ya cuando no lo haces de todas maneras entras en conflicto”

El sufrimiento emocional como categoría transversal

La categoría de sufrimiento emocional atraviesa significativamente los relatos profesionales. Desde su experiencia clínica Fernanda expresa que la ruptura con las expectativas familiares, sociales y religiosas implican un proceso doloroso, vivido muchas veces como un duelo:

Entrevista 05-2, Fernanda, junio 2024:

“Yo por ejemplo en temas identitarios considero que muchas veces puede ser un factor de sufrimiento, eh, tener que romper con un montón de expectativas y demandas que implícitamente se están haciendo tanto a nivel social como a nivel, eh, por ejemplo, familiar o contextual. O sea, siento que eso puede ser como algo muy doloroso, eh, de abordar y también como el saber que se está renunciando a un privilegio, a un privilegio cis, eh, cisgénero. A un privilegio y que eso va a implicar enfrentar otros sin fin de situaciones que efectivamente pues como que vienen. Pero pues qué igual hay un costo en, en tomar cualquiera de ambas decisiones y como que el poder dar pasos hacia esa, pues a esta, hacia esta afirmación de género, eh, hacia estos procesos pues implica muchas renunciaciones, eh, y también una renuncia pues a quien se ha venido siendo, no, que es pues como algo que se ha venido construyendo y tener como que reconstruir todo eso para volver a, a como a, a elegir con que se quiere, como que se quiere conservar, que definitivamente son cosas que ya no quieren que hagan parte de sus vidas, pues es un proceso de transformación muy fuerte y yo siento que las transformaciones generan tanto muchas resistencias, como pues también muchos sufrimientos, no. Porque finalmente pues muchas, en muchos procesos se puede llegar a vivir como un duelo o una muerte, eh, a nivel, eh, pues como de identitaria para poder como volver a construir, eh, pues algo que, que seguramente ya venía haciendo, pero muchos más, con muchos más elementos como hacer una reconstrucción de, pues de, de muchos deseos, no. Entonces, como que poder reafirmar, poner límites pues más allá de, como pues socialmente puede requerir como pues demasiado esfuerzo y puede acarrear mucho sufrimiento”

Jota amplió este análisis hacia los aspectos intrapsíquicos, manifestó que el sufrimiento no solo emerge por discriminación sino por el complejo proceso interno de autoaceptación:

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“En general yo percibo, yo tengo contacto con algunas personas de la comunidad LGTBI y yo percibo un sufrimiento en algunos aspectos. No solamente por la cuestión de la discriminación, sino porque hay como una especie de trabajo, no sé si sea la palabra, interno que de alguna manera lleva al sufrimiento. que tiene que ver con la autoaceptación, que tiene que ver con una serie de camino diferente que tiene que recorrer y que es un camino que está estigmatizado y por eso muchas personas no lo viven abiertamente, sino que lo viven casi que desde la clandestinidad”

Estas reflexiones permiten un análisis donde la experiencia de profesionales no se limita a la labor operativa a nivel de la atención, sino que implica una comprensión del desarrollo de los procesos afirmativos de género en relación con las estructuras sociales, las violencias, las expectativas identitarias (propias y sociales), las desigualdades territoriales y las practicas institucionales que pueden reproducir la exclusión.

En resumen, para las y los profesionales entrevistados, el acompañamiento en procesos afirmativos de género exige reconocer la diversidad de tránsitos, la influencia del contexto, el sufrimiento emocional y el riesgo de instrumentalizar o deshumanizar los cuerpos trans. Estas reflexiones consolidan un eje fundamental para comprender los itinerarios terapéuticos desde una perspectiva de la salud pública, crítica y humana.

La instrumentalización de los cuerpos trans

En esta investigación uno de los temas fundamentales presentes y sensibles que emergió de las narrativas de las personas trans, así como de los profesionales de salud, fue el temor que tienen a ser instrumentalizados, especialmente en el contexto de atención en salud. Dicho temor no se vincula únicamente a experiencias explícitas de discriminación sino a un conjunto de prácticas, discursos y dinámicas históricamente arraigadas en la medicina que continúan ubicando a los cuerpos trans como objetos de observación, corrección o validación.

Desde la perspectiva de las personas trans entrevistadas, la instrumentalización aparece asociada a diferentes formas de ejercicio de poder en la relación médico-paciente, entre estas

se destaca: la patologización de la identidad de género, la clasificación basada en el sexo asignado al nacer, la imposición de criterios biomédicos sobre las decisiones del procesos afirmativo de género y realización de procedimientos invasivos sin un acompañamiento profesional oportuno ni el consentimiento necesario. Estas prácticas aumentan la sensación de vulnerabilidad y percepción de que los cuerpos no son entendidos como sujetos de derechos sino como objetos sobre los cuales se despliega un saber medico desde la autoridad y no desde la corresponsabilidad.

Un ejemplo de ello es Amerie, quien describió el malestar que experimentó durante una valoración clínica con el objetivo de “facilitar su proceso de transición”. La ausencia de consentimiento firmado para el examen físico y la toma de fotografías evidencio según ella la percepción de ser tratada como un objeto de estudio:

Entrevista 01, Amerie, diciembre 2023:

“No, ella solo me dijo: -ponte esta bata y pasa la camilla que te vamos a revisar- Ya eso fue como todo lo que me dijeron. Yo fui y me quité la ropa, me puse la bata y ya empezó a explicarle, no sé qué, vemos en este cuerpo, cómo se ha ido formando ves a las hormonas no sé qué, y tome fotos y tome fotos y luego voltéate, no sé dónde y tome fotos, ya. Me sentí muy expuesta, como sucia como utilizada y me pegué una vomitada, como que todo lo que había desayunado ese día vomité, horrible. Obviamente, nunca se lo dije porque seguía con la idea de ella es la médica, o sea el estatus, ella sabe lo que está haciendo y ella me está ayudando en el proceso”

Así mismo otros relatos manifestados, mostraron como la instrumentalización se puede cruzar con experiencias de discriminación directa. Así lo manifestó Sandra quien relata una de muchas situaciones que presento en el proceso de solicitud de una cirugía afirmativa.

Entrevista 02, Sandra, abril 2024: Entrevistadora:

“Adicional a los problemas que hay en la EPS, ¿porque crees que hay tanta dificultad en tu caso? Sandra: “Discriminación. Por ser una mujer trans. En algunos especialistas, por ejemplo, el tercer cirujano plástico que me vio a mí en el Mario Correa Rengifo, vulgarmente me hizo pelarle las tetas para decirme que no, que no me operaba, me trató como él, como señor, como todo eso, no me gustó, incluso yo salí y le puse la queja a la persona, a la de

recursos humanos, me dijo que no le parara bolas, que eso no era... para ellos no era una cosa grave”

Estas experiencias ayudan a comprender porque muchas personas trans retrasan su acceso a los servicios de salud, incluso cuando requieren atención urgente. En los primeros meses cuando me vincule al programa, observe que la baja demanda no respondía a la ausencia de necesidad sino al proceso prolongados de evaluación del espacio clínico: las personas trans necesitan identificar si el lugar es seguro, si serán escuchadas y si su identidad será respetada. Esto se confirma en las consultas donde antes de solicitar atención medica o psicológica muchas personas trans piden asesorías solo informativas para indagar intervenciones hormonales, cirugías afirmativas o los efectos esperados de los tratamientos.

Desde la perspectiva profesional, la instrumentalización se reconoce como un fenómeno que generar resistencias en la atención, especialmente en servicios de salud mental. Así lo expresó Jota, psiquiatra entrevistado, las personas trans suelen llegar a la consulta “a la defensiva” debido al estigma histórico desde la psiquiatría asociado a discursos despatologizante:

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“La experiencia es que se parece mucho a las poblaciones que terminan siendo marginadas y estigmatizadas por alguna razón. Entonces son personas que regularmente se presentan en la consulta como a la defensiva y que uno tiene que empezar la consulta por tratar de desescalar esa barrera y poder generar la confianza suficiente para que se pueda llevar a cabo la consulta. Al margen de eso, también tienen sus particularidades como grupo y pienso que tienden a tener rasgos de personalidad disfuncionales que hacen que más allá de su dificultad con la identidad de género o su necesidad de un cambio de género, también hay unas necesidades especiales a nivel personal, a nivel relacional, que hacen que muchas veces con el entorno se compliquen las situaciones. Obviamente son personas estigmatizadas y victimizadas en muchos servicios, incluyendo los de salud, que favorecen ese tipo de situaciones”

Jota también hizo énfasis en la baja adherencia a los tratamientos en psiquiatría y argumento que no responde a una falta de interés en la salud mental sino en el temor persistente de etiqueta diagnóstica y la posibilidad de reincidir en la patologización:

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“Pues la experiencia es diversa, pero en general yo pienso que hay muy baja adherencia al manejo farmacológico.

A través de la consulta no se logra como quitar ese estigma con respecto a la medicación del área de salud mental y digamos que los mitos prevalecen por encima de la información que uno le pueda brindar.

Es una cuestión que me parece que tiene que ver con un proceso a largo plazo pero que lastimosamente no se logra dar porque son pocos los pacientes que son adherentes también a la consulta. O sea, regularmente es un primer contacto y no vuelven. Son poquitos los que han tomado como, como que se apersonan de su tratamiento y buscan una regularidad. En eso que han buscado una regularidad, se ve una mejor adherencia al tratamiento que en los otros que cuando vuelven a consultar en algún momento por alguno se da cuenta que o nunca tomaron el tratamiento o lo iniciaron, pero ellos mismos lo terminaron”

Entrevista 08, Jota, septiembre 2024:

“Yo tengo en mi consulta posibilidades de ver pacientes de casi todas las edades, menos de la parte infantil, y no estoy hablando de población diversa, sino de población general. Entonces, de alguna manera tengo la oportunidad de ver, por ejemplo, pacientes de Univalle, y en mi consulta privada o en el consultorio donde yo hago consulta, pacientes de otras universidades que están más o menos en el mismo curso de vida y que no son población trans. Obviamente yo no puedo decir con solo mi experiencia que esto pueda ser una afirmación categórica, pero en la población trans se ve mucho menos adherencia al tratamiento que en los otros pacientes, así como aparentemente menos búsqueda de ayuda de los dispositivos de salud mental”

Estas resistencias deben interpretarse no como fallas individuales sino como respuestas adaptativas frente a un sistema que ha producido sufrimiento emocional acumulado a lo largo del tiempo. En mi práctica clínica observo cuadros frecuentes de ansiedad, ataques de pánico, y depresión, cuya intensidad se exacerba por dinámicas sociales, y familiares de rechazo, discriminaciones y violencias. Aunque estos cuadros también aparecen en población universitaria general, su prevalencia es mayor en personas trans, lo que puede evidenciar interacción entre las condiciones de vida, los itinerarios terapéuticos y los procesos afirmativos de género.

Finalmente, la instrumentalización de los cuerpos trans debe entenderse como parte de un cruce más amplio que incluye la deshumanización. Alejandra psicóloga del programa lo manifestó al hablar de identidad de género puede convertirse en una “historia única” que anula complejidad humana en cada persona:

Entrevista 05-1, Joseph, junio 2024:

“Lo que ha hablado de Aurora Vergara, sobre cuerpos y territorios vaciados, porque entonces digamos que este es un cuerpo que está cargado de significados, por ejemplo, GonG es una persona amable, respetuosa, atenta, diligente todo ta, pero lo vacío de todo ese significar y de cuál y lo único que yo decido, eh, ver que es, por ejemplo, es una persona trans. Que es el peligro de la historia única, cuando uno narra que claramente es una persona trans, pero cuando todo lo de esta persona la, la, como la profundidad, las dimensiones de esta persona se reducen solamente a una característica específica. Entonces, pasa mucho, en este caso sí con personas trans, pero también pasa con las personas que, eh, pues que son, eh, racializadas, personas con discapacidad”

En resumen, la instrumentalización no solo reproduce relaciones de poder en la atención en salud, sino que también profundiza las barreras de acceso, incrementa el sufrimiento emocional y refuerza la desconfianza hacia los servicios. Su comprensión resulta indispensable para el análisis de los itinerarios terapéuticos trans pues explica porque muchas decisiones se tomar por fuera del sistema de salud formal, en las redes comunitarias, amistades y redes de apoyo no institucionales. Al mismo tiempo evidencia la urgencia de prácticas clínicas éticas, sensibles y humanas que reconozcan a las personas trans como sujeto de derecho y no como cuerpos disponibles para la intervención médica.

Algunas reflexiones finales sobre la atención a personas trans dentro de la estructura del sistema de salud actual

La atención a personas trans en el sistema de salud colombiano continua atravesada por dinámicas estructurales que afectan tanto a quienes buscan acompañamiento como a quienes intentamos ofrecerlo. La fragmentación de los servicios, la escasa capacidad resolutive del nivel primario y la burocracia propia de las rutas y protocolos vigentes, configuran un

escenario donde los procesos afirmativos de género (como sucede con otras necesidades diferenciales), son susceptibles de las dinámicas de retrasos, reprocesos y barreras persistentes. Estas limitaciones impactan directamente la vida de las personas trans, pero también las posibilidades de acción de profesionales que intentamos brindar una atención más acorde a las necesidades de quienes solicitan los servicios de salud.

En la experiencia del programa, al no estar completamente integrado al sistema de salud, el acompañamiento suele operar de manera paralela a los servicios asistenciales. Esta posición “bisagra” ha permitido apoyar a las personas trans en la navegación dentro del sistema de salud: orientar tramites, aclarar procesos y mediar con otros equipos clínicos, especialmente ante el desconocimiento frecuente sobre los procesos afirmativos de género. Por esto, muchas personas trans acuden primero al programa en búsqueda de información clara y espacio seguro antes de enfrentar las dinámicas institucionales de su EPS o IPS.

Las emociones que surgen en quienes acompañamos estos procesos son parte fundamental de esta reflexión. Para algunas y algunos profesionales, la vivencia cotidiana de barreras y obstáculos genera un sentimiento de frustración que se relaciona con un ejercicio permanente de sensibilidad y revisión personal. Así lo expreso Fernanda (psicóloga del programa) al referirse a las tensiones que surgen en los acompañamientos:

La dinámica que caracteriza el sistema de salud desde aspectos como la fragmentación de los servicios, el poco impacto de las atenciones en el contexto de la atención primaria, así como la burocracia que existe en los protocolos de atención o rutas de atención que se plantean para el acceso a servicios hace de los procesos afirmativos de género como en otras situaciones de salud que existan limitaciones persistentes y reprocesos administrativos que impactan en los procesos de acompañamiento y acceso a servicios diferenciales de las personas trans. Lo anterior por supuesto afecta directamente a las personas trans pero también a algunos profesionales de salud quienes ven limitadas sus posibilidades para el acompañamiento de personas trans.

En la experiencia dentro del programa al no estar directamente incluido en el sistema las intervenciones están basadas más en un proceso de acompañamiento paralelo que en varias ocasiones surte el papel de gestión frente a los procesos asistenciales, este rol se puede llevar a cabo especialmente por el desconocimiento de los profesionales de salud frente a los

procesos afirmativos de género por lo que la asesoría indirecta que se realiza desde el programa tiende en la gran mayoría de los casos a facilitar el acceso a servicios. Sin embargo, varias personas trans acuden al programa también a buscar asesoría inicial antes de enfrentarse al sistema de salud en búsqueda de acceso.

La frustración es una característica que algunos profesionales de la salud manifiestan como presente en los procesos de acompañamiento a personas trans precisamente relacionada con las barreras que se encuentran en el sistema cuando de llevar a cabo sus procesos afirmativos se trata. Así lo manifestó Fernanda, psicóloga del programa:

Entrevista 05-1, Fernanda, junio 2024:

“Pues yo pensaría en algo y es que sí puede llegar a ser como muy confrontador. O sea, por más que uno se, como que intenta sostener una postura profesional o distanciada y demás, finalmente pues sí se producen pues como muchas cosas donde uno termina por ejemplo frustrad, sí, eh, por tantas barreras o tantos obstáculos que pueden enfrentar las personas trans como en su día a día. O sea, siento que, si termina como, mmm, termina uno como comprendiendo, eh, pues muchos temas, por ejemplo, desde lo que es el privilegio y desde lo que, en su realidad, eh, como qué a ti no, no te afecta o no te toca constantemente como estar como aclarando o, o reafirmando como temas identitarios. Entonces, que a nivel como pues ya personal, como que pues sensibiliza mucho más aunque ya había tenido pues acercamientos y demás, pero como que el poder ver tantos casos de u, como, como tanto número y tanta diversidad también como el caso a caso de como cada persona lo vive a nivel familiar, a nivel social, a nivel académico y sobre todo también como a nivel de las atenciones o de como cada persona tiene unas, eh, unos deseos puntuales, eh, para sus transiciones y unos obstáculos y barreras específicas que pueden estar algunas personas tienen muchas facilidades con temas médicos o posibilidades digamos de acceder a, eh, no sé, a, a asuntos particulares a, pues tienen como ciertas facilidades económicas. Entonces, eso como que, eh, merma barreras de acceso a servicios. Pero tienen muchas barreras en temas familiares. Entonces, respecto a eso es como o algunas personas tienen totalmente, eh, como la apertura en sus hogares como para poder iniciar su proceso, eh, inmediatamente cuentan con mucho apoyo, eh, entonces eso facilita otras cosas a nivel también emocional, mientras que empiezan a vivir muchas, eh, barreras de acceso a nivel medico”

Otros profesionales también reconocen que la experiencia de acompañamiento genera un reto. Al respecto Joseph comento:

Entrevista 05-2, Joseph, junio 2024:

“Ha sido retador. Ha sido muy retador. Porque si yo tengo, eh, experiencia acompañando personas diversas, eh, también desde un enfoque interseccional acompañando mujeres que son diversas, personas afrodescendientes racializadas que son diversas, mmm, no había tenido la oportunidad de acompañar directamente a una persona trans”

En este mismo sentido, Gabriel (especialista en endocrinología), describió como la atención se vuelve un proceso que implica negociación interna, confrontación de imaginarios y apertura emocional:

Entrevista 07, Gabriel, octubre 2024:

“Ahora ya como especialista en endocrinología desde hace aproximadamente un año, sobre todo aquí que empecé a trabajar en el hospital, digamos empecé a ver más pacientes con incongruencia de género, digamos que es una experiencia en cierta parte un poco frustrante ocasionalmente por el acceso que tienen estos pacientes a la atención, pero también es gratificante poderlos ayudar, entenderlos desde su base de las dificultades que han transitado por su incongruencia de género, no sé si llamarlo condición, características, pero que en nuestro medio, digamos, tienden a sufrir mucho por la poca aceptación, por la poca posibilidad de atención, en cierta parte también por la poca información y son pacientes que buscan, digamos, ayudas externas en no médicos para... o se automedican en sus compañeros de proceso y a veces no digamos consultan oportunamente. También siento que es una experiencia digamos también retadora en términos que muchos de sus pacientes tienen otras patologías como el caso de VIH, de pronto no sé si es por la población que vemos en el Hospital Universitario del Valle, algunos trabajos no tan ortodoxos, entonces digamos que también le toca a uno cambiar un poquito como su concepción y paradigmas que tiene frente, frente a estos pacientes que también han sido creados culturalmente y entenderlos y poderlos ayudar desde la compasión y el amor y que se sientan lo mejor atendidos posibles. Esa sería como mi experiencia”

Estas experiencias profesionales permiten dimensionar como el sistema, tal como está configurado interviene en los itinerarios terapéuticos. En varios casos, la identidad de género

parece convertirse en la puerta de entrada del tipo de atención que reciben las personas trans. Muchas personas trans expresan que su EPS o su IPS primaria no representa un espacio seguro para necesidades cotidianas o preventivas, pues generalmente está presente el temor a la exposición, a la patologización o el trato irrespetuoso. Experiencias como la médica general que insistía en referirse en masculino a una paciente trans a pesar de realizarle la aclaración sobre la identidad, evidencian posturas de resistencia, desconocimiento de prácticas afirmativas necesarias para la atención diferencial.

Las rutas de atención tampoco están exentas de las barreras dentro de los procesos en salud. En los itinerarios terapéuticos de las personas trans estas situaciones se agudizan. Los retrasos prolongados para acceder a las cirugías afirmativas, las negaciones de servicios repetitivas y las demoras para autorizar procedimientos son situaciones mencionadas por varios de los participantes. Como profesionales asistenciales, podemos convertirnos en facilitadoras o barreras según el nivel de agencia que asumamos frente a estas limitaciones. No todas las personas trans enfrentan el mismo nivel de dificultades, pero la mayoría sí atraviesa barreras significativas que condicionan la continuidad de sus procesos afirmativos.

Uno de los puntos más críticos se sitúa en el acceso a servicios de salud mental. Aunque la mayoría de los protocolos institucionales exigen valoración psicológica o psiquiátrica para avanzar en los procesos afirmativos, la fragmentación hace casi imposible garantizar continuidad en el acompañamiento. La atención suele centrarse en el diagnóstico, la medicación y el modelo basado en la enfermedad sin suficiente formación en atención diferencial ni en diversidad sexual. Al respecto GonG expresó:

Entrevista 05-3, GonG, junio 2025:

“Ustedes me conocen a mí y quién lo ha logrado, no lo sé y no sé si por ejemplo en una interacción con profesionales de la salud, si eso se logre efectivamente, será que las personas desde psicología o desde medicina logran conocer totalmente a sus personas o pacientes atendidos, logran dimensionar lo que decía Joseph todo el componente grande de la persona y no, diagnóstico depresión, diagnóstico de transexualismo, sí”

Las limitaciones estructurales se extienden también al ámbito administrativo e informático. Aun cuando existen protocolos o guías con enfoque afirmativo, su sola existencia no garantiza transformaciones en la práctica clínica: los registros permanecen en una dinámica

binaria y los sistemas que permiten modificaciones no necesariamente se relacionan con acciones afirmativas sostenidas. Durante la pandemia, la virtualidad facilitó el acceso a algunos servicios para personas trans, evidenciando que cambios administrativos relativamente simples pueden disminuir barreras; sin embargo, estas flexibilidades no se mantuvieron tras el retorno a la presencialidad.

De otro lado, las inequidades económicas profundizan las diferencias en los itinerarios terapéuticos. Algunas personas optan por costear consultas o procedimientos por fuera del sistema para asegurar oportunidad y continuidad. Así lo explico Antonia (especialista en medicina familiar y sexóloga):

Entrevista 09, Antonia, marzo 2024:

“En mi consulta particular que la tengo hace unos casi 40 años o sea 30 y siete años más o menos se da situaciones diferentes con las personas Trans. Usualmente cuentan con recursos económicos que les permiten transitar Más rápidamente, con mayor fluidez y sin tener dependencia total de las IPS o del sistema que tenga. Lo escribe como IPS y es entidad promotora de salud o sea EPS”

Para quienes no cuentan con estas posibilidades, se vuelven frecuentes los mecanismos comunitarios de financiación como lo comentó Fernanda (psicóloga del programa):

Entrevista 05-2, Fernanda, junio 2025:

“He visto también como, eh, por fuera de las atenciones como en otros casos que se empiezan a, a, a, a hacer como recolectas, como vaquis o sí como, como a solicitar apoyo o, eh, o rifas y demás, eh, como posibilidades para poder recoger el, el dinero que se requeriría para hacer estas intervenciones quirúrgicas”

Estas dinámicas confirman que el sistema de salud, tal como opera actualmente, reproduce inequidades y ralentiza procesos que, desde una perspectiva de derechos, deberían estar garantizados sin obstáculos. La reflexión realizada a lo largo del trabajo de campo permite afirmar que más que un problema de protocolos aislados se trata de un entramado estructural que limita la posibilidad de aplicar un enfoque diferencial en la atención médica. En este

contexto, el rol de las y los profesionales de salud se vuelve aún más relevante. Nuestras practicas pueden contribuir a sostener las barreras existentes o por el contrario a abrir espacios para procesos afirmativos más dignos, respetuosos y humanizados.

Conclusiones del capítulo 3

La experiencia de acompañar a personas trans en sus procesos afirmativos de género ha sido para mí transformadora en tanto cuestionó radicalmente las certezas heredadas de mi formación académica y me obligo a revisar críticamente mis propias practicas clínicas. Este proceso implicó reconocer los límites de un enfoque biomédico que poco dialoga con la complejidad de las trayectorias identitarias y que, en muchas ocasiones, reproduce sin cuestionamiento categorías normativas sobre lo que debe considerarse “normal” o “anormal” en torno al género.

El trabajo de campo y la realización de entrevistas permitió situar mi experiencia en un contexto más amplio: las vivencias, tensiones, frustraciones y aprendizajes que comparten otros y otras profesionales de la salud que atienden a personas trans. En términos generales, los discursos recogidos muestran un compromiso ético por evitar que los espacios de atención repliquen violencias históricas, así como un reconocimiento explícito de la necesidad de revisar los propios prejuicios y de construir saberes nuevos que permitan un acompañamiento más respetuoso y afirmativo.

Al mismo tiempo, las entrevistas evidenciaron que este compromiso convive con múltiples desafíos: las brechas en la formación académica, la persistencia de la patologización, la instrumentalización de los cuerpos trans, las resistencias institucionales y la fragmentación del sistema de salud, elementos que limitan la posibilidad de un ejercicio clínico coherente con un enfoque diferencial. Aun así, los profesionales entrevistados señalaron que es precisamente el vínculo con las personas trans donde se generan procesos de aprendizaje más significativos y donde se amplía la comprensión de lo que implica acompañar itinerarios terapéuticos profundamente atravesados por desigualdades estructurales.

Este capítulo muestra que la atención a personas trans no solo interpela al sistema de salud sino a quienes lo habitamos. Nos exige revisar los lugares desde los cuales nombramos, intervenimos y acompañamos. En este sentido, el dialogo de la práctica clínica y la reflexión crítica constituye un punto de partida indispensable para avanzar hacia modelos de atención que reconozcan la dignidad, la agencia y la humanidad plena de las personas trans.

Conclusiones generales

Comprender los itinerarios terapéuticos de las personas trans desde una perspectiva de salud pública y un enfoque etnográfico permitió reconocer que los procesos afirmativos de género no pueden ser entendidos únicamente como intervenciones clínicas sino como trayectorias profundamente vinculadas a las experiencias de vida, a las condiciones estructurales y las tensiones sociales que configuran el bienestar de esta población. A lo largo de la investigación fue evidente que la identidad de género constituye el eje articulador de las narrativas recogidas, no como categoría aislada sino como un punto donde se encuentran el sufrimiento emocional, las resistencias sociales, las decisiones corporales y las disputas por la legitimidad identitaria.

Los hallazgos del capítulo 1 permitieron reconocer que las experiencias de vida trans están marcadas por tensiones relacionales (familiares, comunitarias, institucionales y estructurales) que reproducen expresiones de la matriz cisheteronormativa. Estas tensiones no solo emergen en el intercambio con los otros sino también en los conflictos intrapsíquicos que algunas personas describen entre su vivencia identitaria y las expectativas sociales. Esta comprensión resulto fundamental para situar la importancia del autocuidado, los entornos seguros y la necesidad de un enfoque de salud mental que legitime el sufrimiento emocional sin patologizar la identidad de género.

En el capítulo 2, el análisis de los itinerarios terapéuticos evidencio que, a pesar de su singularidad, existen patrones que revelan la complejidad de los procesos afirmativos de género. Los itinerarios mostraron dinámicas que, aunque se despliegan dentro de marcos institucionales biomédicos, trascienden las lógicas de enfermedad, diagnóstico y tratamiento,

acercándose más a trayectorias de vida que combinan rutas formales e informales de cuidado. En este contexto, las redes profanas se posicionan como un soporte fundamental, no solo para la contención emocional sino como fuente de prácticas de información, acompañamiento y mediación ante las barreras del sistema de salud. Esto representa una oportunidad para repensar los modelos de atención desde la salud pública integrando estas redes como aliadas estratégicas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El capítulo 3 permitió comprender la atención a personas trans desde la perspectiva de quienes la brindan. Las entrevistas a profesionales revelaron tanto un compromiso ético por evitar violencias institucionales como la consciencia de las limitaciones que impone el sistema de salud: brechas en la formación académica, patologización persistente, instrumentalización de los cuerpos, fragmentación del sistema y dificultades para garantizar la continuidad en los procesos. La experiencia profesional aparece como un campo de aprendizaje que confronta prejuicios, deconstruye certezas y exige nuevas formas de nombrar, comprender y acompañar. En este sentido, la atención a personas trans interpela de manera directa a quienes ejercen el cuidado en salud, obligando a revisar críticamente las prácticas clínicas y la manera en que se construye las relaciones terapéuticas.

En general, a través de los tres capítulos, esta investigación permite concluir que los itinerarios terapéuticos en personas trans son procesos profundamente relacionales, estructuralmente condicionados y clínicamente desafiantes, cuya comprensión requiere enfoques transdisciplinarios que articula la salud pública, la antropología, la psicología, la sociología y la medicina. La matriz binaria cisheterosexual continúa operando como un eje regulador que define quienes pueden acceder a reconocimiento, cuidado y legitimidad, generando desigualdades que se expresan tanto en las experiencias de vida como en las prácticas institucionales.

En términos generales, retomo aquí el tema planteado en la introducción de esta tesis en donde hice referencia a los aspectos que atraviesan la vivencia de la sexualidad humana, especialmente aquellas vinculadas a la exploración del cuerpo, la masturbación, y el descubrimiento del deseo, prácticas que suelen asociarse a la vergüenza y por tanto generan censura y corrección. Este patrón no es aislado. Rita Segato plantea que la sexualidad y el

género se producen en un orden social donde opera un *mandato pedagógico de la violencia* que busca corregir, disciplinar y castigar aquello que desborda la matriz heteronormativa y sus consideraciones sobre el género. En este sentido, la exploración identitaria de las personas trans queda inmersa dentro de los territorios que la cultura considera amenazantes o disidentes y sobre los cuales despliega mecanismos de vigilancia, control y punición.

Desde el feminismo interseccional, esto permite comprender que la violencia ejercida sobre la expresión y el reconocimiento de identidades trans no responde únicamente a actos individuales, sino a una estructura que, como advierte Segato, utiliza la violencia para *aleccionar y reinstalar jerarquías*. La corrección moral, los silenciamientos, las expulsiones simbólicas o física, y las interpretaciones patologizantes funcionan como dispositivos que buscan sostener la hegemonía del orden sexual moderno/colonial. La respuesta social frente a la diversidad de género opera así como una *pedagogía de la crueldad*: enseña que cuerpos y deseos son legítimos y cuales deben ser devueltos a la norma o castigados por desafiarla.

En este marco, la identidad trans (al igual que las orientaciones sexuales no normativas y las conductas exploratorias propias del desarrollo psicosexual) activa una respuesta social correctiva que no solo pretende regular comportamientos, sino también reafirmar una estructura de poder que se siente amenazada. Las personas que reconocen una identidad de género diferente a la asignada al nacer, o que simplemente exploran posibilidades corporales y afectivas, quedan situadas en un lugar donde su voz pierde legitimidad y donde su experiencia es interpretada como “problema”, “error” o “anormalidad”. Esta deslegitimación, que Segato describe como *parte del orden de género que convierte a ciertos cuerpos en territorios disponibles para la violencia*, profundiza la inequidad y limita la posibilidad de la escucha, del diálogo y de la construcción colectiva de sentidos sobre la sexualidad y el género.

Desde este panorama, es imprescindible avanzar hacia modelos de atención que integren un enfoque diferencial que privilegien la continuidad del cuidado, la despatologización, el reconocimiento de la agencia y la dignidad de las personas trans y que sigan la salud mental como un componente central desde una perspectiva no biomédica sino relacional y comunitaria. La salud pública tiene un papel fundamental: generar políticas, estrategias y prácticas que transformen la formación profesional, fortalezcan la atención primaria en salud,

reconozcan el papel de las redes profanas y reduzcan las inequidades históricas que afectan esta población.

Por último, esta investigación muestra que pensar la salud de las personas trans implica necesariamente repensar el sistema de salud, sus fundamentos epistémicos, sus modos de atención y sobre todo las prácticas cotidianas de quienes lo habitan. Solo un enfoque integral y afirmativo permitirá construir rutas de cuidado que respondan realmente a las necesidades, deseos y trayectorias de las personas trans en su complejidad humana.

Recomendaciones para la salud pública

Los hallazgos de esta investigación muestran la necesidad de avanzar hacia un modelo de salud pública que reconozca puntualmente la identidad de género como un determinante social de la salud y que aborde los procesos afirmativos de género como parte integral del bienestar. Esta propuesta requiere ubicar las experiencias trans en el marco de la violencia estructural cuya comprensión puede darse desde la acumulación histórica de exclusiones (incluyendo las institucionales), estigmas e inequidades sociales que afectan la cotidianidad y las posibilidades de cuidado. Desde esta perspectiva, el sistemas de salud no debe tener una posición neutra pues a través de este se reproducen o transforman desigualdades de acuerdo con su capacidad de incorporar enfoques diferenciales, prácticas no patologizantes y modos de relación que garanticen la dignidad de las personas.

Fortalecimiento de la educación en salud sexual integral y diversidad sexual

Combatir la violencia simbólica que se presenta dentro del contexto de la atención en salud, requiere un fortalecimiento de los procesos educativos en diversidad sexual y de género. Esta tarea no puede limitarse a la formación universitaria ni a cursos opcionales. Debe iniciar en la educación básica mediante estrategias de educación sexual integral que permitan a niñas, niños y adolescentes, reconocer las múltiples expresiones del género y construir consolidar entornos de respeto y no violencia.

Desde la salud pública, este enfoque debe ser transversal y abarcar la formación de docentes, profesionales de la salud y personal técnico-administrativo para que puedan contar con herramientas conceptuales, éticas y prácticas para acompañar a personas trans de manera informada y respetuosa.

A nivel universitario, es necesario reformular los currículos de las profesiones de la salud para integrar contenidos estructurales sobre sexualidad, diversidad y determinantes sociales de la salud con el objetivo de confrontar el paradigma asistencialista que privilegia la atención a las personas determinado por la presencia de una enfermedad. Esta transformación implica reconocer que la falta de formación, como se pudo evidenciar en las entrevistas y en el análisis de la experiencia profesional durante esta investigación, reproduce sin intención formas de discriminación y patologización.

En este mismo sentido, la salud pública debe reforzar el estudio e investigación de las desigualdades asociadas a la diversidad sexual, evitando que las vivencias trans continúen ubicadas al margen del análisis salubrista.

Modelo de atención diferencial: operatividad, intervención a la fragmentación y transdisciplinariedad

El diseño de un modelo de atención diferencial para personas trans requiere trascender la normatividad y corresponder a prácticas concretas con capacidad de intervenir las formas de violencia estructural contemporánea que atraviesa el sistema de salud. Las instituciones no solo reproducen exclusiones materiales sino también dinámicas simbólicas y burocráticas que naturalizan el sufrimiento de ciertos cuerpos (Bourgois, 2003). En el caso de las personas trans, esta violencia institucional se expresa en rutas patologizantes, barreras administrativas persistentes y una profunda fragmentación de afecta los procesos afirmativos de género y menoscaba la dignidad durante la atención.

Superar estas tensiones exige un modelo que opere con claridad conceptual y con herramientas efectivas de articulación institucional. Dicho modelo debería poder integrar los siguientes elementos:

- Equipos transdisciplinarios, capaces de articular saberes clínicos, psicológicos, sociales, comunitarios y legales, así como comprender la identidad de género como un determinante clave del bienestar.
- Una atención primaria fortalecida, cuyo rol como primera puerta de entrada para las personas trans pueda garantizar la capacidad resolutive, evitando prácticas que reproduzcan acciones patologizantes y formas de violencia
- Protocolos no patologizantes, donde el acompañamiento reconozca la agencia de las personas trans sobre sus decisiones corporales, sin someterlas a evaluaciones psiquiátricas obligatorias o validaciones externas que reafirman la desigualdad pero que permitan el acceso a servicios para la atención de salud mental en clave de bienestar
- Rutas clara para el acceso oportuno a procesos hormonales, quirúrgicos y de salud mental, evitando reprocesos administrativos y ausencia de continuidad en la atención que profundizan las vulnerabilidades estructurales
- Mecanismos de articulación interinstitucional, buscando contrarrestar la fragmentación del sistema de salud y garantizando la continuidad, seguimiento y coherencia entre los diferentes niveles de atención.

De acuerdo con lo comentado, el Programa Campus Diverso surge como un ejemplo concreto de que es posible construir un modelo operativo con enfoque afirmativo, aun dentro de las limitaciones al ubicarse de forma paralela al sistema de salud perteneciendo a una institución de educación superior. Su organización basa en un equipo interdisciplinario, asesoría entre pares, acompañamiento continuo, dialogo permanente con redes comunitarias y mediación institucional demuestra que la transdisciplinariedad no es solo un principio conceptual, sino una práctica cotidiana que transforma la experiencia de atención. Este programa evidencia que cuando el cuidado se estructura desde el respeto, la escucha y la corresponsabilidad, disminuye la instrumentalización de los cuerpos trans y se amplían las posibilidades de bienestar.

Este tipo de experiencias, aunque surgidas en contextos universitarios, muestran caminos posibles para repensar el sistema de salud desde una lógica no punitiva, no burocrática y profundamente humana. Constituye, además, un punto de partida para imaginar modelos de

atención que reconozcan la historicidad de las trayectorias trans, la centralidad del sufrimiento social y emocional en sus itinerarios y la necesidad de mecanismos institucionales que puedan reparar y no reproducir las desigualdades estructurales.

Estrategias comunitarias para el acompañamiento a personas trans

Desde la perspectiva de salud pública, es indispensable diseñar estrategias comunitarias que reconozcan y articulen las redes no formales (profanas) como componentes esenciales del acompañamiento. Estas redes (pares, amistades, colectivos, espacios comunitarios), constituyen para muchas personas trans la primera fuente de contención emocional, información y apoyo frente a las barreras del sistema de salud. Integrarlas no significa desplazar la atención institucional, sino ampliar su alcance para que la salud se adapte a las realidades vivenciales de las personas y fortalezca su capacidad de agencia y autocuidado. Esto implica promover prácticas de cuidado comunitario, formación de agentes pares y mecanismos de articulación con la atención primaria en salud que garanticen la continuidad entre los apoyos comunitarios y los servicios formales.

Recomendaciones generales para la política pública en salud

Las recomendaciones derivadas de esta investigación apuntan a la necesidad de consolidar un sistema de salud capaz de reconocer las trayectorias de vida de las personas trans, su agencia y los determinantes sociales que configuran su bienestar. Para ello es fundamental incluir el enfoque afirmativo de género en el próximo Plan Decenal de Salud Pública, asegurando los lineamientos operativos que garanticen el acceso, calidad y continuidad en los procesos afirmativos. Este enfoque requiere la participación de sectores más allá del ámbito de la salud (educación, vivienda, justicia y protección social) y la implementación de modelos de atención diferencial transdisciplinarios que permitan reducir las desigualdades estructurales y avanzar hacia un cuidado integral que respete la dignidad de las personas trans.

Limitaciones y fortalezas

Limitaciones

Una limitación es el alcance metodológico como estudio cualitativo y etnográfico, cuyo proceso al ser situado limita la posibilidad de generalizar los hallazgos a todas las experiencias trans en otros contextos o territorios. Esta investigación se realizó con un número de participantes, en un escenario específico de acompañamiento paralelo al realizado dentro del sistema de salud propiamente dicho, pero rescatando las experiencias dentro de este.

La totalidad de los itinerarios terapéuticos reconstruidos corresponden a personas con procesos afirmativos de género binarios lo cual deja por fuera la complejidad que implica las experiencias de vida trans no binarias.

Como investigadora, mi doble rol como profesional asistencial y quien realiza la etnografía generó tensiones en el marco analítico.

Fortalezas

Entre las principales fortalezas se destaca el abordaje desde un enfoque etnográfico con el análisis de los itinerarios terapéuticos, lo cual permitió articular profundamente las experiencias de vida trans con las dinámicas institucionales del sistema de salud. El trabajo de campo con personas trans y profesionales de salud permitió identificar tensiones y significados que difícilmente pueden surgir en otros diseños de investigación.

La investigación permitió incorporar las voces tanto de personas trans como profesionales de diferentes disciplinas, así como mi propia reflexividad, lo que proporciono un medio de interpretación que favoreció el análisis crítico y transdisciplinario.

Esta investigación tuvo la capacidad de problematizar los temas relacionados con la estructura y prácticas del sistema de salud desde la vivencia de quienes lo habitan, aportando elementos que pueden ser usados como formular políticas públicas, formación en enfoque

diferencial a profesionales de la salud y el fortalecimiento de enfoques de atención afirmativos y cuidado para las personas trans.

Investigaciones futuras

Los hallazgos de esta investigación abren la posibilidad de plantearse varios interrogantes con el objetivo de profundizar en el conocimiento y la comprensión de los procesos afirmativos de género y su relación con el sistema de salud. Es importante plantearse futuros estudios que analicen las experiencias de vida trans de personas no binarias. En este mismo sentido es importante plantear estudios que permitan evaluar críticamente la formación en diversidad sexual y de género de los programas de la salud. Así como también plantear investigaciones sobre las estrategias comunitarias de apoyo, redes profanas o no formales y las prácticas de cuidado existentes en itinerarios terapéuticos de personas trans para evaluar de qué manera puede articularse a políticas públicas en salud que permitan el acceso a una atención realmente diferencial.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, 42(1), 29–43.

Association of Social Anthropologists of the UK and the Commonwealth. (2021). Ethical guidelines for good research practice. Recuperado de https://www.theasa.org/downloads/ethics/asa_ethicsgl_2021.pdf

Auffray, C., & Noble, D. (2009). Origins of systems biology in William Harvey's masterpiece on the movement of the heart and the blood in animals. *International Journal of Molecular Sciences*, 10(4), 1658–1669. <https://doi.org/10.3390/ijms10041658>

BBC News Mundo. (s. f.). Quiénes son los muxes, el tercer género que existe en el sur de México: "Hay hombres y mujeres, y hay algo en medio". Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/vert-tra-46374110>

Billings, D. B., & Urban, T. (1982). The socio-medical construction of transsexualism: An interpretation and critique. *Social Problems*, 29(3), 266–282.

Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *Lancet Child & Adolescent Health*, 5(8), 582–588. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00098-5)

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.

Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148–1177. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>

Bourgois, P. (2003). *En busca de respeto: Vendiendo crack en Harlem*. Siglo XXI Editores.

- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós Studio.
- Campo-Arias, A., & Reyes-Rojas, M. (2024). Disforia o incongruencia de género: Más de lo mismo en la CIE-11 y el DSM-5-TR. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(1), 5–7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.001>
- Cantini, J. E., Sierra, A. M., & Grupo de Disforia de Género del Hospital de San José. (2021). *Disforia de Género*. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
- Caribe Afirmativo. (s. f.). Caribe Afirmativo. Recuperado de <https://www.caribeafirmativo.lgbt/>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Gooren, L., Guss, C., Hakeem, A., Hancock, A. B., Haynes, K. C., Kossai, M., Leinung, M., Marchiano, L., Mayes, E. G., Motmans, J., Oates, J. M., ... Wesp, L. M. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Supl. 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Colombia Diversa. (s. f.). Colombia Diversa. Recuperado de <https://colombiadiversa.org/>
- Congreso de la República de Colombia, Senado. (2024). Proyecto de Ley No. 001/2024 S. "Con los niños no te metas". Recuperado de <https://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2024%-202025/PL%20001-24%20CON%20LOS%20NI%C3%91OS%20NO%20TE%20METAS.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Quinta de Revisión. (2016, 11 de julio). Sentencia T-363 de 2016 [M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-363-16.htm>
- Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. (2010). Recuperado de <https://www.singaporestatement.org/statement>

- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36–43. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1102716>
- El Espectador. (s. f.). Twiggy, la metamorfosis de una mujer empresaria y trans | Sin Clóset [Video]. YouTube. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Fmw89pMITy0>
- Errasti, J., Álvarez, M. P., Domingo, R., & Valcárcel, A. (2021). Nadie nace en un cuerpo equivocado. Deusto.
- Escobar, T. [@twiggyescobar]. (s. f.). [Perfil de Twiggy Escobar]. Instagram. Recuperado de <https://www.instagram.com/twiggyescobar?igsh=MWFkNTcxczBjY2FoNw==>
- Falconí Travéz, D. (2021). La heteromarcageidad contradictoria como herramienta crítica cuy(r) en las literaturas andinas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 7, e587. <https://doi.org/10.24201/reg.v7i1.587>
- Familiares y Amigos Unidos por la Diversidad Sexual (FAUDS). (s. f.). FAUDS. Recuperado de <https://www.fauds.org/>
- Family Acceptance Project. (s. f.). Selected publications, training and resource materials. San Francisco State University. Recuperado de <https://familyproject.sfsu.edu/publications>
- Fisher, E., Wright, S., & Sargeant, C. (2025). What do measures of gender identity tell us about gender identity over time? *British Journal of Developmental Psychology*, 43(2), 319–341. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12491>
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad*, 1: La voluntad de saber. Siglo XXI Editores.
- García López, D. J. (2015). Bestiario jurídico: Dispositivos de normalización ante la transexualidad. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 49, 395–415.
- García, D., & García, J. (2021). La lingüística cuir en diálogo con los estudios críticos de discapacidad en Latinoamérica: Un estudio de caso de la prensa colombiana. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 7, e560. <https://doi.org/10.24201/reg.v7i1.560>

- Ghiasi, Z., Khazaei, F., Khosravi, M., & Rezaee, N. (2024). Physical and psychosocial challenges of people with gender dysphoria: A content analysis study. *BMC Public Health*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17537-z>
- Graul, S. (2019). El tercer género de los binnizá entre globalización y etnicidad: ¿Identidades híbridas? *Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – UESB*, 4(7).
- Guerrero, J., & Mora, C. (2020). Protocolo de tratamiento hormonal en niños y adolescentes trans. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 11(Supl. 1).
- Haimson, O. L., & Veinot, T. C. (2020). Coming out to doctors, coming out to "everyone": Understanding the average sequence of transgender identity disclosures using social media data. *Transgender Health*, 5(3), 158–165. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0045>
- Hashemian Far, S. A., & Heidari, S. (2025). Problematization of gender identity in the social interactions of transgender individuals in Tehran. *Social Problems of Iran*, 16(2), 267–307. <https://doi.org/10.61882/jspi.16.2.267>
- Honneth, A. (2007). *Reificación: Un estudio en la teoría del reconocimiento*. Katz Editores.
- Jaramillo, J. (2024). La Corte Constitucional de Colombia y el reconocimiento legal de la identidad de género: Redes de movilización legal e impacto judicial. *Revista Derecho del Estado*, (60), 29–62. <https://doi.org/10.18601/01229893.n60.03>
- Jeffreys, S. (2014). *Gender hurts: A feminist analysis of the politics of transgenderism*. Routledge.
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2019). Etiology of gender identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 48(2), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002>
- Leach, M. J. (2005). Rapport: A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(4), 262–265. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.05.005>
- Liga de la Salud Trans. (s. f.). Liga de la Salud Trans. Recuperado de <https://ligadesaludtrans.org/>

Liga de la Salud Trans [@ligasaludtrans]. (s. f.). Construimos ecosistemas de salud dignos e integrales para las personas trans [Perfil de Instagram]. Instagram. Recuperado de <https://www.instagram.com/ligasaludtrans?igsh=MXBtdDlldDV1Zzcy>

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

Maruzza, C. (2021). Herramientas conceptuales para contrarrestar la patologización trans en la formación de Psicología en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, (37), e21208a. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21208a>

Mazursky, N. (2025). Exploring gender expression: Experiences of transgender youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 160, Article 107167. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107167>

Mehrtens, I., & Addante, S. (2023). Transgender and gender diverse identity development in pediatric populations. *Pediatric Annals*, 52(12), e450–e455. <https://doi.org/10.3928/19382359-20231016-05>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*.

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (s. f.). Cartilla de género. Recuperado de [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/tejiendo-justicia/Documents/publicaciones/genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final%20\(2\).pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/tejiendo-justicia/Documents/publicaciones/genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final%20(2).pdf)

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (s. f.). Derechos de las personas con experiencia de vida trans. Recuperado de <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/tejiendo-justicia/Documents/publicaciones/genero/1.DERECHOS%20DE%20LAS%20PERSONAS%20CON%20EXPERIENCIA%20DE%20VIDA%20TRANS..pdf>

Missé, M., & Coll-Planas, G. (s. f.). La patologización de la transexualidad: Reflexiones críticas y propuestas. Recuperado de <http://ascane.org/wp-content/uploads/2020/04/patologizacion-de-la-transexualidad.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Condiciones relacionadas con la salud sexual. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/lm/Es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>

Preciado, P. B. (2019). *Un apartamento en Urano: Crónicas del cruce*. Anagrama.

Preciado, P. B. (2020). *Testo yonqui*. Anagrama

Psicólogo Hortaleza. (2018, 15 de marzo). Trastornos de la identidad de género según la CIE-10 (F64). Recuperado de https://www.psicologohortaleza.es/cie10_f64/

Raymond, J. (1994). *The transsexual empire: The making of the she-male*. Teachers College Press.

Riley, E. A., Sitharthan, G., Clemson, L., & Diamond, M. (2011). The needs of gender-variant children and their parents: A parent survey. *International Journal of Sexual Health*, 23(3), 181–195. <https://doi.org/10.1080/19317611.2011.593932>

Ríos Camargo, N. K., & Urrego Mendoza, Z. C. (2021). Itinerarios terapéuticos: Una revisión de alcance. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 1–6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.9244>

Rocha, C., Ruiz, Y., & Salamanca, J. (2022). El estado no me cuida, me cuidan mis amigas: Prácticas de cuidado que han creado las personas trans ante la ausencia estatal. *Liga de Salud Trans*.

Rodríguez-Villamizar, L. A., Rojas-Higuera, L. P., Gualtero-Ruiz, J. H., & Rincón-Pérez, M. R. (2021). Carga de la enfermedad atribuible a la exposición a material particulado en las capitales de Colombia: 2011. *Revista de Salud Pública*, 23(1), e92447. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/92447/7961>

Roselli, C. E. (2018). Neurobiology of gender identity and sexual orientation. *Journal of Neuroendocrinology*, 30(7), e12562. <https://doi.org/10.1111/jne.12562>

Ruíz, E. [ELSARUÍZCOMICA]. (2018, 16 de octubre). ¿Es bueno el 'cispasing'? | Lost in Transition #33 [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=cyJKiB8ESXA>

SanJuan Núñez, L. (2007). Entre la Antropología y la Medicina: salud, diversidad cultural y desigualdad social [Tesis de maestría, Universitat Autònoma de Barcelona].

Santa Maria Fundación Colombia. (s. f.). Santa Maria Fundación Colombia. Recuperado de <https://www.sfcolombia.org/>

SESPAS. (2020). La perspectiva de despatologización trans: ¿Una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 74–77. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.009>

Soto Rodríguez, M. A. (2014). La patologización de la transexualidad: Contemplando posibilidades de resistir desde algunas construcciones identitarias de género no hegemónicas. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(2), 145–165.

Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>

Streed, C. G., Jr. (2022). Health communication and sexual orientation, gender identity, and expression. *Medical Clinics of North America*, 106(4), 589–600. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.12.005>

Stryker, S. (2017). *Transgender history: The roots of today's revolution*. Seal Press.

Suess Schwend, A. (2016). «Transitar por los géneros es un derecho»: Recorridos por la perspectiva de despatologización [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada (DIGIBUG). <https://digibug.ugr.es/handle/10481/42255>

T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>

Tizón García, J. L. (2000). La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria*, 26(2), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78621-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78621-5)

Tizón García, J. L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4(13), 81–95. <https://pap.es/files/1116-213-pdf/220.pdf>

Toledo Jofré, M. I. (2012). Sobre la construcción identitaria. *Atenea (Concepción)*, (506), 43–56. <https://doi.org/10.4067/S0718-04622012000200004>

Turban, J. L., Loo, L. T., & Almazan, A. N. (2020). Clinical and ethical issues in transgender health care. *The American Journal of Bioethics*.

Urbiola Solís, A. E., Vázquez García, Á. W., & Cázares Garrido, I. V. (2017). Expresión y trabajo de los Muxe' del Istmo de Tehuantepec, en Juchitán de Zaragoza, México. *Nova Scientia*, 9(19), 502–527. <https://doi.org/10.21640/ns.v9i19.867>

Vargas, A. (Director). (2023). Regiones sin límites - Una madre trans [Documental]. Telepacífico. Recuperado de <https://telepacifico.com/47-veo/601-veo-regiones-sin-limites-una-madre-trans>

Villamar, A. K. R., Holguín, S. E. C., Alcívar, J. M., & García, G. (2024). Cispassing: Una configuración binaria en el discurso: Cisnormativo y la construcción de la identidad de las mujeres transexuales de Manabí. *Revista Suplemento CICA Multidisciplinario: CICA*, 8(18), 363–389. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10326531>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.611219>

Zucker, K. J., Lawrence, A. A., & Kreukels, B. P. (2016). Gender dysphoria in adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 217–247. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034>

Anexo 1: Cronograma

Licencia de maternidad

No matricule el semestre para ejercer funciones del cuidado

Anexo 2: Presupuesto

Presupuesto total por fuentes de financiación

Rubros	Fuente Universidad del valle	Recursos del estudiante	Total
Personal	\$18.000.000,00	\$ 31.500.000,00	\$49.500.000,00
Equipos	-	\$ 2.100.000,00	\$ 2.100.000,00
Software	-	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00
Materiales	-	\$50.000,00	\$50.000,00
Salidas de campo	-	\$240.000,00	\$240.000,00
Bibliográfico	-	\$1.000.000,00	\$1.000.000,00
Servicios técnicos	-	\$3.000.000,00	\$3.000.000,00
TOTAL	\$18.000.000,00	\$39.890.000,00	\$57.890.000,00

Descripción de los gastos de personal

Nombre del investigador	Formación académica	Función	Dedicación	Fuente Universidad del Valle	Fuente recursos estudiante	Total
Liliana Bejarano Barragán	Médica familiar Estudiante de Maestría en Salud Pública	Investigador aprincipal	50%		\$ 31.500.000,00	\$ 31.500.000,00
Edgar Johnny Muñoz	MD, Psiquiatra, Msc Epidemiología Doctor en Salud	Director detrabajo de grado	10%	\$ 9.000.000,00		\$ 9.000.000,00
Liliana Arias Castillo	MD, Médica Familiar, sexóloga	Codirectora de trabajo de grado	10%	\$ 9.000.000,00		\$ 9.000.000,00
				\$18.000.000,00	\$ 31.500.000,00	\$49.500.000,00

Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio

Equipo	Recursos del estudiante	Total
Computador de mesa con software ycon UPS estándar n:1	\$ 1.500.000, 00	\$ 1.500.000, 00
Impresora n:1	\$ 600.000, 00	\$ 600.000, 00
Total	\$2.100.000,00	\$2.100.000,00

Descripción del software que se planea adquirir

SOFTWARE	JUSTIFICACION	RECURSOS DEL ESTUDIANTE	TOTAL
ATLAS. Ti	Análisis cualitativo de datos	\$2.000.000,00	\$2.000.000,00
TOTAL		\$2.000.000,00	\$2.000.000,00

Valoración salidas de campo

Ítem	Costo unitario	#	Recursos del estudiante	Total
Desplazamiento recolección información (Observación participante)	\$ 12.000,00	20	\$ 240.000,00	\$ 240.000,00
TOTAL			\$ 240.000,00	\$ 240.000,00

Materiales y suministros

Justificación	Fuente	Total
	Recursos del estudiante	
Fotocopias para ejecución del proyecto de investigación.	\$ 50.000	\$ 50.000
TOTAL	\$50.000	\$ 50.000

Servicios técnicos

Tipo de servicio	Justificación	Fuente	TOTAL
		Recursos del estudiante	
Transcripción de entrevistas	Mejorar a validez en las mediciones	\$ 3.000.000, 00	\$ 3.000.000, 00
TOTAL		\$ 3.000.000, 00	\$ 3.000.000, 00

Bibliografía

Ítem	Justificación	Fuente	TOTAL
		Recursos propios	
Compra de libros	Actualización de investigadores	\$1.000.000, 00	\$1.000.000, 00
TOTAL		\$1.000.000, 00	\$1.000.000, 00

Anexo 3: Glosario de términos

- **Sexo asignado al nacer:** clasificación usada para otorgar una categoría de sexo desde el binarismo (hombre o mujer) en función de la estructura genital y su concordancia con los cromosomas, hormonas y estructuras internas con la que nace un individuo. Se amplía esta clasificación incluyendo la categoría Diferencias del desarrollo sexual o intersexual (DDS) o la I (dentro de la sigla LGBTIQ+) para hablar de las personas cuya genitalidad al nacer no se adecua a las estructuras genitales externas y/o internas correspondientes al sexo masculino o femenino.
- **Identidad de género:** se refiere a la manera como una persona se percibe, reconoce y siente con respecto al sexo y al género asignado al nacer con los que fue socializado. Dentro de esta categoría se encuentran los conceptos de persona cisgénero y persona transgénero como relevantes en esta investigación.
- **Persona Cisgénero:** se refiere a la persona que se identifica con el sexo y género con el que fue asignada al nacer.
- **Persona trans:** Hace referencia a la persona transgénero o transexual. Se refiere a la persona que no se identifica con el sexo y/o género con el que fue asignada al nacer. En el marco del binarismo, una persona transgénero por lo general busca realizar un proceso afirmativo de género (terapia hormonal y procedimientos quirúrgicos afirmativos) para realizar los cambios corporales deseados en la construcción del género con el que se identifica.
- **Proceso afirmativo de género:** proceso en el que una persona con identidad trans realiza intervenciones generalmente farmacológicas (terapia hormonal afirmativa) y/o quirúrgicas (cirugías afirmativas) para afirmar cambios corporales en torno a su identidad de género percibida.
- **Orientación sexual:** se refiere a la atracción erótica, afectiva y sexual de una persona hacia otra. Esta puede darse hacia personas del mismo género (homosexualidad) o en el marco del binarismo, del género contrario (heterosexualidad) o hacia personas bajo

una característica propia que medie el vínculo, por ejemplo, la orientación sexual pansexual, se define cuando a una persona le atrae cualquier persona independiente de las categorías de identidad de género.

- **LGBTIQA+:** Sigla que describe a las diferentes categorías de diversidad sexual. En ellas están representadas las diferentes identidades de géneros y orientaciones sexuales. La sigla se compone de L: Lesbianas, G: Gais, B: Bisexuales, T: Trans, I: Intersexual, Q: Queer, A: Asexual y el símbolo más (+) para describir que pueden existir muchas más.
- **Diversidad sexual o sexo-género:** termino que describe la diversidad de identidades de géneros, orientaciones sexuales y expresiones de géneros.
- **Identidades de Géneros, Orientaciones Sexuales y Corporeidades Diversas IG/OS/CD:** termino usado en el programa Campus Diverso para referirse a la diversidad de identidades de géneros, orientaciones sexuales y expresiones de géneros, enfatizando en que las corporeidades también pueden ser diversas independiente de la identidad de género y la orientación sexual.

Anexo 4: Consentimiento informado escrito



Consentimiento informado escrito

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ENTREVISTA Y REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

Liliana Bejarano Barragán

Estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle

Teléfono celular 3016412361

Quiero invitarle a participar de la investigación sobre ***“Itinerarios terapéuticos en personas transgénero: propuesta etnográfica en un Programa de atención diferencial en Cali entre 2023 y 2024”***, me gustaría contar con su dato que al encontrarse en el Programa de Campus Diverso y tener una experiencia de vida desde el proceso afirmativo de género, cuenta con información muy importante para el aporte de nuevo conocimiento que permita el cumplimiento del objetivo del estudio que se traduzca posteriormente en aporte en la construcción de políticas que permitan una atención diferencial a las poblaciones con identidad trans.

PROYECTO

“Itinerarios terapéuticos en personas transgénero: propuesta etnográfica en un Programa de atención diferencial en Cali entre 2023 y 2024”

En este estudio nos planteamos explorar la forma como cada una(o) de ustedes ha construido la ruta de decisiones para acceder al proceso afirmativo de género desde la identidad de género como persona transgénero.

Se le solicita su participación a través de una entrevista, que se realizará en un espacio cómodo al interior del campus universitario que se acuerde conjuntamente (como opciones se tiene un consultorio médico del servicio médico estudiantil, la oficina de campus diverso, un salón de clases, algún otro que se acuerde con características de comodidad para este fin). La entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora. Al mismo tiempo se solicita su aprobación para acceder a la información de su historia clínica elaborada en las atenciones por el Programa Campus Diverso durante el acompañamiento biopsicosocial. Las entrevistas serán grabadas en audio posterior a contar con su aprobación.

El estudio tendrá una duración de 6 meses a partir de la recolección de la información.

En esta investigación, el número de participantes será de 10 personas.

Un riesgo que puede tener esta investigación es la pérdida de la confidencialidad que Ud. nos provee, sin embargo, para garantizar la confidencialidad, la información estará custodiada por los investigadores únicamente. Se asignará a cada participante un código para evitar el uso de nombres, número de documento de identidad o cualquier otro dato que pueda ponerle en riesgo de pérdida de información sensible.

El principal beneficio de esta investigación es indirecto para las y los participantes dado que se pretende con los resultados de [la misma](#) trabajar por mejorar el acceso a servicios de salud de las personas trans especialmente para evitar las barreras que se presentan en el proceso afirmativo de género.

Participar en esta investigación no tendrá ningún costo para Ud. ni para ninguna persona participante.

Su participación en este estudio es **VOLUNTARIA**. En cualquier momento usted puede retirarse sin ninguna repercusión en el acceso a los servicios que recibe del Programa Campus Diverso.

Comedidamente solicitamos su autorización para utilizar los datos y los resultados de la presente investigación, en otras investigaciones futuras, previa aprobación del comité de ética de la Universidad del Valle.

En caso de alguna inquietud sobre el estudio, puede contactarse con:
Dra. Liliana Bejarano Barragán
Estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle
Teléfono celular 3016412361
Correo electrónico: liliana.bejarano@correounivalle.edu.co

En caso de alguna inquietud sobre aspectos éticos del estudio, puede contactarse con:
Comité de ética de la Universidad del Valle al correo electrónico:
eticasalud@correounivalle.edu.co
Teléfono 3212100 extensión 4077.

Yo _____ identificado con documento de identidad número _____ de _____ hago constar que he recibido información y he entendido los siguientes aspectos derivados de la investigación a realizar con riesgo mayor que el mínimo.

1. He sido informado(a) que la justificación de este estudio está dada por el interés de identificar aspectos que constituyen barreras y limitaciones para el acceso de las personas trans en los procesos afirmativos de género que sean susceptibles de mejorar a través de políticas públicas.
2. He sido informado(a) que el objetivo de este estudio está dada por el interés de explorar los itinerarios terapéuticos de las personas trans en los procesos afirmativos de género.
3. He sido informado que dentro del estudio se recopilara y grabara la información personal que yo comunique durante las entrevistas.
4. He sido informado que para la recolección de datos se me harán preguntas conforme a una entrevista y que podrían surgir otras preguntas durante la entrevista.
5. He sido informado que recibiré respuesta a cualquier inquietud que tenga durante el estudio por varias personas relacionadas al estudio. Inicialmente podré aclarar las dudas por parte de la persona que me realiza la encuesta. Si lo deseo podré contactarme para el mismo fin con los autores del estudio. Adicionalmente he sido informado que tengo derecho como participante a aclarar las dudas que me surjan sobre aspectos éticos con el Comité de ética de la Universidad del Valle (CIREH).
6. He sido informado que podré retirarme del estudio de forma voluntaria en el momento que lo considere.
7. He sido informado sobre los beneficios que ofrece el estudio para mí y la comunidad en general.
8. Conozco y comprendo la privacidad que se manejará con la información, y que solo se utilizará para fines del estudio.
9. He sido informado sobre mi derecho de aceptar libremente de acuerdo con la información recibida la aceptación o rechazo hacia el estudio de seguimiento.

Por lo tanto, declaro estar debidamente informado(a) y doy mi expreso consentimiento a la realización del estudio propuesto.

Acepto participar en este estudio:

Si _____ No _____

Acepto el uso de mi información en estudios futuros, previo aval del comité de ética:

Si _____ No _____

Se firma en Cali, a los _____ días del mes de _____ del año 202_____

Nombre del participante

Firma del participante

TESTIGO 1

Nombre del testigo 1

Firma del testigo 1

TESTIGO 2

Nombre del testigo 2

Firma del testigo 2

Firma del investigador

Como investigador, he explicado completamente el estudio y he resuelto todas las inquietudes del participante

Nombre del investigador

Firma del investigador

Usted recibirá una copia de este consentimiento firmado y fechado.

Anexo 5: Carta aval del Comité de ética



FACULTAD DE SALUD
Comité de Ética en Investigación en
Salud

ACTA DE RENOVACIÓN DE AVAL

Propuesta: "ITINERARIOS TERAPÉUTICOS EN PERSONAS TRANSGÉNERO: PROPUESTA ETNOGRÁFICA EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DIFERENCIAL EN CALI ENTRE 2023 Y 2024"

Docente Responsable: **EDGAR JHONNY MUÑOZ**

Docente Asesor: **LILIANA ARIAS CASTILLO**

Estudiante Posgrado: **LILIANA BEJARANO BARRAGÁN**

Código Interno: (091-023)

Fecha de expedición:

DIA	MES	AÑO
18	11	2025

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité de Ética en Investigación en Salud (**CEIS**), el cual está regido por la Resolución 8430 de 1993 "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", del Ministerio de Salud, y ante el vacío de una norma específica para comités de ética que no revisen protocolos con medicamentos, se acogerá a la Resolución 2378 del 2008 " Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos" del Ministerio de Protección Social, en los casos necesarios se adhiere a los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su última revisión en el 2013, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (CIOMS –OMS de 2016); y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de los participantes, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Se revisaron los siguientes **documentos** de la presente propuesta:

X	Carta de Informe de avance justificando la renovación
X	El consentimiento informado
X	Aval Anterior

2. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

	Riesgo mínimo
X	Riesgo mayor que el mínimo

3. La renovación del aval del proyecto fue **aprobada** por el Comité, por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de expedición.

Si el proyecto tiene riesgo Mayor que el Mínimo, debe presentar informe de **avance en (6) seis meses** a partir de la fecha de expedición, adjuntando el formato de avance y los documentos



requeridos.

Si pasado un año el proyecto no ha terminado debe ser renovado nuevamente, adjuntando el formato de avance y los documentos solicitados por el CEIS.

4. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité, excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los participantes.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los participantes u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
5. El investigador principal deberá presentar el informe final una vez terminada la ejecución de su proyecto.

Firma:

Nombre: **LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA**

Capacidad Representativa: PRESIDENTE

Teléfono: 6025185677