

TRANSGENERISMO EN COLOMBIA: HISTORIAS DE VIDA

FELIPE GALLO BURAYE

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE COMUNICADOR
SOCIAL**

PERIODISMO

DIRECTOR: JULIÁN ISAZA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE
CARRERA DE COMUNICACIÓN SOCIAL
BOGOTÁ D.C.**

22 DE MAYO DE 2017

Prólogo

Hablar de disforia de género, también conocida como trastorno de identidad de género, implica entender que es una condición psiquiátrica asociada a la percepción de algunos individuos de sí mismos como hombre o mujer, en contraposición a sus órganos sexuales. Estas personas no reconocen ni sienten como propio el sexo con el que han venido al mundo. Un transgénero es, por lo tanto, alguien que se identifica con el género opuesto y transforma su apariencia hacia el sexo contrario a través de una transición física, social y/o médica, en algunos casos, mediante intervenciones quirúrgicas.

Para contextualizar la temática, el presente trabajo realiza en primer lugar una recopilación documental de la situación histórica, médica y legal que atraviesan las personas de la comunidad transgénero a nivel global para luego cerrarla a nivel nacional, teniendo en cuenta los mismos parámetros.

En segundo lugar, se reproducen desde una perspectiva periodística los testimonios de tres generosos colaboradores: Miguel, Valentina y Diana, quienes revelan sus procesos. Estas manifestaciones involucran temas familiares, laborales, estudiantiles, médicos, sociales y, en algunos casos, evidencian situaciones extremas por las que han tenido que atravesar para asumir su condición dentro de la identidad de género con la cual se identifican.

Es solo a través de un conocimiento profundo de esta temática como se podrá abrir un espacio social, en el que se le dé cabida a la comunidad transgénero de manera respetuosa. Este trabajo busca ser un motor que suscite cambios culturales en la mentalidad de los lectores, utilizando herramientas periodísticas de carácter investigativo y narrativo, que expongan el estado del arte y la situación vivencial de aquellas personas que tienen disforia de género. De esta manera los

avances logrados en el terreno médico y legal, se consolidarán también en el ámbito social, erradicando la violencia física y emocional en contra de las personas trans, al fortalecer la educación a través de la empatía, la concientización y la sensibilización.

Felipe Gallo Buraye

Disforia de género

Contexto histórico

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud, la disforia de género era considerada como un desorden mental, pero en el año 2013 La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), hizo una reclasificación de la misma en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), cambiándola de la sección de trastornos sexuales, hacía su propia categoría y definiéndola como disforia de género. Lo anterior con el objetivo de evitar la estigmatización y el rechazo hacia los individuos con esta condición. Aclara que no se trata de una enfermedad mental, sino de un malestar asociado directamente con la condición sexual del paciente.

La necesidad de introducir el término género, surgió con el entendimiento de que, para los sujetos con indicadores biológicos de sexo ambiguos o en conflicto (p. ej., “intersexual”), el rol que se vive en la sociedad y/o la identificación como varón o mujer podría no asociarse uniformemente con lo supuesto según los indicadores biológicos, y de que algunos sujetos desarrollan una identidad como mujer o varón que no coincide con su conjunto de indicadores biológicos clásicos. Por tanto, *género* se usa para denotar el rol público (y normalmente el reconocido legalmente) que se vive como chico o chica, hombre o mujer; sin embargo, a diferencia de algunas teorías constructivistas sociales, se considera que los factores biológicos son los que contribuyen, en interacción con los factores sociales y psicológicos, al desarrollo del género. (Kupper, D. 2013, pp. 451)

Desde mediados del siglo XIX médicos como Nicholas Friederich en 1830, Jean Etienne Esquirlo en 1840 y Richard von Krafft-Ebbing en 1892, comenzaron a estudiar e interesarse por los trastornos que afectaban la identidad sexual. En el año 1910 Magnus Hirschfield desarrolló estudios donde pudo observar una condición a la que denominó travestismo. Hizo recuento de sus hallazgos en su libro *Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*, publicado originalmente en alemán en 1910 y traducido al inglés en el año 1991 por el doctor Michael A. Lombardi-Nash. El término disforia de género surge en el año 1973 con el psicólogo neozelandés John Money, especializado en sexología. Originalmente la condición se conocía como transexualismo, término impuesto por el médico Harry Benjamin en el año 1953.

El primer intento de reasignación sexual mediante tratamiento hormonal y procedimiento quirúrgico del que se tiene registro, se realizó en el año 1912 por el médico sexólogo Magnus Hirschfield. Así mismo existen otros registros de intentos realizados en países como Italia, Gran Bretaña, Alemania y República Checa, citados por el discípulo de Hirschfield, Felix Abraham. Estas prácticas fueron más bien de naturaleza secreta dada su condición desconocida para la opinión pública que en ese momento condenaba enérgicamente cualquier tipo de procedimiento de este tipo.

En el año 1930 se dio la primera operación completa de la cual se tiene registro, realizada por el doctor Hirschfield en el pintor danés Einar Mogens Wegener. El procedimiento quirúrgico fue exitoso, pero Wegener falleció al poco tiempo debido a complicaciones posteriores. Wegener relató su historia en una autobiografía llamada *Man into Woman: The first sex change, a portrait of Lili Elbe: The true and remarkable transformation of the painter Einar Wegener*.

Más adelante, en 1952, se dio el primer caso de una persona que tuviese una cirugía de re-signación sexual exitosa y aceptara su condición de manera pública. Se trató del exsoldado George Jorgensen, quien después de servir en la Segunda Guerra Mundial viajó a Copenhague, donde obtuvo permiso para experimentar con una serie de operaciones que iniciaron en el año 1951. Su regreso a Estados Unidos causó furor y Jorgensen aprovechó su fama para defender a las personas transgénero. Harry Benjamin estableció la importancia de su caso en su libro *The Transsexual Phenomenon*:

El caso de Christine Jorgensen enfocó la atención en el problema como nunca antes. Sin su coraje y determinación, sin duda surgiendo de una fuerza profunda dentro de ella, el transexualismo podría ser aún desconocido -ciertamente desconocido con este término- y todavía podría ser considerado como algo apenas al margen de la ciencia médica. En detrimento, si no a la desesperación de los pacientes respectivos, la profesión médica probablemente todavía sería ignorante del tema y todavía estaría obviando sus manifestaciones. Incluso en la actualidad, cualquier intento de tratar a los pacientes con cierta permisividad en dirección de sus deseos -es decir, “cambio de sexo”- a menudo se encuentra con cejas médicas elevadas y a veces incluso con rechazo y / o condenas arrogantes. (Benjamin, 1966, pp. 4)

Con el pasar de los años la transexualidad o disforia de género hizo el tránsito de patología a una condición menos discriminatoria. Se han levantado restricciones terapéuticas para el tratamiento y hoy en día el camino para el cambio de sexo se encuentra disponible en varios países gracias a largos procesos de definición y discusión con respecto a lo que significa tener esta condición.

Un primer paso fue el haber sido incluido por la Organización Mundial de la Salud en el año 1977 como síndrome médico, en una resolución convenida en la XXIX Asamblea Mundial de la Salud. Sin embargo, en el DSM-IV publicado en el año 1994 se establece que tanto el trastorno de la identidad sexual de la infancia, el travestismo de rol doble y el transexualismo sean reunidos bajo una misma categoría: trastorno de la identidad sexual.

Es crucial entender las diferencias entre el travestismo y el transexualismo, el primero siendo un deseo de utilizar prendas del sexo opuesto para recibir aceptación como miembros de ese sexo y el segundo siendo como ya se ha descrito, una profunda incomodidad y dolor con respecto a los órganos sexuales con los que se ha nacido. El doctor Harry Benjamin explica la relación entre ambos, y si bien la medicina y la psicología han hecho grandes avances con respecto a estas condiciones, la premisa continúa siendo la misma:

La relación entre el travestismo (TVism) y el transexualismo (TSism) merece un mayor escrutinio y reflexión. Ambos pueden ser considerados como síntomas o síndromes del mismo trastorno psicopatológico subyacente, el de una desorientación e indecisión del sexo o del papel del género. El travestismo es el menor aunque el más frecuente, el transexualismo es el trastorno más grave aunque más raro.

El travestido existe (con pocas excepciones) en prácticamente todos los transexuales, mientras que los deseos transexuales no son evidentes (aunque posiblemente latentes) en la mayoría de los travestis. Parece depender de cuán profundamente y por qué razones congénitas o adquiridas se perturbe la orientación sexual y de género, si surgirá el cuadro clínico del travestismo o el transexualismo. El cuadro de TSism puede parecer TVism inicialmente, pero si esto indica un carácter progresivo no es seguro. (Benjamin, 1966, pp. 13)

Si bien la CIE más reciente (CIE-10 del año 1992) aún mantiene su clasificación como un desorden mental, desde el 2009 varias organizaciones de personas transgénero han ejercido presión para que en el 2018, cuando se actualice el CIE a la versión número 11, se pueda discutir la reclasificación de la transexualidad retirándola de la sección de trastornos mentales. Las organizaciones basan sus argumentos en estudios realizados por equipos de investigadores en varios países, entre ellos México, Brasil, Francia, India y Sudáfrica.

Los estudios coinciden en que el malestar que experimentan las personas transexuales (por lo cual se ha llevado a que se considere un trastorno mental), no surge por su condición sexual, sino más bien está dada por la discriminación que han soportado. Los especialistas consideran que eliminar el diagnóstico es crucial para el desarrollo de la comunidad, pues éste solo contribuye a la estigmatización y no permite abordar el problema de una forma apropiada.

El más reciente trabajo fue adelantado en México y publicado en la revista *The Lancet Psychiatry*, donde se manifiesta que la angustia y otros problemas que padecen los transexuales y/o transgénero son resultado de la violencia y el rechazo social al que son sometidos constantemente, siendo problemas de origen social y no biológico:

Más de tres cuartas partes de los participantes reportaron haber experimentado rechazo social relacionado con su identidad de género durante el periodo índice de entrevista, más comúnmente por miembros de la familia, seguido por compañeros de clase o compañeros de trabajo. Las formas más comunes de rechazo reportadas fueron discriminación y agresión verbal o física.

La mayoría de los participantes habían sido víctimas de violencia relacionada con su identidad de género durante el periodo índice de entrevista. En el caso del 50% de los que habían

experimentado, la violencia fue perpetrada por un miembro de la familia. La violencia psicológica y la violencia física fueron los más comunes, pero una proporción significativa reportaron haber sufrido violencia sexual. No se observaron diferencias en la frecuencia con las que las mujeres y los hombres transexuales mencionaron haber experimentado rechazo social. (Robles, R. 2016)

Comenzando el siglo XXI se abren nuevas posibilidades para las personas transgénero gracias al progreso de la medicina en términos de endocrinología y tratamientos hormonales. Hoy en día aquellas personas que se categorizan bajo esta condición tienen la posibilidad de realizar un cambio completo en sus órganos sexuales mediante procedimientos quirúrgicos. Así mismo, paralelo a los avances mencionados han surgido nuevas polémicas y problemáticas de orden ético, legal, médico y psiquiátrico, teniendo en cuenta debates como discusiones acerca de utilizar o no procedimientos médicos con capacidad para alterar irreversiblemente el cuerpo humano, la modificación del sexo en los documentos legales de un individuo, lo que significa que también se modifican ciertas reglas como los conceptos de maternidad y paternidad, por lo tanto se debe definir qué significa ser un padre y qué significa ser una madre legalmente.

En cuanto a la prevalencia mundial de disforia de género, el DSM-V ofrece unas cifras de donde se encuentra la situación mundial en términos de porcentajes, asegurando también que existe una probabilidad de que las cifras no sean exactas ya que hay una gran parte de la población mundial que no busca tratamiento en consultas especializadas:

En los adultos nacidos varones, la prevalencia oscila del 0,005 al 0,014%, y en las nacidas mujeres entre el 0,002 y el 0,003%. Como no todos los adultos buscan tratamiento hormonal

y tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo acuden a consultas especializadas, estas cifras están probablemente subestimadas. (Kupper, D. 2013, pp. 454)

Contexto médico

Para poder diagnosticar a un paciente con los síntomas del trastorno de disforia de género, existen dos componentes necesarios que deben estar presentes. En primera instancia debe haber evidencia rotunda de que el individuo en cuestión se identifica, de manera inquebrantable, con el sexo opuesto; esto implica el deseo de ser o la reiteración que se pertenece al género contrario con el que se vino al mundo. Debe haber claridad que la identificación con el sexo opuesto se basa en pruebas de un malestar permanente provocado por el género. En segundo lugar, debe haber evidencia de un fastidio significativo en términos clínicos así como un deterioro social.

El DSM-V utiliza varios de estos criterios y hace una diferenciación entre las consideraciones a tener en cuenta para los casos en donde los pacientes son niños o cuando son adolescentes y/o adultos. Esta diferenciación es crucial: los casos donde el paciente es un infante exigen un manejo más delicado y atento ya que un proceso de tal magnitud es determinante. Los parámetros son los que siguen:

Disforia de género en niños

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el criterio A1):
 - 1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

2.En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.

3.Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.

4.Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.

5.Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.

6.En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.

7.Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.

8.Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. (Kupper, D. 2013, pp. 452)

Disforia de género en adolescentes y adultos.

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

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus características sexuales primarias o secundarias (o en los adolescentes jóvenes los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. (Kupper, D. 2013, pp. 452-453)

Acto seguido se comienza el proceso de reasignación de sexo. Si bien cada país tiene su proceso determinado, la asociación internacional Harry Benjamin publicó un manual para los estándares de atención y tratamiento de personas transgénero en 1979, llamado Standards of Care (SOC). Esta publicación ha tenido tres revisiones en los años 1980, 1981, 1990, la versión actual está vigente desde 1998.

El documento más reciente, aunque antiguo en su creación, tiene una extensión de 30 páginas donde se habla detalladamente de los conceptos, referencias, consideraciones y el procedimiento a seguir dependiendo del paciente en cuestión, que aún siguen siendo utilizados por la comunidad médica alrededor del planeta:

El propósito principal de los Standards of Care (SOC) es articular el consenso profesional de esta organización internacional sobre el manejo psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico de los trastornos de identidad de género. Los profesionales pueden utilizar el documento para entender los parámetros dentro de los cuales pueden ofrecer asistencia a las personas con estos problemas. Las personas con trastornos de identidad de género, sus familias e instituciones sociales pueden usar el SOC como un medio para entender el pensamiento actual de los profesionales. Todos los lectores deben ser conscientes de las limitaciones del conocimiento en esta área y de la esperanza de que algunas de las incertidumbres clínicas se resolverán en el futuro a través de la investigación científica. (Levine, S. 1998, pp. 2)

En principio se debe hacer un análisis de varias consideraciones pertinentes a la condición previa del paciente. La participación profesional en pacientes con trastornos de identidad de género implica cualquiera de los siguientes puntos:

- I. Evaluación diagnóstica
- II. Psicoterapia
- III. Experiencia en vida real
- IV. Terapia hormonal
- V. Terapia quirúrgica

El texto establece con claridad también los roles del profesional de la salud mental que trabajan con individuos con trastornos de identidad de género. Ellos pueden verse obligados a asumir cualquiera de las siguientes responsabilidades:

- I. Diagnosticar con precisión el trastorno de género del individuo de acuerdo con la nomenclatura del DSM-IV (actualmente ya se encuentra la versión revisada DSM-V)
- II. Diagnosticar con precisión cualquier condición psiquiátrica co-morbida y el tratamiento apropiado
- III. Asesorar al individuo acerca de la variedad de opciones de tratamiento y su trascendencia
- IV. Participar en psicoterapia
- V. Determinar la elegibilidad y la preparación para la terapia hormonal y quirúrgica
- VI. Formular recomendaciones formales a los colegas médicos y documentar la historia relevante de su paciente en una carta de recomendación
- VII. Ser un miembro de un equipo de profesionales con interés en los trastornos de identidad de género
- VIII. Educar a los miembros de la familia, empleadores e instituciones sobre los trastornos de identidad de género
- IX. Estar disponible para el seguimiento de pacientes previamente vistos

El manual continúa determinando los diferentes criterios necesarios dentro del entrenamiento de estos profesionales para poder trabajar en casos de personas con disforia. También habla de los preceptos necesarios para tratamientos con hormonas y procedimientos quirúrgicos. Luego especifica los tipos de cartas de documentación para los mismos tratamientos, definiendo que se

necesita una para el tratamiento hormonal y dos separadas para el tratamiento quirúrgico. El manual divide las consideraciones que debe tener el profesional de la salud mental para tratar a niños, adolescentes y adultos con el Síndrome de Harry Benjamín, dado que cada uno requiere de atención diferenciada y específica.

Por ejemplo, dentro de casos con niños, se debe estudiar cuidadosamente la dinámica familiar del infante y las experiencias traumáticas pasadas. Por otra parte la salud psicológica general se evalúa por separado, pues los niños con condiciones que tengan que ver con disforia de género difieren significativamente según estos parámetros. Es importante tener en cuenta que a temprana edad las terapias hormonales y quirúrgicas nunca deben realizarse, pues los niños no se han desarrollado del todo físicamente y podría ser contraproducente. El tratamiento a lo largo del tiempo puede implicar terapia familiar, terapia conyugal, orientación de los padres, terapia individual del infante o varias combinaciones de las anteriores.

En pacientes adolescentes hay consideraciones más extensas a tener en cuenta: en la mayoría de los casos el tratamiento debe ser conservador debido a que el desarrollo de la identidad de género en el joven puede evolucionar rápida e inesperadamente. A los jóvenes se les debe hacer seguimiento, brindarles apoyo psicoterapéutico, educarles acerca de las opciones de género y animarles a interesarse por otros aspectos de su desarrollo intelectual, vocacional, social y personal.

Para iniciar la terapia triádica (proceso psiquiátrico, hormonal, quirúrgico) deben tener por lo menos 18 años. Antes de esto se necesita el consentimiento de los padres. En muchos países europeos, los jóvenes 16 a 18 años de edad son adultos legales para tomar decisiones médicas y

no requieren consentimiento de sus padres, en los Estados Unidos y en Colombia la edad de 18 es la legal.

Para la terapia hormonal el tratamiento debe realizarse en dos fases, sólo después de que la pubertad esté bien establecida, siendo diferente para hombres y mujeres; en la primera fase, los hombres biológicos deben recibir un antiandrógeno (el cual neutraliza los efectos de la testosterona únicamente) o una LHRH agonista (que detiene la producción de la testosterona únicamente). Las mujeres biológicas deben recibir suficientes andrógenos, progestinas o agonistas de LHRH (detienen la producción de estradiol, estrona y progesterona) para detener la menstruación.

En la segunda fase se debe determinar que la salud mental del paciente se encuentre estable. En este momento los pacientes hombres pueden recibir agentes de estrógeno y las mujeres pueden recibir dosis más altas de andrógenos masculinizantes. Los medicamentos de esta fase producen cambios físicos irreversibles. Las terapias de primera fase para retrasar los cambios somáticos, deben ser realizados en centros especializados bajo la supervisión de endocrinólogos pediátricos que sean parte de un equipo médico interdisciplinario.

Para el caso de los pacientes adultos con trastorno de identidad de género, es posible encontrar formas más cómodas de coincidir con el sexo opuesto logrando vivir la experiencia de la vida real (vivir cómo un integrante del otro sexo a tiempo completo) sin someterse a la terapia triádica, con o sin psicoterapia. En este caso los programas varían dependiendo de la necesidad de tratamiento percibida en el paciente: cuando la evaluación inicial del profesional de salud mental conduce a una recomendación para psicoterapia, se debe especificar las metas del tratamiento, así como estimar su frecuencia y duración.

El comité SOC (Standards of Care) se muestra cauteloso con la insistencia en un número mínimo de sesiones de psicoterapia antes de la experiencia de la vida real, las hormonas o la cirugía, pero espera que se establezcan programas individuales para éstas. (Levine, S. 1998, pp. 7)

La psicoterapia tiene como objetivo principal ser realista acerca de lo que se puede obtener del proceso, siendo importante definir y aliviar los conflictos del paciente que puedan haber socavado un estilo de vida estable. Se debe procurar también crear un modus-vivendi constante y seguro a largo plazo de forma que el paciente pueda encontrar una manera cómoda de vivir dentro del rol y el cuerpo del otro género. Incluso cuando se alcancen las metas iniciales, los profesionales de la salud mental deben discutir la probabilidad de que las terapias educativa, psicoterapéutica, médica o quirúrgica puedan erradicar permanentemente todos los vestigios psicológicos del sexo original de la persona.

Como cambiar de género tiene consecuencias personales y sociales muy profundas en el individuo, la decisión de seguir adelante con el proceso debe ser tomada teniendo en cuenta cuáles lo/la afectarán en mayor o menor cuantía. Éstas pueden variar y encontrarse en distintos ámbitos como el familiar, el económico, el legal, el educativo y hasta el vocacional. Para permitir que el tratamiento evolucione de manera adecuada, los médicos hacen un acompañamiento al paciente que ya está adelantando una experiencia de vida real en su nuevo rol y revisan las siguientes habilidades para determinar si la persona se está desenvolviendo exitosamente en su nuevo género:

I. Mantener un trabajo de medio tiempo o de tiempo completo.

II. Funcionar correctamente como un estudiante.

- III. Funcionar en una actividad de voluntariado donde se beneficie a la comunidad.
- IV. Desarrollar alguna combinación de los ítems I-III
- V. Obtener un nuevo nombre o apellido de manera legal.
- VI. Proveer documentación por parte de una persona o personas externas al psicoterapeuta que conozcan que el paciente funciona efectivamente con su nuevo rol de género en la sociedad.

Existen también varios criterios de elegibilidad y preparación para determinar si un paciente se encuentra preparado para recibir tratamiento hormonal, siendo los listados de manera muy clara en el SOC:

A. Existen cinco criterios de elegibilidad:

1. Edad mínima de 18 años.
2. Conocimiento demostrable de lo que las hormonas pueden y no pueden hacer médicamente, así como sus beneficios y riesgos sociales.
3. Deberá realizarse una experiencia de vida real durante tres meses antes de la administración de hormonas O.
4. Un periodo de psicoterapia de una duración especificada por un profesional de la salud mental después de la evaluación inicial (usualmente de mínimo tres meses) debe llevarse a cabo.
5. En ningún caso se deben proporcionar hormonas a una persona que no ha cumplido con los criterios #3 o #4.

B. Existen tres criterios de preparación:

1. El paciente ha tenido una mayor consolidación de la identidad de género durante la experiencia de la vida real o durante la psicoterapia.
2. El paciente ha logrado progresos en el dominio de otros problemas que se han identificado conduciendo a mejorar o a mantener una salud mental estable.
3. Las hormonas deben ser tomadas de manera responsable.

C. Las hormonas se pueden administrar a aquellos que inicialmente no quieran cirugía o una experiencia de vida real. Sin embargo deben ser diagnosticados adecuadamente y cumplir con los criterios indicados para la administración de hormonas. (Levine, S. 1998, pp. 8)

La última etapa de la terapia triádica son los procedimientos quirúrgicos. Al igual que el tratamiento hormonal, las cirugías tienen varios requisitos; en primer lugar en el SOC se consideran las reconstrucciones genitales y las cirugías de las mamas. Existen seis criterios de elegibilidad para diferentes cirugías y aplican de igual manera para varones y mujeres biológicas:

- I. Mayoría de edad legal en la nación del paciente.
- II. 12 meses de terapia hormonal continua para aquellos que no tengan contraindicaciones médicas.
- III. 12 meses de experiencia de vida real exitosa. Periodos donde el paciente regrese al género original pueden indicar ambivalencia acerca del proceso y no contarán para completar este criterio.
- IV. Mientras la psicoterapia no es un requerimiento absoluto para la cirugía en adultos, se pueden llegar a necesitar sesiones a medida que avanza la experiencia de la vida real.
- V. Conocimiento del costo, tiempo de hospitalización, posibles complicaciones y tiempo de rehabilitación de los diferentes procedimientos.

VI. Conocimiento de diferentes cirujanos competentes.

De igual manera existen dos criterios que determinan que tan preparado se encuentra el paciente para los procedimientos:

- I. Progreso demostrable en consolidar su nueva identidad de género.
- II. Progreso demostrable en lidiar con problemas personales, en el trabajo o en la familia que lleven a una mejoría o deterioro de un estado mental estable.

Existen dos categorías que abarcan los tipos de cirugías que se pueden recibir durante el proceso. La primera, incluye operaciones para el paciente que quiere efectuar un cambio de sexo masculino a sexo femenino. Los procedimientos varían desde orquiectomía (extirpación de los testículos), penectomía (extirpación del pene), vaginoplastia (construcción de una vagina), mamoplastia de aumento (aumento de senos), hasta la cirugía de cuerdas vocales para que la voz suene más grave.

La vaginoplastia requiere una cirugía especializada y un cuidadoso tratamiento postoperatorio. Hay tres técnicas a través de las cuales se adelanta este procedimiento: la inversión de la piel del pene, el trasplante recosigmoidal pediculado (utilizar una sección del intestino grueso para proporcionar la vagina), o un injerto de piel libre para alinear la nueva vagina. La mamoplastia de aumento debe realizarse antes que la vaginoplastia si el médico que prescribe las hormonas y el cirujano ha observado que el aumento de pecho después de dos años de tratamiento hormonal no es suficiente. Otras cirugías que permiten feminizar a un individuo de sexo masculino incluyen: liposucción de cintura, rinoplastia, reducción del hueso facial, estiramiento facial y la reducción de la condroplasia de la tiroides.

En el caso de los pacientes de sexo femenino que quieren transformarse al masculino los procedimientos pueden incluir la mastectomía (remover los senos), histerectomía (remover los órganos femeninos), vaginetomía (remover la vagina), escrotoplastia (crear un escroto a partir de los labios vaginales), uretroplastia (extirpación del útero) y faloplastia (construcción del pene). La mamoplastia de reducción puede ser necesaria como procedimiento ya que los pechos de tamaño más grande pueden hacer que la experiencia de la vida real no sea factible; la liposucción también puede llegar a ser necesaria para el contorno final corporal.

Finalmente existen ciertos factores de riesgo y pronóstico a tener en cuenta dentro de la condición: el primero es de carácter temperamental, para casos que desarrollen conductas sexuales atípicas en edades tempranas, hay una gran posibilidad de que esta atipicidad cause que se desarrolle la disforia de género y persista a lo largo de la adolescencia y la edad adulta.

Existen así mismo factores ambientales, es decir factores externos dentro de los ámbitos sociales de cada persona que pueden tener un efecto en su desarrollo; los hombres con disforia de género tanto en la adolescencia como en la niñez frecuentemente tienen hermanos mayores varones en comparación a aquellas personas sin la afección; en pacientes de edad tardía (adolescentes y adultos), el travestismo y otras formas de contextos sociales más generales pueden tener un efecto hacia el desarrollo de la condición de transgénero.

Contexto legal

Si bien se han hecho avances en términos médicos y de investigación, la mayor lucha que enfrentan hoy en día las personas transgénero es de corte social; la decisión de pertenecer al género del cual realmente se siente parte no debería tener repercusiones en cuanto a los derechos fundamentales de la persona. Estos derechos fundamentales varían desde ser reconocido por los

organismos del gobierno hasta tener acceso a los servicios básicos de sanidad y educación del país.

Es alarmante la discriminación de corte violento que se ha venido observando hasta años muy recientes en todo el planeta. El Observatorio de Personas Trans Asesinadas, una organización que inició actividades en el año 2009 como iniciativa en conjunto con Transgender Europe y la revista en línea Liminalis, tiene registro de más de 1700 asesinatos de personas transgénero en todo el mundo entre los años 2007 y 2014, muchos de ellos incluyendo tortura y evidencia de mutilación en las víctimas.

Un informe mundial realizado por la organización Human Rights Watch en el año 2016, recogió datos de diferentes aspectos que involucran a las personas transgénero. Dentro del mismo se encontraron cifras aterradoras en cuestiones como la dignidad de las personas con el *Síndrome de Harry Benjamín*, sus oportunidades para encontrar empleo, vivienda, educación, atención médica, acceso a la protección policial y a la justicia de las diferentes naciones, derechos básicos y hasta la privacidad:

La violencia no es la única amenaza que afrontan las personas transgénero. Tienen hasta 50 veces más probabilidades de contraer VIH que la población en su conjunto, en parte porque el estigma y la discriminación crean barreras para acceder a los servicios de salud. Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Europa han encontrado altas tasas de intentos de suicidio entre las personas transgénero, en respuesta a la marginación y la humillación sistemática.

Varios países, entre ellos Malasia, Kuwait y Nigeria, tienen leyes que prohíben “hacerse pasar” por el sexo opuesto, ilegalizando la existencia misma de las personas transgénero. En

muchos otros países, las personas transgénero son arrestadas bajo leyes que penalizan la conducta homosexual. (Ghoshal, N. 2016)

Datos como los anteriores permiten observar lo variada que es la violencia y la discriminación para personas transgénero alrededor del mundo. Cuando no hay un reconocimiento legal de los diferentes géneros y la condición por parte de los estados y gobiernos, las personas transgénero deben enfrentar un continuo cuestionamiento por lo que muchos prefieren ocultarse para evitar tanto a los organismos del sistema como al resto de la sociedad. De igual manera, los gobiernos se ven enfrentados con una problemática moral y social a la hora de reconocer los derechos de estos ciudadanos, pues aún existen muchos tabúes impuestos por patrones sociales y culturales en cuanto a lo que el transgenerismo se refiere:

La demanda del reconocimiento legal del género provoca pánico moral en muchos gobiernos. Pero es una lucha crucial que se tiene que emprender. Si las comunidades transgénero van a progresar, y si los derechos a la intimidad, la libertad de expresión y la dignidad han de ser respetados para todos, el movimiento de derechos humanos tiene que dar prioridad a la eliminación de procedimientos abusivos y discriminatorios que impiden arbitrariamente el derecho al reconocimiento. Los gobiernos deben reconocer que el Estado ya no debería estar en situación de negar o restringir injustamente el derecho fundamental de las personas a su identidad de género. (Ghoshal, N. 2016)

En años recientes, las comunidades transgénero han visto grandes avances en términos de ser reconocidos legalmente por el resto de la sociedad. En América Latina el país pionero fue Argentina, cuando en el año 2012 instauraron la ley 26.743 que permite a cualquier persona mayor de 18 años elegir su identidad de género, llevar a cabo un cambio de sexo y también de revisar

los documentos oficiales sin necesidad de tener aprobación médica o judicial. En términos de los infantes, pueden hacerlo con el consentimiento de sus padres o representantes legales.

La reglamentación se llevó a cabo en coordinación entre el Ministerio de Salud y organizaciones transgénero en todo el territorio argentino, que conocían cuáles eran las áreas que debía cubrir dicha ley. También elaboraron una guía de salud especializada en personas transgénero para todos los trabajadores del sistema de salud, de manera que se pudiese cambiar la forma en que los funcionarios de hospitales y otros centros de salud perciben a los integrantes de esta comunidad y así lograr darles un trato digno.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) destacó la ley como un caso ejemplar en cuanto a la reivindicación de derechos para las personas de la comunidad transgénero. Lo hizo mediante la presentación de un informe en donde hace denuncia de la gran vulnerabilidad del colectivo y de ciertas necesidades médicas específicas para la lucha en contra de VIH. Diferentes instituciones internacionales de derechos humanos promueven el desarrollo de legislación en contra de la discriminación para que se pueda eliminar el estigma social, la violencia en contra del colectivo y también se promueva la educación y sensibilización.

Entre los años 2012 y 2015, países como Colombia, Irlanda y Dinamarca eliminaron algunas barreras al reconocimiento legal de los géneros. Mediante a este paso se diferenciaron de la mayoría de países donde no está permitido cambiar el sexo en los documentos oficiales bajo ninguna circunstancia o sólo lo permiten cuando se ha cumplido un proceso quirúrgico o la evaluación psiquiátrica. En los países mencionados anteriormente, los ciudadanos pueden cambiar su indicador de género únicamente presentando el papeleo pertinente para el proceso.

Estos avances son producto de batallas lideradas por personas dispuestas a sacrificar sus vidas de manera que la comunidad pudiese avanzar. En el caso de Irlanda, la Ley de Reconocimiento de Género del año 2015 se dio gracias a la batalla de 22 años de la activista Lydia Foy. Foy logró ser reconocida como mujer en primer lugar en 1997 y más adelante en 2007. Pero no fue hasta el 2015, después de décadas de lucha con respaldo de organismos de derechos humanos internacionales y nacionales, cuando se pidió al gobierno que el género se reconociera basado en la identidad y no en las cirugías, apoyado por la victoria en el referendo sobre el matrimonio de personas del mismo sexo, que también se incluyó dicho reconocimiento.

Irlanda se convirtió entonces, en el cuarto país en aprobar una ley que eliminó las intervenciones médicas y del estado para poder cambiar de género en los documentos oficiales. En la mayor parte de Europa, para poder cambiar la documentación, es necesario que el/la paciente reciban cirugías y se esterilicen, o también que sean diagnosticados con un desorden mental y, en el caso de que estuviesen casados, divorciarse oficialmente. Solo entonces se reconocerá legalmente el nuevo género a la persona.

En el caso de España, la entidad encargada de cambiar el registro de los ciudadanos es la Agencia Estatal BOE (Boletín Oficial del Estado), que en la ley 3 del 2007 establece la posición del país frente al transexualismo y la comunidad transgénero:

La transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. Se trata de una realidad social que requiere una respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y del nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de

la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas.

De acuerdo con la regulación que se establece en esta Ley, la rectificación registral del sexo y el cambio del nombre se dirigen a constatar como un hecho cierto el cambio ya producido de la identidad de género, de manera que queden garantizadas la seguridad jurídica y las exigencias del interés general. Para ello, dicho cambio de identidad habrá de acreditarse debidamente, y la rectificación registral se llevará a cabo de acuerdo con la regulación de los expedientes gubernativos del Registro Civil.

Mediante esta Ley España se suma a aquellos países de nuestro entorno que cuentan con una legislación específica que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad. (Juan Carlos I. 2007, pp. 11251-11252)

Por otra parte, el sur de Asia vive un caso particular. Los llamados *hijras* son una categoría de identidad para aquellos que después de su nacimiento son asignados como de sexo masculino pero desarrollan su identidad de género femenino. A este colectivo se le ha reconocido cultural y legalmente durante largo tiempo. Activistas de todo el mundo han perseguido un objetivo muy similar: que haya un tercer género y que sea reconocido formalmente. Originalmente los *hijras* no eran considerados iguales ante la ley, si no exóticos y marginales. Su existencia se veía regida no por derechos sino por limitaciones. Más adelante en el 2007 La Corte Suprema de Nepal dictó una sentencia ordenando al gobierno que se reconociera una tercera categoría de género.

Los activistas continuaron su labor con agencias del gobierno para poder incluir esa tercera categoría en diferentes instituciones, primero en listas de votantes en el año 2010, en el censo federal en el año 2011, en los documentos de ciudadanía en el 2013 y finalmente en los pasaportes en el año 2015. Otras naciones asiáticas en seguir el ejemplo fueron Pakistán y Bangladesh; en el primero la corte suprema hizo moción para que se reconociera una tercera categoría de género en el 2009 y en el segundo, el gobierno emitió un decreto en el año 2013 reconociendo a los *hijras*.

Más adelante en el año 2014 el Tribunal Supremo de India reconoció el tercer género mediante a un decreto que permitía a los ciudadanos elegir su género, pero también pedía la inclusión de los colectivos transexuales y transgénero en los programas de asistencia del Estado. En Oceanía, países como Australia y Nueva Zelanda ofrecen la opción de que en los documentos el género aparezca como “no especificado”.

Las instituciones de derechos humanos han progresado en materia de concientizar a la población mundial en esta problemática. El 29 de septiembre de 2015, en un comunicado sin precedentes, 12 entidades de las Naciones Unidas (ILO, OHCHR, UNAIDS, Secretariat, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNODC, UN Women, WFP y WHO) pidieron un fin a la violencia y la discriminación en contra de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexo. El documento es un llamado a acción para que tanto estados, como personajes influyentes incrementen su actividad de manera que los individuos de la comunidad LGTBI sean protegidos de la violencia, tortura y leyes discriminatorias.

Bajo el derecho internacional, los Estados tienen la principal obligación de proteger a las personas ante situaciones de discriminación y violencia. Por ello, los gobiernos, los parla-

mentos, los poderes judiciales y las instituciones nacionales de derechos humanos deben tomar medidas urgentes al respecto. Los líderes políticos, religiosos y comunitarios, las organizaciones de trabajadores, el sector privado, los profesionales de la salud, las organizaciones de la sociedad civil y los medios de comunicación también tienen un papel importante que desempeñar en este sentido. Los derechos humanos son universales, no pueden invocarse prácticas y creencias culturales, religiosas, morales ni actitudes sociales para justificar violaciones de derechos humanos contra ningún colectivo, incluyendo las personas LGBTI. (UN, 2015)

Diferentes organismos de las Naciones Unidas han podido documentar un extenso número de casos en donde se presenta violencia física y psicológica contra personas LGTBI a nivel mundial, no solo la violencia y tortura corriente, sino también transgresiones por parte del sistema en momentos de crisis humanitaria; terapias perjudiciales, esterilizaciones forzadas y tratamientos para cambiar la orientación sexual son solo algunos de los casos que se presentan en diferentes zonas donde no se investiga correctamente propiciando falta de apoyo a las víctimas.

Las personas LGBTI se enfrentan a una discriminación y exclusión generalizada en todos los ámbitos, incluyendo formas múltiples de discriminación en base a factores como el sexo, la raza, la etnia, la edad, la religión, la pobreza, la migración, la discapacidad y el estado de salud. Los/as niños/as se enfrentan al acoso escolar, a la discriminación o a la expulsión de las escuelas por su orientación sexual o identidad de género, ya sean reales o percibidos, o por la de sus padres o madres. (...) A las personas trans se les suele negar el reconocimiento legal del género en el que se identifican y enfrentan condiciones abusivas, como esterilizaciones, tratamientos o el divorcio con carácter forzoso para obtenerlo, por lo cual sufren si-

tuaciones de exclusión y marginalización. La exclusión de personas LGBTI de la elaboración, aplicación y seguimiento de las leyes y políticas que les afectan perpetúa su marginalización social y económica. (UN, 2015)

A pesar de varias iniciativas como el comunicado anterior, el informe redactado por *Human Rights Watch* asegura que el tema fundamental detrás de toda legislación es la dignidad y el valor del ser humano. Aunque se ha visto progreso en diferentes zonas del globo, hay países en donde a las personas se le permite ser reconocidas con el género que se identifican realmente, solo después de someterse a procedimientos muy específicos, que en muchos casos pueden resultar humillantes o dañinos para la salud mental del sujeto:

... las personas transgénero en Ucrania que desean ser reconocidas legalmente deben someterse a una evaluación psiquiátrica hospitalaria de una duración de hasta 45 días para confirmar o rechazar el diagnóstico de “transexualidad”; esterilización forzada, numerosas pruebas médicas, que a menudo requieren un amplio compromiso de tiempo, gastos y viajes, y que no están relacionadas con los requisitos legales del procedimiento de reconocimiento de género en sí; y una humillante evaluación presencial por parte de una comisión gubernamental para confirmar una vez más el diagnóstico de “transexualidad” y autorizar el cambio de documentos legales. Dichos procedimientos no respetan el derecho a la salud y pueden exponer a las personas transexuales a un trato inhumano o degradante que está prohibido.

Tina T., una mujer transgénero ucraniana de 38 años, dijo a *Human Rights Watch* que, durante su estancia en una institución psiquiátrica, el personal la obligó a vivir en un pabellón de alta seguridad para hombres, con barras y puertas metálicas. Dijo que solo se le permitió caminar alrededor del perímetro de un patio de 30 metros cuadrados durante 45 minutos

cada día; que los baños no tenían cerraduras, por lo que se sentía insegura; y que los médicos no le permitieron tomar hormonas femeninas mientras estaba bajo su cuidado. (Ghoshal, N. 2016)

Si bien puede haber procedimientos médicos que sean necesarios para guiar a personas indecisas o lograr identificar exitosamente a personas confundidas en su trastorno, no hay cabida para tratos indeseados, por más obvio que parezca. Muchos países considerados progresistas en cuanto a derechos para la comunidad LGTBI como Alemania, Croacia, Finlandia, Suecia e Italia, aún obligan a las personas transgénero a procesos de esterilización para poder hacer el cambio de género en los documentos de identidad pertinentes.

Los procesos descritos anteriormente y muchos otros generan una limitación en la búsqueda de reconocimiento por parte de la comunidad transgénero. Las restricciones más graves y de mayor magnitud se presentan cuando las comunidades o personas pertenecientes a estas comunidades, encuentran dificultades en la vida cotidiana, sea porque no pueden acceder a servicios básicos o porque no pueden desenvolverse en la sociedad sin ser víctimas de discriminación o violencia.

Unos cuantos países del continente americano han sido precursores en el desarrollo de políticas favoreciendo a las personas de la comunidad transgénero y más ampliamente a toda la comunidad LGTBI. Como ya se puntualizó, Argentina es la punta de la lanza en cuanto a la constante mejora de estos derechos, Estados Unidos representa una dualidad, pues si bien también se encuentra dentro de los países más tolerantes y abiertos, 13 de sus estados mantuvieron una batalla hasta el 2003 para derogar sus leyes de sodomía. Dichas leyes entraban en conflicto directamente con la legislación en contra de la discriminación.

Otros países del continente han adoptado políticas de reconocimiento a la identidad de género dentro de la última década. Sin embargo, Paraguay y Venezuela son la excepción, pues no reconocen ni permiten un cambio de género en los documentos de identidad y registro, sin importar si la persona ha llevado a cabo procedimientos quirúrgicos de reasignación de género.

América ha tenido una legislación variada en contra de la discriminación (ver Tabla 1, anexos), pues si bien el continente ha legislado en su gran mayoría a favor de los derechos de personas con problemas de identidad de género y se ha hecho una labor para que exista un marco legal a favor de los derechos humanos y en contra de la discriminación, muchas veces es por escrito únicamente, pues los números de algunos estudios e informes mundiales reflejan otra realidad.

Por ejemplo, un informe realizado en el año 2016 por la *TGEU (Transgender Europe)* para el *Trans Murdering Monitoring Project* indica que, de los 69 países que se reportaron, entre el primero de enero del año 2008 y el 31 de diciembre de 2016, de los 2343 asesinatos registrados, el 78% (1834) de las muertes violentas de personas transgénero sucedieron en América Latina. Colombia registro 115 de esos asesinatos durante el lapso de tiempo del informe. De las doce causas de muerte analizadas, las más altas fueron: 863 por disparos, 462 apuñalados, 247 a golpes y 94 estrangulados. Otros 393 se dieron por causas no reportadas. En cuanto a las locaciones del suceso de muerte las dos principales fueron en la calle con 655 y en su propia residencia con 345. Más de 752 no pudieron ser reportadas exactamente.

Los números anteriores evidencian que la mayoría de muertes violentas de personas transgénero a lo largo de todo el mundo se cometen o bien porque muchos viven en el mundo de la prostitución y tienen fines violentos, o porque la intolerancia aun prima independientemente de

lo dictaminado por la ley. El número de muertes entre estos años se ha mantenido estable y en el 2016 tuvo su punto más alto, lo que evidencia que la problemática se ha mantenido con el pasar del tiempo y se hace necesario encontrar soluciones con urgencia.

La alemana Carla LeGata, investigadora en jefe de la *TGEU*, explicó en el comunicado de prensa del *Trans Day of Visibility* 2017 que:

Además de la necesidad de mecanismos para proteger a las personas trans y de personas de género diverso, esta conexión también demuestra la necesidad de organizaciones trans y de personas de género diverso que sean capaces de monitorear y reportar profesionalmente la violencia contra sus comunidades. Esta conexión resulta en el hecho de que las cifras muestran sólo la punta del iceberg de homicidios de personas trans y de género diverso a escala mundial.

Brasil, México y los Estados Unidos tienen los números absolutos más elevados, los números relativos (número de asesinatos reportados por cada millón de habitantes) revelan información alarmante para naciones con poblaciones más reducidas. Honduras, Guyana y El Salvador tienen una tasa de diez, 5 y 5 denuncias de asesinato por cada millón de habitantes, un número elevado si se observa el tamaño de su población. Es imposible estimar la cantidad de casos no denunciados, pues en la gran mayoría de los países no se producen de manera sistemática datos o bases de datos acerca de personas transgénero asesinadas. La mayor parte de los datos fueron posibles de reunir para la *TGEU* gracias a la cooperación de diferentes organizaciones activistas y de personas transgénero.

Ámbito nacional

Colombia es un estado que por mucho tiempo acompañó mentalidades muy restrictivas en cuanto a la expresión humana. Hasta la Constitución de 1991 se había planteado una sola manera de vivir y de relacionarse con los demás. Una vez instaurada la nueva Constitución que dio paso a la apertura del Estado, se comenzó a garantizar igualdad para todos los ciudadanos, sin importar las diferentes visiones frente a las relaciones o la espiritualidad.

Con esta nueva Carta se dio inicio al largo camino para lograr que se reconocieran en el país los derechos de la población LGTBI. Hoy en día esta comunidad ha logrado que se le reconozcan varios derechos: el derecho a la unión marital, a estar afiliados al sistema de seguridad social, a la protección contra la violencia intrafamiliar y a la asistencia en caso de desplazamiento, entre muchos otros. De toda la población, aquellos que han quedado relegados en cuanto a sus derechos son los miembros de la comunidad transgénero. Por mucho tiempo se han visto sometidos tanto al rechazo social, como al desconocimiento de las instituciones frente a los diferentes procesos.

Hasta antes del Decreto 1227 emitido el 4 de junio de 2015, en el territorio nacional era necesario iniciar un proceso jurídico ante un juez de familia para cambiar de género. Se necesitaba el certificado médico de cambio de sexo que se expedía por el Instituto Colombiano de Medicina Legal. Acto seguido, el juez mediante una sentencia, cancelaba el registro civil de nacimiento como base del documento de identidad y expedía uno nuevo con una anotación de la razón del cambio; es decir, la operación de resignación de sexo. Con ese nuevo registro civil, se debía realizar el trámite del cambio de los documentos de identidad ante una registraduría y solicitar una nueva cédula de ciudadanía con un nuevo número, como si fuese la primera vez.

Hoy en día, con el Decreto 1227, los ciudadanos pueden acudir a una Notaría y realizar el cambio de sexo, como si fuese un simple cambio de nombre. Con este trámite no se podrán exigir pruebas diferentes a la declaración del solicitante, la cual indica la voluntad de corregir el componente de sexo en sus documentos. Esto se considera como un avance sustancial en materia del reconocimiento de derechos a la comunidad transgénero, pues evita que deban pasar un proceso para asumir su identidad de manera legal. En otros frentes, por ejemplo el matrimonio, a Colombia se le puede calificar como un país de avanzada. Según el libro *Otros Cuerpos, Otras Sexualidades* de José Fernando Serrano Amaya, en el octavo capítulo escrito por Luis Andrés Fajardo Arturo dice:

El matrimonio o la unión permanente, con todos los derechos conexos, es perfectamente válido ante la ley colombiana entre un hombre y una mujer (transexual). Colombia se puede calificar como un país vanguardista en el cambio de nombre legalmente registrado, lo cual es regulado por el Decreto 999/88 que establece: el propio inscrito podrá disponer, por una sola vez, mediante escritura pública, la modificación del registro, para sustituir, rectificar, corregir o adicionar su nombre, todo con el fin de fijar su identidad personal”. El trámite es voluntario y no existe ningún impedimento sobre el nuevo nombre que quiera usarse, en cuanto al género del nombre. (Serrano Amaya, J. 2006)

La administración del ex-alcalde Gustavo Petro fue de las más enfáticas en la importancia con la que se debe tratar el tema. Desde su postulación para el cargo prometió un mayor nivel de inclusión para la población LGTBI en cargos públicos. Su mandato vio la creación de políticas que permiten incluir a miembros de la población LGTBI en el gabinete de la Alcaldía. El 4 de

abril del 2012 se creó mediante el decreto 149 la subdirección de asuntos LGTBI de la Secretaría de Integración Social, entidad encargada de velar por los derechos de la comunidad.

Existen casos de varias mujeres transgénero que se encuentran vinculadas a cargos gubernamentales o han pasado por ellos, el primer ejemplo es Diana Navarro Sanjuan, mujer transgénero y activista quien trabaja en la ya mencionada subdirección de asuntos LGTBI. Lorena Duarte, directora del Grupo de apoyo Transgenerista de la Alcaldía local de Chapinero y también funcionaria del *IDPAC (Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal)* y Tatiana Piñeros Laverde -transgénero toda su vida- fue primero la directora de *Gestión Corporativa de la Secretaría de Integración Social de Bogotá* y ahora es la directora del *Instituto Distrital de Turismo*. Ellas hacen parte de un pequeño grupo de personas transgénero que han tenido éxito y han podido dedicar su vida a actividades diferentes a la prostitución o la peluquería, los dos trabajos más recurrentes dentro de la población transgenerista en el país.

La legislación no siempre es la solución para las problemáticas de discriminación, pues no se puede ignorar el componente cultural detrás de una fuerte oposición que ha debido enfrentar esta comunidad. Aún debe haber un trabajo tanto de des-aprendizaje, como de re-aprendizaje dentro de la cultura social para generar un país que se pueda considerar realmente incluyente. Debe haber debates con respecto a cómo entiende la sociedad el tema de género y la construcción del mismo, qué hacer cuando un ser humano no encaja en la dualidad establecida hombre-mujer. Una de las mejores formas de apoyar el tránsito y la inclusión es ofrecerles tanto a la población transgénero como al resto de la comunidad LGTBI apoyo completo en términos médicos, de manera que se puedan evitar tragedias y las personas que tienen esta condición puedan desarrollarse como miembros íntegros en nuestra sociedad.

La población transgénero tiene necesidades muy puntuales en términos de salud, como los cambios físicos mencionados, en algunos casos muy costosos, por lo tanto es fundamental que exista un cubrimiento de salud apropiado para esta población, dado que hay muchos casos en donde debido al afán de realizar el cambio o de simplemente sentirse identificado/a con su género, las personas se someten a intervenciones quirúrgicas clandestinas ocasionando su muerte o trauma físico permanente.

Un estudio de la *Facultad de Psicología* de la *Universidad Javeriana*, realizado a modo de trabajo de grado por el estudiante Roberto Andrés Lasso Báez, analizó las experiencias de personas trans en Bogotá frente a los servicios de salud y cómo los utilizan para hacer su tránsito de sexo. Participaron dos hombres y dos mujeres trans y cuatro profesionales de la salud mental:

Como instrumento se hizo uso de dos tipos de entrevistas en profundidad, una dirigida a profesionales de la salud mental y otra para personas trans. Como resultados salientes se destacó el papel orientador de las concepciones de sexo-género-deseo en la atención que brindan los profesionales, la diversidad de experiencias de tránsitos y la condición constante del tránsito, el consultorio psicológico como espacio de duda y el psiquiátrico como espacio de afirmación, el poder transformador de los procesos hormonales y quirúrgicos y el papel contradictorio y estratégico de la patologización en Colombia. (Lasso Báez, R. 2013, pp. 2)

Algunos de los participantes del estudio prefirieron evitar el contacto con los diferentes servicios de salud para hacer el tránsito de género, en muchos casos por sus posiciones frente a la patologización de su condición. “Pues aparte de la pereza, me parece importante llevar un seguimiento en cuanto a los procesos hormonales pero no me parece justo tener que declararme como una persona enferma mentalmente para poder tenerlo”. (Lasso Báez, R. 2013, pp. 60) Hay

muchos casos donde otros prefieren evitar el contacto con el sistema por los problemas y fallas en sus estructuras, que generan obstáculos para acceder a servicios especializados:

...los grandes obstáculos de acceso que tiene el sistema de salud de nuestro país, eso por ponerlo en un panorama general es decir, que para cualquier persona es muy complicado acceder a servicios especializados de salud, entonces eso ya nos abre un panorama, porque si lo llevamos a una población estigmatizada, es mucho peor, entonces el primer tema es el de acceso, por un lado es un gran porcentaje, bueno no quiero generalizar, porque también hay un tema de clase y estrato socioeconómico, pero si hablamos de una clase media como la mayoría de población de nuestro país, muchas personas transgeneristas no tienen acceso a salud, ni siquiera a nivel básico de sisben. (Psicólogo A). (Lasso Báez, R. 2013, pp. 61)

El Hospital San José localizado en el centro de la capital, es la única institución con un comité de reasignación de género que trabaja como grupo, discutiendo cada caso en una junta, enfrentando como equipo los tratamientos para que se hagan de manera profesional. Hay muchos casos a lo largo del territorio nacional donde los médicos desconocen el proceso a seguir, al no saber cómo diagnosticar, tildan a los pacientes con condiciones que no padecen contribuyendo al problema.

En el comité del Hospital San José siguen el manual DSM V y el SOC para diagnosticar al paciente, y en él participan los departamentos de urología, cirugía plástica, endocrinología y psiquiatría. Una vez se aprueba al paciente para iniciar el proceso, se le remite a psiquiatría, donde la doctora Juanita Atuesta, referente en este campo con más de once años de experiencia, hace una valoración e inicia el acompañamiento de los pacientes. Por políticas del

comité, se requiere que el paciente permanezca en tratamiento psiquiátrico por dos años antes de iniciar el procedimiento hormonal. "Muchas veces el valor de estos procesos lo encontramos en lo pequeños detalles –dice Atuesta–, algo que para los demás perdió el valor, las personas transgeneristas lo consideran increíble. Por ejemplo que les cedan la silla en el bus, que les digan siga señor o señora dependiendo de su condición, o simplemente que les saquen a bailar en el caso de las mujeres actúan como catalizadores positivos en el proceso”.

Actualmente el comité está contemplando crear unas jornadas educativas con médicos de todo el país para comenzar a aportar en materia de concientización. Son en primer lugar los profesionales de la medicina y la salud quienes deben estar mejor enterados acerca de una condición de una comunidad que cada vez toma más protagonismo en el panorama nacional. Desconocer cómo tratarles es añadir a la discriminación, pues si las instituciones médicas y sus integrantes no saben cómo hacer un acompañamiento adecuado, las puertas a la comunidad de personas transgénero continuarán manteniéndose cerradas.

Mirar hacia atrás es perder el tiempo

Es la mañana del viernes 10 de febrero de 2017 y Miguel Pineda se levanta la camisa de cuadros para revelar su pecho cicatrizado. Hay dos pequeños círculos amoratados debajo de cada pezón y él, con la mano derecha los señala. Explica la operación con la precisión de un cartógrafo que revela el mapa cambiante de su anatomía. “Me cortaron acá –traza una línea con su índice– y me sacaron la mama. Pero no cicatricé bien y por eso me quedaron estos círculos”, suspira. Enseguida se baja la camisa y empieza a contar en qué consistió la mastectomía que se hizo hace apenas cuatro meses.

Volverse hombre es doloroso. Hasta hace unos meses Miguel (20 años) usaba una faja especial para esconder la protuberancia de sus senos, se inyectaba undecanoato de testosterona para estimular el crecimiento del vello facial y la aparición de otras características masculinas y, en una semana, se someterá a una histerectomía. La imagen en el espejo cada vez se parece más a la persona que realmente es, su cuerpo adquiere el aspecto masculino que la biología le negó. “El hecho de ir a la playa y poder quitarme la camiseta, de mirarme al espejo y no sentirme atrapado es algo que ha cambiado mi vida por completo”, dice con una sonrisa que rebosa de alivio.

Miguel Camilo Pineda Casas nació el 14 de febrero de 1997, en la ciudad de Bogotá, en la clínica de maternidad David Restrepo. En el registro de nacimiento, en la casilla que distingue su género hay una equis marcada en ‘femenino’. Lo bautizaron como María Camila y sus padres Carolina Casas y Luis Alfonso Pineda planearon su vida, precisamente, en femenino. Su madre recuerda con nostalgia cómo esperaba con ansias su nacimiento: “soñaba con ir a la peluquería

juntas, con la ropa que le iba a comprar, con ayudarla a maquillarse, con todas ilusiones de una madre corriente”, dice sentada en el sofá de la amplia sala de su casa.

Pero ese sueño se empezó a desdibujar desde la infancia, cuando los pequeños detalles comenzaron a revelar la identidad de una niña que en realidad era un niño. A los cinco años prefería disfrazarse de piloto de carreras en vez de princesa, usaba el pelo corto y no le gustaban las faldas. A los 14 años, les dijo a sus padres que era lesbiana; a los 15 les dijo que se sentía como un hombre y, poco antes de cumplir los 16, decidió buscar la manera de hacer un tránsito físico hacia la masculinidad.

La situación supuso un momento difícil para sus padres. Para Carolina, su madre, fue un golpe muy fuerte. “Me entristeció mucho el pensar que se estuviera rebelando debido a mi separación con Luis Alfonso. Luego me sentí un poco traicionada, pues durante toda su infancia había intentado inculcarle los valores de una mujer empoderada. Pero cuando concluí que no era una etapa, me puse en la tarea de ser su primer y más fuerte apoyo, ya que temía lo que podía suceder si no estaba allí para él”.

Como su padre ya no convivía con ellos, pasaron casi dos años hasta que le contara. “Cuando le conté a mi papá, me lo llevé a una cafetería y, mirándolo fijamente a los ojos, le dije: ‘Yo no soy lesbiana, soy transgénero. Esto quiere decir que voy a ser un hombre, me voy a inyectar hormonas y necesito tu permiso para hacerlo’”, cuenta Miguel, quien en ese momento sentía los nervios en cada fibra de su cuerpo. El resultado de esa conversación definiría su futuro próximo de manera contundente, pues necesitaba la aprobación legal de su padre para iniciar el tratamiento hormonal.

Luis Alfonso le dijo: “muy bien campeón, estoy muy orgulloso de ti”. De hecho, su reacción fue tan positiva que ese día fueron de compras juntos y le regaló una camisa. El problema llegó cuando su padre se dio cuenta de que era una realidad y no solo una etapa de rebeldía. Se asustó porque desconocía el proceso que Miguel ya había adelantado –año y medio de psiquiatría–, del cual no sabía nada. Fue un golpe como padre, debido a la falta de confianza que podía haber sentido su hijo hacia él. A pesar de esto Miguel afirma que este proceso de cambio también generó una catarsis en su relación, que ahora es muy positiva.

Es un jueves 16 de febrero, aunque el día está soleado Miguel siente frío. La sensación se apodera de su cuerpo a medida que se recupera de la anestesia, hace un par de horas entró al quirófano con útero y ovarios y salió sin ellos. Durante ese tiempo le hicieron una histerectomía por laparoscopia a través de tres pequeñas incisiones; la primera para poder llenar de aire su vientre y meter una lente óptica y, las otras dos, para introducir dos pequeñas tijeras con las que extrajeron y cortaron sus órganos. Las cicatrices serán menos visibles que las de la mastectomía y su abdomen lucirá como el de alguien que se sometió a una simple apendicectomía.

Ahora recibe vía catéter morfina diluida en suero. Miguel se toca el vientre como si quisiera constatar el resultado del procedimiento y se sorprende al encontrar una sonda ya introducida en su cuerpo que le permitirá orinar. Se encuentra internado en el pabellón de maternidad del hospital universitario San Ignacio y pronto lo transferirán a una sala donde pueda descansar y por ahora sonríe, pues finalmente ha dejado atrás sus últimos vestigios de mujer.

Las operaciones son fundamentalmente diferentes al tratamiento de hormonas, en el sentido de que solo ocurren una vez y entrañan un mayor riesgo, pues existe la posibilidad de que algo

salga mal. Hay casos de personas cuyos cuerpos han quedado magullados por la falta de cuidado en la recuperación o por la imprecisión médica a la hora de operar, lo que no solo tiene efectos en el estado físico del paciente, sino también en el mental. Sin embargo, en el caso de Miguel todo parece indicar que el procedimiento fue exitoso.

Mientras descansa, Miguel recuerda el camino que ha recorrido hasta el momento, desde su tratamiento con hormonas en el que utilizó Testoviron, un esteroide anabólico presente desde los años treinta y dirigido principalmente a tratar hombres que sufren de hipogonadismo, (un tratamiento que genera problemas dado que la testosterona se procesa en el hígado, es decir, aparte del estrógeno y la grasa que ya debe procesar el cuerpo, añadirle testosterona significa una gran exigencia), pasando por las largas horas de terapia psiquiátrica, hasta las cirugías a las que se ha sometido.

A lo largo de estos años su mamá ha sido protagonista de su cambio, “mi mamá y yo siempre hemos tenido una relación muy cercana. Ella al ser enfermera, se encargó de inyectarme las hormonas cada tres semanas”. Él recuerda como su madre suavemente trazaba una cruz en la nalga e introducía la aguja con una precisión y cuidado propios de un cirujano, para inyectar ese líquido hormonal de propiedades aceitosas que entraba con dificultad y dolor al cuerpo. También recuerda las ocasiones en las que lo llevaba a sus terapias psiquiátricas y le brindaba el apoyo necesario para su cambio. Esa misma mujer espera en la sala para presenciar la culminación del proceso.

El jueves 23 de febrero es un día gris en Bogotá y en el conjunto de edificios Entre Ríos, ubicado en la calle 80 con carrera 60 no hay mucha actividad. Cientos de carros se encuentran en

el parqueadero, que a su vez se encuentra rodeado por varias edificaciones de tonos verdes y cinco pisos de altura. Al timbrar en la puerta del apartamento un perrito schnauzer de color negro salta y comienza a corretear. Se llama Max, tiene nueve años y es el confidente, terapeuta y acompañante de toda la familia.

Al interior del apartamento la sala es cómoda y acogedora, tiene grandes ventanas, un sofá espacioso y una mesa para varias personas, al fondo en el corredor sobre las paredes se ven fotos. En ellas aparece una niña de pelo castaño y su familia. Una niña que hace cinco años dejó de existir para dar paso a Miguel, quien ahora se detiene y la mira: "Ya no me causa dolor ni resentimiento. Hubo una época en la que verla me hubiera atormentado, pero ya no", dice con un suspiro mientras detiene la mirada en cada una de las fotos.

Miguel usa una pantaloneta que deja al descubierto sus piernas y el trabajo hecho por las hormonas. Estas, al igual que las de un deportista, son gruesas, musculosas y están pobladas de pelos. Entra a la cocina, su forma de caminar muestra indicios de una delicadeza femenina que se ha ido desvaneciendo, sus pasos son livianos pero seguros. En la cocina se observan diferentes materas llenas de plantas de todo tipo, "me gusta mucho plantar matas y cuidarlas –señala una de ellas–, pienso que traen una energía inigualable a la casa". Después de dar una vuelta se sienta nuevamente en la sala, cinco años después ha completado el arduo proceso de reasignación.

Desde un principio, el cambio abrió puertas desconocidas tanto para Miguel, como para las personas más cercanas a él. Junto con su madre tuvieron que asumir retos e irlos enfrentando uno a uno, una transformación de esta magnitud involucra un sinfín de aspectos para los cuales una familia nunca estará preparada. Pues aparte de los tratamientos físicos, Miguel también se sumió en una profunda depresión que lo tuvo al borde del suicidio. "Saltar de un puente hubiese sido

más sencillo, llenar mis venas de aire causando una embolia me habría evitado momentos muy oscuros”, dice Miguel recordando su adolescencia, cuando el sentimiento de nunca poder ser un hombre biológico o de mantener una relación sexual con una mujer, eran motivo de una tristeza profunda.

Carolina, recostada en el sofá que da a la ventana cuenta como fue enfrentar esta situación. Es una mujer de pelo castaño, con una voz delicada pero segura de sí misma, sus facciones son muy similares a las de Miguel, tiene sus ojos, tiene su nariz. "Mirar hacia atrás es perder el tiempo, no hay nada que se pueda hacer para cambiar el pasado y cómo se dieron las cosas –dice y detiene su mirada en Max–. Tengo la fortuna de haber tenido un solo parto, pero de haber tenido dos hijos de sexos diferentes”.

Como todo veterano de guerra, su carácter se fue formando a medida que se enfrentaba a cada uno de los retos que surgían, ella los veía como misiones que tenía que cumplir sí o sí, por el bien de su hijo. “Yo tuve momentos muy duros, muchas noches lloraba en soledad pensando en cómo pude haber contribuido a que esto sucediera”, dice mientras recuerda épocas donde su mundo se encogía y temía compartir lo que le estaba sucediendo con alguien, por miedo a ser juzgada. "Tú no puedes andar contándole a las personas acerca de esta situación. Cami (Miguel Camilo) no era el único que necesitaba apoyo –se acomoda rápidamente en el sofá– yo necesitaba alguien que me dijera si estaba manejando bien la situación, si lo que estaba sintiendo era normal, si mi hijo iba a sobrevivir a este proceso que estaba viviendo”.

Cuando se compromete con la reasignación, no es solo Miguel el que cambia, Carolina debió modificar su comportamiento, la forma en que se relacionaba con su hijo y la manera en que

se desenvolvía en su hogar. Dejar de caminar en ropa interior, la forma en que le educaba, como se dirigía a él, cómo tuvo que redecorar su habitación, fueron solo algunas de los obstáculos que tuvo que saltar para llegar a la meta final. Ya tiene la experiencia suficiente para hablar con calma de su vivencia, observa algunas fotografías que hay en la sala mientras suspira: "Si me preguntan ahora siento que ya llegué al otro lado de la piscina, ya todo se nos dio y Cami se siente muy realizado. Me alegra saber que aún le queda algo de universidad para disfrutar como un joven normal".

La caja mide unos treinta centímetros de largo por veinte de ancho, en su interior se hallan cientos de retratos, evidencia de que María Camila no fue solo un sueño. Miguel la abre, saca uno de los sobres y comienza a revisar foto por foto, su mirada recorre cada una de las imágenes. "Hay muchos momentos que ni siquiera recuerdo, estas fotos son el único recordatorio que tengo de esa época", dice mientras sostiene una en la que María Camila aparece sonriente abriendo un regalo marca Fisher Price. "Creo que mi infancia hubiese sido más traumática si me hubiesen obligado a utilizar vestidos o prendas de color rosa –estalla en una carcajada–, ese es de los colores que más puedo detestar".

Se levanta, va a la cocina por un vaso de agua y aprovecha para regar un poco sus matas antes de regresar. Las trata con cariño y les habla, muestra una actitud maternal poco común en un hombre.

"Que linda", dice riendo mientras se sienta nuevamente. Se refiere a una fotografía en la que se ve a María Camila, de dos años de edad en un vestido de baño. En este instante se está cerrando un ciclo y a menos de que decida someterse a una cirugía donde le construyan genitales

masculinos, el proceso de Miguel ha llegado a su fin. Ha dejado atrás a su personalidad femenina y enfrenta una nueva serie de retos en una sociedad que aún no comprende del todo su condición.

"Nos fuimos sin rencores –suspira refiriéndose tanto a sus órganos femeninos como a María Camila–, le agradezco infinitamente haber hecho ese sacrificio para permitir que Miguel pudiera vivir. Sé que ahora seremos más felices, incluso más saludables". Sus ojos se pierden brevemente al mencionar a María Camila, como si se estuviese despidiendo de ella una última vez. Su expresión es la de una persona agradecida con el proceso que vivió, satisfecho de no haber sufrido en vano, despide a su lado femenino con la mano en el corazón.

Una mujer en construcción

Para poder llegar a la construcción antes de las siete de la mañana, Valentina Arias se debe levantar a las cuatro. Es una persona extremadamente vanidosa, se toma su tiempo en empolvarse la cara, pintarse los labios, utilizar un poco de sombra en sus párpados y elegir toda su vestimenta, desde tacones hasta aretes. Siempre luce como una dama. Toma tres buses cada día para ir desde Madrid (Cundinamarca), hasta su lugar de trabajo.

Una vez llega se calza unas botas, se cambia la falda por un jean, se pone un chaleco de la firma y un casco blanco, es una vestimenta muy andrógina. Sale del campamento de obra para dar una vuelta y ver el progreso de la construcción. Recibe saludos de varios de los obreros, ninguno de ellos sospecha su situación. Con más de cuatro años de experiencia en cómo actuar, ella sabe que debe tener autoridad pero a la vez feminidad, gracias a esto se ha ganado el respeto de todos en la obra.

Valentina ha afinado de varias maneras su lenguaje corporal para no delatarse como hombre, desde su caminar, sus expresiones y hasta su tono de voz. Sube los escalones del campamento de obra, sus pasos son livianos. Deposita sus cosas al pie de su escritorio, se sienta y levanta el teléfono. “Yo tengo un termómetro de feminidad –comienza a marcar un numero–, si al llamar me llaman señora, puedo identificar donde se ubica mi tono de voz y lo que debo hacer para sonar más como una mujer”, dice mientras el teléfono da tono. Al no haberse hecho procesos quirúrgicos en las cuerdas vocales, la única manera en la que puede sonar femenina es utilizando un volumen de voz muy bajo.

Paula Valentina Arias no es una mujer cualquiera, fue bautizada Sergio y cinco años atrás todos sus papeles correspondían al género masculino. Hoy, continúa enfrentando el día a día con el apoyo de su esposa Carolina y su hija. De estatura mediana, tiene manos fuertes y una cabellera plateada envidiable. Su cara tiene algunas arrugas debido a sus 55 años de edad, sus cejas son delicadas y bien formadas, pues se las depila y acicala constantemente; su nariz es aguileña, su boca es delgada y se encuentra pintada de brillos con tonos rosas muy suaves, al igual que sus uñas. Explica que esto se debe a que otros tonos más fuertes podrían verse extraños o causar inconsistencias en su imagen debido a la forma de sus dedos y su cara.

Valentina padece de una condición muy particular llamada *Síndrome de Harry Benjamín*, también conocido como disforia de género. Ésta no es una enfermedad ni un trastorno, sino una variación biológica del desarrollo sexual humano, al igual que los otros síndromes intersexuales. Es una condición que ocurre en aproximadamente uno de cada cien mil personas de ambos sexos, en la cual la diferenciación sexual a niveles neurológico y anatómico no se corresponden.

El consumo de hormonas como parte del tratamiento ha hecho que pierda la gran mayoría de su vello facial, le queda un poco en la barbilla que debe afeitar con cierta periodicidad. Su cutis masculino se ha convertido en uno delicado y suave. No es una mujer muy atractiva, pero ha hecho un trabajo fantástico en su proceso de cambio, pues sin operaciones ha logrado adquirir el semblante de una dama de 55 años de edad.

Según un boletín publicado en el 2010 por la *Secretaría de Planeación* de la ciudad de Bogotá, la población transgénero es la más joven dentro de la comunidad LGTBI. Este mismo estudio asegura que el 30% de los transgénero les han contado a sus padres su situación, mientras que solo un 0,08% han tenido que contarle a sus hijos y esto se debe a que gran parte de ellos se

enfrentan a este proceso de cambio cuando son muy jóvenes, de manera que muy pocos tienen que hacerlo cuando ya son padres de familia.

Por eso el caso de Sergio es particular: él hace parte del 1% de las personas transgénero que se encuentran casadas. Esta es una vida solitaria, en donde más del 50% de las personas debe vivir en una soledad afectiva, eso sin contar la soledad social, pues el 98% reportan que han sido discriminadas o han visto sus derechos vulnerados, asumir esta condición significa enfrentar a una sociedad que condena aquello que es diferente.

Sergio Arias decidió asumir su feminidad a los 50 años de edad, únicamente con el apoyo de su hija y esposa, pues el resto de su familia rechazó su condición. Consciente de la avalancha de problemas que tendría que enfrentar, inició un tratamiento psiquiátrico y junto a su esposa e hija dieron los primeros pasos de un largo proceso que daría vida a Paula Valentina.

Valentina se levanta de su escritorio, toma su casco y sale del campamento a la obra. Mientras mira la construcción habla acerca de su condición, que describe como ser víctima de una inmensa y acongojadora tristeza que se va incrementando hasta explotar. Cuando no se toma acción, es una situación que puede llevar al suicidio, socialmente se ve señalada como una abominación, lo que causa que aquellos que nacen con esta condición en muchos casos prefieran mantenerla secreta o simplemente negársela hasta a ellos mismos.

Compra un refresco en una casona improvisada como tienda. “Buenos días mi señora”, le saluda la mujer que atiende y Valentina sonríe y recibe la bebida sin decir una palabra. La abre, sus manos aun delatan su pasado masculino, a diferencia del resto de su cuerpo, éstas son fuertes y gruesas, sus dedos son cortos y rechonchos.

Toma un sorbo y continúa: "Imagina un joven que es dependiente de sus padres para sobrevivir, en la mayoría de los casos son estos mismos quienes más castigan por incurrir en el desconocimiento. A este joven no le queda otra opción sino callar, ocultar y tratar de cambiar algo que está científicamente comprobado, no cambia nadie", dice con un suspiro.

Hoy hace cuatro años exactamente, Valentina hizo pública su transformación en su lugar de trabajo, llamó a su jefe y le pidió una reunión, necesitaba hablar urgentemente con él. Estaba muy nerviosa cuando salió para la oficina, la expectativa comenzaba a acumularse cada vez más, este era un punto de quiebre en su proceso. Podía perder su empleo y su sustento, pero sabía que tenía que cumplir con lo que había empezado.

En cuanto llegó a su oficina en el edificio Centro 98, las manos no paraban de sudar. Ingresó a la edificación, saludó a la recepcionista y oprimió el botón del cuarto piso, donde se ubican las oficinas de *Gallo+Londoño Arquitectos S.A.* Entró, se sentó y miró a su jefe a los ojos. "Espero que esto que voy a decirte no implique la pérdida de mi empleo", le dijo nerviosamente.

Luis Felipe Gallo estaba a la expectativa de lo que fuera a decirle, pues no es común que un empleado abra una conversación de esta manera. "Sufro de un síndrome que se llama *Harry-Benjamin*, esto quiere decir que soy una mujer que ha vivido toda su vida atrapada en el cuerpo de un hombre". Al decir esto se bajó la cremallera de la chaqueta y le mostró que estaba utilizando una blusa de seda y un collar.

Luis Felipe recuerda la conversación como si fuese ayer. "Le dije que él siempre fue un profesional muy pilo, y si este cambio no afectaba su forma de trabajar, no había problema alguno", dice mientras se recuesta en la silla frente a su escritorio. El siguiente paso era contarle a las per-

sonas de la oficina para que entendieran de qué se trataba, por lo cual se citaron una semana después y Sergio esta vez llegaría como Valentina y se presentaría frente a los 30 que allí trabajaban.

Para ese momento llevaba consigo una maleta con sus prendas femeninas. Entró a la oficina de Luis Felipe, este ajustó la puerta y reunió a los demás en la sala de juntas. Valentina se cambió y esperó a que su jefe hiciera una pequeña introducción, acto seguido entró a la sala. La cara de la gran mayoría era de asombro y sorpresa, no entendían qué estaba ocurriendo. El silencio era sepulcral, Valentina se paró frente a todos y en 15 minutos explicó toda su situación con serenidad, como si estuviera hablando de un tema cotidiano.

Si bien hubo resistencia, con el tiempo las personas comenzaron a entender. Con el pasar de las semanas el asombro se convirtió en respeto. Sin embargo, hubo pequeños detalles que Valentina aún recuerda, como la celebración del día internacional de la mujer hace tres años. Se hizo un evento en la oficina, Valentina se sentó con las demás mujeres y a algunas de sus compañeras se les notó cierta incomodidad, aunque trataron de portarse con relativa naturalidad.

Así también a algunos compañeros les costó entender el cambio de identidad: su jefe Andrés Londoño a veces la llamaba Sergio y otras veces Valentina. La misma situación se repetía con Adriana Téllez, que también se equivocaba constantemente y no se sentía cómoda con su presencia. “A mi realmente me molestaron algunas cosas al principio, su forma de vestir me parecía exagerada. Pero verla entrar al baño de mujeres era lo que me afectaba más. Sin embargo, hoy en día entiendo que ella está totalmente comprometida con ser una mujer”, dice.

El tiempo ha llevado a que todos en su lugar de trabajo entiendan y comprendan su situación, especialmente las mujeres que ya la asumen como una más de ellas. Patricia Sánchez, auxi-

liar administrativa de la empresa, dice que “es admirable cómo tomó la decisión de enfrentar un cambio así. Es algo que requiere mucha valentía y acá la respetamos por eso”.

Si en el trabajo asimilar ese cambio fue relativamente sencillo, en su familia no lo ha sido. Tanto que hoy los parientes de su esposa y los de ella misma han ejercido una oposición feroz. Los familiares de Carolina, han intentado convencerla de todas las formas posibles de que se separen, pues aseguran que no es natural que se mantengan como una pareja. Mientras que los de Valentina no han perdido oportunidad para atacarla y para asegurar que Carolina ha sido la culpable del cambio.

Ahora sentada frente a una hamburguesa en el restaurante El Corral del centro comercial Calima, Valentina recuerda con resentimiento esos momentos. Come lentamente, pues no deja de pensar en los detalles de sus experiencias. Con los párpados apretados y la boca ligeramente ladeada dice, como quien escupe un veneno “la gente hace más daño cuando uno se encuentra en las peores”: su familia ha hecho que este proceso sea mucho más difícil de lo que podría haber sido.

Cosa que no solo le ha implicado el dolor del abandono familiar, sino también las acusaciones constantes de que su decisión puede tener un efecto negativo en su hija Ana María, pues esas personas que en algún momento fueron cercanas, ahora consideran a Valentina como una aberración.

Más tarde, con el brillo de una lagrima en su ojo derecho, Valentina recordará ese año tan difícil para las tres (el 2016). Se vieron enfrentadas no solo a su cambio de identidad, a las opiniones y juicios, sino también a varios problemas económicos y, adicionalmente al lupus y la ar-

tritis de su esposa Carolina que la tienen en un estado de salud muy delicado. Valentina sabe que este cambio tuvo su precio, tanto para ella como para su familia: “yo ya no me atrevo a decir que esto es algo que me pasó a mí, esto es algo que nos pasó a las tres, porque la cuota que han tenido que dar mi mujer y mi hija ha sido gigantesca”.

A una hora y veinte minutos de trayecto en automóvil desde la capital se ubica el conjunto residencial El Portón Hacienda Casablanca, en Madrid, Cundinamarca, en donde reside Valentina junto a su esposa Carolina y su hija, Ana María. El apartamento es pequeño y acogedor. En las repisas y mesas se observan diferentes fotografías y adornos de la familia y sus viajes. Dos de estas fotografías tienen la particularidad de que no es Valentina la protagonista, si no Sergio. Sergio Arias dejó de existir cuando Valentina llegó al mundo.

Su hija Ana María es una niña de doce años, su mirada es huidiza, se toma las manos al hablar, sus ojos evidencian un poco de incomodidad al tocar el tema, pero intenta hacerlo con madurez: "yo sentí muchas cosas ese día, no es fácil que te digan que tu papá ahora va ser mujer. Pero pues yo amo a mi papá y sea como sea lo voy a seguir amando y aceptando como es". Tenía ocho años cuando le contaron, Carolina recuerda ese día como si fuese ayer, “el día que le contamos lo hicimos con el acompañamiento de una psiquiatra, Valentina se puso a llorar, le dio duro ver que Ana estaba tan conmovida cuando le contamos”.

La psiquiatra Juanita Atuesta es una de las principales autoridades del hospital San José para todos los casos de reasignación de género, se encarga no solo de diagnosticar a los pacientes y acompañarlos en su proceso, sino también de desarrollar estrategias para que los familiares puedan afrontar y acoplarse a un cambio tan radical. En el caso de Valentina definieron que se llama-

ría Paula Valentina para que Ana María pudiese decirle Pa. Además, la psiquiatra también explica que en este caso la trató sin necesidad de recetar antidepresivos. “Este tipo de estrategias permiten que el proceso sea más amable tanto para el padre como para su hija, se trata de utilizar el proceso como antidepresivo para no tener que medicar al paciente”.

Ahora Carolina suspira en su apartamento y se toma la cabeza mientras dice que "no es fácil encontrarse con una situación donde todas las personas que son cercanas se comienzan a alejar, personas que creías te apoyarían en los peores y mejores momentos desaparecen porque simplemente no entienden”.

“Yo ya le di la vuelta a la página sin reversa, una vez tú tomas la decisión de completar el proceso tienes que asumir todos los retos que se te presenten”, dice Valentina mientras se sienta en una silla. En su semblante hay cansancio, en él se notan las marcas del constante asedio que ha tenido que enfrentar y que le ha dejado huellas emocionales muy profundas.

Toma un sorbo de un vaso de agua, piensa unos segundos y continúa: “hice el cambio de cédula, de género, de un montón de papeles que de no haberlo hecho simplemente se me hubiese complicado más la vida”. La situación que viven las personas transgénero en Colombia involucra aspectos sociales muy serios, la sociedad rechaza con vehemencia aquello que no comprende, cambios como éste pueden propiciar un abandono y una soledad perpetua. Cifras muy alarmantes presentadas por Colombia Diversa estiman que entre los años 2013 y 2014 alrededor del 50% de los asesinatos y actos violentos –164 en total– cometidos contra la población LGTBI, fueron contra mujeres transgénero.

Valentina sabe que nunca habrá una verdadera aceptación por parte de su familia, ella es feliz teniendo el apoyo de su hija y de su esposa, pues siente que el proceso de cambio las ha conectado y acercado. La de ellas es una historia que nunca se va a terminar de tejer, pues debido a su avanzada edad prefiere no someterse a las cirugías que le permitirían tener órganos femeninos. Esta decisión significa que debe realizar un esfuerzo extra para enfrentar a la sociedad como mujer; cuidar su apariencia, su tono de voz, la forma en que se expresa y se relaciona con los demás deben proyectar una imagen femenina.

Después de tantas crisis y episodios difíciles a los que se han tenido que enfrentar, el reto es poder aspirar a una calidad de vida mejor. El enfoque ha dejado de ser el cambio, pues en esta etapa se busca llegar a una naturalidad en el día a día que le permita sentirse como una mujer de verdad. Ahora piensa en darle lo mejor a Ana María para que su adolescencia sea feliz y en un futuro pueda cumplir sus metas de estudio y trabajo.

De prostituta a activista

La edificación se ubica en el corazón del barrio Santa Fe, en la calle 21 con carrera 14. Un lugar donde la prostitución y las ollas conviven, donde por las avenidas se pueden ver indigentes que, al ser desplazados del Bronx, se han tomado la zona. Un lugar en el que mujeres y transgéneros buscan clientela para prostituirse, y uno que otro malandro anda con cara de pocos amigos.

La puerta de metal que da acceso al edificio se encuentra abollada y la construcción está deteriorada. Diana Navarro abre la puerta, y a pesar de ser las cinco de la tarde usa una pijama de cuerpo entero color rosa. Es curioso ver a una persona de casi un metro noventa vestida de esta manera. Justo al entrar ocurre una conmoción en la calle: han intentado atracar a una de las chicas. Casi instantáneamente los integrantes de la olla más cercana salen a protegerla, hay un gran revuelo hasta que aparecen un par de policías que se encargan de la situación.

Al interior se encuentra el apartamento 104, de tres habitaciones, con paredes que dan la sensación de estar en obra gris. Su habitación aloja una cama doble, un televisor de pantalla gigante y una mesa de noche con varios libros; la mesa de la sala está repleta de carpetas, hojas y un portátil encendido. Diana Navarro es una estudiosa, una “comelibros”, en sus propias palabras. No le gusta mucho salir y tampoco le agrada el ruido. A lo largo de los años, ha sido una de las personas más influyentes en el avance de los derechos para personas trans en la capital del país. Trabaja de cerca con varias personas de la comunidad en el barrio Santa Fe y dirige la Corporación Opción.

A sus 44 años de edad, es una mujer transgénero que ha dedicado su vida al servicio del grupo social al que pertenece. Un grupo con tal grado de marginación, que en muchos casos se les niega hasta los servicios básicos de salud. Más aun, desde el 2009 se han presentado 90 casos

de muertes violentas en Colombia de personas trans, cifras que reflejan la realidad que vive esta comunidad, cuya condición sigue siendo tabú y razón para ser violentada.

Toma una silla y se sienta. Las uñas de sus manos gruesas están pintadas con un delicado color rosa, tiene un anillo en uno de sus dedos de la mano izquierda. Se queda mirando, da la impresión de estar ordenando sus pensamientos y recuerdos antes de hablar. Respira profundamente y comienza a relatar. Es claro que no es la primera vez que cuenta esta historia, pues no hay evidencia de titubeos ni confusiones dentro de su discurso.

Diana nació en Barranquilla el 13 de enero de 1973 y desde muy chica se consideró mujer. Dice que su padre le permitía expresarse con libertad y nunca condicionó su desarrollo. Se sentía atraída hacia los hombres y le obsesionaba la figura masculina; la suya no era una mirada morbosa, más bien era de una curiosidad casi insaciable. “Empece a tener más contacto con el tema de las violencias a esta edad. No pienso que fueran violencias como tal, sino más bien despertares sexuales naturales. Fui acosada por muchos de mis compañeros, me buscaban, me tocaban, querían que los tocara, me hacían comentarios, pero en esa época yo no tenía ningún interés sexual”, dice mientras se reacomoda en su silla. Considera que educarse bajo la influencia de mujeres fuertes fue crucial: las de su familia, las heroínas de los libros y las figuras de la televisión. Eran personas con papeles fuertes y dominantes, mujeres independientes y no supeditadas al hombre.

Terminó el bachillerato a los 14 años gracias a su habilidad y disposición para el estudio y en esa época comenzó a conocer las primeras personas de la comunidad LGTBI, denominadas sencillamente homosexuales. Ese primer contacto, la llevó a concluir que era mejor no pensar en un futuro en Barranquilla. Si bien su familia la apoyaba, asumir su condición de transgénero sig-

nificaba exponerse tanto a consecuencias médicas como a repercusiones sociales: tenían el ejemplo de Xiomara, un caso donde hubo una operación de reasignación sexual exitosa, pero con desenlace fatal debido a una septicemia; o el de Juanita una joven de una familia muy reconocida que optó por cambiar de género y tuvo que afrontar una violenta discriminación.

No podía hacer su vida en Barranquilla, si bien su familia la apoyaba, asumir su condición de transgénero significaba exponerse tanto a consecuencias médicas como a repercusiones sociales: tenían el ejemplo de Xiomara, un caso donde hubo una operación de reasignación sexual exitosa, pero con desenlace fatal debido a una septicemia; o el de Juanita una joven de una familia muy reconocida que optó por cambiar de género y tuvo que afrontar una violenta discriminación.

El 9 de diciembre de 1986, cuando Diana viajó a Bogotá, conoció a Sandy Catalina -su madre transgénero-, quien la llevó al primer sitio donde vivió: la posada alemana de la calle 25 con Caracas. Aprendió peluquería, uno de los dos oficios a los que podría aspirar entonces alguien de su condición, el otro era la prostitución. Diana llegó a Bogotá con los mismos 14 años y con la intención de ser peluquera, estudiar, conseguir marido y formar un hogar.

Ahora, 31 años después, mientras se levanta por un vaso de agua, Diana recuerda su historia. El ambiente en su apartamento es particular, no entra nada de luz, dando una sensación de encierro que no parece incomodarle en lo más mínimo. Alguien golpea a la puerta, se escucha la voz de un hombre, Diana se levanta, abre y cruzan unas palabras, finalmente azota la puerta mientras dice: “venga en media hora que estoy dando una entrevista”. Se sienta nuevamente y continúa su relato.

La realidad a la que se enfrentó fue muy diferente a la que había imaginado, la ciudad no era lo que esperaba y tuvo algunos altercados que le cerraron las puertas de la peluquería en donde

había comenzado a trabajar. Fue entonces cuando conoció el mundo de la prostitución: “Yo saqué lo mejor de ese mundo, aunque nadie nace para ser prostituta. De hecho, yo creo que nadie quisiera ser prostituta, pero una persona inteligente siempre aprovecha las circunstancias de la vida a su favor. Me di cuenta de algunas ventajas que me daba la prostitución: libertad de horarios y muy buen dinero”.

Entrar en ese oscuro universo le permitió darse cuenta de la realidad que vivía en esa época la comunidad transgénero: persecución, vejámenes e ignominia. Cuando arrestaban a alguna de sus compañeras, la llevaban a la estación de la quinta, cerca a la Universidad de Los Andes. Tenían a las muchachas afuera, a la intemperie, donde debían soportar las inclemencias del clima; también las recluían en el mismo espacio con habitantes de calle, ladrones y otros malandros con los cuales los policías las obligaban a tener relaciones sexuales a condición de dejarlas ir. Esta era una de las formas que utilizaba la autoridad para castigar y ‘desestimular’ que fuesen travestis.

Diana recuerda esa época con amargura, los abusos policiales, las persecuciones, amigos que ya no están como Oswaldo, un joven paisa que huyó de su hogar en busca de oportunidades. Él se ganaba la vida vendiendo servicios sexuales a hombres mayores y a una que otra mujer, pero al no saber cómo manejar sus recursos, gastaba todo su dinero en drogas, alcohol y otros vicios. Oswaldo terminó muerto en la calle y su cadáver fue el primero que Diana tuvo que reclamar en

Medicina Legal, que por aquellos años era una casa que se encontraba en pésimas condiciones en el sector del Cartucho, donde se concentraba gran parte del crimen de la ciudad. Como

pudieron enterraron a Oswald y Diana se dio cuenta de lo solas que se encontraban realmente las personas que trabajan en prostitución.

Suspira, toma un sorbo de agua y dice que “las personas que ejercen prostitución, no tienen prácticas religiosas ni prácticas sociales que les permitan tener un acompañamiento después de la muerte. Terminan en una soledad horrible y a eso es a lo que más le temen ellas y ellos. Yo ahora entiendo por qué muchos muchachos me dicen que no quieren estar solos, no es porque realmente quieran conformar un hogar y una familia para mejorar su calidad de vida, sino por miedo a la soledad”.

Alguien ha vuelto a golpear en la puerta de su casa, Diana se acerca y cruza un par de frases con una mujer, luego cierra y se sienta nuevamente. “Tenemos un par de apartamentos desocupados y estamos buscando inquilinos”, comenta y explica que reside en este apartamento desde hace cuatro años, aunque ha sido una trotamundos: antes vivió en una multiplicidad de lugares, uno de ellos, Europa. Viajó de manera clandestina a Francia en 1989, a los 16 años, buscando oportunidades y con un hambre voraz de conocimiento. Su estadía en el bosque de Bologna en París duró siete meses, y si bien pudo conocer aspectos culturales y sociales que la deslumbraron, también fue testigo de violencias radicales por parte de grupos neonazis y romaníes que asesinaban, violaban y torturaban a todo aquel que no encajaba en su idea de sociedad.

Por esa época en el bosque de Bologna –lugar donde residían todas las transgénero–, Diana encontró una transgénero brasileña malherida. Sabía que si no le ayudaba probablemente moriría, así que teniendo conocimientos de primeros auxilios, la condujo a su hogar donde le hizo una curación y todos los días regresó a revisar su estado de salud. Sin saberlo ganó la confianza de

las brasileñas. Ellas eran el grupo de mayor influencia en la zona, pues no temían defenderse de manera violenta y eso le aseguró a Diana protección.

Su estadía terminó cuando una colombiana llamada Esmeralda asesinó a un periodista en el bosque, por lo que hubo batidas muy grandes en contra de todos los inmigrantes. A todo aquel que atrapaban lo fiscalizaban y esperaban que la gente del pueblo –no el gobierno– reuniera el dinero suficiente para deportarlos. Diana suspira, tiene total seguridad que aún estaría en Europa si no la hubiesen deportado.

Cuando regresó a Colombia con su pareja, intentó retomar la peluquería en Bogotá, pero debido al fallecimiento de su novio en un accidente de tránsito, decidió buscar oportunidades en Medellín. En la capital de Antioquia quería ejercer algo diferente a la prostitución, anhelaba con todo su ser estudiar una carrera. Pero debió recurrir nuevamente a la prostitución y a la peluquería. No recuerda esto con rencor, pues siempre aprovechó lo mejor que podía sacar de cualquier situación en la que se encontrara.

Esta actitud constructiva le ayudó a entender que lo que ganaba con la prostitución le permitiría estudiar Derecho en la Universidad de Antioquia. En el año 1993 Diana se convirtió en la primera transgénero en terminar una carrera universitaria en Colombia. “Yo tenía 21 años cuando ingrese a la Universidad de Antioquia, estaba segura de que no quería estudiar Derecho, me llamaba mucho más la atención el tema del trabajo social, estudiar algo como sociología. Pero como me pedían una carrera de segunda opción, puse Derecho y por cosas de la vida pasé”, dice entre risas.

En 1986 regresó a Bogotá y aun no existía la regulación de las UPZ (Unidades de Planeamiento Zonal). Aunque ya se había implementado el acuerdo 6 del 90 que indicaba que las franjas donde se ejerce la prostitución podían ubicarse en determinados sitios en zonas urbanas, pero ellas aún eran perseguidas por las autoridades y castigadas por la sociedad.

A Diana Navarro nunca le han llamado la atención el alcohol ni el consumo de drogas, es afortunada en ese sentido, pues a lo largo de los años tuvo que ver a varias de sus compañeras caer a causa de las adicciones. “En esa época comenzó el consumo exagerado del bazuco, poco a poco llegaron personas vinculadas al tema de la producción de drogas que venían con mucho dinero. Mis compañeras y yo optamos por unirnos y defendernos de las bandas delincuenciales, pues al no tener redes de apoyo podíamos morir de hambre”, dice mientras se recuesta ligeramente en la cama. Ha sido un semana ajetreada y el cansancio se evidencia en su voz.

La vocación del barrio comenzó a cambiar con la llegada de más personas involucradas en temas que se asocian con el mundo delincencial, los predios bajaron de precio y poco a poco los residentes de la zona debieron migrar hacia otras áreas. Con estos cambios y una profesión digna, Diana también debió alterar su proceso, pues la persecución que estaban soportando ella y sus compañeras no les permitía vivir tranquilas. Decidió enfrentar los abusos con un conocimiento legal, desarrolló mesas de trabajo para comenzar a luchar en pro de los derechos de las personas transgénero y llevó propuestas a la Alcaldía que fueron aceptadas. Pero esta lucha no la dejó ilesa: fue víctima de varios atentados y el más fuerte de ellos a los 27 años. Hoy tiene una marca en el vientre, una más pequeña en la pierna y una casa imperceptible en la ceja, que le recuerdan ese momento.

"Si no vives para servir, no sirves para vivir'. Esta frase me la decía mi abuela constantemente y fue algo que me permeó. Estamos propiciando cambios para que las mujeres transgénero tengan más oportunidades, en primer lugar en el tema de ofertas laborales. Con la administración de Gustavo Petro, logramos que se aumentara el cupo y muchas mujeres transgénero pudieron ser contratadas", dice Diana mientras abre la puerta para dejar salir a Romeo, su gato negro.

Sobre la carrera 7 con calle 32 se encuentra el reconocido edificio San Martín. Dentro de él está la Secretaria de Integración Social que, en el año 2012, creó la Subdirección para Asuntos LGTB bajo la administración de Gustavo Petro. Diana Navarro trabaja en esta oficina, cuyo objetivo principal es territorializar la política pública, pues los problemas más frecuentes que deben combatir son los de barreras de acceso a servicios públicos y los problemas relacionados con la fragilidad y vulnerabilidad social de las personas que hacen parte de los sectores LGBT.

Ingresa a la edificación. Su corpulencia y su metro noventa de estatura contrastan con un rostro maquillado, tacones negros de por lo menos diez centímetros y vestimenta negra. Saluda a la portera, recibe su identificación y se pega un sticker en el pecho en el que se leen sus datos. La Subdirección se encuentra en el sexto piso.

Su escritorio es uno de las decenas de cubículos que hay en la Subdirección. Se relaciona de manera alegre con sus compañeros y todo el mundo la saluda cuando pasa a su lado. Ginna Bernal, otra trabajadora que ingresó en febrero, menciona como el conocerla ha afectado positivamente su vida: "Diana fue uno de mis primeros contactos, es una persona íntegra, te orienta, te explica, te enseña. Yo la veo como una mujer totalmente profesional y empoderada, se le nota

más que todo porque no es egoísta con el conocimiento, me ha ayudado muchísimo a cambiar la percepción que tenía de las personas transgénero”.

Así como Diana hay otras mujeres con la misma disposición. Tatiana Piñeros es una mujer transgénero que trabaja en el sector público desde que tiene 18 años, hizo su tránsito a los 30 y actualmente tiene 39. Para ella Colombia es un país donde existe una constitución incluyente, pero donde muchos dirigentes no respetan la legislación establecida: “Vemos una doble moral y un doble discurso, ya que mientras en la legislación se apoyan los derechos al libre desarrollo de la personalidad, en la acción las personas no aceptan y no intentan convivir con personas de la comunidad trans. En El Éxito no se ven empacadoras trans, en Paloquemao tampoco, no encuentras personas trans siendo meseras, entonces realmente la inclusión es de puertas para adentro”

Para Diana la conclusión final es que todo se trata de respeto: “vivimos en una sociedad donde el aspecto legal progresa, pero la discriminación no se reduce, es entonces donde el aspecto cultural toma protagonismo pues solamente informando, educando y generando dicha cultura cuando se hace un avance real. Desde el ejemplo se demuestra a la comunidad trans que hay una vida fuera de ser peluqueras o prostitutas”. Y es precisamente aquí cuando Diana se convierte precisamente en eso: en un modelo a seguir. Ha trabajado toda su vida para cambiar sus circunstancias: sus estudios en la Universidad de Antioquia, donde se graduó como abogada, en el Politécnico Grancolombiano donde estudia Administración Pública, la han convertido en una erudita legal con herramientas para defender, pero también para aportar.

“Pienso que deber haber un entendimiento del tema ancestral que hay alrededor de las personas transgénero. Nosotros existimos hace mucho tiempo, pero la imposición y malinterpretación del judeo-cristianismo nos ha hecho mucho daño. Debe haber un proceso desaprendizaje,

reaprendizaje y aprendizaje. Desaprender todo aquello que nos está corrompiendo la mentalidad, reaprender lo que creemos que conocemos del tema y aprender cosas nuevas que nos pueden servir, así generamos cultura y comunidad”, dice esta mujer transgénero que tanto le ha aportado a la comunidad LGTBI, mientras enciende su computador y comienza a trabajar.

Conclusión

El tema cultural es coyuntural. Es ahí en donde se encuentra la clave para que la sociedad colombiana haga un cambio real y profundo de mentalidad hacia la aceptación de comunidades diversas como la de las personas transgénero. Actualmente se ve una segregación muy marcada en todos los espacios, ya que la gente del común se siente incómoda al ser vecinas, compañeras de trabajo, ver en avisos y otros espacios a personas con características diferentes.

Los procesos descritos anteriormente y muchos otros generan una limitación en la búsqueda de reconocimiento por parte de la comunidad transgénero. Las restricciones más graves y de mayor magnitud se presentan cuando las comunidades o personas pertenecientes a estas comunidades, encuentran dificultades en la vida cotidiana, sea porque no pueden acceder a servicios básicos o porque no pueden desenvolverse en la sociedad sin ser víctimas de discriminación o violencia. (Tomado de la página 20)

Las vivencias descritas en los tres últimos capítulos, así como los procesos históricos, médicos, sociales y legales descritos a lo largo de este trabajo, evidencian las limitaciones que sufren comunidades como la transgénero en la búsqueda de respeto y reconocimiento, principalmente en la vida cotidiana.

La demanda del reconocimiento legal del género provoca pánico moral en muchos gobiernos. Pero es una lucha crucial que se tiene que emprender. Si las comunidades transgénero van a progresar, y si los derechos a la intimidad, la libertad de expresión y la dignidad han de ser respetados para todos, el movimiento de derechos humanos tiene que dar prioridad a la eliminación de procedimientos abusivos y discriminatorios que impiden arbitrariamente el

derecho al reconocimiento. Los gobiernos deben reconocer que el Estado ya no debería estar en situación de negar o restringir injustamente el derecho fundamental de las personas a su identidad de género. (Ghoshal, N. 2016) *(Tomado de la página 15)*

Es importante en este punto retomar las palabras de Ghoshal y Kinght en su informe global del 2016 para *Human Rights Watch*, cuando hacen énfasis en que para que los derechos a la intimidad, la libertad de expresión y la dignidad sean respetados para todos los habitantes del planeta, es fundamental que exista el reconocimiento legal por parte de cada gobierno pero principalmente del estado como agente moderador, de las comunidades marginales como la transgénero. Esto generará progreso tanto de estos colectivos como de otros que se encuentren en situación de exclusión, fomentando cambios sociales y culturales.

Debemos entender entonces, que los medios son cruciales para la sensibilización de la sociedad: el discurso debe ser uno que eduque a las personas, la igualdad no puede ser parcializada cómo lo es actualmente donde si las personas no se enmarcan en ciertos parámetros no pueden ser parte de la sociedad. Personas como Diana, Miguel y Valentina han impulsado el desarrollo de los derechos y las herramientas para dar a conocer la realidad de una comunidad marginada, que hasta hace poco no tenía como mostrar su verdadera cara a la sociedad colombiana.

Anexos

Tabla 1

Derechos y legislación para personas transgénero en Las Américas.

País	Actividad sexual entre personas del mismo sexo	Reconocimiento de la identidad de género	Servicio militar
Argentina	Legal desde 1816 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro sin cirugías ni permiso judicial (desde el 2012)	Legal desde 2009
Bolivia	Legal desde 1831 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro sin cirugías ni permiso judicial (desde el 2016)	Ilegal
Brasil	Legal desde 1830 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro luego de una cirugía de resignación (desde el 2009)	Legal desde 1969
Canadá	Legal desde 1969 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo legal (requisitos varían por provincia)	Legal desde 1992
Chile	Legal desde 1999 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro luego de una cirugía de resignación. Se requiere permiso judicial (desde el 2007)	Legal
Colombia	Legal desde 1981 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro sin cirugías ni permiso judicial (desde el 2015)	Legal desde 1999
Ecuador	Legal desde 1997 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro sin cirugías ni permiso judicial (desde el 2016)	Ilegal
Estados Unidos	Legal desde 2003 ⁽²⁾	Cambio de nombre y sexo en registro sin cirugías ni permiso judicial en 18 estados. 28 estados requieren una cirugía de reasignación. Cuatro estados prohíben el cambio de género	Legal para lesbianas, gays y bisexuales desde 2010. Para transgénero desde el 2016
México	Legal desde 1871 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro sin cirugías ni permiso judicial sólo en la Ciudad de México (desde el 2015).	Ilegal
Paraguay	Legal desde 1880 ⁽¹⁾	Ilegal	Ilegal
Perú	Legal desde 1921 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro luego de una cirugía de resignación. Se requiere permiso judicial (desde el 2016)	Legal desde 2009

País	Actividad sexual entre personas del mismo sexo	Reconocimiento de la identidad de género	Servicio militar
Uruguay	Legal desde 1934 ⁽¹⁾	Cambio de nombre y sexo en registro luego de una cirugía de resignación. Se requiere permiso judicial (desde el 2009)	Legal desde 2009
Venezuela	Legal desde 1811 ⁽¹⁾	Ilegal	Ilegal

(1) Todos los países donde es legal han firmado declaración con las Naciones Unidas.

(2) Se legislo en la totalidad de los Estados Unidos en este año, se fue dando poco a poco.

Tabla 2

Ámbito legal para la comunidad LGTBI en Colombia

País	Legislación contra la discriminación	Reconocimiento de uniones del mismo sexo	Matrimonio entre personas del mismo sexo	Adopción por parte de parejas del mismo sexo
Colombia	Prohibición de toda forma de discriminación basada en la orientación sexual, incluyendo el discurso de odio. (desde el 2011)	Union marital de hecho, por decisión de la Corte Constitucional. (desde el 2007)	Legal por decisión de la Corte Constitucional. (desde el 2016)	Legal por parte de la Corte Constitucional. (desde el 2015)

Bibliografía

Atuesta, J. (2017).

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press, Inc. Publishers.

Ghoshal, N., & Kinght, K. (2016). *Informe mundial 2016: derechos en transición hacer del reconocimiento legal de las personas transgénero una prioridad global* Human Rights Watch.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas., LawU.S.C. pp. 11251 - pp. 11253 (2007).

Kupper, D. (2013). In Schultz S., Kuhl E. (Eds.), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V* (C. Arango López Trans.). (5th ed.). Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.

Lasso Báez, R. (2013). *¿Para quién-es la disforia de género?: Experiencias trans en bogotá y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros* (Psicología).

Levine, S., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Hage, J., Van Maasdam, J., . . . Schaefer, L. (1998).

The standards of care for gender identity disorders (5th ed.) Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-

Martínez, T., & Reed, G. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A mexican field study for ICD-11.3(9), 850.

Serrano Amaya, J., & Fajardo Arturo, L. (2006). Derechos humanos y LGTB. marco legal en Colombia. In M. López Patiño (Ed.), *Otros cuerpos, otras sexualidades* (1st ed., pp. 149) Pontificia Universidad Javeriana.

TGEU. (2017). *Trans murder monitoring (TMM) TDoV 2017 update*. (Study No. TDoV 2017 Update). transpect.org: Transgender Europe.

UN. (2015). *Poner fin a la violencia y a la discriminación contra las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex*. OHCHR: Naciones Unidas.