

Director y editor
Eduardo Díaz Amado

Grupo de investigación en Bioética

Eduardo A. Rueda Barrera
Jairo Clavijo Poveda
José E. Cuéllar Saavedra
Eduardo Díaz Amado
Javier A. González Cortés
Edgar A. López López
Edilma M. Suárez Castro
Fernando Suárez Obando
Efraín Méndez Castillo
Lilian Torregrosa
Nelson Castañeda Alarcón

Diagramación, CTP e Impresión

Fundación Cultural Javeriana
de Artes Gráficas –JAVEGRAF–
Bogotá, DC., Colombia.

“Los artículos publicados en Anamnesis son entera responsabilidad de los autores y no representan necesariamente las posturas del Instituto de Bioética ni de la Pontificia Universidad Javeriana. Se publican con el ánimo de aportar al debate, investigación y desarrollo de la Bioética. Tiene fines estrictamente académicos y no comerciales”.

ANAMNESIS

Revista de bioética

Número 13, julio - diciembre 2018

ISSN 2011-1258

Contenido

Editorial

Encuentro de bioética y salud mental 2018: Género, atención en salud y ética

Eduardo Díaz Amado 3

Bioética y género

Ricardo de La Espriella 6

Artículos

Trastornos del desarrollo sexual.

Genes y ambiente

Fernando Suárez Obando 9

De la patologización a la politización de las identidades de género diversas

El rol de los profesionales de la salud en los tránsitos de género

Carolina Herrera Small,
Simón Torres Orozco 18

Culpa y somatización en la conducta homosexual, un abordaje

teológico - pastoral

Fidel Mauricio Ramírez Aristizábal 25

¿Cómo se configura el malestar de género en personas trans?

Sistematización de las comprensiones de LIBERARTE

Carolina Herrera Small,
Simón Torres Orozco 37

Atención integral de población trans en el Hospital de San José.

De la ficción a la acción

Juana Atuesta Fajardo 47

Bioética y transgénero en Colombia.

¿Silencio, olvido o desconocimiento?

Gonzalo Walter Wilches Poveda 55



EDITORIAL

ENCUENTRO DE BIOÉTICA Y SALUD MENTAL 2018: GÉNERO, ATENCIÓN EN SALUD Y ÉTICA

EDUARDO DÍAZ AMADO¹

En la edición del diario El Espectador del 15 de octubre de 2018 se leía en un titular que “La expectativa de vida de un trans es de 35 años”,² una cifra muy por debajo de los estándares actuales para la población general, señalando una tragedia que, por desgracia, sigue siendo invisible para muchos en nuestro país. En dicho artículo Juan Carlos Prieto, director de Diversidad Sexual, de la Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, subrayaba que persisten niveles preocupantes de discriminación, violencia y vulneración de derechos en las minorías sexuales, en particular en personas trans. Una situación que de seguro es similar, o tal vez peor, en el resto del país.

Hablar de cuerpos, sexualidad, género y reproducción no es cosa fácil. Suelen mezclarse creencias de distinto orden, prejuicios, modelos culturales, imposiciones del mercado, discursos científicos y perspectivas políticas, entre otros, que llevan con frecuencia a polarizaciones y fricciones. Además, debido a los cambios sociales y el progreso biomédico que caracterizan a nuestra época, las fronteras entre lo que es natural y lo que no, entre lo admisible y lo que no, y entre lo familiar y lo extraño se han ido corriendo o volviendo brumosas, arrojándonos a una búsqueda de nuevos criterios para orientar nuestras decisiones y acciones.

¹ Profesor Asociado, Instituto de Bioética. Correo electrónico: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

² Ver: <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/la-expectativa-de-vida-de-un-trans-es-de-35-anos-articulo-818106>, consultado 15 octubre 2018.

Precisamente la bioética surgió en un contexto en el que aparecen preguntas sobre lo que es ético, política y legalmente admisible en el terreno de las ciencias de la vida. Y si la bioética es una nueva disciplina que busca combinar el conocimiento biomédico, por un lado, y la perspectiva de las ciencias humanas y sociales, en particular la ética y el derecho, por el otro, los temas que surgen en relación con el cuerpo, el género y la sexualidad no pueden estar descuidados o ser excluidos. Por esta razón el VI *Encuentro de Bioética y Salud Mental*, evento que organizan anualmente el Departamento de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina, y el Instituto de Bioética, de la Pontificia Universidad Javeriana, tuvo por lema este año 2018 “Género, atención en salud y ética”.

En este encuentro, que tuvo lugar el 25 y 26 de mayo de 2018, se buscó tender puentes entre la mirada y compromisos inherentes al trabajo que se hace en salud mental, y los valores y principios que han de guiar las decisiones personales y la organización de la sociedad, desde una perspectiva de respeto a los derechos individuales, la inclusión y la justicia. En la búsqueda de un intercambio fructífero de enfoques y entendimientos, así como de nuevos acercamientos a los problemas y retos en boga, el encuentro asumió fielmente la apuesta por la interdisciplinariedad, el debate y el respeto entre las diversas posiciones. Hubo interesantes aportes desde diferentes ángulos, como la salud pública o la genética, y las perspectivas críticas, desde la ética, la filoso-

fía o la teología tuvieron un lugar para ser expresadas, a pesar de los desacuerdos.

En esta edición publicamos algunas de las ponencias realizadas en este VI *Encuentro de Bioética y Salud Mental*, con el ánimo de hacer un aporte desde la academia hacia una mejor comprensión de estas temáticas. Para empezar, Ricardo de La Espriella, coordinador del encuentro por parte del Departamento de Psiquiatría, en la presentación que hace de lo que fue dicho encuentro, bajo el título “Bioética y Género”, deja entrever los retos que implica para la psiquiatría la atención de personas trans, enfatizando en las necesidades de formación para las profesiones de la salud alrededor de este tema y alertando sobre la especial responsabilidad que tienen, en particular, en la atención de este tipo de pacientes todos los que trabajan en salud mental. Luego, el primer artículo, de Fernando Suárez Obando, discute desde la ciencia el enfoque que se ha de tener frente a los trastornos del desarrollo sexual (TDS), particularmente desde la genética. Si bien es claro que “la relación entre identidad sexual y orientación sexual surge de factores prenatales...”, como se afirma en el artículo, en el manejo de los pacientes con TDS no se puede caer en el determinismo genético, pues la influencia ambiental, la cultura y los condicionantes socio-históricos juegan un papel importante.

El segundo artículo, de C. Herrera Small y S. Torres Orozco, señala la tensión entre lo que los autores llaman un *modelo patologizante* y uno basado en el *consentimien-*

to informado (respeto por la autonomía) para la atención de personas trans. Según los autores el modelo patologizante "... recrea el rol de los/las profesionales de la salud como guardianes del género", mientras que apelar a un adecuado proceso de consentimiento informado permitiría que las personas trans pudieran, como cualquier otra, tomar decisiones autónomas y responsables con respecto a su *tránsito*. El artículo incluye un interesante cuadro para señalar las diferencias epistemológicas entre ambos modelos.

A continuación el artículo de F. Ramírez Aristizábal, aborda el complejo tema de la medicalización, la culpa y lo religioso alrededor de la conducta homosexual. Desde un *abordaje teológico-pastoral* el autor propone, en particular para los terapeutas que tratan con la culpa de pacientes homosexuales, que vayan más allá de la mera medicalización y ofrezcan un verdadero "acompañamiento" para dichas personas, de tal modo que puedan integrar su sexualidad y su experiencia religiosa de una manera más armónica. Examina, además, el sentimiento de culpa que en estos casos puede tener un sentido destructivo o uno constructivo. Mientras la culpa se puede somatizar y la medicalización puede producir mejoras pasajeras, lo fundamental será, desde el punto de vista pastoral, lograr el respeto por el cuerpo, su no instrumentalización y recuperar la importancia de los afectos.

En su artículo *¿Cómo se configura el malestar de género en personas trans?*

Sistematización de las comprensiones de LIBERARTE, de nuevo C. Herrera Small y S. Torres Orozco comparten esta vez la experiencia de la organización en la que trabajan como psicoterapeutas, investigadores y docentes. En este artículo se resalta la necesidad de superar las comprensiones que se quedan simplemente en el relato de "personas atrapadas en el cuerpo equivocado", para pasar a entender que puede haber malestar con el género, pero no necesariamente malestar con el cuerpo; o que las intervenciones desde el modelo biomédico no siempre aseguran la mejoría del malestar.

En el artículo de J. Atuesta Fajardo se presenta la experiencia del Hospital de San José, en Bogotá, en la atención de personas trans. Desde una perspectiva histórica, y en un tono personal, Atuesta Fajardo cuenta en este artículo cómo se logró conformar un equipo interdisciplinario en dicho hospital y consolidar una apuesta institucional para la atención adecuada de esta población, señalando, además, los temas pendientes en este terreno con miras al futuro.

Finalmente, W. Wilches Poveda presenta apartes de su tesis de Maestría en Bioética, recientemente sustentada y aceptada en nuestro Instituto de Bioética, en la que se documenta, una vez más, el dolor y la discriminación que sufren las personas trans en Colombia, y frente a lo cual la bioética no puede aceptar el silencio, el olvido o el desconocimiento.

BIOÉTICA Y GÉNERO

RICARDO DE LA ESPRIELLA¹

“Un psiquiatra no debe ser parte de cualquier tipo de política que excluya, segregue o menoscabe la dignidad de cualquier paciente a causa del origen étnico, raza, sexo, credo, edad, estatus socioeconómico u orientación sexual”.

American Psychiatric Association

La *disforia de género* es una categoría incómoda; actualmente está incluida en los trastornos mentales pero ha sido removida de CIE-11², ya que “La Organización Mundial de la Salud ya no considera la incongruencia de género – una condición experimentada por algunas personas transgénero – como un trastorno mental”, así que es reclasificada como una condición de salud sexual. El estigma toca a las minorías sexuales, pero también se ejerce en contra de la psiquiatría.

El cambio, en la clasificación se articula con tensiones y dificultades que son evidentes a la hora de brindar atención en salud a las personas trans, especialmente en salud mental. Por una parte, los movimientos de personas trans se han opuesto a la categoría de *disforia de género*, y de otra parte, los psiquiatras partimos del diagnóstico para proveer la atención en salud; si no fuese así quedarían los tratamientos en la esfera de modificaciones cosméticas no cubiertas por las aseguradoras. Las in-

1 Psiquiatra. Profesor Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Organizador del VI Encuentro de Bioética y Salud Mental 2018. Correo electrónico: rdelae@gmail.com

2 Clasificación Internacional de Enfermedades.

tervenciones médicas y quirúrgicas buscan una mejora en salud de un malestar, en procura de un estado de mayor bienestar y, por tanto, en la calidad de vida.

El diagnóstico debe ser usado para procurar bienestar y no para estigmatizar o condenar a quien lo recibe; pero muchos diagnósticos incluyen juicios morales, como el de disforia de género. El diagnóstico se requiere para que el sistema legitime la solicitud del sujeto, pero en muchos casos parece corresponder a un juicio no exento de estigma. Se reconoce que existe una percepción de mala atención en salud, demoras en la atención, trato discriminatorio y procesos que revictimizan a quien busca ayuda.

Los trabajadores en salud, especialmente los psiquiatras, atendemos a personas trans sin tener un conocimiento profundo de las necesidades, las experiencias y opiniones de quienes consultan. En muchos casos se intenta crear equipos especializados interdisciplinarios, pero hay una falta de diálogo entre especialidades, tal como se evidencia en las guías de atención, las cuales se centran en los procesos de tratamiento hormonal y quirúrgico, dejando la atención en salud mental como un requisito previo a estos tratamientos y no como un ejercicio de acompañamiento en el tránsito en procura del bienestar y la salud en un sentido amplio (biopsicosocial).

El diálogo con los consultantes es necesario y congruente con los movimientos

de usuarios, para adecuar la atención a sus necesidades, pero existe una falta de encuentro; producto de la falta de interacción con ellos se evidencia en las intervenciones tales como mastectomía similar a la realizada en mujeres víctimas de cáncer, vividas como inadecuadas para las necesidades específicas de hombres trans.

La atención a personas trans no hace parte del currículo de pregrado en ciencias de la salud y en posgrados frecuentemente es desconocida. Es innegable que hay un sufrimiento y necesidades propias de las minorías sexuales, consideradas como determinante social en salud, con riesgos, atención y necesidades diferentes a la población de referencia, y a las cuales no se les está dando una respuesta adecuada desde el sector salud.

Anualmente el Instituto de Bioética y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana realizan el *Encuentro de Bioética y Salud Mental*, el último (2018) estuvo dedicado al género, en sentido amplio, incluyente y participativo con temas como la nosología psiquiátrica, el acoso callejero, los movimientos sociales (#MeToo), la perspectiva teológica de la homosexualidad y la atención a personas trans.

En el foro sobre la atención a personas trans se realizó un encuentro entre organizaciones que trabajan con esta población, psiquiatras y usuarios, fomentando el diálogo para brindar una mejor aten-

ción en salud. Se cuestionó el rol de la psiquiatría, se compartieron experiencias de conformación de equipos de atención y testimonios sobre el proceso. El diálogo entre personal de la salud, bioeticistas y usuarios es necesario, pertinente y fructífero, y permite la reflexión sobre los

roles y guiones que dirigen nuestras acciones y a pensar en problemas actuales y emergentes. Algunos temas tratados en el Encuentro se presentan en este número, esperando que contribuyan a que lo trans no sea un tema pendiente y negado en la bioética.



TRASTORNOS DEL DESARROLLO SEXUAL. GENES Y AMBIENTE

FERNANDO SUÁREZ OBANDO¹

Resumen

En esta breve disertación se identifican algunos de los dilemas diagnósticos y clínicos que se originan al enfrentarse los dictámenes y métodos médicos frente a un paciente recién nacido con algún tipo de trastorno del desarrollo sexual con la noción de determinismo genético. Se pretende aclarar que más allá de las condiciones biológicas, los genes juegan un papel relevante y fundamental en el desarrollo del individuo, pero este papel se elabora dentro de contextos culturales, sociales y ambientales que modulan la expresión genética y que generan una amplia variedad de fenotipos que no se correlacionan directamente con una secuencia genética o con un complemento citogenético particular.

Palabras clave: Diagnóstico del recién nacido, genes, desarrollo sexual.

¹ Médico. Profesor Instituto de Genética Humana. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Genetista del servicio de Genética y de la Junta de Desordenes del Desarrollo Sexual - DDS. Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). Correo electrónico: fernando.suarez@javeriana.edu.co

Abstract

This brief dissertation identifies some of the diagnostic and clinical dilemmas that originated when facing the facts and medical methods in front of a newborn with some type of sexual development disorder with the notion of genetic determinism. It is intended to clarify that beyond biological conditions, genes play an important and fundamental role in the development of the individual, but this role is elaborated within cultural, social and environmental contexts that modulate genetic expression and generate a great variety of phenotypes that do not correlate directly with a genetic sequence or with a particular cytogenetic complement.

Key words: Diagnosis of the newborn, genes, sexual development.

Introducción

El recién nacido con genitales externos ambiguos representa una situación clínica de urgencia que además de obligar a los médicos a asegurar de forma inmediata la estabilidad fisiológica del paciente y establecer la etiología del trastorno, (Erdogan, 2011), constituye un problema de asignación de sexo que genera enorme ansiedad e incertidumbre tanto en los padres del neonato como en el mismo equipo médico tratante (Tiryaki, 2018). Esta situación clínica había sido descrita frecuentemente como un estado intersexual, término utilizado convencionalmente para referirse a la apariencia de genitales externos que se manifiesta clínicamente como una anomalía en relación al desarrollo esperado para ambos sexos; sin embargo, este término no ha sido favorecido por las familias de pacientes afectados ni por la comunidad médica dado que: (1) genera confusión, desde el punto de vista diagnóstico como en el pronóstico y en la definición del tratamiento más adecuado, (2) es un término impreciso a partir del cual se origina una gran incertidumbre que tiene repercusión

social en la situación médica debido al desconcierto terminológico indefinido que no precisa la condición de la persona (Hughes, 2008).

A partir del término de intersexualidad se derivaron vocablos tales como hermafroditismo y pseudo-hermafroditismo, los cuales tienen una connotación social que fácilmente conllevan a fomentar el prejuicio y la estigmatización (Dreger, 2005). Como alternativa a estas definiciones el consenso de Chicago redefinió los estados intersexuales como trastornos del desarrollo sexual², los cuales se comprenden como condiciones asociadas a un desarrollo atípico del sexo cromosómico, gonadal o anatómico (Kim, 2012). Dentro de este contexto el estudio genético representado principalmente por el cariotipo, es el prefijo que define cada uno de los estadios de los trastornos del desarrollo sexual, de tal forma que el estudio genético se convierte en una forma de determinismo a partir del cual se desarrolla tanto

2 Concepto proveniente del inglés: disorders of sex differentiation.

el diagnóstico como el manejo. Alrededor de este determinismo puramente médico, con intención de generar una taxonomía clínica de orden pragmática, se desarrollan diversos imaginarios que pretenden definir sobre bases biológicas y aspectos de mayor complejidad como los fenotipos comportamentales relacionados con la orientación o la identidad sexual.

Generalidades del contexto clínico

El nacimiento de un niño con genitales externos ambiguos (trastornos del desarrollo sexual, TDS) es una situación altamente angustiante para las familias. La primera y principal pregunta que hacen los padres a los médicos tratantes sobre su recién nacido es si es un niño o una niña. Además, en la mayoría de los casos el nacimiento de un recién nacido con genitales ambiguos es una sorpresa para padres y médicos. Alrededor del 60% de los niños afectados son diagnosticados prenatalmente, por tanto, casi la mitad de los padres se enfrentan a la situación en el momento del nacimiento (Nihoul-Fekete, 2004).

El contacto inicial de los médicos con los padres de un niño con TDS es el más importante (Frader, 2004). Desde el principio se debe enfatizar que el paciente con TDS se convertirá en un miembro completamente funcional dentro de la sociedad y que, si bien es cierto que se debe respetar la privacidad, no se trata de una condición vergonzosa (Rolston, 2005). Se debe exponer a los padres que las opciones

terapéuticas pueden no ser claras en un principio, pero que el equipo de atención médica trabajará junto con la familia para alcanzar las mejores decisiones de manejo dadas las circunstancias clínicas. Además se debe enfatizar que no existe una solución puntual, si no que se trata de un manejo a largo plazo que incluso puede ir más allá de la edad pediátrica (Wolfe-Christensen, 2017). Así mismo, el equipo médico debe analizar con los padres qué información se debe compartir con familiares y amigos durante las primeras etapas del manejo (Wisniewski, 2015).

Se ha descrito que los padres de niños con TDS reportan un aumento del estrés, ansiedad y depresión y una marcada disminución de la calidad de vida, de forma similar a la a lo que experimentan los padres de niños con otros tipos de enfermedades crónicas (Wisniewski, 2015). Además, los padres de niños con TDS exhiben patrones de crianza sobreprotectora y es frecuente que perciban a su hijo como vulnerable, de tal modo que estas emociones y comportamientos exhibidos por los padres pueden limitar el desarrollo emocional y social de un niño afectado (Suorsa, 2015). Por tanto, la comunicación con los padres desde la primera evaluación es fundamental para el éxito de las intervenciones.

La evaluación del recién nacido y el abordaje inicial para determinar un diagnóstico ante la presencia de ambigüedad sexual se inicia con una evaluación de los antecedentes personales, obstétricos de la ma-

dre y los antecedentes prenatales (Clayton, 2002). Se necesita una historia detallada de los padres que se centre especialmente en aspectos como otros casos de ambigüedad en la familia, historia de hirsutismo, pubertad precoz, amenorrea, infertilidad, muerte súbita inexplicable del neonato o consanguinidad de padres o antepasados cercanos (Meyer-Bahlburg, 2001). Además, debe evaluarse la exposición materna a hormonas, incluidas las hormonas exógenas utilizadas en las diversas técnicas de reproducción asistida, el uso de anticonceptivos orales durante el embarazo y la exposición androgénica prenatal, la cual está claramente asociada con el desarrollo psicosexual (Wallen, 2005).

La recolección y análisis de antecedentes personales y familiares debe combinarse con un examen físico general que tenga especial atención en la anatomía genital. El examen físico debe realizarse en una habitación adecuada, guardando la privacidad del paciente y en presencia de los padres quienes deben estar informados con exactitud de lo que se hará y por qué. Algunos aspectos de relevancia del examen físico son el examen de la ingle y los pliegues escrotales o labiales para determinar la presencia de gónadas palpables. Para fines de diagnóstico diferencial y tratamiento, la presencia de una o dos gónadas es un hallazgo importante. Una gónada palpable es altamente sugestiva de un testículo o raramente de una ovotestis. Es importante tener en cuenta el tamaño, la ubicación y la textura de ambas gónadas, si son palpables. El testículo no

descendido podría localizarse en el canal inguinal, la bolsa inguinal superficial, en el escroto superior o raramente, en las regiones escrotales femoral, perineal o contralateral. Debe establecerse el tamaño fálico tanto por medidas de ancho y longitud. En casos particulares a través de un examen rectal es posible establecer la presencia de un útero y cuello uterino. En caso de requerir fotografía médica se debe establecer el momento con sensibilidad y previo proceso de consentimiento informado (Creighton, 2002).

Estudio citogenético

El contacto inicial, la historia clínica y el examen físico orientan la necesidad de estudios paraclínicos dentro de los cuales se destaca el cariotipo, el cual representa una cantidad específica de cromosomas con cierto tamaño y una determinada forma que a su vez se analizan en razón a determinados patrones de coloración artificial, o a través de marcación específica mediada por fluorescencia (Arcari, 2007; Pereira, 2008). En el caso del ser humano, el cariotipo representa 23 pares de cromosomas, es decir, 46 cromosomas en total en el núcleo de una célula. La organización del cariotipo humano se especifica en 22 pares que no son sexuales o pares de cromosomas autosómicos y un par sexual, establecido a su vez por los cromosomas X y Y. La presencia de los cromosomas sexuales (XX vs. XY) establece el dimorfismo sexual, como reconocimiento de dos sexos en la especie (Crespi, 2008; Makiyan, 2006).

El reconocimiento distintivo de solo dos sexos por especie es la expresión fenotípica de un proceso de desarrollo de múltiples etapas a nivel cromosómico, gonadal, hormonal y finalmente conductual (Angelopoulou, et al., 2006). El dimorfismo sexual genético cromosómico se refiere a la presencia de dos gonosomas idénticos (XX) o dos diferentes (XY) en mujeres y hombres respectivamente. Esto se debe al contenido diferenciado de genes y funciones específicas de los cromosomas X o Y, así como de secuencias reguladoras que se expresan en momentos específicos del desarrollo gonadal y embrionario, siendo SRY el regulador clave de la secreción de hormonas del desarrollo tales como la hormona anti-mülleriana secretada por el testículo fetal (Ozzola, 2017).

Esta diferenciación mediada por hormonas genera el dimorfismo sexual gonadal, que en el caso del testículo fetal, conlleva a detener el desarrollo del conducto de Müller, masculiniza los derivados del conducto de Wolff y promueve el descenso testicular, el cual a su vez genera dimorfismo sexual hormonal una vez secreta testosterona (Vilain, 1998). Los receptores de hormonas esteroideas presentes en el sistema nervioso vinculan finalmente a los andrógenos con el dimorfismo sexual conductual (Wilhelm, et al., 2007). Además, los genes del cromosoma sexual afectan directamente al dimorfismo sexual del cerebro, proceso que puede preceder a la diferenciación gonadal (Angelopoulou, et. Al., 2006; Blecher, 2007). Es así

como la presencia de gonosomas en el caso de pacientes con ambigüedad sexual determina el fundamento del dimorfismo, al menos desde el punto de vista cromosómico³.

Determinismo y orientación sexual

El cariotipo determina una etapa de la diferenciación genital y establece un componente de la ruta hormonal que comprende, en parte, las bases de dimorfismo comportamental. Sin embargo, la identidad sexual y la orientación sexual son componentes que casi siempre suelen estar en armonía entre sí y en armonía con el sexo genital de un individuo.

La relación entre identidad sexual y orientación sexual surge de factores prenatales que actúan para dar forma al desarrollo del cerebro y para la expresión de comportamientos sexuales (Bao, 2011). Una influencia importante en este aspecto se relaciona con los efectos organizativos que ejerce el ambiente hormonal temprano tanto en la identidad de género como en la orientación sexual. La evidencia de que la identidad de género y la orientación sexual son masculinizadas por la exposición prenatal a la testosterona y feminizadas en su ausencia, proviene de la investigación básica en animales y correlaciones entre la exposición a andró-

3 Por ejemplo, en la antigua clasificación de la ambigüedad sexual (estado intersexual) un pseudo-hermafroditismo masculino, en presencia de un cariotipo con componente 46, XY se le denomina: TDS 46, XY.

genos y diversos estudios de condiciones clínicas asociadas con trastornos en el desarrollo sexual (Roselli, 2018).

De tal forma los conceptos biológicos establecen un marco de información que debe hacer parte de los datos que se brinda a los padres a lo largo de esta situación crítica y que se deben tener en cuenta dentro de los conceptos fundamentales que se les entregan dentro de este marco. Es así como el concepto de desarrollo psicosexual del individuo resalta dentro de la asesoría a los familiares, dado que este se fundamenta o conceptualiza con base a tres componentes principales: primero, la identidad de género, la cual hace referencia a la auto representación de una persona como hombre o mujer⁴ (Miller, 2014); segundo, el rol de género o el conjunto de comportamientos típicos de un sexo en particular, aspecto que describe las características psicológicas que son sexualmente dimórficas dentro de la población general, tales como las preferencias de los juguetes en la infancia y los comportamientos meramente físicos (O'Hanlan, et al., (2018); por último, la orientación sexual, la cual se refiere a la dirección del interés erótico⁵ incluyendo el comportamiento, las fantasías y la atracción física (Roselli, 2018). Este complejo desarrollo psicosexual está influenciado por múltiples factores como la exposición a los andrógenos, los genes

de los cromosomas sexuales y la estructura del cerebro, así como las circunstancias sociales y la dinámica familiar (Bao, 2011; O'Hanlan, et al., 2018).

Se desprende de la anterior descripción que la construcción del rol del género y la identidad sexual no se definen exclusivamente por la dotación cromosómica. Por tanto, el manejo correcto de los pacientes con TDS debe dejar de lado cualquier tipo de determinismo genético y considerar que el ambiente cumple un rol fundamental en el desarrollo ulterior de la sexualidad del individuo (Quillin, et al., 2003). Así en la atención integral de los pacientes con TDS la asignación del sexo no equivale a la asignación de género ni mucho menos a la orientación sexual. Por otra parte, la evaluación y gestión a largo plazo deben llevarse a cabo en un centro con un equipo multidisciplinario y experimentado que comprenda y diferencie el concepto de asignación de sexo cromosómico con el de la construcción ulterior de género e identidad (Pasterski, 2010; Klein, 2011).

Este equipo multidisciplinario es necesario para la atención optima de cada caso. Idealmente el equipo debe incluir subespecialistas pediátricos en endocrinología, urología, psiquiatría, ginecología, genética y neonatología, además de trabajo social, enfermería y ética médica. Un conjunto de servidores de la salud que debe realizar no solo la aproximación en el neonato, sino que idealmente debe acompañar el proceso incluso hasta que

4 Advirtiendo que algunas personas pueden no identificarse exclusivamente con ninguna de las dos alternativas.

5 Heterosexual, bisexual u homosexual.

el paciente alcance la mayoría de edad (Colindres, 2016). La atención de transición de la edad pediátrica a la mayoría de edad debe organizarse con un equipo multidisciplinario que trabaje en un entorno compuesto por especialistas con experiencia, tanto en la práctica pediátrica como en la de adultos. El equipo de atención de pacientes con TDS tiene la responsabilidad de educar al personal de atención médica en el manejo inicial adecuado de los recién nacidos afectados y sus familias (McCann-Crosby, 2015). Para el caso de los nuevos pacientes con TDS, el equipo debe desarrollar un plan para la gestión clínica con respecto al diagnóstico, la asignación de sexo y las opciones de tratamiento antes de hacer cualquier recomendación (Yatsenko, 2017).

Las interpretaciones deterministas de la genética ordinariamente se enfocan en una relación lineal o uno a uno entre los genes, las proteínas, las funciones y los rasgos particulares, como si dichos rasgos o enfermedades en particular estuvieran generalmente relacionados con un solo gen. El determinismo genético a menudo está implicado en expresiones comunes como “el gen de la orientación sexual”, ignorando la influencia de los factores ambientales, lo que incluye la influencia de la cultura, los condicionantes sociales y los momentos históricos (Kronfeldner, 2009).

La comprensión de las causas de la ambigüedad sexual ha progresado desde la determinación de la etiología hormonal

hasta la definición de la base genética de los trastornos intersexuales. La localización de genes específicos implicados en el proceso de diferenciación sexual ha permitido determinar las mutaciones y otros eventos moleculares que dan lugar a la ambigüedad sexual (Wiener, 1999). En el caso de los TDS el determinante citogenético es solo una parte del trabajo médico y la etiología molecular enmarcan aspectos etiológicos de utilidad terapéutica y pronóstica, sin embargo, están limitadas a momentos asistenciales y no comprenden la totalidad de eventos que establecen las condiciones de vida de un paciente.

Referencias

- Angelopoulou, R., G. Lavranos, and P. Manolakou. (2006). *Establishing sexual dimorphism in humans*. Coll Antropol. 30(3), pp. 653-8.
- Arcari, A.J., et al. (2007). *Predictive value of anatomical findings and karyotype analysis in the diagnosis of patients with disorders of sexual development*. Sex Dev. 1(4), pp. 222-9.
- Bao, A.M. and D.F. Swaab. (2011). *Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders*. Front Neuroendocrinol. 32(2), pp. 214-26.
- Blecher, S.R. and R.P. (2007) Erickson, *Genetics of sexual development: a new paradigm*. Am J Med Genet A. 143A(24), pp. 3054-68.
- Clayton, P.E., et al. (2002). *Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the European Society for Paediatric Endocrinology and the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society*. Horm Res. 58(4), pp. 188-95.

- Colindres, J.V., et al. (2016). *Evidence-Based Management of Patients with 45,X/46,XY Gonadal Dysgenesis and Male Sex Assignment: from Infancy to Adulthood*. *Pediatr Endocrinol Rev.* 13(3), pp. 585-601.
- Creighton, S., et al. (2002) *Medical photography: ethics, consent and the intersex patient*. *BJU Int.* 89(1), pp. 67-71.
- Crespi, B. (2008). *Turner syndrome and the evolution of human sexual dimorphism*. *Evol Appl.* 1(3), pp. 449-61.
- Dreger, A.D., et al. (2005). *Changing the nomenclature/taxonomy for intersex: a scientific and clinical rationale*. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 18(8): pp. 729-33.
- Erdogan, S., et al. (2011) *Etiological classification and clinical assessment of children and adolescents with disorders of sex development*. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, 2011. 3(2), pp. 77-83.
- Frader, J., et al. (2004). *Health care professionals and intersex conditions*. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 158(5), pp. 426-8.
- Hughes, I.A. (2008). *Disorders of sex development: a new definition and classification*. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 22(1), pp. 119-34.
- Kim, K.S. and J. Kim. (2012) *Disorders of sex development*. *Korean J Urol.* 53(1), pp. 1-8.
- Klein, M., et al. (2011). *Recent consensus statements in pediatric endocrinology: a selective review*. *Pediatr Clin North Am.* 58(5), p.p.1301-15,.
- Kronfeldner, M.E. (2009) *Genetic Determinism and the Innate-Acquired Distinction in Medicine*. *Med Stud.* 1(2), pp. 167-181.
- McCann-Crosby, B. and V.R. Sutton. (2015) *Disorders of sexual development*. *Clin Perinatol.* 42(2), pp. 395-412.
- Makiyan, Z.(2006) *Studies of gonadal sex differentiation*. *Organogenesis.* 12(1), pp. 42-51.
- Meyer-Bahlburg, H.F. (2001) *Gender and sexuality in classic congenital adrenal hyperplasia*. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 30(1), pp. 155-71.
- Miller, V.M. (2014). *Why are sex and gender important to basic physiology and translational and individualized medicine?* *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 306(6), pp. H781-8.
- Nihoul-Fekete, C. (2004). *The Isabel Forshall Lecture. Surgical management of the intersex patient: an overview in 2003*. *J Pediatr Surg.* 39(2), pp. 144-5.
- O'Hanlan, K.A., J.C. Gordon, and M.W. Sullivan. (2018). *Biological origins of sexual orientation and gender identity: Impact on health*. *Gynecol Oncol.* 149(1), pp. 33-42.
- Ozzola, G.(2017) *[Anti-Mullerian hormone: A brief review of the literature]*. *Clin Ter.* 168(1), pp. e14-e22.
- Pasterski, V., P. Prentice, and I.A. Hughes. (2010). *Impact of the consensus statement and the new DSD classification system*. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 24(2), pp. 187-95.
- Pereira, S.R., et al. (2008). *FISH, PCR and cytogenetic characterization in a girl with ambiguous genitalia and karyotype mos46*. *Genet Mol Res.* 7(4), pp. 1089-96.
- Quillin, J.M., C. Jackson-Cook, and J. Bodurtha. (2003) *The link between providers and patients: how laboratories can ensure quality results with genetic testing*. *Clin Leadersh Manag Rev.* 17(6), pp. 351-7.
- Rolston, A.M., et al.(2005). *Parental Reports of Stigma Associated with Child's*

- Disorder of Sex Development*. Int J Endocrinol. p. 980121.
- Roselli, C.E. (2018). *Neurobiology of gender identity and sexual orientation*. J Neuroendocrinol. 30(7), p. e12562.
- Suorsa, K.I., et al. (2015). *Characterizing Early Psychosocial Functioning of Parents of Children with Moderate to Severe Genital Ambiguity due to Disorders of Sex Development*. J Urol, . 194(6), pp. 1737-42.
- Tiryaki, S., et al. (2018) *Parental Perception of Terminology of Disorders of Sex Development in Western Turkey*. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 10(3), pp. 216-222.
- Vilain, E. and E.R. McCabe. 1998. *Mammalian sex determination: from gonads to brain*. Mol Genet Metab. 65(2), pp. 74-84.
- Wallen, K. (2005). *Hormonal influences on sexually differentiated behavior in non-human primates*. Front Neuroendocrinol. 26(1), pp. 7-26.
- Wiener, J.S.(1999) *Insights into causes of sexual ambiguity*. Curr Opin Urol. 9(6), pp. 507-11.
- Wilhelm, D., S. Palmer, and P. Koopman. (2007). *Sex determination and gonadal development in mammals*. Physiol Rev. 87(1), pp. 1-28.
- Wisniewski, A.B. and D.E. Sandberg. (2015). *Parenting Children with Disorders of Sex Development (DSD): A Developmental Perspective Beyond Gender*. Horm Metab Res, 2015. 47(5), pp. 375-9.
- Wisniewski, A.B., (2017) *Psychosocial implications of disorders of sex development treatment for parents*. Curr Opin Urol. 27(1), pp. 11-13.
- Wolfe-Christensen, C., et al. (2017). *Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty*. J Pediatr Urol, 2017. 13(1), pp. 32 e1-32 e6.
- Yatsenko, S.A. and S.F. Witchel. (2017) *Genetic approach to ambiguous genitalia and disorders of sex development: What clinicians need to know*. Semin Perinatol. 41(4), pp. 232-243.

DE LA PATOLOGIZACIÓN A LA POLITIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES DE GÉNERO DIVERSAS. EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS TRÁNSITOS DE GÉNERO

CAROLINA HERRERA SMALL¹,
SIMÓN TORRES OROZCO²

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar las diferencias epistemológicas entre el modelo patologizante y el modelo basado en el consentimiento informado en la atención en salud a personas trans. Se revisó la comprensión de la identidad de género, así como los efectos de la estigmatización y la patologización histórica de las personas con identidades de género diversas en las culturas occidentales. Desde estas comprensiones se argumenta a favor de un modelo basado en el consentimiento informado en la atención en salud a

- 1 Psicóloga clínica de LIBERARTE (www.liberarte.co), psicoterapeuta, investigadora y docente. LIBERARTE es una organización de atención psicológica que presta los servicios de psicoterapia individual, de pareja, familiar y grupal a personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. El equipo terapéutico de LIBERARTE es miembro de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) y desde 2008 desarrolla procesos psicoterapéuticos con personas trans, sus parejas y familias. Correo electrónico: info@liberarte.co
- 2 Psicólogo clínico de LIBERARTE (www.liberarte.co), psicoterapeuta, investigador y docente. Además, Simón es el investigador principal en las "Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans*: un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans* en Colombia", proyecto del Ministerio del Interior, el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social -PAIIS- de la Universidad de los Andes con el apoyo del Center of expertise on gender dysphoria de la VU University Medical Center Amsterdam. Correo electrónico: info@liberarte.co

personas trans para garantizar el respeto a su autonomía y lograr una redefinición del rol de los profesionales de la salud y de la relación médico-paciente en la atención en salud a personas trans.

Palabras clave: Identidad de género, transexualidad, disforia de género, consentimiento informado, atención sanitaria.

Abstract

The purpose of this article is to present the epistemological differences between the pathologizing model and the model based on the informed consent for transgender health care. The concept of gender identity was reviewed, as well as the effects of the historic stigmatization and pathologization towards transgender people in western cultures. Based on those insights, we argue for a model based on the informed consent for transgender health care, in order to respect each person's autonomy and to redefine the health care practitioner's role and the professional relationship with transgender consultants.

Key words: Gender identity, transsexuality, gender dysphoria, informed consent, health care.

Introducción

La identidad de género comprendida como la construcción subjetiva que lleva a cabo cada persona en la interacción con otros y consigo mismo/a sobre su identificación como hombre, mujer, género neutro, género fluido, sin género, trans, entre muchas otras, atraviesa la experiencia humana. Las personas trans³ no se identifican con el sexo/género asignado al nacer y transitan por el género de forma más fluida para encontrar un lugar legítimo en el mundo.

Por mucho tiempo las diversas identidades de género han sido patologizadas y los cuerpos de las personas trans intervenidos

médicamente para asimilarlos al cuerpo ideal masculino o femenino (Drescher, 2014; Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). Sin embargo, esta comprensión resulta patologizante, ya que viene acompañada de una relación jerárquica, muchas veces violenta y profundamente paradójica entre los/as profesionales de la salud y las personas trans. Por tanto, resulta importante revisar esta relación a la luz de la evidencia científica actual, en la que las identidades de género diversas ya no se entienden como una enfermedad, ni como un trastorno psiquiátrico, sino como variaciones humanas legítimas (Levin, 2017).

3 Se utilizará el término trans para hacer referencia a las variadas experiencias de personas que construyen una identidad de género diversa.

Modelo patologizante de intervención médica sobre los cuerpos de las personas trans

La estigmatización y la patologización histórica de las personas con identidades de género diversas en las culturas occidentales ha implicado una constante tensión entre los/as profesionales de la salud y aquellas personas trans que requieren acompañamiento médico, bien sea por asuntos relacionados con el tránsito o por otros motivos de su salud general.

Estas tensiones surgen en gran medida del proceso de medicalización de la sociedad como estrategia biopolítica, a través de la cual se utiliza el conocimiento científico como un dispositivo de poder que controla los cuerpos, las vidas y las realidades de aquellos/as que no se ajustan a la norma (Lindemann, 2016). Esta medicalización de las necesidades individuales y colectivas extiende la aplicación de la medicina a asuntos que surgen en el mundo social y pide al sistema médico responder por dilemas que emergen a partir del funcionamiento inadecuado de otros sistemas educativo, económico, social, cultural, entre otros, que continúan inalterados a partir de la intervención médica sobre los síntomas que generan malestar (Giordano, 2014; Hernández-Córdoba, 2013).

Esta estrategia biopolítica permea las estructuras de poder, instituciones y prácticas sociales, legitimando un rol paternalista y de vigilancia de los/as profesionales de

la salud sobre los/as pacientes, a quienes muchas veces se les concibe como seres ignorantes, enfermos o desviados que requieren ser salvados, educados o guiados, desconociendo que la salud es una emergencia en un conjunto complejo de dimensiones en interacción, y que los seres humanos cuentan con una autonomía ecosistémica que les permite tomar decisiones informadas sobre cómo afrontar los dilemas propios de la vida (Puckett, Cleary, Rossman, Mustanski, & Newcomb, 2017).

Es importante resaltar que este modelo patologizante recrea el rol de los/as profesionales de la salud como guardianes del género (Reed, Drescher, Krueger, Atalla, Cochran, First & Saxena, 2016) y fiscales del sufrimiento, limitando así su maniobra terapéutica y dejándoles en una trampa ética voraz, ya que la función principal de los prestadores de salud no puede ser, bajo ninguna lógica, decidir sobre la identidad o limitar la autonomía de quienes les consultan. Por el contrario, tal como lo dicta la Asociación Médica Mundial (WMA, por sus iniciales en inglés) en la Declaración de Ginebra (Asociación Médica Mundial, 2017), es un imperativo ético respetar la autonomía y la dignidad del/de la paciente, así como también velar porque las consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social, entre otras, no se interpongan entre los deberes del médico y el/la paciente. De esta manera, la autonomía

y el respeto a la diversidad humana se constituyen en la piedra angular en la relación médico- paciente.

El efecto de adoptar este modelo patologizante, biologicista y binario de la experiencia subjetiva alrededor del género es que deja a las personas atrapadas en historias de malestares inexistentes que se recrean para “convencer a otros” de la existencia de dolores dignos de ser diagnosticados. A su vez, deja a las personas atrapadas en cuerpos inviables, recreando una y otra vez la trillada referencia dualista de “nació en el cuerpo equivocado”, anulando la existencia de los cuerpos y las experiencias de vida trans como posibles y legítimas. Finalmente, quebranta la Declaración de Ginebra, en la medida que no reconoce la autonomía, dignidad y diversidad humanas, al centrarse en reproducir adaptaciones de los estereotipos de género en las vidas y los cuerpos de los/as consultantes trans.

Así pues, para devolver a los/as profesionales de la salud su maniobra terapéutica, el rol importante que tienen en el proceso y garantizar una atención en salud para las personas trans que sea digna y respetuosa de su autonomía, propongo transitar del modelo patologizante al modelo basado en el consentimiento informado.

Modelo basado en el consentimiento informado

Desde una cosmovisión epistemológica en la que el ser humano se comprende

como un “sujeto ecodependiente, con conciencia, autodeterminación y responsabilidad, cuya autonomía relativa puede verse limitada por dificultades de orden físico, psicológico, social, económico, geopolítico, cultural, histórico, entre otras” (Hernández-Córdoba, 2013, p. 4); y la salud se asume como un proceso en el que participan diversos actores y por supuesto la persona misma, el modelo basado en el consentimiento informado para la atención médica de las personas trans resulta no solo viable, sino que cumple con el imperativo ético de beneficencia, reducción del daño y continuidad del acompañamiento centrado en el paciente (Dietz & Halem, 2016).

Este modelo que hoy en día es la base legal y ética para la mayoría de las decisiones en la atención médica general, implica que el profesional de la salud comunique a la persona los beneficios y los riesgos potenciales del plan de atención propuesto, así como las alternativas de tratamiento. Partiendo del respeto a la autonomía de cada persona trans y de su capacidad de comprender y valorar estas opciones de acuerdo con sus convicciones y metas personales, el profesional debe facilitar la toma de decisiones por parte de la persona sobre el curso de la atención médica y sobre las implicaciones para su vida (Romero & Reingold, 2013).

Es así como ya no sería necesario un diagnóstico patologizante ni una valoración de salud mental para acceder a los distintos tratamientos médicos que una

Tabla 1. Diferencias epistemológicas entre el modelo patologizante y el modelo basado en el consentimiento informado.

	Modelo patologizante	Modelo basado en el consentimiento informado
Comprensión de las identidades de género diversas	Trastorno, enfermedad o desviación que debe ser diagnosticada y tratada para ser curada	Variaciones humanas que emergen y se desenvuelven en la interacción con múltiples contextos y dimensiones de la vida.
Concepción de las personas trans	Personas que nacieron con un problema en su identidad de género (determinismo biológico) o que por circunstancias traumáticas de su infancia tienen una identidad de género diferente. Requieren intervención médica para adaptar sus cuerpos a su identidad y así aliviar su “disforia”.	Personas que exploran y construyen su género de forma diversa y que se enfrentan a estructuras sociales binarias y patologizantes, frente a las cuales cuentan con capacidades y vulnerabilidades cambiantes para afrontarlas. Cuentan con experiencias de vida, necesidades y recursos muy variados.
Rol de los/as profesionales de la salud	Diagnosticar y tratar el “trastorno de la identidad de género” o la “disforia de género” a través de transformaciones corporales que ayuden a la persona adaptarse socialmente y a aliviar su malestar.	Pueden hacer parte de la estrategia multidisciplinaria y compleja que la persona emplea para explorar su género y/o desarrollar su tránsito. Informar a la persona de las diferentes opciones que la medicina ofrece para transformar el cuerpo, reconociendo que el proceso vital implicado en la construcción identitaria es mucho más amplio y que en el malestar (que puede o no presentarse) se conjugan múltiples factores de orden subjetivo, interaccional y social que la medicina no puede resolver por completo. Facilitar la toma de decisiones por parte de la persona en cuanto al plan de atención médica.
Participación de la persona trans en el proceso	Pasiva: el profesional dirige el proceso diagnóstico y terapéutico, usualmente desde el modelo triádico (diagnóstico psiquiátrico, hormonación y cirugías).	Activa: la persona trans dirige la construcción de su identidad de género y diseña con el apoyo de los/as profesionales y otras personas significativas una estrategia que le ayude a alcanzar sus objetivos.
Relación médico-paciente	Jerárquica. El profesional es el experto que indica a la persona lo que le ocurre y la manera de curar su malestar.	Heterárquica: los profesionales y las personas trans complementan sus experticias. Los profesionales como expertos en crear condiciones de cambio para que las personas realicen sus proyectos en el ejercicio de su autonomía, y las personas trans como expertas en la manera en que conducen sus vidas y en la que quieren reorganizarlas.

persona trans puede elegir como parte de su tránsito de género, sino que se trabajaría para crear un contexto de ayuda que incluya diversos actores sociales y en el que los médicos participarían, si la persona lo decide así, proponiendo las posibles intervenciones que el saber médico ofrece actualmente y facilitando la toma de decisiones sobre las mismas por parte de la persona trans (Cavanaugh, Hopwood, & Lambert, 2016).

Desde este modelo, el rol de los/as profesionales de la salud deja de ser patologizante y pasa a ser una alternativa voluntaria que las personas trans como cualquier otro ser humano pueden tomar para acompañar su tránsito de género u otros procesos vitales en los que requieran ayuda. Por tanto, la propuesta de un modelo fundamentado en el consentimiento informado crea una relación heterárquica entre los/as profesionales de la salud y las personas trans que les consultan, en la que complementan sus experticias: los/as profesionales como expertos en crear condiciones de cambio para que las personas realicen sus proyectos en el ejercicio de su autonomía, y las personas trans como expertas en la manera en que conducen sus vidas y en que quieren reorganizarlas (Hernández-Córdoba, Estupiñán & Serna, 2017).

Para poder implementar un modelo basado en el consentimiento informado, los/as profesionales de la salud necesitan no solo redefinir su rol y la relación médico-paciente en la atención a las personas trans, sino

actualizar los paradigmas y los referentes de acuerdo con la evidencia científica reciente. De esta manera, podrán promover el bienestar integral de las personas trans que les consultan y facilitar la toma de decisiones en cuanto a las transformaciones corporales médicamente disponibles de manera ética y responsable.

Referencias

- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B. & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 15 (3).
- Dresher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*. 24(6).
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (). Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Sexuality Research and Social Policy*. pp.1-12.
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Ginebra*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>
- Lindemann, J. (2016). Understanding Transgender and Medically Assisted Gender Transition: Feminism as a Critical Resource. *AMA Journal of Ethics*. 18(11), pp.32-1138.
- Hernández-Córdoba, Á. (2013). *Por un modelo humano y concertado para implementar la ley 1616 de salud mental*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

- Romero, K., & Reingold, R. (2013). Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reproductive Health Matters*. 21(41), pp.186-195.
- Hernández-Córdoba, Á., Estupiñan, J., & Serna, A. (2017). *Transformación de la subjetividad en la psicoterapia sistémica* (1 ed.). (USTA, Ed.) Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Drescher, J. (2014). Gender Identity Diagnoses: History and Controversies. En B. Kreukels, T. Steensma, A. de Vries, B. Kreukels, T. Steensma, & A. de Vries (Edits.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development Progress in Care and Knowledge*. XXXII, 357. New York: Springer.
- Levin, S. (2017). Ethical Concerns About Emerging Treatment Paradigms for Gender Dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 16(1).
- Giordano, S. (2014). Medical Treatment for Children with Gender Dysphoria: Conceptual and Ethical Issues. En B. Kreukels, T. Steensma, A. de Vries, B. Kreukels, T. Steensma, & A. de Vries (Edits.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development Progress in Care and Knowledge* (págs. XXXII, 357). New York: Springer.
- Dietz, E., & Halem, J. (2016). How Should Physicians Refer When Referral Options Are Limited for Transgender Patients? *AMA Journal of Ethics*. 18(11), pp.1070-1078.
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA Journal of Ethics*. 18(11), pp.1147-1155.

CULPA Y SOMATIZACIÓN EN LA CONDUCTA HOMOSEXUAL, UN ABORDAJE TEOLÓGICO – PASTORAL

FIDEL MAURICIO RAMÍREZ ARISTIZÁBAL¹

Resumen

La condena social a las prácticas homosexuales tiene su origen en visiones provenientes del ámbito religioso como es el caso del cristianismo; visiones que en el proceso de desarrollo y consolidación de las disciplinas en el siglo XVIII pasaron al derecho y a la medicina, donde se dejó de hablar de la conducta homosexual como pecado y se dio paso a catalogarla como delito o enfermedad. Los discursos moralizantes tienen importantes consecuencias en la vida de las personas LGBT, quienes encuentran en la patologización y medicalización de conductas y actitudes derivadas de la negación y clandestinidad de su sexualidad, un lugar cómodo para no asumir responsabilidades frente a sus vidas. En esta perspectiva, desde un enfoque ético pastoral se analiza la necesaria identificación de las raíces de la culpa y sus manifestaciones en la conducta de homosexuales que lleva a diversos motivos de consulta psiquiátrica, los cuales terminan en largos periodos de medicalización en los que no se resuelve nada y que por el contrario en muchos de los casos conduce a procesos de frustración.

Palabras clave: Culpa, patologización, homosexualidad, pastoral, ética.

¹ Doctor y Magister en Educación -línea en Educación, Derechos Humanos y Ciudadanías-; Licenciado en Filosofía, Pensamiento Político y Económico, Licenciado en Teología. Experto en Géneros y Sexualidades. Docente e investigador en el Departamento de Humanidades y Formación Integral de la Universidad Santo Tomás, Bogotá. Correo electrónico: fidelramirez@usantotomas.edu.co; fidel.ramirez1981@gmail.com

Abstract

The social condemnation of homosexual practices has its origin in visions from the religious sphere such as Christianity; visions that in the process of development and consolidation of disciplines in the eighteenth century were passed to law and medicine, where they stopped talking about homosexual behavior as a sin and were now catalogued as a crime or disease. Moral discourses have important consequences in the lives of LGBT, who find in the pathologization and medicalization of behaviors and attitudes derived from the denial and secrecy of their sexuality, a comfortable place not to assume responsibilities in about their own lives. In this perspective, an ethical pastoral approach analyzes the necessary identification of the roots of guilt and its manifestations in the behavior of homosexuals that leads to various reasons for psychiatric consultation, which end in long periods of medicalization in which nothing is resolved and on the contrary in many cases leads to frustration processes.

Key words: Guilt, pathologization, homosexuality, pastoral, ethics.

Introducción

El trabajo de investigación realizado por Di Segni (2013) entorno al impacto social que tuvo las concepciones médicas sobre la “homosexualidad” a lo largo del siglo XX, evidenció cómo la medicalización de las prácticas sexuales sirvió para legitimar los más diversos prejuicios con respecto a la sexualidad en general, pero en particular a la homosexualidad. Los prejuicios provenientes del ámbito religioso utilizaron el discurso médico para camuflarse, perpetuar sus ideologías y mantener el control sobre los cuerpos a través de la restricción de la sexualidad², de tal manera que prácticas que habían sido consideradas como pecaminosas por la moral cristiana pasaron a ser designadas como

desórdenes mentales o la causa de graves enfermedades, como fue el caso de la masturbación³, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, además de otras prácticas sexuales que se alejaban de la lógica binaria heterosexual de procreación (Di Segni, 2013).

Aunque en la actualidad la homosexualidad ya no hace parte de la lista de enfermedades mentales⁴, y poco a poco se avanza en el reconocimiento de las múltiples expresiones que tiene la sexualidad humana, la influencia negativa de los discursos que la patologizaron sigue influyendo en la manera de asumir la

2 En los estudios acerca de la biopolítica, el análisis de los contenidos religiosos tiene un importante lugar, en cuanto que los sectores dominantes han empleado ideologías religiosas para mantener su poder, especialmente con la vigilancia y control de la sexualidad, tal y como lo expresan Foucault (2007), Parkert et al (2008) y García (2009).

3 Especialmente la masturbación masculina.

4 La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), desde 1973 suprimió a la homosexualidad del manual oficial que detalla los trastornos mentales y emocionales. Dos años después, la Asociación Americana de Psicología promulgó una resolución apoyando esta supresión. Hasta que finalmente el 17 de mayo del año 1990 la Organización Mundial de la Salud retiró a la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

homosexualidad; tanto así que en la cotidianidad muchas personas mantienen prejuicios al respecto e incluso un importante grupo de homosexuales tienen dificultad para reconocer su orientación sexual ante amigos, compañeros de clase y colegas de trabajo. Así mismo, en consultas médicas o terapéuticas algunos prefieren no hablar acerca de su orientación sexual por miedo a que el médico o terapeuta los pueda señalar y condenar; miedo que en su mayoría no es infundado, pues existen estudios como el desarrollado por Sevilla & Álvarez (2010) que evidencian que algunas prácticas médicas con personas homosexuales son estigmatizadoras.

No solo los estigmas sociales y las diferentes formas de violencia a las que tienen que enfrentarse personas LGBT constituyen en obstáculo para que personas homosexuales expresen su orientación sexual, también lo constituye la autocensura que se deriva de una experiencia de culpabilidad la cual en casos severos lleva a procesos de somatización a través de inestabilidad emocional, depresión, fobia social y trastornos de ansiedad; procesos que se constituyen en objeto de consulta y tratamiento, desconociendo sus raíces religiosas y perdiendo la oportunidad de una atención integral.

En este sentido, el presente trabajo es una aproximación que desde la perspectiva teológico-pastoral espera brindar herramientas de análisis para terapeutas que se enfrentan a la culpa de pacientes homo-

sexuales, y en cuya atención es importante más que la medicalización asociada a los expresiones de esta culpa, un acompañamiento que les permita integrar su sexualidad con su experiencia religiosa, sin desestimar la importancia de lo religioso para los homosexuales que se encuentran atravesando episodios de culpa. Dado lo anterior, en primera instancia se explicará el origen religioso de la condena de las prácticas homosexuales en las religiones cristianas, su posterior criminalización y medicalización, para dar paso a perspectivas actuales que abogan más por un trabajo ético que por una moralización patologizadora de estas conductas.

Es importante reconocer que este es uno entre los múltiples abordajes que se pueden hacer al respecto, y que lo expuesto aquí son conclusiones derivadas de un estudio socio-teológico que no pretende de ninguna manera poner en tela de juicio la importante labor que cumplen psiquiatras día a día en favor de la salud mental, sino abrir el debate en torno a nuevas rutas de atención que puedan trascender el ámbito de la patologización y la medicalización de personas con orientaciones e identidades de género no hegemónicas.

La homosexualidad en las tradiciones bíblico-teológicas del cristianismo

Córdova (2017) señala que al hablar de religión se corre el peligro de pensarla como un conjunto articulado de doctrinas y prácticas, desconociendo las particula-

ridades que el mundo religioso tiene en sus distintas denominaciones y expresiones; más aún, cuando se vive en regiones en las que las tradiciones monoteístas se impusieron, como es el caso del cristianismo en América Latina.

En tal sentido es importante entender: (1) que las religiones son expresiones históricas y contextuales de las culturas, (2) que sus códigos doctrinales deben ser leídos a partir de dichos referentes para no caer en fundamentalismos peligrosos de los cuales se tienen múltiples ejemplos a lo largo de la historia como lo ha sido la justificación del racismo, la dominación de la mujer y el exterminio de pueblos y culturas, (3) que la Biblia es un conjunto de textos que se articulan tardíamente y que tiene una conformación diferente para judíos, católicos romanos, ortodoxos y cristianos protestantes⁵.

Cada uno de los dogmas religiosos fueron el resultado de importantes debates que respondieron, además de a razones teológicas, a situaciones políticas; tal y como ocurrió también con la traducción de los textos bíblicos que originalmente estaban en arameo, hebreo o griego. Esto resulta muy importante para los estudiosos de la biblia, quienes por un lado

tiene que prestar atención al momento histórico en que se escribe el texto que no siempre corresponde al orden como es presentado en la actual versión de la Biblia, y al uso de palabras en el idioma original del texto sagrado y a su posterior traducción.

Por ejemplo, quienes investigan acerca de la manera como se entiende la homosexualidad en los textos bíblicos coinciden en señalar que realmente la biblia no dice nada acerca de la homosexualidad, al menos de la homosexualidad como se entiende hoy, dado que la categoría homosexualidad es una invención moderna proveniente del campo médico, por lo tanto, no existe ninguna referencia a la homosexualidad en los textos bíblicos (Goss, 2008; Lings, 2011). Lo que sí se puede identificar es una visión negativa y censura a prácticas sexuales entre hombres; hecho que a juicio de los entendidos en este tema tiene una fundamentación muy clara en los textos bíblicos.

El judaísmo, religión de la que se derivan posteriormente el cristianismo y el islamismo (Pikaza, X & Aya, A., 2009), fue estableciendo y consolidando su identidad como pueblo⁶ elegido por un Dios único y omnipotente, en paralelo con otras religiones de mayor importancia en su

5 La Biblia judía tiene 39 libros que hacen parte del llamado antiguo testamento cristiano; por su parte, la Biblia para católicos romanos tiene 73 libros, 46 del Antiguo Testamento y 27 del Nuevo Testamento, canon que es compartido por los ortodoxos; los cristianos protestantes o de la reforma reconocen en su Biblia 66 libros, 39 del Antiguo Testamento y 27 del Nuevo.

6 Gerhard Von Rad, reconocida autoridad en los estudios del Antiguo Testamento, señala que el pueblo de Israel se conformó a partir de pequeños grupos nómadas que se unen a partir de una fe para tomar posesión Canaán. Dicho pueblo resultaba prácticamente irrelevante en sus inicios (Von, 1993)

momento⁷ dada la influencia cultural que tenían. Este hecho le conllevó al judaísmo una lucha por mantenerse intacto y fiel por lo que sus líderes espirituales establecieron preceptos que permitían una clara distinción del judaísmo naciente con otras creencias.

A partir de las prácticas homosexuales de los “prostitutos sagrados” propias de pueblos que circundaban a los judíos, en el judaísmo se prohíben este tipo de conductas, señalándolas como una depravación, más que por el acto en sí por relacionarlas con prácticas idólatras, es decir, ajenas al judaísmo. En tal sentido, textos como Deuteronomio 23, 17; 1 Reyes 14, 24; 15, 12; 22, 46; Job 36, 14 lo que condenan es la sacralización pagana de la prostitución varonil, ocupándose de la homosexualidad ejercida en los lugares sagrados durante los cultos orgiásticos.

En el caso de la narración de Sodoma de Génesis 19, 1-29, expertos exégetas han explicado que a pesar del repudio a la práctica homosexual presentada en el texto, es importante prestar atención a aspectos que se pasan por alto al leerlo. Por ejemplo, el hecho según el Génesis donde los forasteros que llegaron a la casa eran ángeles enviados por Dios; es decir que la violencia no se llevaba a cabo contra dos hombres sino contra los mensajeros de Dios. Hecho que no solo atentaba contra la obligatoria hospita-

lidad del pueblo judío, sino que era un levantamiento en contra de Yavhé (Awi, A., 2001). Por su parte, los textos del Levítico 18, 22; 20, 13 que también han sido estudiados ampliamente por exégetas, aunque no logran una conclusión contundente al respecto, coinciden en señalar que en este caso la condena busca por un lado evitar la feminización de los hombres judíos, y por otro mantener unas reglas estrictas de asepsia.

Para el caso de los libros que conforma el llamado Nuevo Testamento propio de la Biblia de los cristianos, Thomas Hanks (2012) realiza un importante estudio a manera de comentario bíblico, permitiendo establecer que los textos que tradicionalmente se utilizan para señalar y condenar a las personas homosexuales han sido descontextualizados y éstos deben ser leídos en clave de liberación, que es la óptica instaurada por Jesús. Es importante señalar que en el caso de los textos del Nuevo Testamento cristiano, si bien no se condena las prácticas sexuales entre personas adultas del mismo sexo, si se hace una serie de recomendaciones en torno de la conducta sexual, especialmente en las cartas de paulinas, en las que se prohíbe la pederastia y cualquier forma de abuso sexual.

Planteado lo anterior, se espera que quede claro que existen visiones contrarias a lo que tradicionalmente se ha dicho en torno a la condena bíblica de la homosexualidad. En tal sentido, se trata más bien del uso manipulado de la biblia para

⁷ Tal es el caso de las religiones egipcias, babilónicas o helénicas.

promover una condena en contra de la homosexualidad. Pero ¿cuál es el origen de este hecho? Posterior al primitivo movimiento cristiano, en el siglo I se introdujeron muchas corrientes de pensamiento que dieron lugar al desarrollo de teologías dualistas que pusieron un énfasis negativo a todas las formas de sexualidad, y en especial la homosexualidad por ser una práctica infecunda, no conducente a la procreación, y cuya única justificación es la sexualidad.

Con la llegada de la religión cristiana al poder imperial, se empezó a utilizar el discurso religioso del cristianismo para legitimar las acciones del gobierno, y como una estrategia para solucionar el inicio de la crisis romana el gobierno empieza a actuar en razón a visiones cristianas. En ese momento las relaciones homosexuales empiezan a ser penalizadas porque constituyen un peligro para el Estado, dado que Dios castiga por estos crímenes a la población entera con catástrofes como hambrunas, terremotos y pestes, así como lo hizo anteriormente en Sodoma.

De esta forma se introduce el mito de Sodoma como justificación de las medidas penales contra la conducta homosexual. Estos decretos sirven como fines políticos, lo que es importante de destacar ya que no se puede responsabilizar al gobierno por las catástrofes que efectivamente tocaron a la población bajo el gobierno de Justiniano: un terremoto e inundaciones que destruyeron un número de ciudades en el año 525, además de una epidemia

en Constantinopla en el año 543 (Craig: 1999). Estas catástrofes fueron atribuidas a la furia de Dios por los pecados de algunos romanos, razón por la que el emperador para tranquilizar al pueblo y mostrarle su compromiso con la protección escoge como chivo expiatorio a los homosexuales, penalizando la "sodomía", hecho que tal y como lo expone Terrasa (2016) ha sido una constante histórica, legitimando los abusos cometidos contra gais, lesbianas, transexuales y bisexuales⁸.

La culpa en las personas homosexuales

En las tradiciones religiosas de matriz judeocristiana la culpa es el resultado de la conciencia de pecado, es decir, la respuesta del creyente ante la idea de que una acción u omisión ponen en peligro su relación con Dios y que estas acciones u omisiones tendrán como consecuencia un castigo por parte de Dios, tal y como aconteció en el relato de la Caída y expulsión del Paraíso, Génesis 3, 1-24. Esta visión, como se vio en el apartado anterior lleva a que se haga popular entre creyentes la idea que las catástrofes naturales, los problemas y dificultades familiares, e incluso la propia enfermedad son un castigo divino que se deriva de un comportamiento inadecuado.

8 Tal fue el caso de las declaraciones de Ricardo Medina regidor de la Municipalidad Provincial de Arequipa, que dadas las catástrofes naturales acontecidas en Arequipa declaró que Dios está castigando al Perú con desastres naturales, debido a que el Gobierno quiere incluir la "ideología de género" en los colegios

No obstante, el sentimiento de culpa no es un asunto exclusivo de la religión cristiana, sino que es reconocido como una experiencia humana universal producto de cómo ha evolucionado la reflexión filosófica acerca de la conducta humana, como lo expone García-Haro (2015): *la psicología de la culpa en la Grecia antigua*. De hecho, según el autor la culpa está presente en toda cultura y tiempo teniendo expresiones diferentes según en qué época y contexto lo estudiemos (García-Haro, 2015, p.5).

Al respecto, los trabajos de Freud dedicados al estudio del sentimiento de culpa resultan ilustradores. Para él, la culpa es el producto de un conflicto entre la moral y el instinto, de tal manera que el sentimiento de culpabilidad se introduce gradualmente en la conciencia del “yo” como estructura diferenciada del “ello”, producto de la tensión que se da entre los instintos del hombre y las exigencias represoras del “super ego”. El sentimiento de culpabilidad afirma Freud (1979), es la percepción que tiene el “yo” de la vigilancia que se le impone, es la apreciación de las tensiones entre sus propias tendencias y las exigencias del “super-yo”.

Para el psicoanalista, según la intensidad de interiorización de las exigencias morales impuestas por la autoridad del “super ego”, autoridad derivada del temor del yo infantil, emergerá con mayor o menor grado el propio sentimiento de culpa: Cuando la autoridad es internalizada al establecerse un “super-yo”, los fenóme-

nos de la conciencia son elevados a un nuevo nivel, en consecuencia, se puede hablar de conciencia moral y de sentimiento de culpabilidad (Freud, 1979). Este hecho como se verá más adelante resulta de vital importancia al momento de analizar el sentimiento de culpa en personas homosexuales, quienes desde la niñez van interiorizando la idea de que sus emociones y sentimientos son inadecuados dado los discursos y silencios frente a su orientación sexual.

Conviene aclarar que el sentimiento de culpa no es intrínsecamente malo ni destructivo. Según algunos autores existe un sentimiento de culpa productivo y otro destructivo. El sentimiento de culpa productivo puede ser entendido desde el punto de vista creativo, como un dinamismo psíquico que le permite a la persona hacerse responsable de su propia vida, es decir, es un sentimiento que favorece la toma de conciencia de sí y el crecimiento personal. La culpa destructiva ha sido identificada a partir de dos metáforas: 1) el sentimiento de estar agobiado por un peso que aplasta, 2) un remordimiento que corroee internamente. En estas dos metáforas se pueden reflejar las graves consecuencias de una culpa dañina, ya que ésta inmoviliza al sujeto y lo pone en una situación de vulnerabilidad, pues se trata de una idea reiterativa de estar ante un tribunal que juzga y castiga.

Retomando lo dicho hasta el momento, la culpa es el producto del enfrentamiento entre los impulsos que llevan a una per-

sona a actuar de determinada manera, y las exigencias morales propias de códigos religiosos particulares o de la cultura en general. En este sentido, las personas homosexuales experimentan desde la niñez que sus instintos y comportamientos no corresponden a los modelos establecidos culturalmente de las relaciones afectivo-sexuales; experiencias que son reforzadas a partir de discursos y prácticas en la cotidianidad de la vida familiar, con los amigos y en el contexto educativo.

Por ejemplo, en la cotidianidad de la vida familiar, expresiones tales como: prefiero un hijo muerto a marica, es mejor un hijo ladrón que maricón, entre otras, se constituyen en discursos que deben escuchar cotidianamente niños, niñas y adolescentes, haciéndoles pensar que ser homosexual es un acto despreciable peor que robar o asesinar, y que para sus familiares sería preferible la muerte de un ser querido que tener que vivir con esta realidad. De hecho, en procesos de asesoría espiritual al interrogar a personas homosexuales sobre las frases que escucharon siendo niños o niñas para referirse a la homosexualidad y que los marcaron significativamente, la recurrencia de estas dos es muy alta, un 85% coinciden con pequeñas variaciones en su formulación pero que conservan el mismo sentido.

En la misma perspectiva, al interrogar a personas homosexuales que inician un proceso pastoral para tratar de armonizar su orientación sexual con la fe cristiana, acerca de los referentes que tuvieron

en la niñez de personas que compartían su orientación sexual el común es la ausencia de estos. Escuchaban expresiones negativas en torno a la homosexualidad, pero nunca tuvieron la oportunidad de conocer una persona homosexual; en algunos casos, los referentes se reducen a personas trans que por su expresión de género resultan más evidentes.

Estas ideas transmitidas en casa acerca de la homosexualidad son reforzadas en la escuela a través de los contenidos curriculares tanto formales como ocultos. Así lo ha expresado Rogério Diniz en distintas oportunidades como producto de sus investigaciones sociológicas en materia de pedagogía y homofobia. En el texto *Pedagogía de armario*, la normatividad en acción, el autor señala que en las prácticas pedagógicas se juegan relaciones de poder, de clasificaciones, construcción de los saberes, sujetos y diferencias establecidas por el currículo bajo el amparo de las normas de género y de la matriz heterosexual (Diniz: 2013, p.481).

En la misma perspectiva de Diniz, el trabajo de Ramírez & Mena (2014) expone cómo los discursos en torno a la heterosexualidad y los silencios a la homosexualidad se constituyen en una forma de conducir esta última a la anormalidad y a la heterosexualidad en normalidad. Hecho que genera en muchos de los casos que niños, niñas y adolescentes que se reconocen como homosexuales o son percibidos como tales sean objeto de señalamiento y distintas formas de violencia

por parte de sus compañeros de clase e incluso de los docentes y directivos al considerarlos como “anormales” o diferentes (Ramírez: 2018). Realidad que les impone a los estudiantes homosexuales el silencio frente a su orientación sexual y la clandestinidad de sus prácticas como una manera de supervivencia⁹.

Además de los discursos y silencios en la familia y la escuela, en el caso de las personas que profesan una fe y se congregan en alguna comunidad religiosa, la iglesia se constituye en otro lugar en el que las conductas homosexuales son censuradas. Es así como muchos cristianos homosexuales señalan haber aprendido desde muy temprana edad en sus iglesias que la homosexualidad es un terrible pecado, castigado por la furia divina severamente. Hecho que para muchos se convierte en un terrible problema, especialmente en la adolescencia dado el despertar sexual y su búsqueda de exploración, pues, aunque desean reprimir su atracción por personas del mismo sexo, debido a la carga moral que se les ha impuesto, se ven imposibilitados de hacerlo; al darle rienda suelta a su deseo, ya sea a través de la

masturbación o un encuentro sexual, posteriormente se sienten culpables dada su “debilidad”. Frente a este sentimiento de culpabilidad quizá la mayor preocupación es el castigo que se puede derivar, miedo que se materializa en angustia frente a la posibilidad de la enfermedad de sus padres o su propia enfermedad.

De la somatización de la culpa a la patologización

Producto de los discursos y los silencios en torno a la homosexualidad como se expuso anteriormente, se impone la idea de su anormalidad, enfermedad y pecado; dada la imposibilidad de dominar los impulsos sexuales hacia personas del mismo sexo y la sanción social de dichos impulsos, se genera el sentimientos de culpa que puede derivar en depresión; especialmente en la adolescencia que según autores es el período más difícil dado el temor a la hostilidad o incompreensión de los suyos, la inseguridad en la escuela y la imposibilidad de confiar en pares (Colombia Diversa & Sentiido: 2016). Este tipo de situaciones de acuerdo con Pineda (2013) y Delgado-Sánchez (2008) se constituye en un factor de riesgo frente al desarrollo y ejecución de ideaciones suicidas. Otro importante trastorno que según Delgado-Sánchez (2008) está asociado es la ansiedad que genera el conflicto psíquico que experimenta el homosexual en una cultura cuyos ordenamientos de la sexualidad se basan en las dicotomías heterosexistas hombre-mujer y masculino-femenino. Dicha ansiedad se expresa como un senti-

9 Investigaciones realizadas en torno al Bullying homofóbico concluyen que los estudiantes LGBT se sienten inseguros en las instituciones educativas, razón por la cuál muchos tienen largos periodos de ausentismo, reportándose enfermos, o simplemente desertan de la escuela. Situación que ha prendido las alarmas de organismos internacionales como la UNESCO que ha declarado que para garantizar el derecho a la educación no basta con garantizar el acceso sino la permanencia a través de la generación de ambientes libres de violencia (UNESCO, 2015).

miento de agobio y un remordimiento que corroe internamente.

Dada la complejidad que puede llegar a tener para algunas personas asumir y expresar su orientación sexual por miedo a los señalamientos y por la autocensura derivada de la interiorización de la culpa que se expresa en forma de depresión o ansiedad, los gais y lesbianas terminan recurriendo, por iniciativa propia o por recomendación médica, a consulta psicológica y psiquiátrica en las que casi siempre terminan en procesos de medicalización. He aquí el quid de lo planteado hasta el momento; la medicalización se constituye en un lugar cómodo para quienes no quieren asumir un compromiso consigo para superar la depresión o la ansiedad, especialmente cuando éstas son producto de conflictos de culpa en relación con una orientación homosexual. El diagnóstico médico y medicalización se constituyen en una justificación, dado que asumir la depresión o el padecimiento de un trastorno de ansiedad resulta más confortable que reconocer los miedos y frustraciones propios del sentimiento de culpa.

No obstante, la medicalización es una solución pasajera y la expresión de la culpa regresa. En virtud de esto, a pesar de que puede ser necesario un tratamiento farmacológico en casos extremos de depresión y ansiedad, el acompañamiento pastoral con enfoque de género se hace de vital importancia para quienes se encuentran atrapados en un sentimiento de culpa por su orientación sexual. En este

proceso el asesor deberá presentar lecturas diferentes en torno a la comprensión de la sexualidad que se ha producido desde nuevas perspectivas teológicas, y en las cuales se recalca que ser cristiano y homosexual no es una contradicción porque el cristianismo es una apuesta por la justicia y la solidaridad abierta para todos y todas. Claro está que existen unos parámetros morales frente a la relación de pareja, pero estos no están supeditados a que la relación sea heterosexual u homosexual. En tal sentido el respeto a la pareja, la fidelidad y no instrumentalización del cuerpo en función de mero placer es una invitación para cualquier tipo de relación afectiva entre personas cristianas.

De igual manera, tal como lo plantea Vidal (1977), en este proceso de consejería se hace necesario que se presente el rostro misericordioso de Dios que a diferencia de otras concepciones religiosas en el cristianismo juzga desde el amor, pues esta es la medida de todas las cosas; por lo que la idea del castigo, propio de la teología judía, es superada con Jesús. Una consejería pastoral dirigida a personas homosexuales es un escenario privilegiado para posibilitar el reconocimiento de la sexualidad como una posibilidad de expresar el amor y no como un impedimento para la filiación cristiana.

Conclusión

Históricamente se ha impuesto desde visiones religiosas cristianas la censura, la condena y la persecución de las orienta-

ciones sexuales e identidades de género no hegemónicas; visiones que tuvieron un importante impacto social al permear los discursos políticos/jurídicos y médicos que aún hoy se constituyen en un importante obstáculo para el avance en materia de derechos de personas LGBT.

No obstante a que en algunas iglesias cristianas se han utilizado los textos bíblicos como fundamento para la censura y condena de las prácticas homosexuales, exégetas e historiadores de las religiones han coincidido en señalar que relatos como el de Sodoma y el Levítico deben ser leídos a la luz de la realidad social que atravesaba el pueblo de Israel en su consolidación y proceso de distinción de otras formas culturales, y no como pretexto de moralizar y condenar prácticas sexuales que dadas las realidades sociales actuales tienen una connotación diferente.

El sentimiento de culpa que experimentan algunas personas homosexuales dada su herencia religiosa, se constituye en un problema que llega a tener expresiones tales como la depresión y la ansiedad; que aunque en algunos casos extremos requieren tratamiento farmacológico, el éxito de la intervención radica en la posibilidad de una consejería espiritual con enfoque de género que permita desde la experiencia y el lenguaje religiosos que el cristiano homosexual reconozca que su orientación sexual no es un pecado, ni una limitación para acoger los valores de justicia y solidaridad que se constituyen en el centro de la predicación de Jesús.

La consejería espiritual a personas homosexuales, además de buscar que el cristiano se reconcilie con su orientación sexual debe ser una posibilidad para que éste reconozca los verdaderos alcances de una moral sexual acorde a su condición, asumiendo que el respeto del cuerpo, su no instrumentalización en función del placer, el amor gratuito y la corresponsabilidad son principios que rigen las relaciones afectivas entre personas cristianas más allá de sus orientaciones sexuales.

Referencias

- Awi, A. (2001). ¿Qué dice la Biblia sobre la homosexualidad? *Teología y Vida*. 42(4).
- Colombia Diversa & Sentido, (2016). *Mi voz cuenta: encuesta de clima escolar LGBT en Colombia 2016*. Sentido: Bogotá.
- Córdova, H. (2017). *12 mitos acerca de las religiones y la diversidad sexual*. Edición REDLAD y GEMRID: Argentina.
- Craig, W. (1999). *Roman Homosexuality, Ideologies of Masculinity in Classical Antiquity*. Oxford University Press: Inglaterra.
- Delgado-Sánchez, J. (2008). Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cadernos de Saúde Pública*. 24(5).
- Di Segni, S. (2013). *Sexualidades, tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.
- Diniz, R. (2013). Pedagogía do armario, la normatividad en acción. *Revista Retratos de la Escuela*. 7(13), pp. 481-498.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad 1, la voluntad de saber*. Siglo XXI Editores: México.

- Freud, S. (1979). *Obras Completas, Volumen XXI. El Malestar en la Cultura*. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- García-Haro, J. (2015). Psicología de la culpa en la Grecia antigua. *Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*. 11(1), pp. 5-24.
- García, L. (2009). *Contra el oscurantismo: defensa de la laicidad, la educación sexual y el evolucionismo*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Lings, R. (2011). *Biblia y homosexualidad, ¿se equivocaron los traductores?* Editorial SEBILA: San José.
- Mena-López, M & Ramírez, F. (2018). Las falacias discursivas en torno a la ideología de género. *ex æquo*. 37, pp.19-31.
- Parkert, R. (2008). *Políticas sobre sexualidad, reportes desde las líneas del frente*. Sexuality Policy Watch: México
- Pikaza, X & Aya, A. (2009). *Diccionario de las tres religiones: judaísmo, cristianismo, islam*. Editorial Verbo Divino: Navarra.
- Pineda, C. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 42(4), pp. 333-349.
- Ramírez & Mena (2014). Aportes desde la perspectiva queer para la reforma curricular de la escuela en búsqueda de la equidad de género. *Ciudad Paz-ando*. 7(1), pp. 106-124.
- Ramírez, F. (2018). *Inclusión educativa de estudiantes sexualmente diversos en Colombia periodo 2000–2015* (Tesis del Doctorado). Universidad Santo Tomás, Colombia.
- Ricoeur, P. (1991). *Finitud y culpabilidad*. Ediciones Taurus: Madrid.
- Ricoeur, P. (2003). *El conflicto de las interpretaciones*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.
- Sevilla, M. & Álvarez, N. (2010). Homofobia y discriminación sexual en el discurso de profesionales de la salud. *Revista Digital Universitaria*. 11(8).
- Terrasa, J. (2016). *Control, represión y reeducación de los homosexuales durante el franquismo y el inicio de la transición* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- UNESCO (2015). *La violencia homofóbica y transfóbica en el ámbito escolar: hacia centros educativos inclusivos y seguros en América Latina*.
- UNESCO: Vidal, M. (1977). *Cómo hablar del pecado hoy. Hacia una moral crítica del pecado*. Promoción Popular Cristiana (PPC): Salamanca.
- Von, G. (1993). *Teología del Antiguo Testamento I (séptima edición)*. Ediciones Sígueme: Salamanca.

¿CÓMO SE CONFIGURA EL MALESTAR DE GÉNERO EN PERSONAS TRANS? SISTEMATIZACIÓN DE LAS COMPREENSIONES DE *LIBERARTE*¹

CAROLINA HERRERA SMALL²,
SIMÓN TORRES OROZCO³

Resumen

Una comprensión ecosistémica del malestar de género requiere una evaluación completa de los factores individuales, interaccionales y sociales asociados, lo cual implica que dicho malestar no puede comprenderse totalmente desde la perspectiva individual o desde su anclaje en el cuerpo. En concordancia con lo anterior, el presente estudio sistematiza las comprensiones de LIBERARTE sobre el malestar de género en personas trans que consultan su servicio de psicoterapia, con el fin de aportar criterios clínicos especializados para orientar las intervenciones psicológicas y psiquiátricas con personas trans.

Palabras clave: Diversidad sexual, identidad de género, transexualidad, disforia de género, psicoterapia.

- 1 LIBERARTE es una organización de atención psicológica que presta los servicios de psicoterapia individual, de pareja, familiar y grupal a personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. El equipo terapéutico de LIBERARTE es miembro de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) y desde 2008 desarrolla procesos psicoterapéuticos con personas trans, sus parejas y familias.
- 2 Psicóloga clínica de LIBERARTE (www.liberarte.co), psicoterapeuta, investigadora y docente. Correo electrónico: info@liberarte.co
- 3 Psicólogo clínico de LIBERARTE (www.liberarte.co), psicoterapeuta, investigador y docente. Correo electrónico: info@liberarte.co

Abstract

An ecosystemic approach to gender dysphoria requires a complete evaluation of individual, interactive and social factors, which means that gender dysphoria cannot be fully understood from an individual and biological perspective linked only to the body. This study's purpose is to present the systematization of LIBERARTE's understanding of gender dysphoria in trans consultants who seek psychotherapeutic counseling, in order to provide specialized clinical criteria for psychotherapeutic and psychiatric interventions with trans clients. The historic evolution of the World Health Organization's (OMS), the American Psychiatric Association's and the World Professional Association for Transgender Health's (WPATH) understandings of gender dysphoria were reviewed.

Key words: Sexual diversity, gender identity, transsexuality, gender dysphoria, psychotherapy.

Introducción

Las variaciones en la identidad de género fueron comprendidas como un trastorno mental por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación Americana de Psiquiatría durante aproximadamente 70 años. Desde la sexta hasta la novena versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-6, CIE-7, CIE-8 y CIE-9), se consideraban “desviaciones sexuales” (Kreukels, Steensma y de Vries, 2014; Rodríguez y García-Vega, 2012), ya en la CIE-10 se les denominó “trastornos de la identidad de género” (OMS, 1992). Hasta el 2018 en la CIE-11, la OMS reconoció que la transexualidad no es un trastorno mental y formuló cambios, importantes pero insuficientes.

Sin embargo, a pesar de lo dicho en la CIE-11, de acuerdo con la CIE-10, aún vigente, a una persona que consulta los servicios de salud cuando desea realizar un tránsito de género se le asigna el código F.64: *trastornos de la identidad de género*, el cual se encuentra clasificado

dentro del capítulo 05, que corresponde a los trastornos mentales y de comportamiento (OMS, 2018; Kreukels, Steensma & de Vries, 2014; Rodríguez & García-Vega, 2012).

En la CIE-11 anunciada por la OMS el 18 de junio de 2018, se propone un cambio en la clasificación de las variaciones en la identidad de género⁴. Por un lado, se retirará este diagnóstico de la lista de trastornos mentales, dejando de considerar dichas variaciones como una patología mental. Además, se propone reclasificarlo dentro del capítulo 17: *Condiciones relacionadas a la salud sexual*. En este capítulo se clasificarán estas variaciones como “incongruencias de género” con el

4 Preferimos referirnos a las identidades de género diversas de esta manera, ya que al nombrarlas como incongruencias de género seguiríamos suponiendo que existen “géneros más congruentes que otros”. La apuesta ética y epistemológica que asumimos en LIBERARTE, desde la cual sustentamos nuestras intervenciones, es comprender las variaciones en la identidad de género dentro de un amplio espectro de posibilidades en la construcción identitaria.

código HA60, comprendiéndolas como condiciones que pueden requerir de los servicios de salud pero que en sí mismas no implican trastornos o patologías (OMS, 2018).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, la transexualidad apareció como diagnóstico en 1980 en la tercera versión del manual (DSM-III). En 1994 se cambió el término de la categoría diagnóstica en el DSM-IV denominándose “trastorno de la identidad de género”. Sin embargo, hasta ese momento aún persistía la patologización de las identidades de género diversas en el manual (Kreukels, Steensma & de Vries, 2014; Rodríguez & García-Vega, 2012). En el 2013 desapareció esta categoría diagnóstica con la publicación del DSM-V y se introdujo el término “disforia de género”, el cual hace referencia al malestar clínicamente significativo que pueden experimentar algunas personas trans en diferentes momentos de su trayectoria vital, pero que en sí mismo no constituye un trastorno (APA, 2014; Mas Grau, 2017).

Insuficiencia en la despatologización social de las personas trans

Aun cuando se reconoce la importancia del proceso de despatologización y del posicionamiento social de las personas con identidades de género diversas, que se reflejan en los cambios propuestos para las versiones más recientes del DSM y de

la CIE, también se evidencia una necesidad de avanzar en la construcción de referentes comprensivos e interventivos que se fundamenten en criterios teóricos, epistemológicos y clínicos claros y especializados para avanzar hacia una valoración de estas diversidades, y hacia la construcción de espacios de atención psicológica y psiquiátrica que legitimen el derecho a la diferencia y que cuenten con modelos de atención especializados.

En este sentido la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) ha construido los Standards of Care (SOC) que presentan una guía internacional de buenas prácticas para los profesionales de la salud en la atención sanitaria a personas trans y que aportan referentes importantes desde una perspectiva despatologizante (WPATH, 2012). Sin embargo, los referentes latinoamericanos son escasos y más aún los colombianos. Algunas comprensiones de la configuración del malestar que pueden experimentar algunas personas trans en diferentes momentos de su trayectoria vital, se han limitado a la dimensión biológica y al anclaje en el cuerpo, señalando que se trata de “personas atrapadas en el cuerpo equivocado” (Stone, 2014; Platero, 2014)

En nuestro ejercicio clínico dicha comprensión resulta insuficiente y muchas veces equivocada, ya que much@ss de nuestros consultantes no presentan malestar con su cuerpo pero sí con su género. Otr@s continúan presentando

disforia pese a llevar a cabo intervenciones corporales que pretenden “aliviar el malestar” desde la perspectiva de lógicas médicas biologicistas, patologizantes y binarias.

Por esta razón formulamos una pregunta de investigación amplia: ¿Cómo se configura el malestar de género que puede presentarse en algunas personas trans en momentos de sus trayectorias vitales? Esta pregunta indaga desde un paradigma ecosistémico que reconozca múltiples factores de orden subjetivo, interaccional y social que la medicina no puede resolver por completo.

Método

Diseño. El diseño metodológico de esta investigación incluyó el análisis cuantitativo de las historias clínicas de 159 personas trans que consultaron el servicio de asesoría psicológica en LIBERARTE para realizar su tránsito de género desde 2008 hasta 2017. El método de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia.

Participantes. En este estudio participaron 159 personas trans, de las cuales el 73% son personas entre los 18 y 40 años, el 16% entre los 4 y 17 años y el 11% personas mayores de 41 años. De l@s 159 participantes, el 43% se identifica como mujeres trans, el 39% como hombres trans y el 19% se identifica con construcciones de género no binarias. La participación en este estudio fue informada y voluntaria.

Instrumentos. La información cuantitativa fue analizada mediante la prueba estadística chi-cuadrado con el paquete de análisis estadístico SPSS. El análisis de esta información se consolidó en una matriz categorial de doble entrada que permitió establecer la configuración del malestar de género que experimentaron las personas que consultaron el servicio de asesoría psicológica en LIBERARTE.

Procedimiento. El análisis cuantitativo inicial de las historias clínicas permitió hacer una primera descripción de las características psicosociales de las personas trans que acuden a consulta psicológica en LIBERARTE. Con este referente se orientó la comprensión de la configuración del malestar de género que experimentan, para la cual se partió de la formulación de quince categorías interaccionales deductivas.

Resultados

Ante la pregunta de cómo se configura el malestar de género que puede presentarse en algunas personas trans en momentos de sus trayectorias vitales, se evidenció que las categorías que generaron asociaciones significativas a nivel estadístico fueron las siguientes:

(1) Creencias y valores. Se comprenden como el marco de referencia personal, compuesto por creencias, posturas y valores. Incluyen las siguientes subcategorías: (a) los roles de género rígidos; (b) el cuerpo como el principal escenario de

la construcción identitaria; (c) el sacrificio personal como forma de obtener reconocimiento en la familia.

(2) Expresión de género. Hace referencia a la manera en que cada persona expresa al mundo su género, a través de la vestimenta, el comportamiento, los roles sociales, los gustos e intereses. Incluye las siguientes subcategorías: (a) diferente al sexo asignado al nacer; (b) igual al sexo asignado al nacer.

(3) Fuentes de estrés. Hace referencia a cambios en la trayectoria vital, relaciones conflictivas y eventos estresantes de carácter individual que alimentan y mantienen el malestar de género. Incluye las siguientes subcategorías: (a) conflicto con familia de origen; (b) pérdida de vínculos significativos.

(4) Familia nuclear. Hace referencia a la relación con la familia nuclear y el manejo de la identidad de género diversa al interior de la familia. Incluye las siguientes subcategorías: (a) la familia nuclear no acepta la identidad de género del miembro de familia; (b) la familia nuclear acepta la identidad de género del miembro de familia; (c) la familia nuclear no sabe sobre la identidad de género del miembro de familia; (d) la familia nuclear sabe sobre la identidad de género del miembro de familia.

(5) Experiencias significativas. Se refiere a experiencias importantes en la trayectoria vital que hayan tenido un

impacto en el desarrollo y el bienestar psicológico de la persona. Incluye las siguientes subcategorías: (a) retraimiento social; (b) marginación social; (c) bullying escolar; (d) ideación suicida; (e) intento de suicidio.

(6) Falta de apoyo. Se define como la falta de redes de apoyo en los diferentes contextos de la vida. Incluye las siguientes subcategorías: (a) falta de apoyo en el ambiente educativo; (b) falta de apoyo en la familia extensa; (c) los amigos no constituyen una red de apoyo.

(7) Dilemas cotidianos. Se refiere a situaciones o lugares habituales en los cuales muchas personas deben interactuar, pero que para las personas trans implican un reto adicional en su cotidianidad. Incluye las siguientes subcategorías: (a) interacción con extraños en lugares públicos; (b) frecuentar escenarios binarios (baños, vestieres, sistema médico, etc.); (c) mostrar su documento de identidad.

(8) Experiencias con el sistema de salud. Hace referencia a las experiencias de las personas trans con el sistema de salud que resultan conflictivas, discriminatorias y que deterioran su bienestar psicológico. Incluye las siguientes subcategorías: (a) barreras de acceso a procedimientos médicos; (b) falta de conocimiento de los profesionales; (c) atención patologizante en salud mental.



FIGURA 1. Configuración del malestar de género en personas trans que consultaron en LIBERARTE por este motivo. Los datos obtenidos muestran las correlaciones de las quince categorías deductivas con el malestar de género que presentaron las personas que participaron en este estudio. Estas correlaciones son estadísticamente significativas con un índice de significancia de $p=0,05$ en una muestra de 159 personas.

Malestar de género

Un punto de inicio en la configuración del malestar de género se encuentra en las experiencias significativas de la historia de vida de las personas trans que participaron en esta investigación, dado que, muchas veces estas experiencias le indican al individuo el lugar que ocupa en el mundo. En el caso de las personas trans, estas experiencias están marcadas por el retraimiento social en el 96% de los casos, la marginación social en el 67% y el bullying escolar en el 65% de los casos, lo cual muchas veces alimenta en la

persona la sensación de que sobra en la sociedad, dando así lugar a la ideación suicida que se presenta en el 84% de los casos. Cuando esta situación se hace insostenible puede llevar incluso al intento de suicidio, que se presenta en el 62% de los casos. Esta sensación de inadecuación con el entorno lleva además a la persona a cuestionar su propia existencia y a suponer que algo anda mal con él o con ella, lo cual puede tener implicaciones muy profundas en su posibilidad de construir una identidad integrada y una adecuada autoestima.

Frente a este dilema, muchas personas recurren a estrategias de sobreadaptación al entorno social a través de sacrificios personales que permitan lograr el reconocimiento que necesitan evidenciados en el 85% de los casos, creencias y valores asociados a roles de género rígidos en el 88% de los casos y la concepción del cuerpo como el principal escenario de afirmación de la identidad lo cual se presenta en el 87% de los casos.

Esta tensión constante entre marginación y deseo de inclusión se evidencia en las tensiones con los diferentes sistemas sociales con los que las personas trans se relacionan. Por un lado, en esferas más privadas, el 81% de los casos la familia nuclear no acepta la identidad de género. Además, el 84% de las veces (84%) la familia extensa no constituye una fuente de apoyo, y ni los amigos ni el entorno educativo sirven de soporte emocional. A su vez, en la cotidianidad la interacción con extraños resulta dilemática en el 96% de los casos, ya que recae sobre la persona trans un criterio sospechoso, sustentado en el género que “aparenta”, generando así un alto desgaste emocional y una alta exposición a situaciones de violencia y discriminación en escenarios binarios, en el 95% de los casos se presenta al ir al baño público o acudir a un gimnasio, y en un 45% al mostrar el documento de identidad a las autoridades e instituciones públicas o privadas.

Finalmente, en cuanto a las experiencias de las personas trans con el sistema de salud, se evidencian barreras de acceso a

los distintos procedimientos médicos en el 87% de los casos, y falta de conocimientos de los profesionales de salud para realizar las diferentes intervenciones médicas trans-específicas en el 74% de los casos. Además, aún hoy en día el 74% de las personas trans reciben atención patologizante en salud mental y no una atención digna que reconozca su autonomía en la construcción de género.

Discusión

A partir de los resultados presentados, se puede evidenciar que el cuerpo no es el único escenario en el que se configura el malestar de género en las experiencias de vida de personas trans y que intervienen factores tanto individuales como interaccionales y sociales. Esta conclusión tiene implicaciones importantes para la comprensión del malestar de género en el contexto social y para la atención en salud de las personas trans, las cuales trataremos a continuación:

Implicaciones para la comprensión del malestar de género

A diferencia de otras comprensiones individuales que anclan el malestar de género únicamente al cuerpo o a la disonancia entre “mente y cuerpo” y que conciben las intervenciones corporales como la manera por excelencia de aliviar la disforia, una comprensión ecosistémica del malestar de género requiere una evaluación completa de los factores individuales, interaccionales y sociales asociados.

No es posible negar el contexto relacional en el que ese cuerpo habita y los significados interaccionales con los cuales se construye en la trayectoria vital. Por tanto, si bien intervenir el cuerpo es importante en algunos tránsitos de género y en algunas construcciones identitarias, no es suficiente si no se intervienen otros sistemas sociales mucho más amplios con los cuales la persona se relaciona. Es preocupante que la mayoría de participantes aún habiten en entornos familiares y sociales hostiles, y que no cuenten con suficientes redes de apoyo, lo cual explica muy bien los altísimos porcentajes de aislamiento social (96%), ideación suicida (84%) e intentos de suicidio (62%).

Desde una comprensión ecosistémica del malestar de género, es evidente la necesidad de intervenir sobre las prácticas transfóbicas y discriminatorias arraigadas aún en la vida familiar y social de la cultura colombiana. Por tanto, la responsabilidad ética sobre el bienestar de las personas trans, y sobre su posibilidad de vivir una vida digna y autónoma recae sobre todos los miembros de la sociedad y exige estrategias multidisciplinarias.

Implicaciones para la atención en salud de las personas trans

Algunos profesionales de la salud buscan aliviar completamente el malestar de género que experimentan personas trans a través de las modificaciones corporales. Sin embargo, si estas se mantienen desconectadas de la posibilidad de transfor-

mar la pauta de relación de las personas trans con el mundo, en la que la persona sacrifica su propia identidad para poder existir y es forzada a encajar en un mundo transfóbico y binario, el malestar puede persistir aún después de las intervenciones corporales.

Una comprensión ecosistémica del malestar de género que experimentan algunas personas trans en diferentes momentos de sus vidas, puede ayudar en el diseño de estrategias de intervención en salud que aborden los factores tanto individuales como interaccionales y sociales asociados como parte de la estrategia multidisciplinar que la persona trans puede emplear para explorar su género o para desarrollar su tránsito.

Comprender los cuerpos trans dentro de sus propios entramados relacionales es una apuesta ética que todo profesional de la salud debe hacer, ya que descontextualizar estos cuerpos de sus realidades es quitarle el sentido a la existencia humana y negar todos los factores que confluyen en la configuración del malestar de género.

Es así como resulta fundamental para los profesionales de la salud poder comprender los retos emocionales que implica ser una persona trans en nuestra sociedad, en cuanto al desarrollo de una identidad de género diversa en un contexto hostil y transfóbico, los procesos de transfobia internalizada (Levitt & Puckett, 2015) y de estrés de las minorías que pueden pre-

sentarse, además del desgaste emocional crónico que traen todos los retos sociales y legales en la cotidianidad (ALGBTIC LGBQQIA Competencies Taskforce, 2013).

Teniendo en cuenta todos estos factores, la atención de los profesionales de la salud a las personas trans no puede ser solo individual o corporal, además de la necesaria despatologización de las personas con identidades de género diversas. Los profesionales de la salud están llamados a trabajar en equipo con otros profesionales y actores de los sistemas con los que la persona se relaciona para desarrollar estrategias de fortalecimiento personal y de las redes de apoyo de cada consultante.

Si se supera el modelo de intervención triádico: diagnóstico psiquiátrico, hormonación y cirugías, las estrategias de intervención desde múltiples disciplinas y ámbitos sociales podrían acompañar a las personas trans a encontrar un lugar legítimo en el mundo donde su voz pueda ser escuchada, sus cuerpos puedan ser acariciados, sus existencias puedan ser valoradas y su vida pueda ser reconocida y respetada.

Referencias

- ALGBTIC LGBQQIA Competencies Taskforce (2013). Association for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues in Counseling Competencies for Counseling with Lesbian, Gay, Bisexual, Queer, Questioning, Intersex, and Ally Individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 7(1), pp.2-43.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kreukels, B., Steensma, T. & De Vries, A. (2014). *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer.
- Fernández Rodríguez, M., & García-Vega, E. (2012). Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 32(113), pp.103-119.
- Levitt, H. & Puckett, J. (2015). Internalized stigma within sexual and gender minorities: change strategies and clinical implications. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 9(4), pp.329-349.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*. 75(2), e059.
- Organización mundial de la salud (2018). CIE-11. Undécima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Ginebra. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Organización mundial de la salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.
- Platero, R. (2014). *Trans* exualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Madrid: Bellaterra.
- Stone, S. (2004). *The " Empire " Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*. Uni-

versity of Texas. Department of Radio, Television and Film. Recuperado de <https://sandystone.com/empire-strikes-back.pdf>

World Professional Association for Transgender Health WPATH (2012). Standards

of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. Recuperado de <http://www.wpath.org/documents/StandardsofCareV7-2011WPATH.pdf>.

ATENCIÓN INTEGRAL DE POBLACIÓN TRANS EN EL HOSPITAL DE SAN JOSÉ. DE LA FICCIÓN A LA ACCIÓN

JUANA ATUESTA FAJARDO¹

Resumen

Jacalyn Duffin (1999) sostiene que la historia en general es poco atractiva para el común de las personas, porque se asocia a la necesidad de memorizar una serie de datos aburridos y anticuados, sin saber que este conocimiento permite tener elementos de juicio para entender el porqué de los hechos presentes. Actualmente el Hospital de San José es un punto de referencia para la atención de la población trans, sin embargo, antes de maravillarse con esta realidad y los actuales servicios que le provee a esta comunidad, es necesario mirar hacia atrás y conocer cómo se dio el proceso que llevó a una institución emblema en el progreso de la cirugía de nuestro país, a brindar atención integral a la comunidad trans.

Palabras clave: Comunidad trans, historia, atención, Hospital San de José.

Abstract

Jacalyn Duffin (1999) holds that history is less attractive to common people, because it associates the necessity of memorize a series of boring and old data, without knowing that this knowledge allowing judgement elements to understand the reason of the present facts.

¹ Médica Psiquiatra. Psiquiatra de niños y adolescentes. Jefe Servicio de Psiquiatría, Hospital de San José. Estudiante de la Maestría en Bioética, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, DC. Correo electrónico: juanis765@gmail.com

Nowadays the Hospital of San José is the guide mark for the attention to trans community, however, before being amazed by this reality and the current services that it provides to this community, it is necessary to look behind and know how it happened the process that took an emblematic surgery institution in our country, to give integral attention to trans community.

Key words: Trans community, history, attention, Hospital of San José.

Introducción

La historia de los sucesos importantes siempre está precedida y rodeada de acontecimientos reales que impulsan a los gestores a realizar obras y actos magníficos. Pero también surgen circunstancias secundarias que inciden en las decisiones y muchas veces modifican la dirección de los eventos programados, de tal manera que el destino de los hechos más pareciera una casualidad, una escena espontánea del devenir, que con suerte y tesón incansable de sus actores logran resultados tangibles que benefician a los ciudadanos. (Cadena, 2002)

Han pasado 116 años desde que diez ilustres médicos cirujanos conformaron la Sociedad de Cirugía de Bogotá y concibieron el Hospital de San José como una entidad médica, bandera para el progreso de la cirugía en Colombia. Hasta ahora no ha defraudado la memoria de sus fundadores, pues se ha convertido en una institución de salud docente asistencial de carácter privado, de alto nivel de complejidad (Gómez, 2008). Entre los servicios que oferta están los procedimientos médico-quirúrgicos para reasignación -ahora denominado reafirmación- de género. Sin embargo, existe la pregunta por ¿cómo llegó a convertirse

en un centro de referencia para atención de población trans?

La respuesta a la anterior pregunta parece no ser clara, por tanto, es necesario indagar en la historia de la institución teniendo en cuenta ciertas precauciones teóricas. La verdadera historia de un evento u objeto desde la perspectiva foucaultiana, es un fenómeno dinámico, una colcha de retazos dependiente de la fuente o el narrador, o como lo que denomina Heidegger “el se dice”, por lo que se hace necesario la historización o análisis arqueológico de cada información (Díaz, 2007). Lo anterior, como una forma de depurar la conveniencia y manipulación que de ella haya podido hacer el informante, función que me propongo llevar a cabo.

La población trans en el Hospital de San José

La historia del origen de la atención a población trans en el Hospital de San José se consideró un tema novedoso y desconocido, que se tomaba más como dato anecdótico del especialista que realizaba el procedimiento y no como una estadística del servicio; una de las causas de esta percepción era que al retirarse el médico la información se iba con él. En mi experien-

cia, la primera vez que tuve conocimiento de un caso de una persona trans fue en 1999, cuando era estudiante de medicina de la Universidad del Rosario y estaba en mi rotación de cirugía plástica. Recuerdo que dado mi interés por la psiquiatría -presente desde antes de estudiar medicina-, leí toda la historia clínica del paciente -un hombre trans- y en esta, muchas hojas evidenciaban la atención psicoterapéutica que por años recibió en psiquiatra particular para “intentar curarlo”. Como era de esperarse, la intervención terapéutica no dio los frutos esperados y el paciente decidió ahorrar para poder pagarse la mastectomía, y así intentar aliviar en algo su malestar corporal. Fue toda la atención que pudo ofrecérsele para su condición en ese momento.

Años más tarde en octubre del 2006, comencé a trabajar como psiquiatra en el Hospital de San José, percatándome de que esporádicamente llegaban pacientes que consultaban por inconformidad con su género -en su mayoría mujeres trans-, pero desertaban de los controles porque se desanimaban de la falta de oferta de procedimientos quirúrgicos para su condición, además de los altos costos, pues no estaban cubiertos por los planes de salud. También era desconcertante para mí, reconocer que poco o nada sabía del tema, pues durante toda mi formación académica nunca se me dio instrucción al respecto, por lo que tuve que ser autodidacta, pero no de libros o artículos científicos -que hoy siguen siendo escasos-, sino que construir un conocimiento

empírico a partir de la generosidad de l@s pacientes que compartieron conmigo sus historias de vida.

El hecho de que la historia clínica fuera manual no permitió la recuperación de estadísticas pasadas. Sólo hasta el 2011 se implementó la historia clínica electrónica y desde ese momento pudo llevarse una estadística confiable de los casos atendidos. Simultáneamente a la modernización de la historia clínica algunos especialistas de los servicios de urología, endocrinología y cirugía plástica comenzaron a capacitarse en técnicas quirúrgicas nuevas y protocolos internacionales para diagnóstico y tratamiento hormonal de pacientes con disforia de género o trastorno de identidad de género -de acuerdo con DSM 5 o CIE 10 respectivamente- lo que permitió ampliar el portafolio de servicios para la población trans.

El desconocimiento de la condición y el temor a la estigmatización de la institución por brindar atención a esta población llevó a que se guardara silencio académico y científico en lugar de hacer público el trabajo médico que se venía realizando. Por lo que fue necesario comenzar a cambiar desde adentro los paradigmas socioculturales y de atención en salud que hasta ahora se entendían como dogmáticos. Irónicamente a pesar de la ausencia de promoción de los servicios, con el paso del tiempo el número de consultas ha ido en aumento, gracias al voz a voz de nustr@s pacientes. Una buena atención es la mejor referencia.

En el 2012, la Corte Constitucional determinó que era obligación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la inclusión dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) de los procedimientos necesarios para el cambio de sexo, evocando los derechos a la identidad sexual dentro del libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la salud de las personas trans, entendiendo

que la salud no se limita al hecho de no estar enfermo, sino que comprende todos los elementos psíquicos, mentales y sociales que influyen en la calidad de vida de una persona. Por consiguiente, todas las personas deben estar en condiciones de intentar el restablecimiento de su salud bajo criterios de calidad, eficacia y oportunidad (Corte Constitucional de Colombia, 2012).

Argumento que desvirtúa que los procedimientos quirúrgicos encaminados a la feminización o masculinización corporal según el caso sean de tipo estético y suntuoso.

Al hacerse pública esta sentencia, el número de consultantes nuevos y de cirurgías para población trans aumentó, pues al estar cubiertas por el sistema de seguridad social, el factor económico ya no era una barrera. Aunque sí lo sigue siendo el desconocimiento de los derechos adquiridos, pues todavía tenemos pacientes que recurren a métodos artesanales recomendados por miembros de la misma comunidad trans, que llevan a complicaciones médicas graves y que pueden dejar secuelas físicas y psicológicas irreversibles e incluso mortales.

Es importante aclarar que en el Hospital de San José se atiende régimen contributivo y pacientes particulares, lo que deja sin atención médica a la población de régimen subsidiado y a quienes no tienen afiliación al sistema de salud. La tabla 1 muestra el número de pacientes por año que consultan por primera vez cualquiera de los servicios del equipo por incongruencia de género y se observa que se ha duplicado la demanda a partir del 2016. El rango de edad está entre los 6 y 78 años.

Tabla 1. Número de pacientes nuevos por año que consultan por incongruencia de género

Año	Nº de pacientes nuevos*
2011	1
2012	4
2013	16
2014	15
2015	10
2016	30
2017	32
2018 (hasta junio)	36
Total	144

*70% corresponden a mujeres trans.

Equipo de atención integral a población trans

En junio de 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) las denominaciones de Trastorno de identidad de género y

transexualidad por Incongruencia de género, sacándola del capítulo de las enfermedades mentales y ubicándola en el apartado *condiciones relativas a la salud sexual* (OMS, 2018). Con esto se buscaba despatologizar la condición, aunque se mantiene la necesidad de contar con atención médica especializada para ajustar la corporalidad a la identidad de

género. Teniendo en cuenta lo anterior es necesario preguntarse: ¿qué servicios son los responsables de la atención integral a población trans en el Hospital de San José? En la figura 1, están ilustrados los servicios médicos involucrados con la transición hacia el género con el que se identifica el individuo.

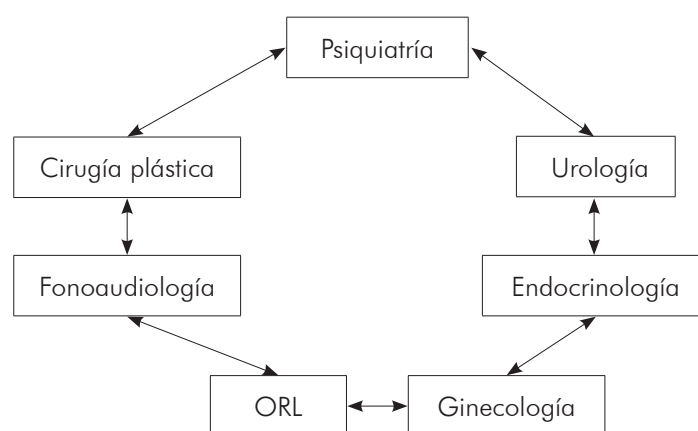


FIGURA 1. Equipo de atención integral para población trans en el Hospital de San José.

Equipo de atención integral

Psiquiatría. El equipo está encabezado por el servicio de psiquiatría, no porque se considere la condición trans una enfermedad mental, sino porque se requiere evaluar que realmente el sujeto tiene la situación de incongruencia con su género biológico y que no es consecuencia de una distorsión grave de la realidad -como sucedería en un estado psicótico-, o no es una decisión que resulta de imaginarios erróneos -por ejemplo, tener acceso a mejores oportunidades laborales y sociales al realizar el cambio de género-. Para determinar lo anterior se requiere

una consulta que no sea contrarreloj, por lo que a cada paciente se le garantiza el tiempo que cada caso requiera. Se comienza preguntando el nombre con el cual se identifica, independiente del que aparezca en el documento de identificación y así poder dirigirse a él o ella de manera amable y respetuosa sin que se sienta vulnerad@.

La función del psiquiatra no es solo diagnosticar o confirmar que se tiene la condición, sino acompañar psicoterapéuticamente al individuo y su familia -incluida la pareja- en el proceso de tránsito

hacia el género con el que se identifica, por medio de la construcción de un proyecto de vida acorde a sus ideales y posibilidades reales. Así mismo, garantiza el respeto absoluto de la autonomía del individuo quien es el que decide qué procedimientos quirúrgicos desea realizarse.

En algunos casos también es necesario prescribir medicamentos psiquiátricos para aliviar circunstancias que generan malestar psicológico que interfiere con el funcionamiento global del individuo, generalmente estados de depresión y ansiedad, que son producto muchas veces del rechazo propio y externo por la condición trans y que pueden conllevar a riesgo suicida. Se debe verificar que la persona tiene claridad y aceptación de las implicaciones del tratamiento hormonal y de la irreversibilidad de los procedimientos quirúrgicos, evaluando que las expectativas que se tienen con el tratamiento correspondan a la realidad y no superen los alcances de la ciencia y tecnología médicas disponibles, pues de lo contrario pueden darse niveles altos de frustración que podrían derivar en ideación e intento de suicidio.

Se busca también fortalecer redes de apoyo, por lo que se invita a las familias -padres y hermanos de los más jóvenes, - a que asistan a la consulta y resuelvan inquietudes y dudas, que les permita comprender mejor la condición de su familiar y sea más fácil apoyarlo, así como trabajar en mitigar la culpa -presente en muchas mamás, sobre todo. Esto último

debido a la creencia errónea que la incongruencia de género y otros aspectos que hacen parte de la diversidad de género, son derivados de acciones indebidas durante la gestación o de patrones de crianza inadecuados o que corresponden a un tipo de retaliación divina. Se brinda apoyo en el proceso de deconstrucción y reconstrucción del concepto del otro(a) en transformación, que sigue siendo un ser amado.

En resumen, el psiquiatra debe ser el encargado de tener en cuenta los aspectos psicosociales que no son evidentes para los otros, tanto para el personal de salud como ajenos al área médica, pero que tienen un peso significativo a la hora del resultado final del proceso de transición. Es a quien le corresponde tener una visión holística del individuo y su entorno, para garantizar atención integral con calidad y calidez cuyo efecto sea la satisfacción del paciente como el resultado final.

Endocrinología. Son los encargados de brindar el tratamiento hormonal que permite la inhibición de los caracteres sexuales del sexo biológico y el surgimiento de los caracteres sexuales del sexo con el que el individuo se identifica. Por ejemplo, en mujeres trans: crecimiento de mamas, disminución del vello facial y redistribución de grasa corporal; en hombres trans: amenorrea, aumento del vello facial y corporal y engrosamiento de la voz, por mencionar algunos. Dado que la hormonización puede producir alteraciones metabólicas, se realiza control clínico

y paraclínico continuo para determinar la medicación y las dosis más seguras, teniendo en cuenta la edad y otras comorbilidades del sujeto. El promedio de tiempo del tratamiento hormonal antes de iniciar con los procedimientos quirúrgicos es de uno a dos años, estos requieren del aval de psiquiatría para iniciarlo. Además, este servicio no se centra en jóvenes y adultos, sino que se cuenta con endocrinóloga pediatra para garantizar atención integral en menores de edad.

Cirugía plástica. En mujeres trans realizan cirugía de feminización facial, cirugía de cartílago tiroideos -manzana de Adán-, mamoplastia de aumento, liposucción y lipoescultura -estos dos últimos procedimientos casi nunca los cubren las EPS porque los consideran estéticos. En hombres trans realizan mastectomía y faloplastia.

El servicio de cirugía plástica no hace procedimientos quirúrgicos sin la aprobación de la junta médica de disforia, la cual se realiza el primer lunes de cada mes a las 6:00 a.m., y participan todos los servicios que atienden a la población trans. En esta se hace la presentación del caso clínico y si no hay contraindicación, se firma un acta y luego se cita al paciente para que tramite ante la EPS las órdenes para la autorización y luego que ésta sea dada, se programa la cirugía. El requisito para que un caso clínico sea presentado, es que sea conocido por todos los servicios.

Urología. Son los encargados del procedimiento quirúrgico de reafirmación

genital en mujeres trans, más conocido como vaginoplastia. El objetivo de la cirugía no es solamente estético sino funcional, es decir, que la paciente pueda tener relaciones sexuales vaginales que sean satisfactorias. En 2017 el servicio de urología realizó 7 vaginoplastias, una quedó no funcional porque la paciente no quiso hacerse las dilataciones, otra paciente no ha iniciado vida sexual y las otras 5 informan que tienen relaciones sexuales vaginales satisfactorias.

Ginecología. Se encarga de realizar la histerectomía y ooforectomía a los hombres trans, procedimientos que se hacen luego de tener la aprobación de la Junta médica de disforia.

Terapia de lenguaje. Brinda recomendaciones a las mujeres trans y ejercicios para adelgazar la voz, pues en muchos casos es este elemento el que delata su condición.

Otorrinolaringología. Son los encargados de realizar la cirugía de cuerdas vocales para feminización de voz y es el último procedimiento que se realiza, pues pueden verse afectados sus resultados con las intubaciones orotraqueales.

Finalmente se cuenta con el respaldo del personal de enfermería y administrativo, a quienes se les brinda capacitaciones y retroalimentaciones constantes sobre el respeto en el trato diferencial a esta población, para disminuir situaciones incómodas que pueden interpretarse como

discriminación, pero que la mayoría de las veces son malentendidos por desconocimiento.

Asuntos pendientes

Existe un subregistro a nivel local y nacional de estadísticas sobre los procedimientos médicos que se realizan en la población trans, favorecido por el hecho que hay especialistas que los hacen de manera particular y no les interesa hacer público su trabajo ya que se exponen a ser consultados de forma masiva y por personas que no cuentan con los recursos económicos para pagar sus tarifas. También porque aún sigue siendo un tema tabú, incluso entre los gremios científicos de diferentes especialidades.

En la literatura científica internacional son escasos los artículos que se encuentran sobre el tema, y en Colombia su desconocimiento ha limitado la investigación. Dicho desconocimiento es fomentado por el hecho de que las facultades de medicina y áreas de la salud omiten en sus programas de formación la diversidad sexual y sus afines; o cuando lo incluyen, lo patologizan y satanizan, generando sesgos de apreciación en los futuros profesionales.

Se necesita llamar la atención de entes gubernamentales y académicos que esti-

mulen la capacitación y la investigación en atención a población trans, para que la universalización del derecho a la salud en su sentido más amplio sea una realidad tangible. Además, se deben propiciar espacios de discusión que permitan ampliar y difundir el conocimiento sobre este tema, para que deje de ser propiedad de pocos y contribuya a la construcción de una sociedad más tolerante, incluyente y justa.

Referencias

- Cadena, D. (2002). Reseña histórica Hospital de San José. *Acta neurológica colombiana*, pp.79-80.
- Corte Constitucional de Colombia (2012). Sentencia T-918/2012. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-918-12.htm>.
- Díaz, E. (2007). *Conversación en torno a Michel Foucault: Clínica, medicina y literatura*. Bogotá: Ediciones Sur.
- Duffin, J. (1999). Sleuthing and science: How to research a question in medical history. En J. Duffin, *History of medicine: A scandalously introduction*, pp.360-376.
- Gómez, J. (2008). Diez años de la facultad de medicina de la FUCS. *Repertorio de medicina y cirugía*, pp.68-70.
- OMS, 2018. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11. Recuperado de <http://www.who.int/es>.

BIOÉTICA Y TRANSGÉNERO EN COLOMBIA. ¿SILENCIO, OLVIDO O DESCONOCIMIENTO?

GONZALO WALTER WILCHES POVEDA¹

Resumen

El principal objetivo de esta investigación es reflexionar sobre la responsabilidad que tiene la bioética en Colombia de no ser silenciosa hacia temas relacionados con el transgenerismo, de contribuir a las necesidades inmediatas del grupo poblacional transgénero y de apoyar a aquellos que tienen el poder de realizar cambios en la construcción de políticas públicas o de construir programas de intervención que sirvan para ayudar y mejorar el tránsito,² así como el reconocimiento del grupo poblacional transgénero en cada una de sus comunidades.

Palabras clave: Bioética, transgénero, Colombia, silencio.

Abstract

The main objective of this research is to reflect on the responsibility that Colombian bioethics has on not being silent towards the subject of transgenderism, to contribute to the immediate needs of the transgender community and to support those who have the power to make changes in the construction of public policies or intervention programs that serves to bring change as well as the recognition of the transgender population in their communities.

Key words: Bioethics, transgender, Colombia, silence.

- 1 Psicólogo de la Universidad Chapman en California con magister en psicoterapia. Magister en Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Correo electrónico: psychotherapyforyou@hotmail.com
- 2 Nos referimos aquí al proceso por el que debe pasar una persona para lograr de manera parcial o total la reasignación de sexo que también puede incluir la construcción de una nueva identidad con o sin transformaciones corporales.

Introducción

Desde la mirada interdisciplinaria, incluyente y pluralista de la bioética sobre el tema y los retos que plantea el transgenerismo³ en la sociedad colombiana, se busca reflexionar a partir de la orientación normativa de los cuatro principios de la bioética⁴ en cuatro escenarios centrales del vivir: convivencia, educación, trabajo y atención en salud. La asunción de este reto surge a partir de la crítica llevada a cabo por el bioeticista norteamericano Jamie Nelson⁵ en su artículo de 1998 titulado *El silencio de los bioeticistas*, en el cual denuncia la desatención de la bioética frente al tema del transgenerismo.

En la búsqueda de comprender la experiencia de ser un individuo transgénero en Colombia, tomé como referente el Departamento del Quindío en donde se llevó a cabo una experiencia etnográfica que incluyó: (1) entrevistas a personas del grupo poblacional transgénero. Es importante anotar que las entrevistas se hicieron todas a mujeres transgénero por no haber encontrado en el Quindío hombres transgénero que pudieran participar en estas entrevistas. (2) La opinión de otras personas no transgénero para indagar percepciones e ideas sobre el tema, y (3) entrevistas realizadas a los directores de algunos de los programas de bioética en universidades ubicadas en Bogotá.

3 A lo largo de este documento se usará transgenerismo, transgénero para referirse a las personas que de alguna manera cuestionan la continuidad impuesta entre el “sexo biológico” y el “género cultural” y la estricta segmentación de lo masculino y lo femenino. Es un término que se usa como sombrilla para describir el individuo que cambia, cruza y/o va más allá de lo que culturalmente define la categoría hombre/mujer.

4 Según el informe de Belmont en 1978, la bioética desde un punto de vista principialista trabaja con tres principios, beneficencia, respeto a la autonomía de las personas y justicia. Más tarde Tom L. Beauchamp y James F. Childress en su libro *Principios de ética biomédica* incluye cuatro principios agregando la no maleficencia a los tres anteriores. Estos principios son guía para tener en cuenta al momento de hablar sobre el trato del individuo transgénero en sus comunidades.

5 Jamie Nelson no es solo un prominente filósofo y bioeticista que trabaja en Michigan State University; sino que también es un hombre transgénero. Como el mismo lo expresa en su artículo *Medicine Making and Sense of queer lives*: “as I found out some years ago when I first talked about my efforts to understand my own transgender identity with a ferociously intelligent, highly sophisticated friend” (2014, p.2).

Punto de partida para este trabajo

A partir del trabajo de Jamie Lindemann Nelson, un escritor prolífico en temas de carácter bioético, realizo la reflexión en torno al tema del transgenerismo. Desde la afirmación de Nelson planteo la problemática: ¿hasta qué punto la bioética ha sido silenciosa?, ¿por qué la bioética decide tomar una dinámica aparentemente pasiva hacia un tema que es de reflexión bioética?

Nelson en 1998 publicó el artículo: *The silence of the bioethicist: Ethical and political aspects of managing gender dysphoria*, en el *Journal and Lesbians of Gay Studies* en el que denuncia el silencio de los bioeticistas hacia temas relacionados con el grupo poblacional transgénero. Este artículo fue escrito en un momento en que comenzaba a darse un crecien-

te interés en el tema del transgenerismo, reflexionando acerca de las dificultades que este grupo tenía en el proceso de expresar su identidad y considerando que la bioética era silenciosa frente al tema del transgenerismo y que el bioeticista se concentraba más en el proceso de la intervención de la biomedicina con el agente no conforme con su género que en la interacción del individuo transgénero en el proceso de ser reconocido.

Nelson advierte que la bioética debe concentrarse *“menos en el proceso paternalista de una biomedicina dirigida a un cuerpo catalogado como enfermo, y más en entender los procesos que se desarrollan desde lo personal de un individuo que busca el cuidado y el entendimiento desde sus deseos íntimos y valores personales, tratando de determinar quién quiere ser sin tener que ser obligado a reconocer una enfermedad que no existe”*⁶.

Sus observaciones invitan a recapacitar sobre la necesidad de dejar a un lado las tecnicidades de la ciencia en la definición del individuo transgénero, principalmente reconociendo que la ignorancia o la indiferencia hacen más difícil el entendimiento de un otro al que se le ve como diferente, aún más cuando al concepto de transgénero se le da el carácter de enfermedad dictado por la medicina, y

que a su vez lo toman instituciones sociales para adherirse a ese mismo discurso (1998, p.3). Para Nelson es importante encontrar respuestas a preguntas que son fundamentales para el individuo transgénero, como por ejemplo: ¿es la disforia de género una enfermedad?, ¿se podría llegar a la patología sin incluir al sujeto?, ¿qué relevancia tiene el hecho de que se hayan encontrado similitudes entre el núcleo del lecho de la estría terminal y el hipotálamo de una mujer genética y una transexual? Pero tales preguntas tienen sentido no tanto porque la bioética deba encontrar respuestas, sino para que los programas de bioética se interesen por investigar más sobre temas como estos. No es que el tema del transgenerismo no se haya discutido lo suficiente, pues existe una cantidad significativa de publicaciones desde la reflexión de otras disciplinas, sino que hacen faltan investigaciones y publicaciones que no solo se limiten a una mirada desde la biología sino también tomen en cuenta de cómo proveer un mejor lugar para que cualquier miembro del grupo LGBTI pueda coexistir de manera integrada y armónica en la sociedad, una reflexión moral que la bioética está capacitada para ofrecer. Nelson aparte de su artículo en 1998 sigue escribiendo acerca de un tema muy personal para el como hombre transgénero.

En 2012 en su artículo *Still quiet after all these years. Revisiting the silence of the bioethicist*, Nelson afirma que su artículo escrito en 1998 no tuvo el efecto que él hubiera querido, aunque iba dirigido sobre

6 La siguiente cita es una traducción del inglés original: “aunque posiblemente existe un número igual de transgénero como madres sustitutas, la bioética tiende más a interesarse por temas relacionados a contratos de gestación de madres sustitutas” (Nelson, 1998, p.226).

todo a un tipo de bioeticista que parecía preocuparse más por quién hace qué a quién, y menos por los derechos del paciente como agente moral libre sobre su propio cuerpo. Nelson cita a Judith Butler⁷ y a Jacob Hale⁸ como precursores de conciencia hacia el protagonismo que tiene que dársele al individuo que está en tránsito hacia un género que lo identifica, quien tendría que ser aceptado sin las normativas paternalistas de la medicina y sin tener que cruzar las compuertas codificadoras del profesional en salud mental, evitando de esta manera violar el auto concepto que afirma la esencia del ser en un individuo o validar su identidad misma. Concluye que el bioeticista tiene que aportar más en el tema normativo y producir más análisis conceptuales en áreas en las que han faltado, por ejemplo, en la manera como la medicina se interrelaciona con el individuo transgénero. Además, agrega que la bioética tendría un campo bastante amplio para reflexionar no solo acerca de las experiencias de los profesionales que intervienen en el proceso de tránsito de un género a otro, sino también sobre las experiencias de aquellos que transitan que son los que saben quiénes son y la agonía a la que están expuestos para “llegar a ser”.

En el 2014 Nelson en su artículo *Medicine and Making Sense of Queer Lives* dice que la medicina a medida que interactúa con la comunidad LGBT tiene que ser una institución que ayude al entendimiento, que sirva para evitar la estigmatización que se ha generado en los diferentes lugares donde se presta atención. Agrega que el discurso que se maneja hacia el individuo transgénero es un discurso de poder, donde no se toman en cuenta los valores morales que están en juego. Es necesario reconocer todo lo que atenta contra la integridad emocional y física de un individuo en conflicto con un género que se le ha adjudicado, pero con el que él o ella no se identifican. La medicina se basa en un diagnóstico que obliga y que sirve para denominar un supuesto padecimiento. Es a partir de este diagnóstico de la medicina que se abrogará el derecho a definir una identidad que se puede tornar en confusa y aberrante para un observador no experimentado. De una manera muy personal, Nelson señala la forma como a un individuo transgénero, al igual que individuos pertenecientes al grupo LGBT se le da una connotación negativa, y aclara que la concepción de un otro, por parte de su comunidad, hacia lo no binario tiene un efecto en el momento que un individuo no heterosexual interactúa con una comunidad que es de naturaleza heterosexual ortodoxa, y que le brinda un mundo oscuro y sin apoyo hasta el punto de hacerlo sentir apenado o apenada consigo mismo(a). Nelson en sus artículos demuestra su indignación frente a la falta de apoyo por parte de la academia en el

7 Filósofa post-estructuralista que ha realizado importantes aportes en el campo del feminismo, la Teoría Queer, la filosofía política y la ética. Autora de *El Género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad* (1990) y *Cuerpos que importan*.

8 C. Jacob Hale es profesor asociado y jefe del departamento de filosofía en la Universidad: California State University, Northridge, en donde también es director del Centro de investigación del sexo y género, al igual que miembro y tutor del comité del programa de estudios “Queer”.

proceso de afirmación de una identidad. La bioética pareciera no interesarse por un tema que tiene carácter bioético, ya sea porque no lo considera fácil de abordar o simplemente como el último en una lista de temas por desarrollar.

Realidades de un caminar por el reconocimiento

¿Es el silencio de la Bioética hacia el grupo poblacional transgénero una consecuencia de su juventud como disciplina? El bioeticista trae experiencias académicas y personales desde profesiones como la medicina, la filosofía, el derecho, la psicología, la ingeniería, la teología, la sociología, entre otras; profesiones que tienen un nivel académico básico de conocimiento hacia la humanidad, y aunque Nelson (1998;2013;2014;) pareciese que le hablara más al médico, por ser éste el que tiene protagonismo con el grupo poblacional transgénero, su llamado es para el bioeticista, a quien él hace caer en cuenta de que su silencio se sitúa en la experticia académica.

La población transgénero es la más vulnerable de todo el grupo LGBTI, el abuso en todas sus formas se hace presente anteponiéndose a ese deseo de cada individuo transgénero en convertirse en ciudadano productivo y deseoso de mostrar sus capacidades y alcanzar sus sueños. La vulnerabilidad ha formado parte de la historia del individuo transgénero, fuera y dentro de nuestras fronteras pues están expuestos constantemente a diferentes clases de abuso y de violencia. Así lo ma-

nifiesta Luisa, una de las mujeres transgénero entrevistadas en este trabajo, quien considera que sus derechos como mujer transgénero han sido negados, no solo en aquellos momentos en que ha sido abusada físicamente sino también cuando no se ha reconocido su construcción de género llamándola con el nombre con el que ella no se identifica:

Me parece que no respetan, porque el respeto para mí se manifiesta de muchas formas. Con el solo hecho que lo llamen a uno con el nombre que uno se siente identificada, eso es respeto, pero cuando comienzan con la burla por el nombre, con negarnos el trabajo, la educación, a mí me parece que esa es una falta de respeto, porque nos están violando los derechos fundamentales, derechos negados que nos marcan para siempre porque son muchas las barreras que encontramos desde que uno comienza su vida. (Entrevista con chica transgénero, 2017).

En Colombia la discriminación a la población transgénero es uno de los problemas más complejos que hemos venido experimentando a lo largo de la historia. Si hablamos de violencia⁹, son muchas las víctimas, y entre ellas podemos incluir al grupo poblacional transgénero, no solo porque ha sido víctima de violencia intrafamiliar, sino también porque ha sido víctima del conflicto armado, del narcotráfico, de la delincuencia común,

9 Reflexionar acerca del abuso del que es víctima la comunidad transgénero debe guiar la discusión hacia la pregunta: ¿Qué es violencia?; pregunta de una amplia cobertura que en este artículo estará enfocada en el individuo transgénero.

del Estado, la salud pública, y de las comunidades en que transitan.

El individuo transgénero se desenvuelve en un espacio social o de vida comunitaria en donde por el solo hecho de ser diferente al sistema binario se expone a vivir en asecho continuo de violencia, que se transforma en discriminación por género, terminando en muchas ocasiones con la muerte. Chauí (1998) sostiene en su artículo sobre ética y violencia: “[l]a victimización hace que la acción se concentre en las manos de quienes no sufren, de quienes no son víctimas y que deben traer, desde afuera, la justicia para los que no la tienen” (p.34). Es este un proceso donde el victimario parece tener todo el convencimiento ideológico que lo motiva a aferrarse a sus creencias personales y a una ceguera selectiva apoyada por la falta de seguimiento constante.

Se ejecutan los actos de abuso hacia un cuerpo considerado como recipiente desde las creencias inculcadas y arraigadas en su mismo colectivo, desde imaginarios polarizados y convencidos de que la norma binaria es la única verdad. Esta agresión se basa en una dinámica construida por un victimario que cree en su abuso y un victimizado quien pareciera haberse acostumbrado al abuso. Venimos de una problemática de aceptación y tener que irnos a la calle donde tenemos que lidiar con problemas que siempre han existido (Entrevista con mujer transgénero, 2007). El colectivo de orden público es otra entidad que pasa a ser de los tantos victimarios (Aponte, 2011, p.1824):

Con los policías hemos tenido muchos problemas en la galería, yo soy trabajadora sexual en la galería y un día llegó una motorizada y yo tenía muchas ganas de pasarle mis documentos porque yo fui una de las primeras chicas transgénero que me cambié de nombre aquí, y yo estaba feliz de poderlo mostrar, pero me dijeron que era un documento falso, me retuvieron y me dijeron que eso tenía cárcel y me acorralaron y entre todos se pasaron la cédula y les dije que si querían, verificaran y hablaran con el señor alcalde porque él me había ayudado y me dijeron que era... que yo los estaba amenazado con el alcalde y todo lo que decía yo era peor para mí; entonces me tocó quedarme callada, de verdad aquí en el municipio de Montenegro, Quindío la policía es muy atrevida, no saben tratar una chica transgénero, no están capacitados. (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Son en estas experiencias de abuso donde lo ético pasa a ser una palabra sin significado, donde lo que es moralmente correcto es solo un espejismo para las víctimas quienes en todo momento buscan que se les respeten sus derechos fundamentales. Es aquí donde identifico que la reflexión bioética podría romper el silencio examinando de qué manera, desde una mirada pluralista y multidisciplinaria, se podrían disminuir la violencia, marginación y estigmatización, buscando así la extinción de las diferentes formas de violencia que el individuo transgénero en Colombia viene experimentando en una sociedad estructurada bajo el paradigma sexo-género o heteronormatividad.

La violencia hacia el individuo transgénero en Colombia, así como en muchas otras

partes del mundo es engendrada en un sistema donde, como dice Habermas, (1987)

cada agente, desde una estructura teleológica de la acción, carece del entendimiento crítico que debería servir para cuestionar sus actos y comprender como sus acciones pasan a tener una incidencia en la construcción de la violencia. Son los miembros de una misma comunidad quienes se encargan de construirla en el momento en que se tornan en violentos.

Aunque muchos de los agentes no sean los protagonistas directos de violencia hacia el individuo transgénero pueden ellos estar ejerciendo tácitamente un protagonismo dentro de la dinámica de violencia de género por omisión. Aquí se habla de una violencia que históricamente ha tenido un efecto negativo en nuestra sociedad, que se guía por ideologías de heteronormatividad que incluye a un otro que no responde a los patrones socialmente establecidos en su dinámica de abuso. Esta última se consolida en un medio ambiente construido por una sociedad que discrimina la población transgénero por su sexualidad pero que claramente no sufre o no es víctima de este mismo tipo de discriminación o violencia por el solo hecho de estar bajo los parámetros de rasgo biológico binario.

¿Es la bioética silenciosa en Colombia? Una mirada al individuo transgénero desde 1998

Responder a qué ha dicho la bioética implicó una investigación de las principales

revistas de Bioética en Colombia como: *Bíos y Ethos*, *Revista Latinoamericana de Bioética*, *Revista Persona y Bioética*, revista *Selecciones de Bioética*, revista *Anamnesis*, al igual que algunas revistas de bioética internacionales, como: *Acta Bioética de Chile*, *Hastings Center Report*, *Bioethical Enquire*, y *Developing World Bioethics*. Se encontró que en las revistas de Colombia al igual que en la *Acta Bioética de Chile* solo aparecen 6 artículos que reflexionan sobre el tema de diversidad sexual, y uno de ellos específicamente sobre el tema de transgénero en la revista *Selecciones de Bioética* No. 25, titulado *Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse* por López-Mortalla., Calleja-Canelas (2016). Ninguno de estos artículos se refiere al problema que el grupo poblacional transgénero enfrenta relacionado con la marginación, estigmatización, abuso y la relación médico paciente. Al revisar los artículos publicados por otras disciplinas diferentes a la bioética, hay artículos que exponen claramente las dificultades a que se enfrenta el grupo poblacional transgénero en su comunidad.

Retomando la pregunta planteada al inicio de este artículo: ¿es la bioética silenciosa hacia temas relacionados con el grupo poblacional transgénero? La falta de publicaciones apoya la afirmación de que, aunque en la última década se ven más artículos que en 1998, los bioeticistas siguen callados o totalmente silenciosos, especialmente si se tiene en cuenta en lo que algunos bioeticistas re-

conocidos han concentrado sus esfuerzos académicos [...] no tomaría más de un medio día o quizás dos, revisar el material que se ha publicado desde 1998 por la bioética hacia el tema del transexualismo (Nelson, 2012, p.250). Aunque el número de artículos publicados por bioeticistas no ha sido significativo desde 1999 hasta el 2017, se puede afirmar que algunas revistas de bioética han publicado artículos en Colombia que son importantes para el análisis de la población transgénero. La revista *Bios y Ethos* de la Universidad El Bosque publicó varios artículos importantes desde el punto de vista Bioético, en su primera edición en 1999, un año después de que Nelson (1998) se quejara del silencio de la bioética, presenta un trabajo académico significativo en el cual afirma:

Que el principio moral único es el respeto del ser humano. Nada más, pero tampoco nada menos. Por esta razón se considera que el principio de respeto a un otro se debe ejercer dentro de una ética de la responsabilidad. En esta edición se enumera algunos principios de la bioética afirmando que la función sexual está separada de la reproductiva teniendo en cuenta que la ética sexual se funda en el principio de autonomía porque el consentimiento del otro es imprescindible, la sexualidad debe vivirse como algo gratificante y beneficioso, en sentido recíproco: principio de beneficencia. Además mencionan que la homosexualidad es entendida como la atracción sexual, exclusiva o preferente, que siente un hombre o una mujer hacia los individuos de su propio sexo, que fue duramente cuestionada por la moral cristiana por ser una práctica contra la naturaleza, pero que no atenta contra la dignidad del ser humano en

cuanto que cumple con los principios que se mencionaron acerca de la decisión autónoma de dos personas adultas y el disfrute mutuo, por lo tanto no existe razón de tipo ético para censurar o discriminar a las personas que lo practican (Escobar et al., 1999, p.28-29).

Este es un aporte importante porque se involucran los principios de la bioética en el momento de reflexionar acerca del grupo poblacional transgénero sin aun tener un piso jurídico en Colombia que guíe el respeto de los derechos de un individuo no alineado al concepto binario. Hasta el 2011 con la ley 1482 la carta magna obliga a proteger los derechos de un individuo en contra del racismo o discriminación por orientación sexual (Ley N°. 1482). Escobar invita a reflexionar sobre el principio de autonomía y beneficencia en el proceso de libertad y diversidad sexual bajo la idea de respeto a una identidad sexual que nace en un ciudadano libre y con derechos. Escobar, et al. (1999) afirman que el principio de no maleficencia significa no hacer daño, es brindar la asesoría necesaria sin dejarse llevar por los propios valores y creencias, entendiendo que la calidad de vida está concebida por un otro, porque en ello entran a formar parte sus sentidos y sus gustos, y respetando lo que es bueno para esa otra persona a quien estamos brindando el respeto que se merece (p. 38). La misma revista publica un artículo de Huertas (2005), una médica especialista en salud pública quien afirma “que, aunque la sexualidad que se le considera de índole privada, muy íntima y personal,

es en verdad un tema de gran relevancia pública y asunto importante en el ámbito de lo político” (p. 43).

La revista *Bios y Ethos* también publica un artículo de Velandia-Mora (2005), sociólogo, quien hace un valioso aporte afirmando que los profesionales que lideran la interacción emocional o física con el grupo poblacional transgénero necesitan estar debidamente capacitados para servir a este grupo.

El o la profesional de la salud física o emocional que hace el abordaje suele encontrarse con una serie de conflictos particulares de orden bioético frente al tema de la construcción de la identidad; contradicciones que se incrementan al encontrarse con personas cuyos procesos de construcción de identidad no les son fáciles de comprender [...] especialmente cuando dicha construcción traspasa los límites de aquello que para su formación epistemológica, ontológica y su capacidad relacional está en posibilidad de asumir y emocionar positivamente, más aun, cuando aquello que ante sus ojos y mente no es acorde con sus imaginarios, experiencias y actitudes y además está en contra de su subjetividad sexual (p.164).

En el 2008 la Pontificia Universidad Javeriana desde su Facultad de Ciencias Jurídicas presentó un trabajo titulado *Cuerpos y Diversidad sexual; Aportes para la igualdad y el reconocimiento*, con el que se buscó contribuir al bienestar del grupo poblacional transgénero que según Carmen Millán de Benavidez (2008) en su presentación del Ciclo Rosa, debe ser incluido en el tejido social sin acudir

a la patologización. Por otra parte, el profesor E. Díaz Amado hace un aporte en este camino con un artículo en el que cuestiona si la bioética tiene un *lado rosa* y afirma que hablar del transexualismo desde la bioética no es nada fácil por la juventud de esta disciplina (Díaz, 2008, p.45). La bioética es una disciplina que tiene capacidad de intervenir, de ser una mediadora, de convertirse en la precursora reflexiva entre un grupo de disciplinas que llama al ejercicio del pensamiento, que motiva a hablar un mismo idioma y provee un terreno fértil para la crítica y la intervención, entendiendo que se tiene que pasar de la teoría a la práctica.

Durante la última década la bioética global también ha mostrado interés publicando temas relacionados al grupo poblacional transgénero, haciendo relevante la necesidad de una mirada ética hacia este grupo. Se ve un interés notorio en el 2014 año en el que el Hastings Center dedica un volumen a este tema. Solomon (2014) afirma que el grupo LGBTI se encuentran en estado de emergencia por el solo hecho de no ser parte del género binario y afirma que la bioética es la disciplina que puede reflexionar directamente en temas relacionados al individuo no binario, aclara que este tema tiene argumentos éticos urgentes que están directamente atados al origen de identidad de todo lo que se relaciona con el grupo poblacional transgénero. Con un número notable de publicaciones en el 2014, el Hastings Center Report parece haberse percatado de la necesidad

de reflexionar acerca de la importancia del tema del que venimos hablando, pues los últimos cincuenta años de la historia de la bioética y su reflexión en cuanto a temas del grupo poblacional transgénero ha sido casi inexistente (Wahler y Fiester, 2014, S56).

En el 2014 la bioética global mostró interés en temas relacionados al grupo poblacional transgénero como el derecho a la confidencialidad, el acceso a la salud pública, el deportista transgénero, la discriminación hacia el grupo LGBTI, entre otros. Con la publicación de 2014, el Hastings Center tal vez buscaba estimular a ese bioeticista silencioso, motivándolo a la reflexión, afirmando que el tiempo ha llegado para la bioética y los temas relacionados al grupo poblacional LGBTI (Powel y Foglia, 2014, S2-S3).

Para E. Díaz Amado “hablar de transgenerismo no es una cosa fácil para una disciplina tan joven como la Bioética” (2008, p.21); propone que la Bioética asuma algunas funciones importantes para poder servir de plataforma reflexiva: “una función política, una función epistémica, una función ética y una función estratégica” (Díaz, 2008, p.55). Estas funciones aportarían a la reflexión en torno a cómo desarticular pensamientos dogmáticos que dicen que lo binario es lo único que define el género, pensamientos que podrían ser adoptados por corrientes políticas hacia la minoría que no comparte la visión de la vida. Una deliberación participativa donde exista una discusión

abierta en la que la bioética sí pueda ser proactiva en el tema del transgenerismo, que se preocupe no solo por temas de “artificialidad” como, corazón artificial, alimentación artificial, eutanasia, sino que también le apunte a la artificialidad del sexo o la subjetividad (Díaz, 2008, p.54).

Observando por los ojos de un otro

A partir del trabajo de campo etnográfico en el Departamento del Quindío¹⁰ se recopilaron datos de la experiencia dentro de la comunidad transgénero en esta región del país. Con trece sujetos se llevó a cabo la investigación que permitió comprender la importancia de esta problemática para la bioética. Se partió de las vivencias y el diario quehacer del grupo poblacional transgénero, incluyendo la comprensión de sus emociones, experiencias, prácticas, gestiones, y un acceso privilegiado a los lugares donde este grupo poblacional habita. Los cinco sujetos del grupo poblacional transgénero que participaron en las entrevistas de esta investigación fueron seleccionados buscando un representante de cada uno de los diferentes estratos sociales, desempeño laboral, y habitantes de diferentes municipios del Departamento del Quindío, incluyendo en este grupo también a un representante del grupo poblacional transgénero con más de 12 años de experiencias vividas en el sistema carcelario de Colombia. Además, se entrevistaron

10 Este es el lugar donde resido.

cinco directores de programas de bioética quienes son bioeticistas de cinco diferentes universidades, esto con el ánimo de tener una perspectiva desde el bioeticista activo y comprometido en el campo de la bioética con referencia a cómo se está tratando en los programas de posgrado de bioética los temas relacionados al grupo poblacional transgénero. Por último, cinco voluntarios no transexuales de diferentes edades y ocupación buscando encontrar cinco opiniones de lo que significa habitar el mismo espacio con el grupo poblacional transgénero. Tres de los cinco decidieron participar en la entrevista, los otros dos se abstuvieron de opinar, uno de ellos sacerdote de la religión católica quien afirmó no querer opinar en este tema, y el segundo sujeto campesino quien decidió no opinar sin explicación alguna.

Los siguientes son algunos de las tantas observaciones que se recopilieron.

Convivencia

Si son comportamientos debido a la falta de conocimiento porque no saben cómo referirse a uno, simplemente porque no han tenido esa educación por que la ignorancia es falta de educación y se manifiesta en violencia verbal y física porque muchas somos calladas, pero a veces es muy difícil aguantar y llega el día en que uno explota como cualquier persona. (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Educación

Con resistencia, pero todo se logró. No respetaron mi orientación sexual, pero

impuse mis ideas. Muy rebelde. Más que formarme académicamente me formé como persona, pero mi experiencia no fue buena. El conocimiento está en una institución, pero la formación como persona es otra. Llega un momento en el que uno llega a manejar la fuerza bruta porque es defenderse o dejarse agredir física o emocionalmente. Aun se siguen viendo casos en muchos colegios, que discriminaba a un estudiante, pero por medio de la Defensoría del Pueblo se le ayudó. (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Trabajo

No me han dado la posibilidad de expandir mis conocimientos y me siento capacitada para desempeñarme en cualquier trabajo, pero las personas no le dan a uno la oportunidad. Mi vida laboral ha sido muy limitada porque para las transgénero hay oficios que ya nos tienen fijados, dicen que servimos solo para ser trabajadoras sexuales, estilista o modistas, nos limitan, lastimosamente, en lo que me toca laboralmente ya se lo he contado en la calle, le toca a uno aguantarse borrachos, drogados y en la peluquería como hay personas que les gusta que uno los motile a otras no les gusta y me han llegado a decir que no me dan trabajo por ser transgénero, que no importa que sea gay con tal que me vista de hombre. (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Salud

Después de las demandas he recibido respeto. Sin demandas no se puede nada. Sin tutela no hay nada. Recuerdo una vez en la Clínica del Prado, en una cita psicológica para disforia de género. Para mí el término me parece discriminante. Lo primero que me dijeron fue usted para que se va a hacer ese

examen si ustedes siempre van a ser el estereotipo barato de mujer. Me lo dijo un profesional de la salud. Y eso para uno que se las conoce todas. ¿Qué pasa para los que no, los que son habitantes de calle? (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Futuro

La vejez me preocupa, la vejez transgénero es muy dura, tal vez sola, enferma, humilde, de arrimada, sin una casa y en la calle, por eso muchas se matan porque ya viejas peor, no pueden hacer nada. (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Llegar a la vejez sola. Todos hemos tenido nuestras parejas. Pero una vejez solo sería re difícil. Nosotras que no tenemos hijos que no tenemos nada. No podemos tener una familia. Si tuviera la oportunidad de adoptar lo haría. Y sé que mi hijo no se haría gay. Porque uno nace y se va haciendo. (Entrevista con chica transgénero, 2017)

Sistema penitenciario

En la cárcel es la ley del silencio sobrevivir a las buenas o las malas, pero sobrevivir. Yo estuve en 6 cárceles. Mi mejor experiencia fue en la cárcel de Jamundí donde hay ley. Donde usted sabe que no le va a pasar nada es porque el guardián está ahí. Es la única cárcel donde el respeto existe. Porque en Jamundí un hombre le grita marica hijo de puta y son 72 horas de calabozo. Por su condición sexual lo tienen que respetar. Es muy... como la cárcel que tiene muchas reglas, pero pues yo salía asolearme femenina con mi blusa... los primeros días me gritaban, pero se cansaban de pagar calabozo. Entonces los hacen respetar a uno. Y la guardia es muy respetuosa. En otras

cárceles hasta los guardianes se aprovechaban sexualmente para permitir favores. Haga esto y la dejo salir donde quiera. En las cárceles usted me da y yo le doy. (Entrevista con chica transgénero exreclusa, 2017)

Bioeticista director de programa de posgrado en Bioética

Por supuesto, no solo de formación bioética parte de que no haya una producción investigativa en el campo, o sea que los profesionales en general en la salud, las ciencias sociales, se asoman a la problemática, pero no se profundizan. La biótica tiene mucho que aportar porque ahí se ven vulnerados la mayoría de los derechos, por ejemplo, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a tener una familia, el derecho a un trabajo, su trato digno y respetuoso por parte de los profesionales de la salud, a mí me llama mucho la atención que un psicólogo que su rol sea orientador en un colegio, no sepa de éstos temas, porque son condiciones que están en la realidad y se deben orientar maestros, familias a los jóvenes. (Entrevista con bioeticista director de programa X3, 2017, Bogotá)

La bioética en el fondo podría ser una formación pero más por el lado de las posibilidades de cirugías, la intervención ya del cambio de sexo, de revisión de las situaciones que se viven cuando no está muy definido el sexo, nosotros lo visualizamos más por ese lado, como se podría hacer un análisis de la pertinencia o no de determinadas modificaciones del cuerpo de las personas, porque nos preocupaba que algunos de los casos en los que ha habido esas transformaciones corporales no siempre ha habido un tratamiento psicológico, acompañamiento de un auto-aceptación de como que... en algunos casos

donde se han sometido a cirugías no han quedado muy contentos. [...] Nosotros sí creemos que es un campo más de la psicología, pero apenas entra la parte médica es donde nosotros vemos que debería de haber un comité y que no sea sólo una decisión de un médico porque tristemente ha habido casos donde la persona no queda contenta y se han presentado casos de suicidios. Nosotros lo vemos más en ese sentido, porque nuestra bioética es más clínica. (Entrevista con bioeticista director de programa X2, noviembre 2017, Bogotá)

Conclusión

Después de encontrar pocos artículos que desde una mirada bioética traten el tema del transgenerismo en Colombia, concluyo que J. Nelson tiene razón cuando dice que los bioeticistas han permanecido en “silencio” frente al tema de la población transgénero. Es en la reflexión, el debate, la investigación y el análisis donde se pueden encontrar soluciones a la estigmatización y marginación que existen hacia un otro diferente. El tema del transsexualismo es sin duda relevante para la bioética, como lo confirmaron diversos directores de programas de bioética y los resultados del trabajo de campo, por lo que se necesita que la bioética sea menos silenciosa. La bioética tiene que ofrecer el camino hacia una reflexión que brinde soluciones incluyentes y que aporte una solución en donde todos los miembros de la comunidad tengan la oportunidad de gozar de los beneficios y derechos que tiene todo ciudadano colombiano sin importar su raza, credo, color, o identidad de género.

La investigación llevada a cabo en el Departamento del Quindío permitió comprobar lo expuesto hasta el momento en el presente artículo: que el género se considera diverso desde el momento en que nos salimos de los límites de un binarismo predeterminado, influyente y limitante; porque la atracción sentimental o sexual de un ser humano no se define con el órgano sexual que trae un individuo al nacer, ni se refleja en nuestra clasificación biológica, sino que es definido como el individuo perciba su género a lo largo de su paso por las etapas de desarrollo. Inicialmente nos proyectamos en el mundo tal como nos sentimos en nuestra temprana edad y poco a poco se va reafirmando y solidificando en nuestra adolescencia esa identidad de género.

Las definiciones o concepciones de un otro, erróneas en muchos casos, se han encontrado como referencia en un camino ya trazado por las concepciones y clasificaciones paternalistas que la biomedicina tiene en el momento en que ese otro no binario busca su reconocimiento y transición. Para que el transgenerismo no siga siendo un tema pasivo, sino que también tenga una transición desde lo académico hasta llegar a la formación de programas que aseguren un trabajo no solo institucional sino también comunitario, es necesario que:

1. Todo programa de bioética incluya el tema del transgenerismo, de tal forma que ayude a identificar las necesidades fundamentales del individuo

transgénero en cada una de las regiones que habita, esto con el ánimo de ayudar a encontrar soluciones a las barreras que puede afrontar un individuo transgénero en su tránsito, teniendo como base la reflexión activa representada por medio de conferencias, ponencias, investigaciones lideradas por profesores del programa, acerca de cómo abordar este tema en nuestra sociedad.

2. Un bioeticista sea considerado parte del grupo de trabajo en cada una de las instituciones y grupos que traten a la poblacional transgénero. Por ejemplo, asesores de líderes gubernamentales, institucionales, regionales, y locales para que se dé una participación proactiva y una reflexión académica con miras en formular programas de impacto que se puedan medir y hacer un seguimiento.

Como consecuencia de lo anterior, todo profesional se beneficiaría de una perspectiva bioética hacia el tema del grupo poblacional transgénero por la importancia de comprender la agenda de los derechos en un mundo plural, especialmente aquellos que tienen que ver con pedagogía pues es en el campo académico donde se han truncado los deseos de desarrollo intelectual del individuo transgénero.

El bioeticista no debe continuar con una actitud pasiva en temas relacionados con la población transgénero. Se necesita

una reflexión académica en donde nos desprendamos de la visión biomédica para así lograr entender más a un individuo que sabe quién es, sin la necesidad de adjudicarle un código o diagnóstico para poder identificarlo. Un individuo que quiere ser parte activa de la sociedad colombiana como lo desee, no solo como estilista sino teniendo la oportunidad de llegar a ser lo que quiera ser y con las mismas oportunidades que cualquier otro ciudadano colombiano tiene.

Referencias

- Aponte-Mora, T., Cantor-Hernández, H., Bernal-Méndez, J. (2011). Exclusión y marginación a transgeneristas trabajadores sexuales del barrio santa fe de la ciudad de Bogotá. Recuperado de https://www.icesi.edu.co/congreso_sociologia/images/ponencias/15-Aponte-Cantor-Bernal-Exclusion%20y%20marginacion%20a%20transgeneristas%20trabajadores%20sexuales%20del%20barrio%20Santa%20Fe%20de%20la%20ciudad%20de%20Bogota.pdf
- Carmona-Orozco, J., Escobar-Triana, J., Galvis-Sánchez, C., Núñez-Sánchez, L. S., Ovalle- Gómez, C., Penárete-Ortiz, D. (1999). *Temas de Bioética en Colombia*. 8, pp.1-45.
- Díaz Amado, E. (2008). ¿Tiene la bioética un lado rosa? En: Beatriz Espinosa, *Cuerpos y Diversidad Sexual*, pp. 40-56. Bogotá: Editorial Javeriana.
- Escobar, J., Carmona, J., Galvis, C., Núñez, L., Ovalle, C., y Peñarete, D. (1999). Ética sexual y Autonomía Procreativa. *Universidad del Bosque*. 5, pp. 1-55.
- Chauí, Marilena (1998) Ética e violencia. *Teoría y Debate*. (39).

- Powel, T., Foglia, M.B. (2014). The Time Is Now: Bioethics and LGBT issues. *Hastings Center Report*. 44(5), S2-S3.
- Habermass, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Tauros: Madrid.
- Huertas, L.N. (2005) Sexualidad y género como asuntos de carácter público. *Co-lección Bios y Ethos*. (23), pp.41-89.
- Lopez-Mortalla, N., Callejas-Canelas, A (2016). Transexualidad: una alteración transexual que comienza a conocerse. *Revista selecciones de bioética*. 23, pp.1-112.
- Millán, C. (2008). Presentación. *Cuerpos y Diversidad Sexual*. Bogotá: Editorial Javeriana pp. 40-56.
- Nelson, J.L (1998). The silence of the bioethicist: Ethical and political aspects of managing gender dysphoria. *Journal of Lesbians and Gay Studies*. 4(2), pp.213-230.
- Nelson, J.L. (2012). Still quiet after all these years. Revisiting the silence of the bioethicist. *Bioethical Enquire*, 9, 249-259. doi: 107/s11673-012-9377-8
- Nelson, J.L. (2014). Medicine and making sense of queer lives. *Hasting Center Report*. 44(4), pp.2-6.
- Nelson, J.L. (2014). Understanding transgender and medically assisted gender transition: Feminism as critical resources. *AMA journal*. 18(11), pp.1132-1138.
- Solomon, A. (2014) Identity or Behavior: A Moral and Medical Basis for LGBTQ Rights. *Hasting Center Report*. 44(5) S4-S5.
- Velandia-Mora, M. A. (2005). Las identidades móviles de los, las, les seres. *Co-lección Bios y Ethos*. 23, pp.41-89.
- Wahler, L., Fiester, A. (2014). Repaving the Road of Good Intentions: LGBT Health Care and the Queer Bioethical Lens. 44(5) S56-S63.
- Wilches-Poveda, G. W. (2018). *Bioética y Transgénero en Colombia: ¿silencio, olvido o desconocimiento?* (trabajo de grado en Maestría en Bioética). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

