

# TranSER:

## experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia

Paula Andrea Hoyos-Hernández, Laura Juliana Valderrama Orbeagozo, Diego Correa Sánchez, María del Socorro Pelaez Lozano, Diana Estefanny Arce-Leonel, Vanessa Concha-Valderrama, Carolina Duarte Alarcón, Luz Adriana Soto Díaz, Mónica Lozada-Páez, Juliana Galvis Alvarez, Pamela Montaña, María Nayibe Gil, Ana Lucía Valenzuela Gallego, Carlos Andrés Tobar Tovar, Lina María González Córdoba, Juan Pablo Alvarado Herrera, Diana Catalina Gutiérrez Medina, Abdel Rodríguez Palacios, María Isabel de la Cruz, Ana Sofía Rojas, Melissa Hincapié, Mónica Quiñonez, Clara Astudillo, Margarita Ramírez Leiton



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Cali

Libro resultado de investigación

# TranSER:

experiencias de vida de mujeres en  
tránsitos de género en Colombia



El conocimiento  
es de todos

Minciencias



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Cali



Asociación  
**Transmujer**

Pamela Montaña

Santiago de Cali, diciembre 2021



TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia / Paula Andrea Hoyos-Hernández [y otros veintitrés]. -- Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana, Sello Editorial Javeriano, 2021.

456 páginas: ilustraciones, tablas 24 cm

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-628-7536-46-3

ISBN(e): 978-628-7536-47-0

1. Transexualidad -- Colombia 2. Cambio de sexo -- Colombia 3. Identidad sexual 4. Estereotipo (Psicología) 5. Homosexualidad -- Colombia 6. Diversidad sexual I. Hoyos Hernández, Paula Andrea II. Valderrama Orbeago, Laura Juliana III. Correa Sánchez, Diego IV. Peláez, María del Socorro V. Arce-Leonel, Diana Estefanny VI. Concha-Valderrama, Vanessa VII. Duarte Alarcón, Carolina VIII. Soto Díaz, Luz Adriana IX. Lozada-Páez, Mónica X. Galvis Alvarez, Juliana XI. Montaña, Pamela XII. Gil, María Nayibe XIII. Valenzuela, Ana Lucia XIV. Tobar Tovar, Carlos Andrés XV. González Córdoba, Lina María XVI. Alvarado Herrera, Juan Pablo XVII. Gutiérrez Medina, Diana Catalina XVIII. Rodríguez Palacios, Abdel XIX. De la Cruz, María Isabel XX. Rojas, Ana Sofía XXI. Hincapié, Melissa XXII. Quiñonez, Mónica XXIII. Astudillo, Clara XXIV. Ramírez Leiton, Margarita XXV. Pontificia Universidad Javeriana (Cali). Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Ciencias Sociales

SCDD 306.768 ed. 23

CO-CaPUJ  
lmc/2021



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Cali

**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Departamento de Ciencias Sociales**  
**TranSER: experiencias de vida de mujeres en**  
**tránsitos de género en Colombia**

**Autores:**

©Paula Andrea Hoyos-Hernández  
©Laura Juliana Valderrama Orbeago  
©Diego Correa Sánchez  
©María del Socorro Peláez Lozano  
©Diana Estefanny Arce-Leonel  
©Vanessa Concha-Valderrama  
©Carolina Duarte Alarcón  
©Luz Adriana Soto Díaz  
©Mónica Lozada-Páez  
©Juliana Galvis Alvarez  
©Pamela Montaña  
©María Nayibe Gil  
©Ana Lucía Valenzuela Gallego  
©Carlos Andrés Tobar Tovar  
©Lina María González Córdoba  
©Juan Pablo Alvarado Herrera  
©Diana Catalina Gutiérrez Medina  
©Abdel Rodríguez Palacios  
©María Isabel de la Cruz  
©Ana Sofía Rojas  
©Melissa Hincapié  
©Mónica Quiñonez  
©Clara Astudillo  
©Margarita Ramírez Leiton

**ISBN:** 978-628-7536-46-3  
**ISBN(e):** 978-628-7536-47-0  
**Formato:** 17 x 24 cm

**Coordinación editorial:** Claudia Lorena González  
**Asistente editorial:** Jennifer Ramírez Martínez  
**Diagramación:** Kevin Nieto  
**Portada:** Kevin Nieto  
**Corrección de estilo:** Comunicaciones Creativas  
**Impresión:** Carvajal Soluciones  
de Comunicación S.A.S.

**Pontificia Universidad Javeriana Cali**  
Calle 18 N°118-250  
Teléfonos (57-2) 3218200  
Santiago de Cali, Colombia, 2021.

El contenido de esta publicación es responsabilidad absoluta de su autor y no compromete el pensamiento de la Institución. Este libro no podrá ser reproducido por ningún medio impreso o de reproducción sin permiso escrito de los titulares del *copyright*.

# Índice

<b>Prólogo</b>	<b>11</b>
Mis compañeras y yo...	13
Las alianzas interinstitucionales...	14
Referencias	16
<b>Capítulo 1. El inicio de este gran camino denominado TranSER</b>	<b>17</b>
Aproximaciones conceptuales	18
Alcances de la publicación y público objetivo	21
Referencias	23
Agradecimientos y reconocimientos	24
<b>Capítulo 2. Ruta metodológica del Proyecto TranSER</b>	<b>27</b>
Diseño	27
Participantes	28
Estrategias de aproximación a las historias	32
Categorías de análisis	34
Análisis de las historias	37
La reflexividad	38
Procedimiento	40
Consideraciones éticas	44
Referencias	45
<b>Capítulo 3. Vidas en tránsito: ser, nacer y construirse</b>	<b>47</b>
Introducción	48
Resultados	61
Discusión y Conclusiones	83
Referencias	92
<b>Capítulo 4. Apoyo social desde la perspectiva de mujeres trans en Colombia</b>	<b>101</b>
Introducción	101
Resultados	110
Discusión	117
Referencias	123

<b>Capítulo 5. Apoyo familiar percibido durante los tránsitos de género</b>	<b>127</b>
Tránsitos de Género	133
Aproximaciones al concepto de familia, su conformación e interacciones	137
Resultados y discusión	144
Referencias	151
<b>Capítulo 6. La pareja para la mujer trans: entre la afirmación y la dependencia</b>	<b>159</b>
Introducción	159
Relaciones de pareja en población trans	164
Resultados	168
Discusión	178
Conclusiones	183
Referencias	184
<b>Capítulo 7. Trayectorias laborales de mujeres trans: retos para el trabajo decente</b>	<b>189</b>
Resultados	192
Discusión y conclusiones	200
Referencias	208
<b>Capítulo 8. Estigma, discriminación y violencia: la situación de las mujeres trans en Colombia</b>	<b>213</b>
Introducción	213
Resultados	220
Discusión	230
Referencias	235
<b>Capítulo 9. Salud mental de mujeres trans en Colombia</b>	<b>241</b>
Introducción	241
Resultados	248
Discusión	256
Referencias	261
<b>Capítulo 10. El proyecto de ser mujer trans en Colombia: necesidades convertidas en sueños</b>	<b>273</b>
Introducción	273
Discusión y conclusiones	290
Referencias	295

<b>Capítulo 11. Salud percibida de las mujeres trans en el contexto de la hormonización, sustancias psicoactivas y su relación con algunos factores biomédicos</b>	<b>299</b>
Introducción	299
Resultados y discusión	306
Conclusiones	337
Referencias	339
<b>Capítulo 12. Percepción de actividad física en población de mujeres trans</b>	<b>347</b>
Introducción	347
Resultados y discusión	356
Conclusiones	364
Referencias	365
<b>Capítulo 13. Creencias y prácticas alimentarias en mujeres trans</b>	<b>373</b>
Introducción	373
Resultados	379
Conclusiones	384
Referencias	386
<b>Capítulo 14. El acceso y la atención en los servicios de salud de las mujeres trans en Colombia: un asunto pendiente</b>	<b>391</b>
Introducción	391
Resultados	398
Discusión	411
Referencias	415
<b>Capítulo 15. El derecho a la salud desde la perspectiva de las mujeres trans, una aproximación preliminar</b>	<b>421</b>
Introducción	421
Las mujeres trans y el acceso a la salud: una aproximación a la filosofía de la medicalización	425
Una institucionalidad pensada para enmarcar las diversidades de género	428
La apropiación del servicio de salud por parte de las mujeres trans	433
A modo de conclusiones	435
Referencias	438

<b>Capítulo 16. Recomendaciones para la acción</b>	<b>443</b>
Conceptos y Creencias	444
Familia	445
Pareja	447
Contexto Sociocultural	448
Contexto de Salud	449
Políticas	450
Aspectos para considerar	451

## Tablas y figuras

Tabla 1. Distribución de las mujeres trans según la ciudad	29
Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres trans del Proyecto TranSER	30
Tabla 3. Categorías y códigos de análisis	35
Tabla 4. Temas emergentes de la subcategoría grupos	111
Tabla 5. Temas emergentes de la Subcategoría pares	114
Figura 1. Propuesta de modelo: tendencias de interacción familiar en relación con el tránsito de género.	147
Tabla 6. Categorías en relación con el área de la pareja	168
Tabla 7. La pareja para la mujer trans	169
Tabla 8. Sexualidad y pareja	175
Tabla 9. Tipo de trabajo ejercido (actual o pasado) por las mujeres trans	193
Tabla 10. Actividad laboral desempeñada actualmente	194
Tabla 11. Resultados por categorías del proyecto de vida	277
Figura 2. Ser mujer trans en Colombia: necesidades para la construcción de un proyecto de vida.	294
Tabla 12. Ordenanzas promulgadas por la Gobernación del Valle del Cauca	431



# Prólogo

Desde el año 2018 nace el *Proyecto TranSER*: programa para el fortalecimiento de la sexualidad plena, satisfactoria y saludable en mujeres trans de diversas ciudades de Colombia. Este surgió ante la necesidad de escuchar las vivencias de las mujeres trans, resaltar sus voces y crear puentes entre diferentes sectores para visibilizar sus historias y necesidades. Fue así como la Pontificia Universidad Javeriana, el Centro de Estudios en Infectología Pediátrica y la alianza con la Fundación Transmujer, junto a la financiación del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, hicieron posible el desarrollo de este.

*TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia*, nos revela, devela y permite adentrarnos a las vivencias de 139 mujeres a lo largo de sus vidas y de sus diferentes tránsitos. Las mujeres residen en las ciudades de Cali, Calarcá, Armenia, Jamundí, Bogotá, Bucaramanga y Cartagena. El presente libro da cuenta de las diferentes dimensiones humanas que contribuyen a la vivencia de la sexualidad y de las diferentes dimensiones de la vida humana, como lo son la familia, la pareja, la ocupación, la salud integral, lo sociocultural, la atención y el derecho a la salud.

Cada capítulo plasma lo que cada participante se permitió expresar durante los diferentes encuentros; individuales y colectivos, procurando cuidadosamente resaltar las voces, los contextos y las narrativas de las mujeres trans. Ellas son protagonistas de sus propias historias, las cuales han construido en unos contextos socioculturales particulares, y que en el marco del *Proyecto TranSER* se fueron construyendo un nosotros-as desde las posicionalidades propias y tejidas entre todos-as quienes hicimos parte de este proceso. Se reconoce que todas las miradas, experiencias y cosmovisiones son válidas y deben ser legitimadas, resaltadas y visibilizadas de la manera en que se fueron dando. De esta manera, se encuentra en cada capítulo la integración entre antecedentes teóricos y empíricos que se fueron hilando de manera posterior a las conversaciones entre todos-as, lo cual muestra el trabajo transdisciplinar.

Considerando lo anterior y antes de adentrarnos a este camino, es importante reconocer que los tránsitos no solo corresponden a la dimensión física y exteriorizada de las personas, sino que acogen el dinamismo de la vida y de los diferentes contextos internos y externos

que habitan las personas. Segundo, a lo largo de todo el texto se encuentra el diálogo entre los diversos saberes que fueron consolidando el camino del *Proyecto TranSER*. Por tanto, esperamos que a través de este puedan adentrarse a lo que construimos desde el punto de partida del proyecto, la detección y priorización de las necesidades, y los engranajes entre las trayectorias personales, nuestros conocimientos y lugares de agenciamiento humanos, sociales y ciudadanos (Jean, 2005), para la construcción de una perspectiva común. Durante estos tres años se ha construido un camino, paso a paso, que, como lo afirma Martínez-Guzmán (2014), nos exigió una sucesión de intereses y fuerzas locales y temporales para alcanzar las metas propuestas.

*TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia*, da cuenta de lo complejo que implica el trabajo transdisciplinar y el abordar las experiencias de vida trans. De esta manera, en él se encuentra contenida y representada la diversidad humana, disciplinar y experiencial que nos habita como equipo, creando un ecosistema de saberes: locales, populares y multidisciplinares de la psicología, la medicina, el trabajo social, la nutrición y dietética, el derecho, la sociología, la comunicación, los estudios políticos y de familia.

El mismo formato del libro si bien presenta un hilo conductor coherente y unificado, existen variaciones en la forma de presentar y construir algunos de los apartados de los capítulos. Esto se debe a la flexibilidad que nos permitimos como equipo de quienes contar de la mejor manera lo correspondiente a cada apartado. De forma particular, valoramos la flexibilidad y espontaneidad de los procesos de investigación acción participativa, así como de la forma de visibilizar y expresar dicho conocimiento.

A modo de introducción y contexto, encontrara en este Libro los siguientes apartados: Los capítulos 1 y 2 demarcan el contexto de la investigación, desde los intereses motivacionales hasta la descripción metodológica de los recorridos realizados. Los capítulos del 3 al 8, contextualizan los contextos, trayectorias y modos de vida de las mujeres mostrando las tensiones entre la discriminación estructural y sistemática y las posibilidades de agencia y resistencia por parte de ellas en pro de su construcción como seres humanos y sociales. Por su parte los capítulos del 9 al 13 dan cuenta de la salud y el bienestar de las mujeres trans en Colombia como aspectos transversales de la existencia humana y necesarios de visibilizar y priorizar con acciones

concretas y comprometidas de manera intersectorial. Los capítulos 14 y 15, resaltan la acción política y en jurisprudencia en torno a la salud, el acceso y la atención, para finalmente, en el capítulo 16 realizar las conclusiones generales del proceso y las recomendaciones para acciones futuras, transdisciplinarias e intersectoriales.

A continuación, se presentan palabras introductorias de dos de las lideresas del proyecto, que, en representación de las demás mujeres trans participantes del proyecto, resaltan los aportes del *Proyecto TranSER*.

### **Mis compañeras y yo...**

El trabajo realizado por el *Proyecto TranSER* de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica, presentado a continuación ha tenido un gran impacto entre las diferentes mujeres trans del país, puesto que la base de su investigación fue conocer a diferentes y diversas mujeres de muchos departamentos de Colombia. El proyecto fue llevado a buen término en diversas ciudades principales del país como Cali, Cartagena, Bucaramanga, Bogotá, Armenia, Calarcá y Jamundí, recopilando ideas, vivencias, dolores y amores que vivimos las mujeres trans de Colombia.

En mi nombre y en el de todas las chicas trans que participamos en el proyecto, queremos darle los más sinceros agradecimientos a la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y al Centro de Estudios de Infectología Pediátrica por ser los gestores del proyecto. Nos gustaría, por lo tanto, dar las gracias a todos los profesionales que integran el *Proyecto TranSER*, por su gran interés, apoyo, paciencia y aportes para cada una de nosotras durante la investigación.

Todas mis compañeras y yo, quienes participamos activamente durante todo el tiempo que duró el proyecto, quisiéramos darles las gracias por su increíble cooperación. Para nosotras ha sido un placer poder debatir con ustedes nuestras ideas, los conceptos y las vivencias de cada una de nosotras. El *Proyecto TranSER* nos ha permitido conocer y ver de una forma diferente a todas y cada una de mis compañeras trans en temas de salud, educación, discriminación, trabajo y los

diversos proyectos de vida y así con esta hermosa experiencia poderla compartir con nuestros amigos y familias.

Queremos extender amplias felicitaciones al equipo del *Proyecto TranSER*, puesto que para nadie es un secreto que trabajar con nosotras, las chicas trans, es bastante difícil por los tabúes, temores, comportamientos y sobre todo por la falta de compromiso y, en algunos casos, por la falta de respeto a las normas de la sociedad de algunas de nosotras, justificando esta irreverencia en los constantes tratos displicentes y transfóbicos en algunos sectores de cada uno de nuestros departamentos.

Para nosotras es muy gratificante ver que las universidades y entidades de salud como, en este caso, la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y el Centro de Estudios en Infectología Pediátrica están mostrando interés en temas de diversidad sexual y de género, desde un enfoque de género. Por lo tanto, agradecemos por pensar en nosotras, en nuestras vidas y en nuestras necesidades para que, por medio de estos proyectos, la comunidad educativa conozca más sobre lo que significa ser Mujeres Trans en Colombia. Por medio de las historias de vida expresadas de viva voz por cada una de nosotras, esto nos dignifica y nos muestra que somos parte activa de la sociedad.

El *Proyecto TranSER* ha sido clave para sensibilizar y capacitar a los profesionales de la salud, en temas de orientación y diversidad sexual y de géneros y para lograr sembrar semillas que permitan mejorar la atención al usuario respecto a la atención al público.

Gracias por permitirnos a todas nosotras participar de este maravilloso proyecto. Sin más esperamos que quienes puedan acceder a este libro, disfruten del contenido de esta dignificante e incluyente obra.

Gina Juliana Castañeda Gualdrón  
Mujer Trans de Bucaramanga, Colombia

## Las alianzas interinstitucionales...

El *Proyecto TranSER* ha sido importante porque no ha impactado solo una sola mujer trans, sino que han sido muchas y se ha logrado recopilar las experiencias que vivimos las chicas en un contexto permeado por vacíos y falta de voluntad política, donde no

somos vistas como queremos ser vistas, ni atendidas en el sistema de salud como debemos ser atendidas.

Como representante de Transmujer, la alianza con la Pontificia Universidad Javeriana ha representado una gran oportunidad de sensibilización y educación para la formación integral de los estudiantes de la universidad. Resaltó las puertas abiertas de una Universidad católica que ha trabajado por cambiar el chip para formar grandes seres humanos y profesionales. De igual forma, contar con el apoyo del Centro de Infectología Pediátrica y el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación es muy importante para dar continuidad a este tipo de proyectos y deja entrever el interés por abordar un tema que golpea a gran parte de la población LGTBIQ+. Como activista de los derechos humanos y como mujer trans, ha sido una de las experiencias más lindas, ya que mi historia y la historia de mis compañeras ha aportado para la formación de estudiantes y profesionales.

En nombre de las chicas que participamos en el *Proyecto TranSER*, extendiendo con amor la alegría que hemos sentido por el trato con profesionalidad y respeto recibido por parte de todo el equipo, a pesar de que somos adultas, muchas de nosotras no habíamos tenido diálogo con un psicólogo, un psiquiatra, un nutricionista y la cercanía compone lo representativo que ha sido para nosotras. Este es un comienzo, abre las puertas para el desarrollo de otros proyectos para nuestra población y sabemos que vienen muchos más, con nuevos aportes y más beneficios.

Mi gran deseo es que vengan muchas cosas mejores, muchos estudios mejores, y que esto salga a la luz pública, en el consentimiento informado aceptamos y autorizamos a la academia para que la información pueda ser compartida y que la sociedad sepa que no existen solo hombres y mujeres y que no seamos siendo leídas por nuestro sexo, el sexo, socialmente, pasa a un segundo plano, se debe leer por su género y así mismo tratarlas.

**Pamela Montaña**

Mujer, Activista de Derechos Humanos y directora de Transmujer  
Santiago de Cali, 22 de noviembre de 2021

## Referencias

- Jean, L. (2005). *Salud un Enfoque Ecosistémico*. Alfaomega.
- Martínez-Guzmán, A. (2014). Cambiar metáforas en la psicología social de la acción pública: De intervenir a involucrarse. *Athenea Digital*, 14(1), 3-28. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.793>

# Capítulo 1. El inicio de este gran camino denominado TranSER

El *Proyecto TranSER* surge del trabajo colaborativo entre el Grupo Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica y la Fundación Transmujer, a partir de la trayectoria en el campo clínico y de la salud desde la investigación, la docencia y el servicio en temas relacionados con la sexualidad, el VIH/Sida, la salud sexual y salud reproductiva y la Psicología Clínica y de la Salud.

El *Proyecto TranSER* fue financiado por el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación en la convocatoria para Proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, 807 de 2018, código 125180764234 y número de contrato RC858. Es también cofinanciado y ejecutado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali y el Centro de Estudios de Infectología Pediátrica, en alianza con la Fundación Transmujer.

El punto de partida para este camino fue comprender desde la perspectiva de las propias mujeres sus vivencias de la sexualidad, a través de lo que significa hacer tránsitos de género en Colombia, las diferentes dimensiones de su sexualidad y las brechas locales y nacionales relacionadas con la atención en salud, para, a partir de ello, diseñar y ejecutar un proceso de intervención que permitiera aportar a los aspectos colectivamente priorizados. No obstante, el camino se fue enriqueciendo a través de la integración al equipo de cada una de las mujeres y lideresas, para finalmente lograr construir participativamente acciones transafirmativas a través del reconocimiento y la visibilización de sus experiencias de vida en cada una de las ciudades.

El *Proyecto TranSER* generó un trabajo articulado entre diferentes áreas de la Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali como lo son: el trabajo con el Consultorio Jurídico a través de la alianza con el Departamento de Ciencia Jurídica y Política y la Facultad de Ciencias de la Salud, con la participación el Departamento de Clínicas Médicas y Alimentación y Nutrición. Además del Seminario Temático TranSER, la escritura y edición de la Revista Cuaderno Javeriano

de Comunicación número 16 de 2021, el quinto Coloquio Ciclos de Vida y Vulnerabilidad Social en el Valle del Cauca: subversión del género y Valientas transmedia: estrategia de comunicación con la comunidad trans, a partir de la integración entre profesores y estudiantes del Departamento de Comunicación y Lenguaje y el Departamento de Ciencias Sociales. Esta puede consultarse en: <https://valientastransmedia.javerianacali.edu.co/>

El *Proyecto TranSER* es un Investigación Acción Participativa con diseño narrativo que da cuenta del trabajo colaborativo, co-creativo y transdisciplinar durante tres años, entre las mujeres de la comunidad trans, los profesionales y estudiantes de la salud y de las ciencias sociales, la Universidad, El Centro de Estudios de Infectología Pediátrica (CEIP).

### Aproximaciones conceptuales

El presente Libro representa las historias de vida de mujeres que se autodefinen como trans. Reconocemos la categoría trans dentro de una categoría más amplia como es el género. Este último, como categoría macro y diversa incorpora de forma directa otros aspectos centrales de la vida humana, como lo son la identidad y la expresión de género. La expresión de género tiene que ver con la forma en que la persona se visibiliza social, exterior o incluso físicamente según las expectativas sociales, culturales e individuales a partir de esas construcciones de lo femenino y masculino. Esta expresión puede darse a través de diversas formas como vestir, comunicarse, autonombrarse (por ejemplo los pronombres), uso de peinados o accesorios, el manejo de la voz, las características corporales, entre otros.

Por su parte, la *identidad de género* es la auto denominación, sensación de ser parte o ser representada en su dimensión humana en alguna o ninguna de las categorías que corresponden a hombre, mujer, femenina o masculino (Markwick, 2016), en otras palabras, “es la forma como cada persona se construye, se define, se expresa y vive en relación con su sexo y los elementos de género que adopta” (Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales, 2017, p. 4).

A pesar de que los modelos de género no hegemónicos han cuestionado las comprensiones singulares y dicotómicas de ser hombres y mujeres y/o de lo masculino y femenino, nuestras sociedades siguen reforzando y promoviendo las visiones normativas



sobre este (Wilkinson, 2016). Según Yogyakarta la *identidad de género* es la “vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual puede o no corresponder con el sexo asignado al momento del nacimiento” (Cervantes, 2017, p. 4) y que su vez se construye desde elementos psíquicos y sociales y no está determinada por las transformaciones corporales o cirugías que se realice la persona, sino que se constituyen en algunos casos como complementarias o necesarias para la construcción de la identidad en las personas (Cervantes, 2017; Lamas, 2002).

Desde el momento que nacemos, el género despliega una serie de demandas, expectativas e interacciones, donde se designan las conductas y las actividades esperadas para cada sexo, por tanto, desde este proceso se inicia el desarrollo de la identidad de género (Lamas, 2002). Así, la *identidad de género* se relaciona con las experiencias vividas desde el nacimiento, donde se unen componentes biológicos y psicológicos que constantemente interactúan entre sí, allí el rol de los cuidadores juega un papel esencial. Se conoce que aproximadamente entre los dos y tres años se genera un núcleo en la identidad de género. A esta edad se va definiendo el sentimiento de una persona y el deseo de apropiarse en mayor medida de las construcciones femeninas y-o masculinas. Dicho sentimiento suele darse antes de la conciencia de la diferencia entre los genitales externos (Stoller como se citó en García y Freire, 2010).

Desde el ámbito psicológico la identidad de género es un proceso individual, subjetivo e íntimo, que permite al individuo sentir mayor o menor afinidad por representaciones sociales que superan los establecimientos heterocisnormativos según el sexo asignado al nacer. Es muy frecuente que la dimensión corporal sea fundamental para la apropiación de la identidad, dado que esta permite reafirmarla y honrarla, lo que puede conllevar a que en algunos momentos del proceso se pueda percibir la necesidad de modificarla por medio de procedimientos médicos, como, por ejemplo, los tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas, o comportamientos sociales como los ya descritos en la expresión de género (Actis y Feijóo, 2015).

Si bien el espectro es amplio, este ha de expandirse mucho más a lo largo del paso del tiempo, dado su carácter dinámico y enriquecido por los procesos socioculturales en las sociedades. De manera puntual, el término sombrilla de trans o persona trans incluye a personas cuyas identidades se distancian de aquellas esperadas y construidas por las

normas y expectativas de la sociedad, específicamente, en función del sexo asignado al nacer. De esta manera, el *sexo asignado al nacer* hace referencia a las características principalmente biológicas de una persona y que normalmente se define según las características anatómicas externas del recién nacido (Alpert et al., 2021; Maffia y Cabral 2003; Suárez Cabrera, 2016).

Al hablar de mujeres transgénero se hace entonces referencia a las personas que se identifican y expresan con el género femenino; por ende, su identidad y expresión de género puede estar caracterizada por la realización de tránsitos físicos y sociales (Asociación Americana de Psicología [APA], 2012; Bockting, 1999). Por su parte, además de lo anterior, aquellas personas que se sienten inconformes con su sexo o identidad sexual, desean realizar procesos de reafirmación de la identidad de género por medio de intervenciones médicas quirúrgicas y rechazan sus genitales externos o todo aquello que les permita sentirse con el sexo que no las identifica, son consideradas transexuales. De esta manera, al hablar de identidades trans, nos referimos a personas que desean o realizan tránsitos de género; y a las personas cisgénero a aquellas que sienten correspondencia y congruencia con su identidad sexual, con su sexo biológico y asignado al nacer.

Otro término usado con amplia frecuencia y, en países como Colombia, de los primeros en usarse es: *travesti*. Aunque es un término que ha tenido variaciones conceptuales y de uso. Este se refiere a personas que se interesan por la utilización de prendas de vestir diferentes al sexo asignado al momento de nacer y asumen comportamientos sociales y hegemónicamente construidos como del “otro” género (en el *Proyecto TranSER* se evita usar expresiones como sexo contrario u opuesto, dado que no se considera de manera binaria o antagónica las construcciones de género). Algunas personas pueden incluir solo algunas prendas de vestir, y otras pueden llegar a lo que se ha denominado travestismo total, ya sea en relación con construcciones femeninas y/o masculinas. En muchas ocasiones las personas identificadas como travestis se sienten cómodas con su sexo asignado al nacer y no desean cambiarlo o realizar transformación física del cuerpo. Hacemos la aclaración de que el travestismo no indica una orientación sexual particular.

Por último, la *orientación sexual* se entiende como la atracción erótica y romántica hacia personas de un género particular, ya sea femenino, masculino, agénero, queer, fluido, no binario u otro. Es

precisamente hacia quien se dirige la atracción erótica y romántica que hace que la persona se reconozca de una u otra manera. Para precisar mucho más dicha categoría, algunas de las orientaciones sexuales consideradas típicas son: a) heterosexual: hacia personas de un género diferente al propio, usualmente considerado opuestos o contrarios b) homosexual: hacia personas del mismo género, c) bisexualidad: hacia personas femeninas y masculinas, en diferentes grados de atracción, lo cual no implica que la frecuencia sea equitativa o 50-50, como se suele creer, d) asexual: ausencia o poco interés por algún género particular y puede ser en diferentes medidas o intensidades, depende de cada persona, e) pansexual: hacia una persona sin importar el género u sexo (APA, 2012; Australian Psychological Society, 2014; Enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género, 2015; Lugones Botell y Ramírez Bermúdez, 2015).

Considerando esta breve conceptualización advertimos que estas construcciones forman parte del trabajo de estos tres años del *Proyecto TranSER*, así como de otras experiencias previas en temas afines. Dado que todas son categorías construidas socialmente, estas pueden cambiar y transformarse a lo largo del tiempo y no las consideramos como verdades absolutas o un debe ser. Incluso reconocemos y apoyamos aquellas identidades que desean expresarse y reconocerse por fuera de las categorías identitarias, fluir entre ellas o rechazarlas.

Por último, precisamos que para el presente libro haremos uso de la palabra “trans” dado que fue la palabra seleccionada por las personas participantes en este proceso.

## **Alcances de la publicación y público objetivo**

*TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia*, se considera como una obra que tiene una alta pertinencia académica, social, educativa y para la salud. A nivel académico, es producto de un trabajo de Investigación Acción Participativa y transdisciplinar, que integra la colaboración de diferentes sectores de nuestra sociedad colombiana. Una contribución importante fue lograr la integración de mujeres de varias regiones del país con una diversidad sociocultural, étnica, ocupacional, de momento de curso de vida y posición social bastante amplia.

A nivel social, sus aportes permiten la visibilización de las experiencias de vida de las mujeres a partir de sus trayectorias de

vida, de sus necesidades y múltiples vulneraciones vividas de manera histórica y sistemática. Sus experiencias de vida nos permiten reconocer el amplio camino que nuestra sociedad colombiana debe recorrer para generar una sociedad más justa, equitativa y afirmativa de la diversidad en deconstrucción de la normatividad sexual y de géneros que nos acompaña desde nuestros inicios como sociedad. Ante ello, este libro quiere mantener renovado el compromiso como sociedad trans-incluyente.

Se tiene la expectativa de que cada historia, cada texto escrito, cada reflexión pueda servir para la formulación de políticas públicas, normas sociales y normas técnicas que expandan el discurso de la diversidad, y que logren permear los contextos humanos que habitamos. El libro también puede ser un punto de partida para quienes en sus lugares de agencia y toma decisiones aporten a la construcción de condiciones de vida mejores para todas y todos desde nuestros lugares de enunciación.

Por su parte, se espera que, a nivel educativo, este libro contribuya a la formación de estudiantes y profesionales de la salud y las ciencias sociales que requieren de ampliar sus perspectivas y abordajes de manera comprometida con la legitimación de la diversidad humana, en este caso desde las diversidades sexuales y de géneros, en deconstrucción de los modelos asociados a los géneros hegemónicos. Desde los lugares de quienes participan en el *Proyecto TranSER*, como institución de educación superior, de salud y comunitaria, hay un compromiso de integrar en la formación en sexualidades y género de manera transversal en los diferentes campos disciplinares e incluso en la vivencia de los escenarios ocupacionales.

A nivel de la salud, se considera importante que con los resultados del *Proyecto TranSER* se puedan organizar modelos de atención integral a mujeres trans, que contribuyan a un mayor acceso a la salud, favoreciendo la salud integral y disminuir con ello la morbimortalidad. Igualmente, se espera que contribuya a que los profesionales y el personal de la salud se continúen formando y capacitando en los temas relacionados con diversidades sexuales y de géneros, que permita una atención humanizada y con enfoque de género y derechos.

Este libro puede ser un recurso útil para comprender y acompañar desde la complejidad, la dignidad y transdisciplinariedad procesos de tránsitos en un contexto sociocultural que de manera

histórica ha segregado las comunidades que no corresponden con los binarismos sexo-género.

## Referencias

- Actis, M. y Feijoó, A. (2015). Colectivo de mujeres trans y travestis. *Con X*, (1), 107- 130. <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/conequis/article/view/2769/2314>
- Alpert, A. B., Ruddick, R. & Manzano, C. (2021). Rethinking sex-assigned-at-birth questions. *TheBMJ*, (373) <https://doi.org/10.1136/bmj.n1261>
- Asociación Americana de Psicología [APA]. (2012). *Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/answers-questions-so-spanish.pdf>
- Australian Psychological Society. (2014). *Ethical guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients*. Melbourne: APS.
- Bockting, W. O., Rosser, B. R. S., y Coleman, E. (1999). Transgender HIV prevention: Community involvement and empowerment. *International Journal of Transgenderism*, 3(1/2).
- Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales. (2017). *Orientación sexual, identidad de género y Derechos Humanos ;Sus derechos valen!* <http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio/publicaciones/Documents/2017/170213-plegable-lgbti.-webpdf.pdf>
- Enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género. (2015). *Unidad de víctimas*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/sexualidad.PDF>
- García, A. y Freire, M. (2010). *Desarrollo del género en la femineidad y la masculinidad*. Narcea Ediciones
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Taurus
- Lugones Botell, Miguel, & Ramírez Bermúdez, Marieta. (2015). Asexualidad: la cuarta dimensión sexual. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200014&lng=es&tlng=es).
- Maffia, D. y Cabral, M. (2003). Los sexos, ¿son o se hacen? En D. Maffia (Ed.). *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero* (pp. 86-97). Feminaria.
- Suárez Cabrera, J. M. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género*

y características sexuales. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/Glosario\\_TDSyG\\_WEB.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf)

## Agradecimientos y reconocimientos

Este camino recorrido desde el *Proyecto TranSER* y *TranSER: experiencias de vida de mujeres en tránsitos de género en Colombia* se ha nutrido del compromiso, el amor y la excelencia humana e integral de muchas personas que desde sus diferentes lugares han aportado de manera invaluable.

En primer lugar, extendemos nuestro amor, respeto, reconocimiento y gratitud a las lideresas, quienes dispusieron de su tiempo, amor y confianza en el *Proyecto TranSER* y su equipo: Pamela Montaña, Leidy Katherine Albarracín, Natalia Orozco, Viviam Karina Savaleta, Brittany de la Vega y Sandra Martínez. Sin ellas hubiera sido imposible reunir y convocar a las mujeres que participaron en el proyecto.

A cada una de las mujeres que nos abrieron su corazón, sus vidas y se permitieron caminar durante estos tres años, creyendo en el *Proyecto TranSER* como una posibilidad para ser escuchadas. Agradecemos su permanencia pese a que una pandemia nos atravesó, pero también fue la oportunidad de acercarnos desde otros medios, fortalecer la unión y superar las limitaciones que pudieron darse por el distanciamiento físico, la imposibilidad de encontrarnos en cada una de las ciudades y el acceso a la tecnología.

Durante la realización del *Proyecto TranSER* lamentamos profundamente la muerte de cuatro mujeres trans de las ciudades de Jamundí, Bogotá, Cali y Bucaramanga, y en memoria a ellas nos unimos a la lucha para darle fin a la transfobia, transfemicidios, homicidios y cualquier tipo de acto violento ejercido a causa de la identidad de género y dignidad humana.

A la Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali y sus diferentes instancias: Grupo Salud y Calidad de Vida, el Departamento de Ciencias Sociales, la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, a la Oficina de Investigación y Desarrollo, al Departamento de Comunicación y Lenguaje, el Departamento de Ciencia Jurídica y Política, la Facultad de Ciencias de la Salud y sus Departamentos de Clínicas Médicas y Alimentación y Nutrición y al

Sello Editorial Javeriano. A todos gracias por su confianza y disposición para robustecer cada una de las actividades que fueron dándose de forma emergente, a partir del trabajo colaborativo y transdisciplinar.

Al Centro de Estudios en Infectología Pediátrica, especialmente al Dr. Pio López y Eduardo López Medina, por apoyar la realización de este proyecto e interesarse desde el área de la salud para hacer una contribución al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres trans.

A la alianza con la Asociación Transmujer, ya que por medio de su directora Pamela Montaña, el proyecto siempre contó con mirada constructiva y basado en la realidad de las mujeres trans y la participación de la comunidad.

A los practicantes: Diana Estefanny Arce Leonel, Angie Vanessa Carreño, Camila Marcela Chirán y Juan Pablo Alvarado, por confiar en el *Proyecto TranSER* como un escenario valioso para su formación y futuro profesional como seres humanos integrales y comprometidos con nuestro magis ignaciano de *ser más para servir mejor*.

A cada uno de los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali, integrados a lo largo de estos tres años, Ana María Soto, Laura Yulieth Ramírez, Camilo Echeverry Valencia, Danna Karolina Toro, Dayana Ramírez Ipia, Eliana Suarez Hincapié, Jhoan Javier Martínez Rivera, Laura Juliana Parada, Laura Michell Lenis, Laura Mariana Rodríguez, María Camila Marín, María Celeste Cárdenas, María José Rangel Arcos, Melisa Espinosa Rojas, Melissa Hincapié Hernández, Mónica Quiñones y Ángela Villota.

A los estudiantes que nos apoyaron en el proceso de corrección de formato del presente libro: Diego Alejandro Bonelo, Isabella Peña Buitrago y María Alejandra Rueda Toro.

Un agradecimiento especial Carolina Moreno Londoño, estudiante de la Carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali, quien estuvo acompañando desde el inicio y a lo largo de tres años en diferentes fases del proyecto.

A nuestro maravilloso e interdisciplinar semillero, conformado por: Clara Astudillo, Juliana Machado, Karen Leiton, Santiago Álzate Ortiz, Alén Fernández González, Martín Zapata Ospina y Mariana López Herrera.

Al Consultorio jurídico de la Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali, y a cada uno de los estudiantes que confiaron en el proceso y se dispusieron para aprender y ser soporte en diferentes temas de garantías y exigibilidad de derechos. De esta manera, primero

a Andrea Sánchez Quijano directora del Consultorio Jurídico, David Felipe Polo Montoya Coordinador del Consultorio Jurídico y Juliana Orozco Jaramillo docente del área civil y familia. A cada uno de los estudiantes, los cuales se nombran según tiempo de vinculación al proceso: Jennifer Quiñones, Juliana Obando, Ángela Giraldo, Julián Esteban Martínez, Ángela Roa, María Antonia Bolaños Delgado, Andrés Felipe Ordoñez Ordoñez, Melissa Martínez, Michel Alejandra Franco Contreras y Juan David Duque.

Al Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación de Colombia por su financiación a través de la Convocatoria para Proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, 807 de 2018, código 125180764234.

A Andrés Pérez Bustos, por su apoyo incondicional y disposición para orientar y acompañar al equipo *TranSER* en las discusiones metodológicas.

A Rita María Rivera, por su disposición y su apoyo durante el primer año del *Proyecto TranSER*.

A Camila Marcela Chiran e Isabella Castañeda por su vinculación a través de la convocatoria para el Fortalecimiento de Proyectos de CTEI en Ciencias Médicas y de la Salud con Talento Joven e Impacto Regional, 850 del 2019, del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación de Colombia.

A nuestras familias, el motor principal en nuestras vidas, quienes a través de su amor y confianza siempre estuvieron apoyando este gran sueño llamado *TranSER*.

A todas y cada una de las personas que de forma directa e indirecta nos apoyaron para alcanzar este proyecto y cada una de sus acciones. El aporte de cada una de ellas fue fundamental.

A todo el equipo *TranSER*, realmente ha sido maravilloso el conocernos, trabajar en equipo y aprender de cada uno y cada una. La sensibilidad, pasión y aportes desde sus conocimientos permitió que el proyecto fuera la oportunidad de crecimiento personal y profesional.

A Dios, por permitir estos encuentros; tres años de grandes aprendizajes, de experiencias enriquecedoras y transformadoras de forma integral. Con seguridad después de este hermoso camino no somos ni seremos las mismas personas, somos mejores seres humanos, un gran equipo y de manera muy especial, amigas-os. Gracias a Ti podemos decir una frase de San Ignacio de Loyola que representa nuestro lugar en este camino: “*Encontrar la libertad para ser la persona que estás llamada a ser, para amar y aceptar el amor*”, el amor de servir.



# Capítulo 2. Ruta metodológica del Proyecto TranSER

## Diseño

*TranSER* fue un proyecto de investigación cualitativa, con un enfoque de Investigación Acción Participativa y un diseño narrativo. La investigación cualitativa busca examinar describir y comprender los significados que se le dan a las realidades sociales desde la perspectiva de las personas, en este caso de las mujeres trans, partiendo del punto de vista de que no existe una sola realidad, sino que esta es socialmente construida (Creswell & Poth, 2018; Flick, 2004; Hernández Sampieri et al., 2014).

La Investigación Acción Participativa (IAP) se define como una forma de “investigar, evaluar y comprender lo producido en la acción” (Hernández Santana, 2000, p. 5). En esta medida, tanto el investigador como el participante tienen un rol activo en el proceso para el logro de los objetivos planteados, teniendo como herramienta principal el diálogo. Se considera fundamental una comprensión inicial de la situación, para que con dicha descripción establecer objetivos de intervención (Hernández Santana, 2000). La IAP es una forma de propiciar el escenario para resaltar las voces de cada una de las personas integradas al proceso y fortalecer a las comunidades, para la gestación de cambios frente a sus propias realidades. En efecto, el rol del investigador es ser un facilitador y no alguien que impone su conocimiento, sino que más bien hace un trabajo de co-construcción comunitaria, siendo así, este enfoque una forma de “intervención catalítica en los procesos de transformación social” (Park, 1992, p. 136).

Por su parte, el diseño narrativo se define como una forma amplia de obtener y analizar relatos referidos al yo, es decir, a las historias de vida, autobiografías orales o escritas, etc. (Moriña, 2017). Se hace un énfasis especial en las experiencias relatadas por los participantes frente a una situación específica (Creswell & Poth,

2018; Hernández Sampieri et al., 2014), sin pretender que se haga de una manera particular o en un orden cronológico, en cambio el fin es que la persona narre su experiencia tal y como surja. Según Creswell y Poth (2018) este diseño puede servir como una forma de intervención, ya que al narrar los sucesos la persona puede reflexionar sobre su propio discurso.

## Participantes

En el *Proyecto TranSER* participaron 139 mujeres que se reconocieron como mujeres trans, y pertenecían a las ciudades de Armenia, Calarcá, Bucaramanga, Cali, Jamundí, Bogotá y Cartagena.

Los criterios de inclusión para participar fueron: primero, personas que se definieron en ese momento como mujeres Trans durante al menos los dos últimos años; segundo, ser mayores de 18 años; tercero, residir desde hace seis meses en alguna de las siguientes ciudades: Cali, Jamundí, Bogotá, Calarcá, Armenia, Cartagena y Bucaramanga; cuarto, personas que libremente expresaran su voluntad de participar en el estudio otorgando el consentimiento informado verbal y firmando el formato correspondiente.

Los criterios de exclusión fueron dos: el primero, personas que se autoidentificaran como trans y mantuvieran una expresión de género alternada entre femenina y masculina; y el segundo, mujeres trans que, a juicio del investigador, evidenciarán procesos cognitivos no conservados para la firma del consentimiento informado u otro aspecto de tipo psiquiátrico que no les permitirá tomar la decisión de manera informada y autónoma.

Teniendo en cuenta el total de las participantes, las 139 mujeres del *Proyecto TranSER*, se distribuyeron por ciudades de la siguiente manera (Tabla 1).

**Tabla 1***Distribución de las mujeres trans según la ciudad*

---

<b>Distribución por ciudades</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Calarcá	6	4%
Cartagena	32	23%
Bucaramanga	25	18%
Cali	23	17%
Armenia	22	16%
Bogotá	21	15%
Jamundí	10	7%
Total	139	100%

---

Frente a las características sociodemográficas de las mujeres trans, las participantes se encontraban entre los 18 y 62 años (Media: 32 años), el 69% pertenecen a los estratos 1 y 2, tenían el 70% ingresos familiares inferiores a 2 SMMLV y el 50% contaban con estudios inferiores al bachillerato completo. En cuanto a la ocupación se encuentra que más de la mitad (58%) laboran como estilistas o trabajadoras sexuales (Tabla 2).

**Tabla 2***Características sociodemográficas de las mujeres trans del Proyecto TranSER*

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel Educativo		
Ninguno	2	1%
Primaria Incompleta	15	11%
Primaria Completa	9	7%
Bachillerato completo	46	34%
Bachillerato incompleto	42	31%
Técnico		
Profesional	6	4%
No responde	4	3%
Total		
Estrato		
1	51	37%
2	44	32%
3	25	18%
4	5	3%
6	2	1%
No responde	12	9%
Ingresos		

Inferior a 2 SMMLV	98	70%
Entre 2 y 5 SMMLV	24	17%
No fijo	1	1%
Entre 6 y 9 SMMLV	1	1%
No responde	15	11%
Ocupación		
Estilista	48	35%
Estética y belleza	1	1%%
Trabajadora sexual	32	23%
Estudiante	9	6%
Modelo Web Cam	5	4%
Independiente	6	4%
Abogada	2	1%
Comerciante	2	1%
Preparadora de reinas	1	1%
Distribución de publicidad	1	1%
Maquillaje	1	1%
Confecciones	1	1%
Masajista	1	1%
Negocio reservado	1	1%
Oficios varios	1	1%

Niñera	1	1%
Fisioterapeuta	1	1%
Organizadora de eventos	1	1%
Gestora social	1	1%
Porrismo	1	1%
Psicóloga	1	1%
Profesora de deporte	1	1%
Restaurantes	1	1%
Ama de casa	1	1%
Bailarina	1	1%
Lideresa	2	1%
Investigadora DDHH	1	1%
Desempleada	3	2%
No responde	11	8%

## Estrategias de aproximación a las historias

Para el cumplimiento de los objetivos se establecieron como estrategias para la aproximación a las historias: la entrevista en profundidad, los grupos de discusión y las técnicas interactivas. Para la primera y segunda estrategia se utilizó una guía de preguntas y en la tercera, se empleó el Foto-Voz.

Las entrevistas en profundidad son “un tipo de entrevista cualitativa de carácter holístico, en la que el objeto de investigación está constituido por la vida, experiencias, ideas, valores y estructura simbólica del entrevistado aquí y ahora” (Sierra, 1998, p. 299), este tipo de entrevistas permitieron hacer un acercamiento individual con

cada participante, profundizar en sus historias de vida y establecer necesidades de acompañamiento en salud o psicosociales particulares.

En cuanto a los grupos de discusión, estos son una herramienta cualitativa, en la cual los participantes se reúnen para intercambiar ideas y dialogar con el objetivo de profundizar, comprender y analizar un tema en específico. De acuerdo con Pérez-Sánchez y Viquez-Calderón (2010) los grupos de discusión buscan “el estudio de la producción discursiva de un grupo de personas” (p. 92). Por su parte, las técnicas interactivas tienen como objetivo conocer y profundizar en los pensamientos, posturas y significados que se tienen de una realidad, según un grupo de personas en particular. Por tanto, se reconoce al ser humano como constructor de su propia realidad (García-Chacón et al., 2002). La Foto-Voz es una estrategia cualitativa, histórica, narrativa y participativa basada en principios de promoción de la salud que permitió, a través de fotografías, acceder a las vivencias cotidianas de personas, grupos y/o comunidades (García-Chacón et al., 2002) para promover un diálogo crítico propiciado al interior de los grupos de discusión. Esta permite comprender cómo los acontecimientos del pasado se configuran en el presente y repercuten en el futuro. Se establece entonces que para la investigación lo importante no son las características de la foto, sino lo que en ella está inmerso. Por medio de la fotografía se pudo traer al presente, pensamientos, recuerdos, hechos significativos, permitiendo construir la comprensión de los imaginarios sociales y la realidad de las mujeres.

Para este caso, la estrategia de Foto-Voz, permitió dar cuenta de los significados que han construido las mujeres trans en Colombia frente a la vivencia de su sexualidad y su género, y para ello cada mujer tomó con su celular mínimo cuatro fotos sobre lo que para ellas significaba la sexualidad. A las mujeres se les entregó una Guía para la realización del Foto-Voz, dando las orientaciones sobre la toma de la foto. Las fotos fueron el punto de partida en los grupos de discusión y fueron socializadas por algunas mujeres. Estas fueron un recurso importante para abordar los significados de manera individual y colectiva.

Para los grupos de discusión se construyó una guía a partir de un trabajo de discusión con los integrantes del *Proyecto TranSER*. Esta contó con las siguientes categorías temáticas: 1) Sexualidad: significados y vivencias de la sexualidad, corporalidad, identidad de género, expresión de género, relaciones sexo afectivas, satisfacción

sexual. 2) Prácticas saludables con relación a la sexualidad: autocuidado, manejo de estados emocionales, asertividad sexual, VIH/Sida. 3) Prácticas sexuales de riesgo: consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, relaciones sexuales sin uso del preservativo, trabajo sexual, violencia/abuso sexual, emocionalidad. 4) Abordaje de las brechas en Colombia relacionadas con la salud de mujeres trans.

Los grupos de discusión reunieron a un número de personas entre siete y doce con una duración en promedio de 120 minutos cada uno.

La entrevista en profundidad se realizó de manera individual, con una duración en promedio de sesenta minutos. En la entrevista se tuvieron en cuenta las categorías: Aspectos sociodemográficos, sexualidad, familia y pareja, aspectos sociales, biomédicos, alimentarios, psicológicos y ocupacionales.

### **Categorías de análisis**

Para el *Proyecto TranSER* uno de los factores más importantes se relacionó con la interpretación y significado que tienen para las participantes la sexualidad y el género, por tanto, estas se construyeron a partir de las narrativas sobre sus historias de vida, las cuales, como ya se mencionó previamente, se fueron gestando durante las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión. Estas categorías se fueron estableciendo a partir del análisis temático y el método de investigación cualitativa consensual (CQR por la sigla en inglés de *Consensual Qualitative Research*), los cuales se especifican en el apartado de discusión de las historias.

A partir del trabajo previamente mencionado construimos un libro de códigos el cual da cuenta de cada una de las categorías. A continuación, presentamos la tabla 3 que da cuenta de ellas.



**Tabla 3***Categorías y códigos de análisis*

<b>Objetivo</b>	<b>Categoría</b>	<b>Nombre del código</b>
Comprender desde la perspectiva de las mujeres los significados que ellas han construido frente a la vivencia de su sexualidad	Componentes de la sexualidad	1. Definición sexualidad 2. Creencias sobre la sexualidad 3. Prácticas sexuales 4. Corporalidad 5. Erotismo 6. Identidad de género 7. Orientación sexual 8. Rol de género 9. Sensualidad
Describir los procesos de tránsito de las mujeres trans de Colombia	Procesos de transitos	10. Expresión de género 11. Transformación corporal. 12. Familia y Tránsito
Comprender desde la perspectiva de las mujeres las prácticas saludables en relación con la vivencia de su sexualidad	Prácticas saludables en sexualidad de mujeres trans	13. Prácticas saludables en sexualidad
Describir las prácticas sexuales de riesgo en mujeres trans de Colombia	Prácticas de riesgo en sexualidad de mujeres trans	14. Prácticas de riesgo en la sexualidad
Caracterizar las brechas en Colombia relacionadas con la atención en salud a mujeres trans	Brechas prevención/riesgo-salud	15. Atención en salud  16. Acceso a la salud

Comprender desde la perspectiva de las mujeres los factores asociados a su salud mental, social y física	Salud mental	17. Estados emocionales 18. Estrategias de afrontamiento
	Salud física	19. Factores biomédicos 20. Actividad física 21. Interconsultas 22. Creencias y prácticas alimentarias
Describir la red social de las mujeres trans en Colombia	Red social	23. Familia 24. Grupos 25. Pareja 26. Pares
		27. Violencia Física 28. Violencia sexual 29. Violencia económica 30. Violencia psicológica 31. Discriminación 32. Endodiscriminación 33. Estigma 34. Estigma sentido
Describir y comprender desde la perspectiva de las mujeres la exposición a violencias	Violencia	
	Factores socioeconómicos	35. Aspectos económicos
Describir factores socioeconómicos, legales y culturales de las mujeres trans de Colombia	Factores legales	36. Aspectos legales
	Factores culturales	37. Factores Culturales
	Trabajo	38. Historia Laboral 39. Trabajo seguro/ trabajo decente 40. Trabajo sexual
Comprender los factores laborales y educativos de las mujeres trans en Colombia	Educación	41. Formación y capacitación realizada 42. Intereses /preferencias en educación

Describir la percepción de las necesidades y oportunidades colectivas de mujeres trans de Colombia

Oportunidades /necesidades colectivas

43. Percepción de oportunidades y necesidades colectivas.

Comprender desde la perspectiva de las mujeres su proyecto de vida

Proyecto de vida

44. Proyecto de vida.

---

## Análisis de las historias

Las historias fueron analizadas a través de análisis temático (Escalante- Gómez y Paramo, 2011) según las categorías emergentes en diálogo con las narrativas de las participantes (Mieles- Barrera et al., 2012). Las narrativas de las mujeres fueron ingresadas y codificadas en el Atlas Ti Cloud y a través del CQR (Santiago et al., 2011).

El *Proyecto TranSER* se situó en un reconocimiento de que no es posible hablar de verdad o de una única verdad, dado que al dar cuenta de ella siempre nos estaremos aproximando de una manera limitada e incompleta, la cual no podría dar cuenta toda su complejidad social, cultural, histórica, racial y de género (Hernández, 2020). Por tanto, podríamos afirmar que hay multiplicidad y diversidad de verdades, miradas o interpretaciones de lo que nombramos realidad. Esto se integra con el posestructuralismo, el cual cuestiona e invita a la deconstrucción de las formas de ver y abordar la naturaleza y la sociedad desde categorías binarias y antagónicas (Arboleda, 2010). Asimismo, sus contribuciones se ubican en oposición a aspectos relacionados con el objetivismo, positivismo, racionalismo y universalismo, y abordan el mundo desde categorías como lo constructivo, polémico, polisémico y performativo del conocimiento (Foucault, 1992; Laclau, 1996).

El *Proyecto TranSER* se distancia de aspectos denominados como validez interna, validez externa, fiabilidad y verdad, las cuales han estado más arraigadas a las formas post-positivistas de hacer ciencia, incluso, haciendo uso de otros vocablos, que en últimas terminan adhiriéndose a constructos verificables, comprobables, sistemáticos y objetivos en esa generación de conocimiento. Por tanto, el presente Libro está más cerca de perspectivas posmodernas y posestructuralistas,

en las cuales la validez de la investigación, si bien no es un término empleado, ni una categoría explorada o acorde con la coherencia epistemológica, ontológica y ética, se considera importante consolidar algunos parámetros de calidad y rigor, es un reto amplio dada la diversidad de formas de hacer investigación de este tipo y de las disciplinas y saberes que alberga o confluyen (Cornejo y Salas, 2011; Kincheloe, 2001).

Apelar al concepto de rigor, de forma especial para el *Proyecto TranSER* toma todo el sentido, dado que permite dar méritos y utilidad al ejercicio realizado y a los esfuerzos por comprender y reconocer la realidad social compleja de las mujeres, manteniendo las propias reflexiones sobre el rol del *Proyecto TranSER* (incluyendo todos los actores y actrices del proceso investigativo) en la construcción de conocimiento y no para confirmar o rechazar teorías previas (Cornejo y Salas, 2011). Igualmente, el rigor aporta a la confianza que se puede llegar a tener en los resultados y el proceso en sí mismo de la investigación, para que realmente sea pertinente y genere un aporte.

De esta manera, en cada parte del proceso se procuró plasmar en cada escenario las voces de las mujeres y de los demás participantes desde sus lugares y contextos de conversación. Algunas de las estrategias han sido la grabación de los diferentes encuentros y la transcripción de ellas de la manera más fiel posible, el establecimiento de los objetivos, metas y procederes de manera consensuada y flexible según las necesidades emergentes del momento. Otra estrategia es el archivo de manera rigurosa y ordenada con código de los consentimientos informados e información recolectada en el marco del *Proyecto TranSER*. A su vez, los canales de comunicación permanentes con las participantes: celular exclusivo y protegido con claves para el contacto telefónico y por WhatsApp.

## La reflexividad

Esta da cuenta de la conciencia de las personas investigadoras de la Universidad y el Centro de Estudios y su participación como integrantes del proceso de investigación, de manera continua, dinámica y subjetiva a lo largo de los diferentes momentos como lo han sido el surgimiento del *Proyecto TranSER*, su diseño, ejecución y finalización (Cuesta-Benjumea, 2011). Al respecto, es preciso aseverar

que “la cuestión no es tanto hacer actividades reflexivas, sino ser un investigador reflexivo” (Cuesta-Benjumea, 2011, p. 163).

De esta manera, la reflexividad permite la construcción de interacciones simbólicas que contengan discursos colectivos, incluso los no dominantes hegemónicamente, en ese compromiso ético-político de pensar, cuestionar y construir escenarios de poder y poder-saber, sin priorizar o situar con mayor “validez” un tipo particular de conocimiento o práctica. Asimismo, el construccionismo se sitúa desde los procesos dinámicamente continuos de construcción y reconstrucción del sí mismo y cada uno de los y las participantes y del proceso relacional que allí se teje (McNamee & Hosking, 2012) de forma horizontal, como un asunto ético y local de contener las diversidades particulares de las formas de vivir de las personas. En esas construcciones horizontales y en el diálogo continuo en el proceso de investigación, se gestan esas múltiples construcciones locales, dialógicas y transformadoras (Hosking y Pluut, 2010).

Es así como este camino con el *Proyecto TranSER*, mantuvo imperante la exigencia de deconstruir cualquier noción de verdad que se tenía y permitírnos cuestionar o sospechar de ella, asumir responsabilidades relacionales, y reconstruir nuevas realidades y prácticas para la transformación (Gergen, 1994). El lugar del investigador académico a partir de la reflexividad generó un lugar como cualquier otro dentro del proceso, distanciándose de asumir una postura de experto o de controlador de la situación. Esto facilitó procesos fluidos, emergentes y espontáneos, en donde todos tenían un lugar y eran líderes o lideresas de dicho proceso. La reflexividad fue un construir permanente en tiempo presente y en gerundio, que promovió “una apertura a múltiples formas de vida locales y a posibilidades más que a probabilidades”. Gergen, 1994; Hosking (como se citó en Hosking y Pluut, 2010).

## Procedimiento

### *Fase 0. Preparación del Proyecto e inicio del trabajo de campo*

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética y su inicio por parte del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Investigación, en esta fase el equipo del *Proyecto TranSER* construyó y enriqueció de manera conjunta las diferentes estrategias para el acercamiento a las historias de vida de las mujeres Trans. Se realizaron a través de las redes de trabajo entre las tres instituciones ejecutoras del proyecto, las alianzas con lideresas de cada una de las ciudades establecidas previamente, cuyo criterio de selección estuvo argumentado desde los antecedentes de investigación, como ciudades que requerían mayor profundización en el tema, y el menor desarrollo de proyectos específicos en mujeres trans.

A cada una de las lideresas se les explicó el *Proyecto TranSER*: sus objetivos, alcances, instituciones ejecutoras y financiadoras, aspectos metodológicos, prácticos, éticos y cualquier otro aspecto que ellas consideraron necesario de ampliar. Adicionalmente, se les compartió una presentación breve sobre el proyecto a través de una cartilla realizada para estos fines.

### *Fase 1. Convocatoria a las participantes de cada ciudad, presentación del proyecto, toma de consentimiento informado y desarrollo de la entrevista en profundidad.*

Una vez la lideresa de cada ciudad consideró que la propuesta era pertinente, se concretaron aspectos relacionados con la convocatoria de las mujeres en cada ciudad, para realizar la respectiva presentación del *Proyecto TranSER* y poder con esta información tomar la decisión de participar o no. Para ello, en la reunión inicial, se buscó en cada ciudad espacios con la capacidad para reunir a las mujeres trans y que fuera una ubicación central para todas.

En este primer encuentro se explicaron los detalles del proyecto, objetivos, procedimiento, duración, beneficios y acuerdos, y se resolviendo dudas que surgieran en el momento. Posterior a ello, cada una de las mujeres junto con un integrante del equipo de *TranSER*

daba lectura al consentimiento informado, dando el tiempo necesario para que pudiera leerse con detalle y en el caso de tener dudas, se resolvieron en el momento, recalando siempre la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello les generara algún perjuicio en su contra. Se garantizó el carácter voluntario de la participación y la aclaración de dudas sobre el proceso. Una vez la mujer expresaba su voluntad de participación, se procedió a la firma del consentimiento informado.

Posteriormente, se procedió a la realización de las entrevistas en profundidad, la cual se realizó por parte de los investigadores del equipo *TranSER*, esta se realizaba de manera individual y tenía una duración aproximada de sesenta minutos, garantizando los procesos de confidencialidad; la entrevista fue grabada en audio en los casos en que las mujeres lo aprobaron en el consentimiento informado.

Una vez culminada la entrevista, se entregó a cada participante la guía del Foto-Voz, que incluía las instrucciones para la toma de fotos relacionada con los significados de la sexualidad y las narrativas que explicaban las mismas, donde se aclaró que estas se socializarían en los grupos de discusión de forma voluntaria. Este encuentro se desarrolló en una sesión en cada una de las ciudades. Al finalizar este espacio se concretó con cada una de las ciudades la realización de los grupos de discusión. Estos encuentros se realizaron entre los meses de julio del 2019 y marzo del 2020.

Mientras se realizaban los encuentros en las ciudades, de forma paralela y a través de monitores (as) voluntarios de la carrera de pregrado en Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, se asignaron de manera aleatoria las transcripciones de los audios de las entrevistas. Cada uno de los y las monitores-as firmaron un acuerdo de confidencialidad y se garantizó que los audios protegieran la identidad de las personas.

### *Fase 2. Implementación de grupos de discusión*

Teniendo en cuenta los encuentros establecidos en cada ciudad, se procedió a realizar los grupos de discusión, requiriendo para ello dos sesiones para lograr abordar los objetivos propuestos. Se conformaron grupos entre siete y doce personas, dirigido por integrantes del equipo de *TranSER*. Para el desarrollo de ellos se asumieron diferentes roles entre el equipo, de esta manera, uno de los facilitadores lideraba a

través de preguntas amplias y abiertas, y otra persona tenía el rol de observar la dinámica, registrar las notas de campo, como, por ejemplo: lenguaje verbal, no verbal y paralingüístico, participaciones activas, preguntas que quedan sin responder o profundizar. Al final de las preguntas, el observador podía intervenir si consideraba que era pertinente.

El rol de esta persona permitió tener una mayor rigurosidad del registro de la experiencia vivida en cada uno de los encuentros, velando por el detalle y la triangulación de los datos. Se realizaron dos sesiones por ciudad, y cada sesión fue grabada en audio previo al consentimiento informado. La duración aproximada fue de 120 minutos y los temas abordados fueron: a) sexualidad, b) significados y vivencias de la sexualidad, c) Género, corporalidad, identidad de género, expresión de género, relaciones sexo afectivas y satisfacción sexual, d) prácticas sexuales, autocuidado, manejo de estados emocionales, asertividad sexual, VIH/Sida, e) Consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo cigarrillo y alcohol, trabajo sexual, violencias, abuso sexual, emocionalidad, y f) brechas en Colombia relacionadas con la atención en salud en mujeres trans. Una vez se abordaban los temas y se lograba profundizar en los mismos con la participación de las mujeres trans, se procedía, por parte del facilitador, a la consolidación de las conclusiones que se generaron en el grupo de discusión.

En todo momento se procuró evitar el agotamiento por parte de las personas participantes en cada uno de los encuentros y para ello se mantuvo una constante comunicación para detectar cansancio o desmotivación. Igualmente, se pensaron muy bien cada una de las actividades organizando las jornadas de trabajo de manera dinámica y equilibrada entre trabajo y descanso, así como condiciones de espacio agradables, cómodos y abiertos.

### *Fase 3. Organización de las historias: Atlas ti y CQR (investigación cualitativa consensual)*

Una vez culminado el proceso de transcripción de las entrevistas y los grupos de discusión, la información fue ingresada para codificación en el programa de Atlas ti Cloud versión 8, y se realizó un análisis temático. El proceso fue desarrollado por cinco profesionales de Psicología pertenecientes al equipo de trabajo. Todos



los profesionales tuvieron como base el Manual de codificación (elaboración propia para el proyecto), con el fin de tener una misma definición para cada una de las categorías. Además, se empleó un proceso riguroso y sistemático denominado CQR: investigación cualitativa consensual, con el fin de cuidar la fidelidad y transferencia de las historias de vida de las mujeres según como fueron contadas en el momento en que se fueron dando (Santiago et al., 2011). Este proceso consistió en realizar una segunda revisión de la codificación, para asegurar la correspondencia de los discursos de las participantes según los códigos. Esta fase se desarrolló entre los meses de abril y julio de 2020.

#### *Fase 4. Entrevistas de socialización y discusión de las historias*

Una vez culminado el proceso del Atlas ti y CQR, se realizaron informes preliminares y estos fueron socializados y discutidos en sesiones grupales en las regiones de: Cali y Jamundí, Armenia y Calarcá y Bucaramanga, entre los meses de febrero y marzo de 2020. Esto se realizó con el fin de compartir y construir con las participantes lo que podríamos denominar una radiografía de sus historias de vida bajo la mirada transdisciplinar.

A partir de esta fase se integraron en los resultados de la investigación las nuevas experiencias que las mujeres compartieron, se reescribieron en algunas de las interpretaciones que se habían hecho desde el equipo que integró la Fase 3 y se expandieron las historias de vida.

#### *Fase 5. Escritura y socialización de las historias de vida trans*

Posterior a la integración según la fase 4, se procede a la consolidación de los resultados, los cuales se organizan de acuerdo con las categorías y subcategorías emergentes en la investigación. Para

ello, se crean y asignan equipos de trabajo conformados por el equipo del *Proyecto TranSER*.

Las diferentes experiencias del *Proyecto TranSER* han sido socializadas en diferentes espacios académicos, sociales y comunitarios sincrónicos de manera física y digital.

### *Fase 6. Diseño e implementación de la estrategia de intervención*

En esta fase a partir de recoger la consolidación de las experiencias previas se realizó el diseño e implementación de un seminario-taller sobre vivencias de sexualidad y tránsitos de géneros. Los temas desarrollados fueron: Sexualidades y tránsitos de vida y de género, autocuidado consciente y habilidades para la vida, temas que eran transversales a las necesidades identificadas en las conversaciones y fueron sugeridos por las mujeres participantes.

El seminario-taller se llevó a cabo de manera presencial en cada una de las ciudades entre los meses de julio y agosto del 2021, teniendo en cuenta todos los protocolos de bioseguridad y el aforo permitido a partir de la situación mundial de la COVID-19. La información sobre este programa se incluye en otras publicaciones y no corresponden al alcance de este libro.

## **Consideraciones éticas**

*TranSER* fue una investigación supervisada por el Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Corporación Científica Pediátrica y certificado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Esta cumplió con las normativas de protección de datos de Colombia, la declaración de Helsinki y la normativa ética en Colombia sobre principios éticos en la investigación con seres humanos, el Manual Deontológico y Bioético de Psicología (Colegio Colombiano de Psicólogos [Colpsic], 2009) y la Ley 1090 del 2006 que regula el ejercicio de la Psicología en Colombia.

*TranSER* fue una investigación clasificada CON RIESGO MÍNIMO que se ajustó a principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Las personas participantes aceptaron de forma verbal y a través del uso del formato de Consentimiento Informado. En el presente

proyecto para garantizar la confidencialidad de las participantes, se establecieron códigos únicos para cada una de las participantes y en orden consecutivo de recolección. Las transcripciones de cada una de las entrevistas y de los grupos de discusión, las notas de campo y las fotos de cada persona se enumeraron con el mismo código. El archivo se encuentra en la oficina de la investigadora principal dentro de la Pontificia Universidad Javeriana, donde se cuenta con las medidas de protección de datos (claves, llaves personalizadas y almacenamiento separado de los Consentimientos Informados y material de trabajo de campo).

Desde *TranSER* y en coherencia con la Ley 1090 de 2006, el protocolo de la investigación estableció en casos de que las mujeres requirieron apoyo psicosocial o en salud, que el equipo realizaría intervención en crisis o asesoría psicológica, y en caso de requerirse proceso psicoterapéutico se realizaría la respectiva remisión. En el caso de situaciones relacionadas con vulneración de derechos se obtuvo la alianza con el Consultorio Jurídico de la Pontificia Universidad Javeriana.

## Referencias

- Arboleda, M. (2010). El postestructuralismo como punto de intersección entre medio ambiente y sociedad. *Civilizar*, 10(19), 15-22.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (4ta ed.). SAGE Publications, Inc.
- Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 21 (3), 163-167. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>
- Escalante-Gómez, E. y Páramo, M.A. (2011). *Aproximación al análisis de datos cualitativos. Aplicación en la práctica investigativa*. Editorial de la Universidad de Aconcagua.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. M: La Piqueta.
- García-Chacon, B. E., Gonzalez Zabala, S.P., Quiroz Trujillo, A., Velásquez-Velásquez, A.M. y Ghiso-Cotos, A. M. (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa*. Fundación Universitaria Luis Amigo.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, England: Harvard University Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P.

- (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.
- Hernández, N. (2020). La ciencia en la posmodernidad: el caso de Rorty y Lyotard. Tópicos, *Revista de Filosofía* 58, 291-323. <http://doi.org/10.21555/top.v0i58.1086>
- Hosking, D. M. y Pluut, B. (2010). (Re)constructing Reflexivity: A Relational Constructionist Approach. *The Qualitative Report*, 15(1), 59-75 <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-1/hosking.pdf>
- Laclau, E. (1996). *Emancipación y diferencia*. Ariel.
- Ley 1090 del 2006, Congreso de Colombia (2006). [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=66205](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66205)
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. Routledge.
- Mieles-Barrera, M.D., Tonon, G. y Alvarado-Salgado, S.V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística* (74), 195-225.
- Moriña, A. (2017). Alcance y usos de las historias de vida. En *Investigar con Historias de Vida Metodología biográfico-narrativa* (pp. 25-32). Narcea, S. A. de ediciones.
- Noreña, A. I., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J.G. y Rebolledo-Malpica. D. (2011). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN*, 12(3), 263-274.
- Park, P. (1992). ¿Qué es la investigación-acción participativa? Perspectivas teóricas y metodológicas. M. C. Salazar, (ed.), *La investigación acción participativa, inicios y desarrollo* (pp. 135-174). Editorial Popular.
- Pérez-Sánchez, R. y Viquez-Calderón, D. (2010). Los grupos de discusión como metodología adecuada para estudiar las cogniciones sociales. *Actualidades en psicología*, 23-24 (110-111), 87-101
- Resolución 8430 de 1993, Ministerio de Salud (1993). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Santiago, J., Gómez, J. M., Etchebarne, I. y Roussos, A. J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, XVIII, 47-56.
- Sierra, F. (1998): "Función y sentido de la entrevista cualitativa en la investigación social", en: Galindo Cáceres, J. (Coordinador): *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 275-345). Pearson Education,

## Capítulo 3. Vidas en tránsito: ser, nacer y construirse

El presente capítulo se encuentra organizado en tres apartados, primero se presentan un marco de antecedentes y conceptos importantes para la comprensión de la sexualidad, el género y las vidas en tránsito de género, haciendo uso de la literatura científica en interlocución con las voces del equipo del *Proyecto TranSER* a partir de los caminos recorridos durante estos tres años. Posteriormente, se presentan las narrativas de las mujeres, las cuales reflejan sus voces, las expresiones de sus historias de vida respecto a sus tránsitos de género, para finalmente, integrar dichas narrativas de forma transdisciplinaria con otras voces, como las reportadas en estudios previos, la de profesionales de la salud y las ciencias sociales y por supuesto, de las personas autoras de este Libro.

Como advertencia, es importante que este capítulo se lea en perspectiva del Capítulo 1. El inicio de este gran camino denominado *TranSER*, en especial las aproximaciones conceptuales. Si bien aquí no realizaremos definiciones de los conceptos allí plasmados, es importante tenerlos presente para ir haciendo el engranaje con todo el Libro y las dimensiones de la sexualidad y el género. Al respecto, en este capítulo, como se vela por integrar las diferentes voces y se cuida de expresar en introducción y resultados el lugar desde el cual estas se construyen, se hace un lugar indiscriminado de las categorías transexualidad, transgenerismo, población trans, respetando la forma en cómo la literatura o las mujeres del *Proyecto TranSER* lo han expresado. No obstante, reafirmamos que, en el Libro hacemos uso de la categoría Trans como aquella que alberga la diversidad de identidades y expresiones de género de las participantes de *TranSER*, dando cuenta de un aspecto en común que las une, los TRÁNSITOS, tránsitos de género, pero también se da cuenta de otras formas de

transitar en este camino recorrido por ellas y por *TranSER*, los cuales pretendemos desarrollar en los capítulos subsiguientes.

## Introducción

La sexualidad es una dimensión humana pluridimensional situada en una cultura y un contexto sociohistórico particular que nos constituye como humanidad y seres humanos (Vera-Gamboa, 1998). Esta ha sido estudiada desde diferentes campos de conocimiento: la Biología, la Medicina, la Psicología y, recientemente, los estudios socioculturales, como el Feminismo y la Teoría Queer (Soares y Alves de Toledo, 2012). Son estos últimos los que permiten que, desde el año 2006, la Organización Mundial de la Salud define la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p.3)

Esta definición no siempre ha sido así; en la modernidad, la sexualidad era entendida en relación con la biología y la reproducción (Birman, 2018) y, aún en el presente, esto sigue estando en las representaciones sociales de las personas e imaginarios colectivos. Castillo y González (2015) en su estudio realizado con adolescentes sobre la definición de su sexualidad, dio cuenta que esta es comprendida a través de los conceptos de sexo, genitalidad y acto coital.

Es la contemporaneidad y sus movimientos sociales, culturales y políticos lo que han propiciado el cambio de dicho concepto. La definición amplia e incluyente actual inicia entre los años 50 y 60, cuando formas de vivir la sexualidad y sus prácticas no hegemónicas cuestionaron la concepción de identidad sexual y de género arraigada al sexo, según los roles sociales establecidos de manera normativa. El feminismo, el movimiento homosexual y transexual, así como los primeros pasos de la Teoría Queer, son claves para las transformaciones en el concepto de sexualidad, ya que cuestionaron la jerarquía

establecida entre los géneros, su biologización, toda creencia y certeza que hasta ese momento se mantenía en la sociedad occidental tradicional (Birman, 2018).

Considerando lo anterior, la mirada patriarcal y heterocisbinaria de ser hombres y mujeres en una sociedad, así como sus asunciones jerárquicas se comenzaron a desdibujar respecto a categorías como orientación sexual y género. Esto contribuyó a la despatologización de la homosexualidad (Birman, 2018) y el concepto de sexualidad se expandió incluyendo, además, la complejidad de la categoría de género. Podemos entonces afirmar que, específicamente en el tema del género, desde hace un poco más de 30 años, han tomado mayor fuerza posturas que se deconstruyen y construyen, en distanciamientos de los modelos hegemónicos relacionados con un mundo capitalista, clasista, patriarcal y androcéntrico (Dickey y Singh, 2017). Las teorías feministas y la antropología han aportado fuertemente a esos debates y cuestionamientos, por ejemplo, finalizando los 70's, las feministas anglosajonas promovieron el concepto de género-gender (Osborne y Molina, 2018).

El género como categoría construida socialmente sigue expuesta a fuerzas de los modelos hegemónicos dominantes bastante alineados con el sexo biológico y el sexo asignado al nacer, los cuales se definieron al inicio del presente Libro, y que exigen una correspondencia cisnormativa, es decir, a la categoría “mujer” le corresponde lo femenino, y a “hombre” lo masculino (Carmona, 2011; Caravaca & Itayra, 2017; García, 2017). De esta manera, el género se ha relacionado con los atributos, roles, actividades y conductas que son característicos de una sociedad, y es por medio de estos que la conducta de un ser humano se ve influenciada (APA, 2011). Es así como los roles regulan el comportamiento y permiten reconocer e interpretar a los otros en función de unas concepciones aprendidas y normalizadas culturalmente (Ministerio de Educación, 2015).

Desde el modelo cultural hegemónico y de una concepción del género binaria y en singular, los roles de género pueden ser tradicionales, por ejemplo, la masculinidad se relaciona con una representación del machismo asociado a la virilidad, agresividad, fuerza y arrogancia, y la feminidad con una representación del marianismo

asociada a una mayor capacidad espiritual, la timidez, la ternura, fragilidad y dependencia de los hombres (Boscan Leal, 2008).

Los roles de género asociados a la concepción binaria se presentan como limitaciones ante formas diversas de poder y de representar el mundo. Para el caso de las personas trans, e incluso para identidades fluidas y no binarias, la transgresión a los modelos hegemónicos dominantes sigue estando bastante marcada por contextos patologizantes, excluyentes y violentos (Noseda, 2016; Thurston & Allan, 2018). Ello exige reconocer brevemente algunos hitos importantes que han venido reforzando dichos aspectos y a la vez promoviendo otros discursos que vayan generando contrapeso a estos reduccionismos binarios, biologicistas y antagónicos.

Hirschfeld, un sexólogo alemán fue quien gestó los fundamentos para el abordaje de las identidades trans acuñando en 1910 el término travestidos y, trece años después, el de transexualismo mental (Herrn, 2005). Sus aportes contribuyeron de manera significativa a discursos hegemónicos y medicalizados de las identidades trans. Posteriormente, Harry Benjamín fue el primero en distinguir entre transexuales y travestidos, y en 1979 se creó el Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) renombrada en 2006 como World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Es así como el término transexual denomina a aquellas personas que se identifican con un género diferente al que se espera de acuerdo con sus órganos genitales biológicos (Bergero et al., 2012; Noseda, 2016).

Alrededor de 1963, el estudio de la transexualidad se centró en entender su origen y conceptualizarla. En los años 80, los movimientos sociales mencionados y las aproximaciones de la Teoría Queer favorecieron la desconstrucción de la lógica binaria y permitieron otros diálogos marcados por la diversidad, logrando que el ser humano postmoderno tuviera la opción de una identidad fluida (Soares y Alves de Toledo, 2012). Esto logró que las personas trans, empezarán a ser visibilizadas y tenidas en cuenta socialmente, especialmente en los servicios de salud y de legislación: la cirugía de reafirmación de género empieza a desarrollarse inicialmente para mujeres trans; los tratamientos hormonales comienzan a estar disponibles; y, el cambio de nombre fue una posibilidad. Todos estos aspectos permitieron



la reinención de sí mismas (Birman, 2018), así como procesos de contrapeso a los modelos hegemónicos asociados a la sexualidad.

Pese a los reconocimientos que comienzan a darse en ciertas sociedades, nuevamente el discurso propio del modelo biomédico, también hegemónico, promueve la patologización y medicalización argumentada en un problema en la identidad de género. En 1980, el DSM-III incorpora la categoría de transexualidad haciendo referencia a personas que presentan una disforia de género al menos por dos años y expresan deseo constante de transformar el sexo de sus cuerpos y su estatus social de género (HBIGDA, 2001), y en el 1994 transforma la categoría por el nombre de trastorno de la identidad de género, en pro de ampliar el espectro, tanto de identidades como de criterios. Esta clasificación se amplió en los manuales de diagnóstico mental, CIE-10 y DSM-IV, con un trastorno del comportamiento sexual, agregando a su definición malestar y negación con los órganos genitales biológicos y, por lo tanto, presentar un deseo inminente a la reafirmación del género (Bergero et al., 2012; Nosedá, 2012).

Las versiones más recientes de dichos manuales internacionales incorporan el transgenerismo de la siguiente manera, el CIE 11 (World Health Organization [WHO], 2019) como incongruencia de género en la adolescencia y la adultez e incongruencia de género en la infancia y el DMS 5 (APA, 2016), lo denomina: Disforia de Género o Trastorno de la Identidad Sexual. Cabe aclarar que, al menos en lo que corresponde al CIE 11, en mayo de 2019 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó que en este se eliminaran todas las categorías que patologizaban a las personas trans del capítulo sobre trastornos mentales, y se introdujeron esas dos nuevas categorías en el capítulo sobre “Condiciones relacionadas con la Salud Sexual”. El mantener la categoría correspondiente a la adolescencia y adultez se considera como una forma de asegurar el acceso al reconocimiento legal de la identidad de género y a la salud, en especial en países en los cuales se requiere de dicha categoría diagnóstica. No obstante, la categoría de incongruencia de género en la infancia quizás no esté cumpliendo dicha función.

Como contrapeso a dicha patologización de las identidades trans, diferentes movimientos sociales, encabezados por activismos trans, se han resistido y opuesto a ella en los escenarios de práctica clínica e investigación. Al respecto, organismos internacionales y en diferentes ciudades han aportado a la construcción de marcos jurídicos

de derechos humanos en deconstrucción de los modelos hegemónicos de ser hombres y mujeres en la sociedad. Al respecto los Principios de Yogyakarta incorporan en los derechos humanos aspectos relacionados con la orientación sexual, la expresión de género, la identidad de género y las características sexuales (Suess Schwend, 2020). De forma sobresaliente en 2009 se realizó la campaña internacional Stop Trans Pathologization-2012 (STP-2012). Esta fue convocada por la Red Internacional por la Despatologización Trans (2009) y contó con la participación de 40 ciudades de diferentes partes del mundo en pro de retirar dichas clasificaciones en los manuales diagnósticos internacionales DSM y CIE.

Debido a esta despatologización de las identidades trans, las investigaciones se enfocaron en las consecuencias psicológicas, sociales e incluso de salud que las personas trans viven en sus procesos de tránsitos de género y de aceptación frente a una marcada presencia de estigma y discriminación social hacia esta población (Bergero et al., 2012). De esta manera, las acciones se han orientado a realizar acompañamientos desde diferentes disciplinas, en especial desde la medicina-psiquiatría, la psicología y la enfermería. Estas acciones se han venido transformando en la medida en que la visibilización de las experiencias de vidas trans y sus necesidades se han dado de forma más amplia en articulación con movilizaciones sociales, avances científicos y jurídicos frente a la resistencia y subversión de los modelos dominantes, y en apertura a las diversas formas de ser y estar en el mundo. Antes, era usual encontrar procesos orientados a lo equívocamente ha sido denominado como “cuerpos atrapados en cuerpos equivocados”. Al respecto es preciso explicitar que nuestro lugar desde el *Proyecto TranSER* no considera que alguien esté atrapado o equivocado en un cuerpo, y si bien, esta expresión podría ser legítima para alguien no es generalizable a todas las identidades en tránsitos de género.

Recientemente se hablan de procesos afirmativos del género. Estos buscan brindar acompañamiento a nivel biopsicosocial en el proceso de tránsitos de género. Por tanto, a nivel social se busca, según el objetivo de cada persona y su propio proceso, el reconocimiento y visibilización social, el afrontamiento de la transfobia internalizada, el estigma sentido y la discriminación, así como el fortalecimiento de redes de apoyo (Austin y Craig, 2015; Israel et al., 2020; Kaplan et al., 2019; Kaplan et al., 2020; Knutson et al., 2020; Shaikh et al., 2016;

Spencer y Vencill, 2017). A nivel psicológico, las acciones se orientan al disfrute de la identidad de género y sexualidad con aceptación y libertad, el manejo de estados emocionales, tales como: depresión, ansiedad, intentos e ideación suicida, estrés, y fortalecimiento de la autoestima (Austin y Craig, 2015; Austin et al., 2018; Budge et al., 2020; Hendricks y Testa, 2012; Israel et al., 2020; Kaplan et al., 2019; Kaplan et al., 2020; Knutson et al., 2020; Oransky et al., 2019; Sloan et al., 2017; Spencer y Vencill, 2017; Strauss et al., 2019; Walton y Baker, 2017). A nivel físico, los abordajes se centran en los procesos quirúrgicos y/u hormonales para afirmar el género, además de temas como la salud sexual, la prevención de ITS, el consumo de SPA, y el fortalecimiento de conductas de autocuidado (Edwards-Leeper et al., 2016; Geist et al., 2020; Morenz et al., 2020; Nieder y Strauss, 2015; Reisner et al., 2015; Shaikh et al., 2016; Tishelman et al., 2015).

En gran parte de la literatura sobre las personas trans hacen uso de palabras como transexual y transgénero de forma indiscriminada. Sin embargo, Nosedá (2012) en su estudio sobre las diferencias entre ser mujer transexual y ser mujer transgénero, expresa que el transexualismo abarca el transgenerismo y son vivencias diferentes de las identidades. En ambos casos, son personas que sienten inconformidad entre su sexo biológico y su identidad de género, sin embargo, una persona transexual es quien desea cambiar su genital porque le generan malestar, mientras que una persona transgénero, aparte de no querer cambiarlo, lo incluye en su identidad y disfrute de su sexualidad. Al respecto, desde la mirada crítica de la transexualidad que se planteado aquí, esta se comprenderá según Preciado (como se citó en Nosedá, 2016) como:

El desarrollo del género contrario al que se supone debería desarrollar según sus genitales de nacimiento, siendo la transexualidad una contradicción al mandato social: La transexualidad sería una transgresión de los géneros binarios inamovibles y los pondría en constante tensión, ofreciendo la posibilidad de cambio semántico y la posibilidad de romper con los estereotipos de género binarios. (p. 239)

Esta definición no solo amplía las posibilidades de expresión e identidad de género de las personas trans, incluyendo distinciones como la anteriormente mencionada, sino que propone una resignificación del concepto de sexualidad y la concepción binaria tradicional de temas como el sexo, género, orientación sexual,

identidad y expresión de género (Birman, 2018), revolución que hasta hoy en día se sigue dando.

Las identidades de género no hegemónicas siguen siendo un campo que requiere mayores abordajes y visibilizaciones. Si bien, cada vez es más frecuente ir encontrando una amplia y rica literatura en diferentes temas y campos, que permite robustecer las comprensiones y fortalecer los diferentes contextos de acción desde lugares afirmativos, incluyentes y legitimadores, son escasas las investigaciones que abordan las vivencias trans desde la propia vivencia de las personas o en trabajo transdisciplinar. De esta manera, a continuación, se presentarán algunos estudios que permiten situar la sexualidad y el género, los cuales son puntos de partida para ir construyendo un camino.

Como se mencionó previamente, una gran cantidad de investigaciones se enfocan en las consecuencias psicosociales y en salud que las personas trans viven en su proceso de transformación y aceptación, evidenciando el estigma y discriminación social a la que se exponen como comunidad (Anzani et al., 2020; Austin et al., 2017; Bergero et. al, 2012; Badgett et al., 2019; Baptiste-Roberts et al., 2017; Bristol et al., 2018; Burgwal et al., 2019; Livingston et al., 2019; Walton y Baker, 2019). Más recientemente, los abordajes en el campo clínico se orientan a acompañar los procesos de tránsitos, de visibilización y expresión ante la sociedad y la vivencia de la identidad de género y sexualidad con aceptación y libertad, la resiliencia y las habilidades para la vida (Austin & Craig, 2015; Austin et al., 2018; Bockting et al., 2009; Budge et al., 2020; Israel et al., 2020; Kaplan et al., 2019; Kaplan et al., 2020; Knutson et al., 2020; Oransky et al., 2019; Sloan et al., 2017; Spencer y Vencill, 2017; Strauss et al., 2019; Walton y Baker, 2017), expandiendo los binarios del sexo y el género (Bockting et al., 2009) y abarcando con mayor acogimiento la fluidez y el dinamismo de la categoría (Williams et al., 2016).

Es suficientemente reportado en los estudios que dan cuenta la presencia desde la infancia de la sensación de sentirse diferentes a los otros, al no encontrar correspondencia entre el sexo biológico, asignado al nacer y la identidad de género (Caravaca & Itayra, 2017). Esta contradicción entre sexo y género la viven con pena y encuentran más facilidad de vivencia y expresión ante personas que experimentan lo mismo, transitan en su identidad de género y/o expresan una orientación sexual diferente a la esperada desde la concepción binaria y normativa (Bockting et al., 2009; Williams et al., 2016). Adicional

a lo anterior, el no contar a nivel familiar con espacios para explorar libremente la identidad de género son obstáculos que acrecentan el impacto negativo en la salud y bienestar (García, 2017).

La búsqueda de la (re) afirmación del género podría suceder en los siguientes escenarios: transición psicológica, transición social, terapia hormonal, confirmación legal y cirugía de reafirmación de género (en caso de ser considerado). Sin embargo, como ya se ha indicado, ser trans no exige una construcción de sí mismo uniforme, ni mucho menos lineal, dado que es un proceso único y lleno de posibilidades. No obstante, la literatura reporta con bastante frecuencia, que entre más ajustada esté su imagen corporal a su identificación de género, más aceptación, tranquilidad y disfrute logran de su sexualidad y ello contribuye a su salud y bienestar (Bockting et al., 2009; González et al., 2018; Nosedá, 2016; Thurston & Allan, 2018; Williams et al., 2016).

Con respecto a su identidad, Williams et al. (2016) refirieron en su estudio con personas trans, que las prácticas corporales expresan el género, así como la sexualidad, como algo que se va construyendo. Estas formas de hacer y mostrar con el cuerpo el género y el erotismo son permeadas por las normas sociales y culturales, por lo tanto, están reguladas por la institucionalidad, las leyes, normas y políticas (Caravaca & Itayra, 2017). Así entonces, la presencia o ausencia de la libertad expresión y aceptación hará que las personas trans desarrollen o no su identidad de manera más fluida o ante condiciones adversas.

Al respecto, Nosedá (2012) en su estudio cualitativo con mujeres 10 transexuales y transgénero, encontró que existen diferencias en la vivencia de la sexualidad según la identidad de género. De esta manera, las mujeres que se reconocen como transexuales, expresan disgusto por su pene y quiere realizarse la cirugía de reafirmación del género. Para ellas su pene es motivo de sufrimiento en la relación sexual y la eyaculación es vivida con vergüenza ya que es “el mayor significado de ser hombres” (Williams et al., 2016, p. 1671); sin embargo, después de operarse refieren disfrutar de una sexualidad plena.

Por otro lado, la mujer transgénero es para quien el pene hace parte de su identidad y disfruta de él en su sexualidad, enmarcándose en otra lógica de género y cuerpo, donde hay experiencia de placer en su órgano genital e incluso en el ano (Williams et al., 2016). “Las personas trans señalan otros significados de sexualidad basados en cuerpos diferentes que pueden penetrar y ser penetrados, y donde

utilizan el cuerpo sin barreras prejuiciosas en el acto sexual” (Noseda, 2012, p. 26). Esto conlleva a una experiencia sexual satisfactoria, yendo así en contra de la sexualidad normativa (González et al., 2018) a nivel de orientación sexual y construcciones identitarias asociadas al género.

Según estudios previos, podría considerarse que, en las personas trans, y quizás en otras identidades de género, haciendo la salvedad de que no podemos generalizar, la sexualidad depende de la vivencia que tienen con su cuerpo, y es el lugar donde se reafirma la identidad de género (González et al., 2018; Noseda, 2016). Por tanto, una identidad sexual y de género satisfactoria genera entonces un disfrute de su sexualidad, emergiendo así la posibilidad de asumir un rol binario o fluir en el género y en su orientación sexual (Thurston & Allan, 2018).

A través del relato de las personas trans en el estudio de Williams et al. (2016), se evidencia que la atracción erótica y afectiva puede fluctuar dependiendo de las experiencias y el proceso de tránsito de género. Además, en este mismo refieren que definirse en una orientación sexual implica definir los deseos sexuales. En el caso de las personas transexuales, se encontró una tendencia a definirse, dado que, desean, usualmente, entrar en la categoría binominal de la sexualidad tradicional. Aquí se reconoce la influencia de los dictámenes sociales los cuales generan presión por encajar en un rol establecido (Thurston & Allan, 2018). Es la cultura quien mantiene lo binominal, pero en la realidad de las personas, ya no existe dos formas únicas de comprender todo el espectro de la sexualidad humana, ya sea en la categoría sexo o género (Noseda, 2012; Noseda, 2016; Williams et al., 2016). No obstante, la presión que ejerce la normatividad de los modelos hegemónicos respecto a las identidades y expresiones de género y sexuales nos habitan como seres humanos y no es fácil desprenderse de ellos, deconstruirlos o significarlos.

De esta manera, algunas identidades trans, especialmente las que se identifican con los binarismos de género, buscan reafirmación y pertenencia dentro y fuera de las categorías sexo, género y orientación sexual, y expresan que, si ya es difícil ser trans, todo se complejiza al ser además gay o bisexual, por ejemplo, pues hay una expectativa entre lo que se ve, como, por ejemplo, la expresión del género (Williams et al., 2016) y el sexo asignado al nacer. No obstante, sobre la orientación sexual, en el estudio de Bockting et al. (2009) las personas trans

expresaron que primero se formó la identidad de género y después la orientación sexual, y es en la adolescencia donde esta última se manifestó. Sin embargo, algunas de ellas indicaron que solo hasta realizarse la reafirmación del género lograron definir su orientación sexual y vivirla a plenitud; también que la orientación es su rol sexual social o expresión de género, y no su identidad.

Considerando lo hasta aquí plasmado es preciso reconocer algunos aspectos, primero, la sexualidad es una dimensión humana multideterminada, constitutiva y transversal del ser humano. En ella se acogen una amplia diversidad que integra otras dimensiones humanas como lo son el género; la identidad y expresión de esta, la orientación sexual, la identidad sexual, el afecto y la relación con otros seres humanos y consigo mismo en diferentes grados de intimidad, el erotismo, el placer, la forma de expresarnos y comunicarnos, las prácticas sexuales y la corporeidad (Congreso Mundial de Salud Sexual en la Ciudad de México, 2019; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2019; Ford et al., 2019; Rubio, s.f.; Vera-Gamboa, 1998). Estas dimensiones de la sexualidad se entretajan con otros aspectos del ser humano y se expresa en los diferentes ámbitos y áreas, como la pareja, la familia, la ocupación, los escenarios sociales, educativos y en salud.

El género, como dimensión relacionada con la sexualidad es compleja y entretaje dimensiones psicológicas, sociales y biológicas que no pueden separarse y por ello, los diferentes modelos explicativos pueden ser en sí mismo insuficientes. Incluso, los diferentes escenarios que logremos plasmar en este libro podrán ser limitados a la hora de dar cuenta las experiencias de vida trans de las 139 mujeres que hicieron parte de este camino. No obstante, se espera dar cuenta de cómo se integran en la vida las dimensiones de la sexualidad y género de manera central, y se va dando cuenta de lo que las mismas mujeres van expresando como parte de las dimensiones de la sexualidad que ellas han asumido a lo largo de sus vidas.

El género en perspectiva de tránsitos de género se reconoce en el *Proyecto TranSER*, como variados y jamás recorridos desde una trayectoria lineal. Ellos dependen de las experiencias de vida de las personas en relación con múltiples factores, como, por ejemplo, el apoyo familiar y social, la presencia cercana de otras personas trans, de las creencias religiosas, los aspectos socioculturales, económicos y políticos de donde nacen, crecen y viven su vida. Incluso, aspectos

como la edad pueden generar dinámicas específicas en dicho proceso (Eisenberg y Zervoulis, 2020; Freese et al., 2017).

Al respecto, en un estudio realizado por Eisenberg y Zervoulis (2020) con seis mujeres trans por encima de la edad de 35 años concluye que las mujeres trans mayores crecieron sintiéndose diferentes, sin embargo, sus procesos de tránsito se vieron afectados por la anticipación a reacciones negativas o al rechazo social. A su vez, exponen que las intervenciones corporales mejoraron su bienestar mental y les encaminaron en la autenticidad y la coherencia, en este proceso, resaltan la importancia del apoyo percibido por parte de sus familiares y amigos. Por tanto, se considera que un recurso importante en el proceso es el establecimiento de vínculos con personas pertenecientes a la comunidad trans y el uso del internet para fines informativos y de construcción de redes, en especial de pares (Austin et al., 2017; Lozano-Beltrán, 2018).

Por otro lado, se considera que, como parte de la transición de género, la correspondencia entre la identidad y la expresión de género se relaciona positivamente con la salud mental y el bienestar, no obstante, esto está mitigado por el apoyo familiar y de amigos (Eisenberg y Zervoulis, 2020). Al respecto, algunas mujeres trans acceden a ciertos procedimientos para moldear su cuerpo, que pueden ser riesgosos para su salud (Domínguez et al., 2016; Hoyos-Hernández y Valderrama, 2020; Lozano-Beltrán, 2018).

Los estudios sobre identidades trans y tránsitos de géneros dan cuenta del componente social y cultural en la construcción de representaciones sociales asociadas a los roles, expresiones de género y características físicas y conductuales, así pues, aquellos patrones vigentes en la sociedad de “ser hombre” y “ser mujer” permean el comportamiento y condicionan la construcción de las identidades de género de las personas trans, incluyendo la decisión de emprender procesos de tránsito corporales (Farías Muñoz y Cuello Riveros, 2018; Godoy, 2019).

En un estudio realizado con tres mujeres trans de la ciudad de Cali, se encontró que la identidad de género es un aspecto socialmente construido y que, en algunas ocasiones, los cambios corporales son un medio para expresar lo que siente la mujer con relación a su identidad (Ángel, 2015). Otros estudios refieren que las relaciones entre pares, la familia, la pareja, el reconocimiento étnico-racial, la edad y la actividad laboral definen algunas prácticas y decisiones en



la construcción de identidades trans (García, 2017; Moody et al., 2015; Pérez, 2017; Singh y McKleroy, 2011; Williams et al., 2016). Algunos de estos aspectos serán desarrollados en otros capítulos de este mismo Libro, por tanto, no se desarrollando en profundidad en el presente. No obstante, de forma puntual se referirá la importancia de las relaciones de pareja, familiares y el trabajo, como dimensiones que impactan directamente en la construcción de la sexualidad de las mujeres del presente proyecto.

De esta manera, un área de la vida donde las personas trans enmarcan la identidad de género es el trabajo. Su nueva sexualidad se significa como elemento central para encontrar oportunidades laborales desde el rol femenino y algunas de ellas pueden ser las labores domésticas, la asesoría de imagen y la prostitución (García, 2017; Williams et al., 2016). Con respecto al primero, el rol femenino que expresan las mujeres trans de la investigación de García (2017) les permite trabajar como camareras, esteticistas y en servicio doméstico, actividades alineadas con ser mujer desde el rol tradicional. Por otro lado, el trabajo sexual se presenta como una opción, entre la pocas, para “vivir una sexualidad con mayor autonomía, poder realizarse cambios corporales y alcanzar un sustento diario (...) este trabajo de alguna forma brinda cierta autonomía y aceptación pues no solo les permite ganar un sustento diario, sino también sentirse deseadas” (García, 2017, p. 199). Al respecto, las mujeres trans del estudio de Williams et al. (2016) refieren que, si bien hay un gusto por su pene, muchas no se operan porque eso implicaría perder la posibilidad de trabajar sexualmente, pues los hombres que las buscan desean tener relaciones con una mujer trans no operada.

El trabajo sexual, se identifica como un factor de riesgo para la salud de las personas trans, pues se exponen a ITS, al VIH, ha prácticas sexuales abusivas y en algunos contextos al consumo de sustancia psicoactivas (SPA). Sin embargo, estos factores de riesgo para la población se perpetúan o maximizan por la presencia de aspectos estructurales como el estigma y discriminación en la sociedad y las instituciones que la conforman, por ejemplo, educativas, familiares, comunitarias (Aylagas-Crespillo et al., 2017; Builes et al., 2017; Burgwal et al., 2019; Campo et al., 2014; Chárriez y Seda, 2015; Chisolm et al., 2018; Domínguez et al., 2018; Esteban et al., 2020;

Fajardo, 2017; Farji, 2018; Francia-Martínez et al., 2017; Fernández y Yajaira, 2019).

A nivel de pareja, las mujeres resaltan la importancia de que sea un espacio en el que puedan reafirmar su género, dado que es una fuente de aceptación, empoderamiento corporal, satisfacción sexual y tranquilidad que les permite tener relaciones saludables y poder vivir una vida auténtica (Platt & Bolland, 2017; Riggs et al., 2017; Williams et al., 2016). Por su parte, las mujeres trans heteronormativas expresan que dicho disfrute de su sexualidad en pareja puede acabar, cuando esta les pide relacionarse desde su identidad trans, pues la penetración a su pareja se sale de la idea de género femenino; esto no sucede con aquellas mujeres trans que fluyen en su género (Williams et al., 2016).

Teniendo en cuenta lo anteriormente narrado, en el estudio doctoral de Bento (2012), el cual realizó con hombres y mujeres trans pertenecientes a dos ciudades de Brasil y España, se encontró que algunas mujeres trans definen la sexualidad desde la genitalidad y el acto sexual y expresan temor de perder sus parejas por no tener los órganos sexuales esperados según su imagen. Otro grupo refirieron que su sexualidad está hecha de su propia experiencia, deseo, sufrimiento, felicidad, prohibiciones y rebeldía ante lo establecido. También, las personas trans del estudio de Bockting et al. (2009), expresan que la misma es única y particular, la cual se vive fuera de esquemas binarios y tradicionales, afectando sus fantasías sexuales, anatomía y erotismo.

Por su parte, el apoyo familiar, sobre todo de las familias de origen es referido por las mujeres como curativo y emocionalmente protector, especialmente, previniendo la victimización (Moody et al., 2015; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Singh y McKleroy, 2011). Por su parte, Katz-Wise et al. (2018) indican que los niveles de satisfacción y comunicación familiar están directamente relacionados con mayores niveles de autoestima y beneficios en la salud mental. Paralelamente, Fernández y García-Vega (2014) postulan que el apoyo social en el proceso de tránsito permite predecir los niveles de satisfacción en procedimientos quirúrgicos que algunas veces acompañan la transición. Por el contrario, quienes han experimentado rechazo familiar o perciben el apoyo social escaso, tienen mayores probabilidades de cometer suicidio, altos niveles de estrés, exposición a conductas de riesgo, abuso de Sustancias Psicoactivas y ser habitante en situación o condición de calle (Espada et al., 2012; Klein y Golub, 2016).

A partir de la revisión de la literatura en español, inglés y portugués y de las experiencias de vida trans de las mujeres en el

presente Proyecto, se evidencia una brecha investigativa, social y en salud en la comprensión de la experiencia personal y la vivencia de la sexualidad y el género de las personas trans, en especial de estudios en Colombia que de manera profunda exploren las vivencias de las mujeres trans desde sus propias voces y de manera transdisciplinar. De esta manera, desde *TranSER* a partir de las experiencias de mujeres trans de diferentes regiones de Colombia, edades, escenario sociales y culturales, se espera contribuir en la disminución de la brecha identificada y brindar nuevas comprensiones de las diversidades que nos habitan, y de las necesidades que ellas mismas refieren en sus diferentes áreas de la vida.

## Resultados

En el presente apartado se dará cuenta de los resultados encontrados, en primer lugar, se abordará el tema de la sexualidad para posteriormente ir dando cuenta de los tránsitos de género. Las categorías relacionadas, a partir de los resultados son las siguientes: *sexualidad*, con sus subcategorías, definición y creencias sobre la sexualidad; y, *género*, con sus subcategorías, factores psicológicos y factores socioculturales).

*Categoría Sexualidad: la sexualidad es como un enlace más allá de la gente, no solamente algo pasional. (Bucaramanga, entrevista)*

***Definiciones sobre la sexualidad.*** Dentro de las definiciones que las mujeres trans tienen sobre la sexualidad, hay una división en tres grandes temas, sexualidad como igual a sexo, como una representación de sí mismas y como unas formas de vida. De esta manera, a continuación, se presentan algunas narrativas que dan cuenta de estos tres temas, así como una integración que se hace de las diferentes narrativas de las mujeres.

Para un grupo mayoritario de mujeres participantes la sexualidad es equiparable al “sexo”, y esta es igual a tener relaciones sexuales, es decir, sexualidad es igual a sexo y sexo es igual a tener relaciones sexuales. Esta vivencia se expresa a través de dimensiones como la

erótica, la afectiva, y ocupacional a través por el autocuidado y el autoconocimiento.

Ellas lo expresan como el encuentro entre dos o más personas en busca de placer, involucrando sus genitales y otras partes de su cuerpo: “*La sexualidad yo la pienso respecto a las relaciones sexuales entre pareja. Sexualidad es sexo, relaciones amorosas, penetración.*” (Jamundí, entrevista en profundidad).

*La sexualidad es la parte que tiene el ser humano en su parte genital. Esa parte genital, uno la usa con la persona que uno desea para el placer. Puede ser oral, anal, tocado, puede ser cualquier cosa que tenga sexualidad, porque el ser humano tiene sexualidad en todo el cuerpo.* (Bogotá, entrevista en profundidad)

Ahora bien, la idea de involucrar sentimientos en el acto sexual es una forma más de definir la sexualidad; ellas lo nombran como hacer el amor, y lo diferencian de tener relaciones sexuales por placer únicamente. De esta manera, la sexualidad se convierte en una experiencia más allá de la satisfacción de una necesidad física, trascendiendo a un sentimiento de realización donde buscan involucrarse activamente en el acto sexual para alcanzar satisfacción plena: “*la sexualidad es como un enlace más allá de la gente, no solamente algo pasional*” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

*... Pues la verdad mi pensar en sexualidad es, yo siempre he vinculado el sexo con amor... hacer el amor es con alguien que yo ame, que usted me ame, con mi esposo con el que viví tantos años, yo le decía, nosotros hacemos el amor, porque yo sentía que él me amaba y yo lo amaba a él...* (Cali, entrevista en profundidad)

*... Yo pienso que eso depende de cada uno, porque yo he estado, he atendido clientes, he atendido parejas donde es un hombre y una mujer y a parte, yo creo que eso va en la mentalidad porque yo he llegado y yo he dicho “bueno pues hay dinero, además es una experiencia nueva, es una experiencia diferente y yo quiero disfrutar”. Pienso que una sexualidad satisfactoria es como tú lo vivas y como tú lo quieras vivir... si te agrada el chico, aparte de todo va a haber dinero y la vas a pasar bien... pienso que eso depende de uno, de uno con qué lo relacione y el sexo sea satisfactorio o sea momentáneo y ya.* (Armenia, entrevista en profundidad)

*...Yo si lo veo es como que, bueno, si tengo una pareja, chévere vivir, disfrutar la sexualidad y la disfruto de una manera diferente a como la puedo disfrutar*

*con un cliente, aunque nunca he sido puta, pero yo la viví con un hombre que viví muchos años y yo con él era tan diferente a como estaba con otros, o sea, yo lo conozco, él me conoce todo lo que tengo...* (Cali, Grupo de discusión)

Otro aspecto que incide en la definición de la sexualidad en las mujeres es la vinculación con el trabajo, en particular en quien ejercen o han ejercido el trabajo sexual. Para ellas, este es definido como un oficio que desempeñan para subsistir y del cual algunas sienten placer al realizarlo. Además, se encuentra en sus relatos que su sexualidad depende de los hombres que las visitan (clientes) y de lo que ellos deseen hacer, y muchas refieren sentirse dispuestas a satisfacer las peticiones del cliente: “*Para mí siempre ha sido trabajo*” (Armenia, entrevista en profundidad).

*Si vamos a hablar de sexualidad, en nosotras las mujeres trans, como dije anteriormente, es muy complicada la vida en general y la sexualidad, muchos más. Y entonces, nosotras, nuestra sexualidad depende de la persona con la que vamos a estar, entonces, nosotras dependemos del hombre, el hombre cuando nos quiera buscar, cuando el hombre le den ganas, cuando el hombre diga, entonces...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*¿Qué es la sexualidad? ¿Pero qué clase de sexualidad? porque es que hay sexualidad de puteo, de ir a putear y estar con una persona y otra. Me fascina. Hoy estuve con este y al momentico con otro. Eso me encanta, no sé, porque es un morbo muy elegante, me excita y me fascina estar con uno y al momentico estar con otro.* (Cali, entrevista en profundidad)

El autocuidado y el autoconocimiento son otras de las formas que las mujeres trans usan para definir la sexualidad. Ellas expresan que se requiere de realizar la práctica sexual con responsabilidad, no solo de sí misma, sino del otro, cuidando los riesgos que puedan darse, por ejemplo, de adquirir o transmitir una enfermedad: “*La sexualidad para mí es responsabilidad conmigo misma y con mi propio cuerpo*” (Bogotá, Grupo de discusión). Además, enfatizan en la importancia de sentirse y explorarse al estar en el acto sexual, lo cual las lleva a conocerse y aceptarse a sí mismas, disfrutando más de su sexualidad:

*“Una intimidad, ¿no?, yo digo, hablamos de sexualidad en el hecho de hacer un acto sexual que hay muy marcado, pero sexualidad es más... explorarse, saber... cómo cada persona podemos tener diferentes tipos de sensaciones.”* (Armenia, entrevista en profundidad). “*... Sexualidad para mí es tener relaciones sexuales... con condón por supuesto, porque*

*uno no sabe las enfermedades que hay en la calle o que la gente tenga... y la sexualidad para mí es una responsabilidad de uno mismo” (Armenia, entrevista en profundidad). “Para mí la sexualidad es cuidarse uno misma, cuidar a la otra persona, respetar los sentimientos de la otra persona, no pasar por encima de las demás personas... (Bogotá, Grupo de discusión).*

*... Sexualidad es conocerse a uno mismo, cómo se siente y qué en realidad le gusta sentir en una relación, porque si usted va a tener una relación con alguien y no sabe qué le gusta, entonces no hay sexualidad, no hay nada. Tienes que conocerte sexualmente tú primero para saber qué es la sexualidad, pienso yo. (Bucaramanga, entrevista)*

El siguiente subtema que emerge en las experiencias de vida de las mujeres con relación a la definición que ellas han construido sobre la sexualidad corresponde a las formas de vivir y expresarse. Estas dan cuenta de las representaciones que ellas tienen de sí mismas como aquello que las define a ellas como seres humanos y mujeres en sus contextos particulares y en el mundo, expandiendo su sentimiento interno de ser una mujer trans. Así, en sus relatos se encuentran expresiones a partir de: su relación con otras personas, su forma de vestir, la seguridad que sienten frente a sí mismas y su cuerpo, el deseo de satisfacer al cliente, ser una mujer sensual, habitar y visibilizar su cuerpo, usar ropa sensual, la vivencia de su género, la orientación sexual y la forma de llamar la atención y la cosificación de sus cuerpos, es decir, el sentirse en muchas oportunidades y por muchas personas como objetos sexuales y aquellas personas que dominan técnicas y pueden ofrecer vivencias placenteras:

*“La sexualidad es una forma básica de expresarse. La sexualidad es una cosa diversa, tú te expresas de la manera que tú quieras. Me expreso desnudándome, me expresaría perfectamente, mostrándole a la gente lo que soy.” (Cartagena, entrevista en profundidad). “La sexualidad, por ejemplo, yo, para mí la sexualidad tiene como varios significados, porque está la sexualidad que es por lo menos, el ser homosexual, el ser bisexual, el ser transexual ¿no? Esa es una parte de la sexualidad.” (Bucaramanga, entrevista en profundidad). “Pues la sexualidad, pues para mí, es como yo te digo, pues yo llevo mi género trans y cada uno define su sexualidad como quiere...” (Calarcá, entrevista). “La sexualidad tiene que ver con todo, no solamente es la parte de las relaciones sexuales, es también cómo te desarrollas, cómo te comportas, cómo creas tu personalidad, cómo la*

*desarrollas.” (Bucaramanga, entrevista en profundidad). “La sexualidad para mí es el cuerpo y son los valores morales y físicos y la aceptación hacia eso...” (Cartagena, entrevista en profundidad).*

*Para mí, la sexualidad es la relación de mi cuerpo con mi entorno, mi manera de vestir, como la forma en que quiero visualizarme en el espacio. Uno no maneja la sexualidad en todos los espacios de la misma manera... la relación de cómo uno mueve el cuerpo, como mira, como habla, como se maneja... (Cartagena, entrevista en profundidad)*

*¿La sexualidad es ser sexy o ser...? Para mí es ser una mujer sensual, sin mostrar muchos de sus atributos. Yo lo asocio a eso. A medida que soy sensual me arreglo el cabello, me sé vestir, me sé maquillar, me sé comportar como lo que yo quiero ser. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

*O sea, ella lo que dice es que los hombres nos utilizan como objetos sexuales... Estamos todas en un círculo donde nos rodean los hombres... por mis experiencias y por todo lo que he vivido, yo digo que el hombre que la busca a ella, a los 10 días quiere estar con otra, y es así. (Cartagena, Grupo de discusión)*

*... Si me piden algo, o sea yo siempre pienso que el sexo es para mí solamente con un chico y ya, nunca tríos, nunca nada de eso. Eso es íntimo de las dos personas, pero también a veces uno por curioso quiere experimentar cosas... (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

*... Como lo saben ya todos, he probado de todo. Eh, no disfruto tampoco trío, porque no hay el erotismo que es indispensable en una relación completa sexual, porque es que la relación sexual no es penetrar y venirse ya. La relación sexual es... un complemento, digamos un viaje, algo de lo erótico, lo chévere es que ambos queden satisfechos... (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

*Pues la mujer trans vive la sexualidad, vivimos la sexualidad de una manera (risas) la vivimos como algo superficial, porque realmente le damos importancia a lo que es la carne, o sea la carne cuando en realidad la sexualidad tiene muchísimas, o sea, cuando es una relación sexual tiene muchísimo más. (Cali, Grupo de discusión)*

*La sexualidad es sentirse libre, tener autoestima, se ve en la foto que se siente segura de sí misma. Para mí la sexualidad es sentirme agradecida por todo lo que tengo y por lo que soy, mi cuerpo, mi vida, mi salud, las personas que me*

rodean. (Bucaramanga, Grupo de discusión) “*La sexualidad es una expresión del ser humano, una expresión de afecto. La sexualidad es algo que nosotras expresamos.*” (Bogotá, Grupo de discusión).

**Creencias sobre la sexualidad.** En cuanto a la subcategoría creencias sobre la sexualidad, se encontró en las respuestas de las mujeres trans los siguientes temas: pareja, satisfacción sexual, heteronormatividad, imaginarios y “órgano genital”. Esta dimensión de las mujeres se desarrollará en un capítulo aparte de manera profunda y amplia. No obstante, en el presente Capítulo hacemos la integración con las creencias de sexualidad, dado que fue bastante reiterativo en las narrativas de las mujeres.

Para la mayoría de las mujeres participantes, la posibilidad de estar y construir pareja es un aspecto central en sus vivencias de la sexualidad. Ellas han construido unas creencias respecto a estas materializadas en aspectos como: ideales, la orientación sexual de la pareja, la fidelidad y manutención. Al respecto, las mujeres expresan en sus relatos el deseo de establecer una relación de pareja en la que ellas obtengan reconocimiento y validación social, fidelidad; una relación en la que puedan construir una vida, crear proyectos juntos, apoyándose emocional y económicamente; y, finalmente, una relación en la que puedan proyectarse como familia, incluso con la posibilidad de adoptar hijos:

*... Y empecé a soñar con eso: yo quiero algún día tener un marido, ser una mujer, tener el cabello largo, tener una vida de mujer, llegar a un punto en donde mi nombre cambie... y que el hombre llegue y me diga: “mami, mi amor, sírvame la comida”; todo lo viví, así como lo soñé y el hombre que me llegó fue el que yo deseaba...* (Cali, Grupo de discusión)

*Mi pareja tendría que ser como lo que es, como un proyecto... si usted quiere que nosotros estemos, usted tiene que salir conmigo a la calle y que lo vean conmigo... a ver el cómo enfrenta a la sociedad... una relación que, entonces, va a ser de lograr cosas, de tener proyectos... a mí me gustaría casarme, me gustaría lograr tener una persona que me ayude económicamente para lograr tener bienes en común como una pareja... tener familia, ¿si me entiende? Adoptar hijos.* (Cali, Grupo de discusión)

*Terminé una relación que tenía con un amigo de un año y medio, y después estuve muy mal, porque él embarazó a una muchacha, llevábamos una relación*



*bonita... pero en medio de esa relación, como a él le gustaban sus chicas y todo eso pues, yo siempre entendí que los hombres siempre necesitan como una segunda pareja. (Jamundí, entrevista en profundidad)*

*Pero sentirse bien agradable con esa persona, que tú estés bien y te sientas segura de lo que estás haciendo con esa persona. Y no es manera de que estés con miles de hombres, sino con una sola persona que te sientas bien y segura. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

Respecto a la orientación sexual de la pareja, se encontró que una gran parte de las mujeres trans expresaron que sus parejas deben ser hombres heterosexuales, verse como “verdaderos hombres”, refiriéndose a construcciones de masculinidades hegemónicas, y que además estos, no deseen ser penetrados. Ahora bien, si se trata de un cliente o de un encuentro ocasional, para algunas, específicamente para aquellas que se auto identifican como mujeres transgénero (no aplica para las mujeres autoidentificadas como transexuales o mujeres, sin la ampliación de trans) es posible que en la relación sexual haya penetración entre ambos. También, una de las mujeres trans expresó el gusto por hombres homosexuales, en su dimensión de construcción de pareja, porque en ellos encuentra la posibilidad de recibir una relación sexual de más complacencia y de ejercer su papel activo con el cual ella se define:

*... yo he escuchado muchas mujeres trans que penetran a los clientes, pero dicen a mi marido no, a mí no me gustan un hombre maricón... Lo vemos y lo aceptamos en nuestros clientes, pero aspiramos a que nuestros maridos sean heterosexuales entre comillas. (Cali, entrevista en profundidad)*

*... Porque yo encuentro la sexualidad en una persona más completa... que me haga sentir... bien también. Por eso precisamente no me gustan los heteros, porque los heteros quieren llegar solo de masculino y no me gusta, no me siento llena, no me siento complacida, me falta algo, ¿ves? Por eso soy libre de decir no y todas las que me conocen saben que a mí me gustan los chicos gais, siempre mis parejas han sido gais. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

Con respecto a la manutención, como un aspecto relacionado con las creencias en sexualidad y la construcción de pareja, las mujeres trans expresan tres modos de percibir la relación económica: algunas de ellas consideran que lo ideal es que la manutención en pareja sea compartida y de entrada exigen equidad en este aspecto; otras aceptan

mantener al hombre que les gusta; y, finalmente, están las que desean que el hombre sea quien se encargue de la manutención, aunque en la realidad lo consideran suerte, pues muy pocas pueden obtenerlo:

*... un hombre que, de pronto, me busque porque tiene alguna dificultad, cualquiera que sea, si yo le puedo ayudar con esa dificultad económicamente entonces él está buscando primero, un servicio mío, pero al contrario yo soy la que le voy a dar a él, la que le voy a pagar... yo soy la que le voy a pagar y en realidad quien disfruta... o sea, ahí es donde está la vaina de que él disfrutará o él lo está haciendo solamente por lo que yo le voy a dar de dinero. (Cali, Grupo de discusión)*

*... uno se siente usada por todo mundo, o sea, es tan poquito el trans que tiene una pareja que le ayude económicamente, que vea por él, que le diga “quédese en la casa yo la mantengo” porque sí las hay, pero muy poquitas. (Armenia, entrevista en profundidad) “O sea, no llevamos una vida que nosotras quisiéramos... A uno le puede llegar un hombre que la mantenga, pero pues eso está como muy lejano...” (Cali, Grupo de discusión).*

Las creencias de sexualidad están también enriquecidas por la satisfacción sexual y la plenitud en su vida sexual. Esta es vivida de tres formas. La primera es que el placer va más allá de la penetración, es decir, incluye besos, caricias, exploración, conocimiento de su cuerpo, el cuerpo del otro y la entrega mutua. La segunda es centrar la experiencia de satisfacción en la eyaculación compartida, es decir, que tanto ellas como su pareja eyaculen. Finalmente, que para la satisfacción sexual no es importante su eyaculación: “Una sexualidad satisfactoria es cuando uno se entrega mutuamente. Uno encuentra el afecto de otro, de pronto, los gustos de esa persona...” (Cartagena, entrevista en profundidad). “... y él piensa que yo no quedo complacida por lo que él llega y yo no llego. Yo le digo: “no, perdón, yo me siento bien como estoy.” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

*Yo no considero que el sexo sea solo penetración... A veces es mucho más placentero probar otras partes del cuerpo, hacer otras cosas, porque no solamente el hecho de que le besen el cuerpo, a mí me produce mucho placer arañar la espalda. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

*Yo consigo un hombre y yo no puedo llegar, yo no le escribo más, no lo molesto más, chao, porque si él va a tener orgasmo, yo también tengo que hacer lo mismo,*

*porque es algo que se está haciendo no entre una persona, sino entre dos, es un equipo.* (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Otro aspecto que salió en las diferentes ciudades del *Proyecto TranSER* y que cobra importancia, es el tema de la heteronormatividad, como un aspecto presente en las creencias de la sexualidad de las mujeres. En este Proyecto se encontraron dos vertientes, por un lado, las afirmaciones sobre su orientación sexual, donde expresan que son “heterotranssexuales”, al disfrutar de ser penetradas por un hombre que solo gusta de mujeres (recordar lo referido en pareja en este capítulo y lo que se irán desarrollando en los próximos capítulos). En este punto es importante señalar y reafirmar dos aspectos, uno la idea de que ser mujer es equiparable a gustar ser penetradas solamente y la construcción de una relación afectiva, erótica y romántica, no ocupacional, por ejemplo, en el ámbito del trabajo sexual, con hombres que se identifican como heterosexuales y se ven como hombres masculinos. Por otro lado, algunas mujeres expresan cuestionamientos frente a ser bisexuales, o incluso pansexuales (en muy pocas mujeres participantes) al sentirse atraídas por mujeres (biológicas o gallinas, o por mujeres trans, travestis o maricas, como ellas lo refieren) con las cuales se permiten o podrían permitirse tener relaciones sexuales placenteras e incluso pensarse la posibilidad de construir una relación de pareja.

En este aspecto, algo que se encontró en el *Proyecto TranSER*, es la posibilidad de expandir la categoría de orientación sexual y de género, de forma más fluida y flexible en las mujeres participantes más jóvenes, aproximadamente, menores de 30 años, frente a unas mujeres más adultas que se mantienen más apegadas a las categorías hegemónicas y tradicionales que relacionan de manera causal y lineal entre el género y la orientación sexual, es decir, ser mujer es ser heterosexual y sentirse atraída erótica, afectiva y románticamente por hombres heterosexuales, que se expresan y visibilizan según los estereotipos asociados a la virilidad, y desean penetrar, no permitir o buscar ser penetrados. No obstante, para algunas queda la pregunta sobre la “verdadera” identidad sexual de los hombres heterosexuales que buscan a una mujer trans, aludiendo a una posible no definición o claridad sobre su propia sexualidad:

*... yo soy la mujer y él es el hombre, es que por eso te digo somos heterotranssexuales y sabemos cuál es el papel de nosotras, no estamos en la mitad, como que no*

*sabemos, no somos mujeres versátiles que no le ven problema entre la penetración y ser penetradas, si me entiendes, se identifican de las dos formas... Nosotras no, nosotras tomamos el aspecto y la forma de vida de una mujer, completa.* (Jamundí, Grupo de discusión)

*Sí, mira que sí, pero trato de no hacerlo mucho, ¿si me entiende? No, claro que me pasó cuando yo era un hombre... hay mujeres que han querido estar conmigo, así como estoy, que, porque quieren una fantasía, pero yo les digo ya que no, claro que obvio, obvio yo lo disfruté y se sintió bueno, entonces hay veces el haber estado con ellas dos me confunde también, y yo digo "dios mío, ¿será que yo soy bisexual?" pero no, no sé. O sea, ese sentimiento... yo no he podido saber si yo soy bisexual, pero yo creo que no.* (Armenia, entrevista en profundidad)

*Un gay o un transexual o lo que sea, siempre que busca un hetero o una persona gay es porque sabe con quién se va a ir a acostar... ¿no? Porque si un hetero es hombre, hombre, va y busca a una mujer, pero si está buscando un homosexual o una transexual eso es porque sabe a qué viene, a definir su sexualidad.* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

De manera sobresaliente y en las diferentes ciudades sale como un aspecto que requiere de mayor claridad e información científica, lo referido a la posibilidad de expulsar las hormonas que se suministran a través de la eyaculación. Ellas sienten, como un aspecto construido entre la comunidad, que si están en terapia hormonal deben evitar la eyaculación durante el acto sexual porque esta no se logra aprovechar de la manera en que se desea y al ser expulsada en la eyaculación se pierden todos sus beneficios.

*... Uno al estar tomando hormonas tiene que tener cierto control hacia tener relaciones sexuales. Una persona que se está hormonizando no puede tener relaciones sexuales en el tiempo en que lo está haciendo y, si lo está haciendo, saberse controlar para no... tener una eyaculación ¿si me entiendes? Porque se pierde todo lo que uno ha tenido, las hormonas se salen...* (Cartagena, entrevista en profundidad)

A partir de las narrativas de algunas mujeres se reconoce que existe información imprecisa o incorrecta sobre salud sexual y salud reproductiva, por ejemplo, en torno a la posibilidad de embarazarse y adquirir o transmitir el VIH. Al respecto algunas mujeres consideraron que durante las relaciones sexuales podían quedar embarazadas, así

como no reconocer la forma de proceder ante una práctica sexual de riesgo, por ejemplo, una ruptura del preservativo o sin el uso de este.

*La barrera del preservativo lo puede pasar, la recarga viral es tan fuerte que lo pasa. Esa es la problemática que yo les estoy comentando, qué hacen con ponerse el preservativo y no protegerse directamente como debe ser, si estas usando preservativo, usa un lubricante o cualquier aceite o cualquier cosa, porque la saliva... (Armenia, Grupo de discusión) “Pero a mí tampoco me platicaron ni nada y como era tan ingenua, decían que cuando el hombre metía eso... quedaba embarazada y yo pensaba que había quedado embarazada” (Bogotá, Grupo de discusión).*

Finalmente, en esta categoría de las creencias asociadas a la sexualidad surgen aspectos relacionados con los órganos sexuales externos en las mujeres. Cuando las mujeres trans se expresan sobre su pene, se encontraron dos posturas marcadas, la primera es una aceptación de este y posibilidad de conservarlo y disfrutar con él, ya lo hemos referido previamente, y la segunda es el rechazo hacia este y la posibilidad o deseos de modificarlo. Aquellas que quieren conservarlo consideran que hace parte de su sexualidad siendo una zona placentera que no desean perder. También, algunas de ellas lo consideran importante a la hora de relacionarse con los hombres, dado que su pene las hace diferentes frente a las mujeres cisgénero-“gallinas” y, por tanto, son elegidas por ellos. Estos aspectos fueron más referidos por aquellas mujeres que se definen como trans, transgénero o travestis: “¿Que me la voy a quitar? Jamás me la voy a quitar, es mi sexualidad también ahí, porque yo eyaculo con mi miembro.” (Bogotá, Grupo de discusión).

*... Ese morbo que despertamos nosotras las mujeres trans en los hombres, entonces una compañera decía: si van a buscar una mujer cisgénero que tiene vagina, entonces ¿cuál es la diferencia? Que nosotras tenemos algo que llama la atención (que no tiene una mujer completa) ... eso es lo que nos hace diferentes y está ese interés y ese morbo en los hombres para que nos busquen y para que quieran*

*tener una relación estable, una relación de sexo o lo que sea...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Por otro lado, las mujeres trans que expresan el deseo de modificar su órgano genital expresan que no lo consideran parte de su cuerpo, de su sexualidad ni de construcción de género como mujer:

*Soy una mujer, que tenga, como yo le digo, esa carne colgando adelante, no, no me gusta.... Yo nunca, cuando estoy teniendo una relación que me penetren nunca me vengo, porque nunca, no sé, para mí eso como que no es fundamental, lo hago en mi intimidad, es como más íntimo para mí... Pero para mí el pene es solamente algo que yo he tenido ahí y ya, que no es fundamental en una relación sexual, ni nada de eso, casi no lo uso, entonces por eso si considero que es algo que podría quitar porque no juega un papel fundamental en mí.* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

## Categoría Género

*“porque no es un disfraz, es algo que se siente desde muy adentro, algo que nace desde el espíritu”* (Armenia, Grupo de discusión). Considerando las vivencias de vida trans, el género es un aspecto fundamental y transversal en sus vidas. De esta manera, en el presente apartado se dará cuenta de aspectos relacionados con las experiencias de las mujeres participantes en sus caminos de tránsitos para reafirmar su identidad. En este proceso intervienen diferentes factores que van determinando sentimientos, emociones y retos a los que se ven inmersas. Las subcategorías son: los factores psicológicos y los factores socioculturales. A continuación, se hace una descripción de estos aspectos.

### Factores psicológicos

Dentro de estos aspectos se agrupan aquellos que dan cuenta de cómo las mujeres se sienten, se identifican, y construyen su identidad de género, de esta manera, algunas preguntas que ellas se realizaron en un momento de sus vidas y a partir de las respuestas que construyeron y siguen construyendo sobre ellas, han ido transitando por múltiples caminos posibles entre su capacidad de agencia,

resistencia y posibilidades contextuales: ¿Cómo me identifico? ¿De qué género soy? ¿Quién soy y quiero ser?

A partir de las repuestas a estas preguntas, ellas de manera reiterativa en sus narrativas presentan una fuerte relación entre aspectos que fluctúan entre las categorías identidad, consciencia de sí misma, sexo biológico, sexo asignado al nacer y el cuerpo. En su mayoría las respuestas se basan en la construcción del cuerpo, en su dimensión física y a partir sus convicciones y deseos respecto al sexo-género con el cual debieron haber nacido (dimensión psicológica). De esta manera, existe una constante tensión entre la certeza de ser una mujer con cuerpo físico y una forma de ser introducida en un mundo social que no son congruentes entre sí. “...un hombre que nació en un cuerpo que no quería y que día a día lo ha ido construyendo...” (Armenia, entrevista en profundidad). “... yo, una mujer en el cuerpo de un hombre...” (Armenia, entrevista en profundidad). “... yo admiro a la mujer, yo... me encanta, quiero transformarme de un todo y mostrar quien soy en realidad porque soy mujer en cuerpo ajeno...” (Cartagena, Grupo de discusión).

Las formas de identificación frente al género son complejas y están construidas de manera personal, de esta manera, algunas de las participantes se identifican como mujeres y prefieren no denominarse mujeres trans, sin embargo, otras refieren en las conversaciones que no se reconocen como mujeres biológicas o ‘gallinas’ y sienten mayor cercanía con formas de autodenominarse como mujeres trans, travestis, transgénero o maricas. Ellas concuerdan con que desde los primeros años de vida no se sintieron identificadas con su cuerpo y que, aunque nacieron con un cuerpo asignado en el momento de nacer como hombre, se han ido construyendo a partir de sus deseos y representaciones sociales sobre lo que significar ser mujer femenina en una sociedad:

*... porque no es un disfraz, es algo que se siente desde muy adentro, algo que nace desde el espíritu. Yo hubiera querido ir al colegio con falda, hubiera querido muñecas y no carros. Yo me considero una mujer porque por algo me estoy vistiendo como me estoy vistiendo, por algo me gusta maquillarme...* (Armenia, Grupo de discusión) “...yo pienso que las mujeres trans vienen desde antes

*de nacer, eso no es algo que uno... que hoy va a darme de vestirme de mujer”*  
(Bucaramanga, Grupo de discusión).

*... a pesar de que nosotros somos hombres, con todo respeto, nosotros somos hombres por naturaleza, pero estamos haciendo un papel, estamos representando a una mujer, tener una peluca, unos tacones, un vestido, es representar, y es botar derroche...* (Cali, Grupo de discusión)

*... Pero en mi caso, yo nací y me construí porque yo nunca me acepté como hombre, yo nunca acepté mi órgano genital, nunca acepté usar prendas masculinas... Yo nunca tuve niñez, porque nunca la tuve, mi niñez fue encerrada en mí misma, yo construí un mundo para mí misma para no estar expuesta, de por sí yo tuve una familia muy humilde y machista, entonces, yo si digo esa respuesta, yo nací y me construí...* (Armenia, Grupo de discusión)

Respecto a la edad en que las participantes refirieron haberse dado cuenta de su identidad femenina, ellas refieren que antes de los ocho años, incluso muchas refieren cerca de los cuatro años fueron conscientes de ello. Al respecto ellas dan cuenta de haberse sentido inconformes con su cuerpo, el deseo de jugar con otro tipo de juguetes o juegos, por ejemplo, los más permitidos o promovidos en las mujeres, y de vestir prendas o accesorios femeninos. Sin embargo, en algunos casos, la falta de apoyo por parte de sus familias no les permitía *actuar acorde a lo que sentían y por ello, se exponen a una cantidad de experiencias que desarrollamos en los capítulos subsiguientes.*

*Las participantes, en su mayoría, al no encontrar espacios de validación y afirmación de su identidad, ellas prefieren ocultar y callar su sentir, además de buscar pequeños espacios de escape cuando están solas en casa o en escenarios en los que se sienten seguras para poder expresar y reconciliarse con lo que estaban sintiendo. En esa intimidad, ellas se probaban la ropa y accesorios femeninos de familiares y amigos, se maquillan y ensayan con los tacones y otros recursos de fácil acceso, como toallas para simular un cabello. “...yo me ponía toallas en la cabeza, me gustaba mirare al espejo, todas esas cosas que uno ya sabe, porque eso ya viene en la sangre en uno... (Bucaramanga, entrevista en profundidad). “No, pero yo sola, por allá me escondía y me vestía... con la ropa de mis hermanas, pero yo lo hacía a escondidas... a los 8 años y ya, empecé... pues me gustaba, me gustaba verme... (Bogotá, entrevista en profundidad). “... Yo empecé desde los diecisiete años, empecé a probar las hormonas,*



*pero era andrógena. Ya después de ahí pasó el tiempo y me volví trans y ahí sí ya empecé a “boliarme” hormona como era... (Armenia, entrevista en profundidad).*

*... Yo me acuerdo de que yo tenía como ocho (8) cuando me ponía las enaguas de mi abuela... Yo me metía al baño y me maquillaba antes de bañarme (risas), me echaba el colorete y el lápiz en los ojos, y el pelo con la toalla, le cogía la ropa a mi primita a escondidas y listo, desmaquillese, báñese, y salió como un hombre. Desde chiquita... Me gustaba ponerme la ropa de mi hermana... (Calarcá, Grupo de discusión)*

*... Yo tengo uso de conciencia desde, como a los tres años, recuerdo como cositas muy pequeñas y como mis dos hermanas son mayores que yo, entonces el hecho de yo querer jugar con las cosas de ellas, muy mínimas, tengo ese tipo de recuerdos muy vagos, en los que siempre intentaba colocarme las cosas femeninas. Entonces creo que desde ahí arranqué... (Cartagena, entrevista en profundidad)*

*... Empecé como a sentir cosas y a ver cosas diferentes, a mí me gustaba jugar con muñecas, no me gustaba jugar con hombre sino con las niñas y esas cosas, y me enamoré a los 8 años de un chico. Entonces comencé como a darme cuenta, como a ver las cosas diferentes y yo me sentía rara, extraña, pero ya después con el tiempo, mis papás se fueron dando cuenta de la situación y eso, conversaron conmigo mucho y no estuvieron en desacuerdo... (Cartagena, entrevista en profundidad)*

*... Sí, somos seis mujeres, siete conmigo y un varón, mi hermano, el menor, y entonces, él veía mis inclinaciones y él mismo me ayudaba, me decía vamos a jugar fútbol, o vamos a tirarle piedras a los pájaros, a los ríos y yo le decía ¡ay no! como se le ocurre, yo mejor me quedo ayudándole a mi mamá a hacer oficio, o toda la vida a mí me ha gustado la música romántica, entonces yo debo tener un corazón así de grande. (Bogotá, entrevista en profundidad)*

Los escenarios no afirmativos de sus identidades, deseos y sentires impactan en el proceso de tránsito físico y social, y, por tanto, sus procesos de tránsitos tienden a darse en la adolescencia, posterior a los catorce años. Este inicia cuando se identifican y se sienten cómodas desde lo psicológico con una categoría o forma de nombrarse, por tanto, esta identidad de género tiene un referente que puede ser: femenino, masculino o no binario, dando cuenta de formas de definir su género y sentir que pertenecen a ese lugar. En este

aspecto también existen mujeres que pueden hacer uso de categorías como: mujer, mujer trans, travesti o marica. No obstante, como lo referimos en el apartado anterior, un aspecto que incide con fuerza en las formas de autodenominarse son las construcciones sociales respecto al ser hombres y mujeres en las sociedades y la aceptación o rechazo por sus órganos sexuales externos o aquellos aspectos, principalmente físicos y biológicos.

“... Entonces yo, mi identidad, yo la construí femenina, entonces esa es mi identidad, lo femenina que me quiera sentir a medida que me vaya construyendo... (Bogotá, Grupo de discusión). “Para mí la feminidad comienza de ahí, de la forma como uno se comporta, de la forma como uno habla, de la forma como una trata a las personas...” (Bucaramanga, entrevista en profundidad). “...Mi género es Femenino” (Bucaramanga, Grupo de discusión). “Yo me identifico con lo femenino, está en mí lo masculino, y por ello, soy trans, yo soy una mujer transgénero...” (Bogotá, entrevista en profundidad)

### *Factores socioculturales*

¿Cómo me veo? Para las mujeres participantes el género es dinámico, cambia y se transforma según las dinámicas sociales de cada cultura. Los valores de las culturas en las que viven las mujeres participantes del *Proyecto TranSER* refieren legitimación de comportamientos basados en el binarismo sexo-género. Estos muestran perspectivas idealizadas de ser una mujer en la sociedad y en cada región dónde ellas viven, las cuales están basadas en los modelos patriarcales y hegemónicos asociados al género. Entre las participantes se evidencia que, en ocasiones, sienten una presión social que las lleva a tomar decisiones para cumplir con las características que “debe” tener cada ser humano de acuerdo con su género. Las participantes hacen referencia a ideas, características físicas y comportamentales de lo que debería ser y hacer una mujer en la sociedad, en varias ocasiones se evidencia que, entre los roles más comunes de ser mujer, están asociadas las ideas de ser madre, ser delicada, comprometida con la belleza a través del uso de maquillaje para el rostro y las uñas, el lucir sin vellos, tener una voz suave y dulce, y ser voluptuosas. “En mi

*caso sí me gustaría adoptar... más como el sentimiento de ser madre...*”  
(Calarcá, Grupo de discusión).

*Ser mujer trans en Bucaramanga es bien difícil, es de las ciudades más difíciles, porque yo siempre he estado en Medellín, en la costa y en Bogotá y me he sentido más vulnerada en mi propia ciudad, en mi mismo entorno, que en otras ciudades por el machismo que se vive acá, la idiosincrasia santandereana es muy arraigada, casi un poco más que la paisa, pero qué pasa, los paisas después de un tiempo tienen una mente muchos más abierta que acá. La comunidad santandereana se centra en que solamente hombre y mujer...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*... Aquí me he dado cuenta de que cómo la sociedad es tan machista, nos obliga a nosotras a ser más femeninas, me parece que es algo que, aunque suene feo porque nos están discriminando, eso hace que nos exijamos más por vernos más bonitas...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*... Si yo me comporto en calidad de mujer, no hago el oso, me visto bien, entonces nadie tiene porqué hacerme un escándalo, paso desapercibida. Ella camina como mujer, va a desempeñar su rol como mujer, entonces nadie te va a mirar mal...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*... Procuro llevar una vida normal como una mujer que soy, muchas veces ni siquiera me repito soy una mujer trans, no por el hecho de que me crea una súper mujer, mujer, yo no estoy a toda hora: “yo soy una mujer trans, soy una chica trans”, no, vivo una vida, vas a mi casa, mi vida es de mujer, tengo dos hijitos perrunos, son mis hijos, siempre me refiero a ellos como, “llegó la mamá niños, llegó la mamá”, así en mi closet tengo solo cosas de mujer, el maquillaje, todo de mujer, todo, una vida de una mujer...* (Cali, Grupo de discusión)

Para cumplir con los comportamientos y estereotipos de ser mujer y así ser aceptadas o agradables ante el lente social, las mujeres trans deciden someterse a modificaciones corporales que van desde los tratamientos médicos y hormonales hasta los tratamientos caseros, realizados por ellas mismas o sus pares. Esto les ayuda a ser más femeninas y a ocultar “sus imperfecciones” (referido en ellas como aquello que las hace más masculinas y menos femeninas). De esta manera, un camino bastante importante para la mayoría de las mujeres es el consumo de hormonas, dado que les ayuda a tener un cuerpo más estilizado y parecido al de una mujer, incluso refieren que

la hormona es aquello que “las hace ser personas trans”. Asimismo, las formas de comunicar su identidad de género están constituidas por las conductas, el vestuario, los peinados, la voz y las características corporales. Las ideas sobre cómo se comporta una mujer también están introyectadas y tienen contraposiciones; en algunos casos ellas consideran que una mujer debe ser pulcra, delicada y bella, ante ello, algunas buscan construirse como mujeres ante esa promulgación social existente para reafirman su identidad. No obstante, en la misma diversidad que habita y supera las categorías identitarias, existen mujeres que rompen con los modelos exigidos y consideran que no todas las mujeres son iguales y que cada una puede ir construyendo la forma de ser mujer que le gusta.

*... me gusta en donde estoy con uniforme, abajo (ajá), ese es mi uniforme de peluquería y me gusta sentirme sexy, sensual, porque es algo que demuestro lo que soy, me veo físicamente una mujer decente, pero me veo, sensualidad en parte como me muevo, me expreso, como trato al cliente, como trato al hombre, como lo miro, como él me mira... (Bucaramanga, Grupo de discusión) “... las vulgaridades en una mujer se ven feas, pues, porque tú sabes que los hombres siempre son los que están con el vocabulario feo (sí, risas), el machismo...” (Bucaramanga, Grupo de discusión).*

*... yo soy una mujer, pero no todas las mujeres tienen que ser “ay, la barbie, la delicada” (hablan todas al tiempo), me dicen como: hágalo más fácil, es que usted a veces es muy ordinaria y yo: pues de malas, yo soy Michell y así soy, y así ustedes me conocieron, no es que ahora entonces porque yo soy una mujer, ¡ay no!, entonces tengo que cambiar, no, o sea, siempre he sido así, soy super grosera, eso sí lo estoy tratando de controlar, pero no porque sea una mujer, sino porque decir tantas groserías también se ve muy mal; ya sea para un hombre o para una mujer... (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

*... A veces es más fácil tomarse una foto de los atributos que, todo mundo considera que son los más atractivos de una mujer, todo mundo mira, la cola de una mujer o está pendiente de ciertos aspectos. El hecho de mirarme en un espejo, de confrontarme conmigo misma, el hecho de entenderme como ser humano, el hecho de y respetarme y admirarme también... (Cartagena, Grupo de discusión)*

*... ¡Sí! O sea, yo siento y pienso, camino, me visto, me maquillo... es porque yo me siento como una mujer. Sino me hubiera quedado como un chico gay y hubiera vivido mi vida como un chico gay, habría convivido con hombres gay,*

*tendría un novio en este momento... pero, pues soy una mujer...* (Armenia, entrevista en profundidad)

*No sé por qué tienen que ocultar que uno es una mujer Trans, o no entiendo, por qué si yo ya estoy operada, por qué tengo que fingir mi voz, no parece, yo soy esta, soy auténtica, yo nunca he tenido que vivir con la mano, la mano así (señalamiento) para sentirme una mujer. Ni andar con un súper corto, para... soy femenina y no parece, eso no me identifica a mí, yo soy esta. Soy... auténtica, sin máscaras, sin maquillajes, sin boberías, así, directa, autónoma, con carácter y personalidad, y sabes algo, que pienso que es un defecto, que soy muy orgullosa.* (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Si bien el proceso hormonal es reconocido por ellas como positivo en sus procesos de construcción de identidad y expresión de género, ellas experimentan sentimientos que van entre la aceptación y valoración de sí mismas, al poderse expresar de forma coherente con sus identidades de género: mujeres mostrándose transformadas con seguridad de afrontar el mundo y dejando que las personas las observen, aunque algunos se burlen y otros las elogien. No obstante, algunas mujeres experimentan inseguridad y temor por las expresiones discriminatorias que pueden recibir de parte de otros.

*... eehh, la forma como uno empieza como arreglarse o a pensar de sí mismo, yo por ejemplo, cuando empecé mi transición fue, o sea, empecé a decirle a la gente cuál era mi identidad de género, que yo me sentía mujer y que, pues, me empezaran a tratar como ella, pues empecé a cambiar como mi forma de vestir, de arreglarme y también empecé como a valorarme a mí más, porque pues digamos que tenía como muchas inseguridades y eso, pero poquito a poco me empecé a valorar más como la mujer que soy...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*... Uno es la que tiene que dar la seguridad, no los demás, uno tiene que estar segura del paso que va a dar, sin importar las burlas, los insultos, tiene que meterse, o sea, eso en la cabeza, que tú eres lo que tu reflejas, no lo que los demás quieran reflejar en ti...* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*... Pienso que más seguridad, pienso que en este momento todavía me siento una persona insegura frente a la sociedad porque muchas veces yo he visto, no en mí, pero sí en cuestión de otras personas, que hay tanto comentario a veces más de mujeres que de los mismos hombres, las mujeres a veces hablan cosas horribles,*

*se expresan horrible de personas como nosotros. Entonces yo pienso que eso hace que haya inseguridad en mí...* (Cali, entrevista en profundidad)

Las ideas que expresaron las mujeres trans alrededor de la forma como expresan su género, se considera importante la forma en que ellas se definen a sí misma, como se visibilizan y la toma de decisiones que refieren tener que hacer entre sus deseos de ser y la sociedad que impide y obstaculiza su vivencia en libertad y equidad.

En cuanto a la forma como se piensan a ellas mismas, en términos de la definición que se atribuyen, hay diferencias al denominarse. Ellas consideran que existen otras variaciones en la expresión de su género, que, a su criterio, no son totalmente trans: las “pirobas” son aquellas que se visten masculino, pero se maquillan; las transformistas se colocan accesorios femeninos y muchas veces lo hacen por fines económicos y para opciones laborales; y, las mujeres cisgénero que son las mujeres biológicas o “gallinas”. Ahora bien, en su transformación ellas fluctúan entre las que quieren ser mujeres cisgénero y, las que se sienten representadas como mujeres trans desde sus propias vivencias, sentires y corporalidad.

*... Mi mamá, pues, quedó también asombrada porque la primera vez yo quedé, ¡fab!, como una gallina (o sea, mujer), me hice un maquillaje total, agua de rosas, la base, ta, el polvo, las cejas, que las sombras, las pestañas y como yo utilizo lentes...* (Calarcá, entrevista en profundidad)

*... y pues bueno, aunque me iba empelucada, así y todo; yo no sé, pero a las feas les va mejor, porque me iba. Yo por ejemplo decía “Voy a ser transformista”. Imagínese que yo empecé con ese drama y ya a los meses fue que dije “Voy a ser trans”. Y ya, ahí, porque ya el trabajo... ¿Tú estudiaste la primaria... el bachillerato...? Yo en ese momento era por ejemplo “piroba”. Pues las “pirobas” son... cómo le explico... por ejemplo el chico gay. O sea, antes de ser trans yo era como muy... Horrible. Yo era una loca amor. Eso siempre así, no, no. Eso sí, me cortaba el corte de niño. Me gustaba echarme mis polvitos, ponerme mis blusitas así corticas, jeans de mujer, pero así que “chores”, todavía no (Armenia, entrevista en profundidad)*

*Eh... yo creo que.... ¡ay yo no sé! Porque hay veces uno... o sea, uno se quiere verse totalmente como una mujer, pero uno no pasa de las hormonitas así, ¿sí me entiende? Entonces uno dice “ay, que rico uno tener los senos, que rico uno tener la cola, que todo lo que le ponga le luzca (risas) entonces uno, hay ocasiones donde se levanta y uno... o sea, en el transcurrir del sueño a mí se me olvida*

*lo que yo soy, y muchas veces cuando me levanto yo digo “ay verdad, la falda, el brasier, el maquillaje...”*. (Armenia, entrevista en profundidad)

Respecto a la visibilidad, para las mujeres trans de este estudio el reconocimiento de su identidad como mujer es importante, no obstante, también cobra mucha importancia la expresión y visibilización de esta a través de su aspecto físico, lo social y el lugar de los otros ante ello. Para muchas de ellas es importante ser visible en esas construcciones femeninas ante los hombres de tal forma que logren llamar su atención y sentir que generan atracción, reconocimiento y aceptación. También, la visibilidad es importante para crear conciencia de la discriminación y dar a conocer que son personas con los mismos sentimientos y valores de todas las demás.

*... entonces yo decía “supuestamente la concepción mía, cuando una mujer trans quiere ser trans empezamos a cambiar todo desde que somos pollitas y mire cómo va”. Cuando estábamos en la cárcel y estaba una mayor que decía que era mujer y usted la veía y era ver a un señor, entonces uno decía, pero cómo uno hace para reconocer, yo les proponía y les decía “¿no les queda más fácil que todo el mundo que dice ser mujer trans se transformara?”*. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

*... yo como candidata de la diversidad trato como de expresar esas cosas, como de llevar... ese es mi proyecto, concientizar a la gente homofóbica de que somos unas personas que sentimos, de que no somos diferentes, amamos diferente, eso es lo que siempre he dicho. Porque no es una condición ni una enfermedad... pero lo que siempre he dicho es que soy diferente porque amo diferente*. (Cartagena, Grupo de discusión)

*... Aquí me siento segura de mí misma, aquí tengo el cabello rojo, me gustan las pelucas, siento que me asienta bien porque me veo más linda de lo que soy, me siento realizada... me gusta que el cabello se mueva en mi espalda, que pase un hombre al lado mío y diga -wow, esa chica la quiero para mí, tener en mi cama... saberla mover, posar, todo, me encantan las pelucas y me siento segura de salir. Me gusta tener cambios en mí, uno tiene que saberse arreglar*. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

*... yo, hay veces que yo también me levanto en ocasiones... sin ganas de maquillarme, sin ganas de vestirme, sin ganas de nada, o sea, siempre es complejo uno tenerse que levantar y tenerse que... Lo primero que uno hace es levantarse, cepillarse, (risas), maquillarse, (risas), es lo primero que uno hace, porque pues*

*obvio uno es... uno no tiene tampoco rasgos femeninos, entonces usted sabe que el maquillaje ayuda mucho, entonces uno se levanta y el espejo...(risas). Y a veces no quiero. (Armenia, entrevista en profundidad)*

*... yo me siento bien con lo que soy, como me visto, cuando salgo, yo todos los días me veo al espejo, una vez que tomé la decisión a ser una trans, yo me he sentido cómoda, nunca me he sentido extraña porque supongo que esa era mi meta y ya cuando lo logras, tú te sientes bien... uno tiene que sentirse bien con lo que uno es y tiene que aceptarse uno mismo, y como yo me acepté como soy, entonces yo me siento súper bien, así como soy. A mí me gusta es vestirme así de mujer, toda arregladita, no me gusta vestirme tampoco tan, diría yo tan prostituta, porque no es mi forma de vestir, mi forma de vestir es como una pelada de 20 años, una niña, me gusta vestirme más acorde a una mujer, no como que voy a la calle a buscar servicio y cosas así. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

El emprender y mantener los tránsitos de género expone a las mujeres a múltiples decisiones a tomar. Esto se debe a su búsqueda de congruencia entre su sentir y su expresión física y social, así como la afirmación y aceptación de su identidad y la existencia de un mundo hegemónico rígido, violento y vulnerador. Las participantes expresan que por ser mujeres trans están ante un medio que las discrimina, las violenta y les limita sus posibilidades de disfrute de los escenarios sociales, laborales, educativos, familiares con libertad y equidad. Por tanto, ellas se ven avocadas a elegir entre ser ellas mismas o perder oportunidades y relaciones interpersonales significativas, como la familia.

*... escuchaba también mucho a las personas, "que a las mujeres que tienen un solo hijo y que les salga así, que es el dolor más..." pues yo escuchaba eso y me ponía a pensar era en mi mamá. Pero ya cuando me ponía a pensar fue que yo dije "Ya estoy creciendo, una de dos...". Y amor, pues así, yo no sabía qué hacer, yo estaba desesperada, hasta que ya, pues mi mamá si tuvo a la niña y todo, y así pues me calmé por ese lado, porque imagínese mi mamá... (Armenia, entrevista en profundidad)*

*... Pero como te digo, fue una disyuntiva donde tuve que escoger, o sigues estudiando con la ayuda de tu hermano y sigues siendo un niño con tu pensamiento de niña o vienes y te esfuerzas por ti misma y sales adelante y quieres ser lo que tú eres. Entonces me decidí por la segunda... pero ahora pienso que bonito que en este momento yo hubiera sido una persona profesional y en ese momento de mi vida, poder haber hecho la transición. También me cuestio*



*porque mi aspecto no sería el mismo, hubiera cambiado mucho más como niño, y ya mi aspecto sería mucho más masculino que femenino. Esas son dos cosas que me contradicen y me hacen sentir como que bueno, hice lo que sentí que era lo correcto para mí, de alguna manera ¿por qué? Porque no hice eso que me pudo haber ayudado muchísimo más, porque sería una mujer emprendedora, con proyectos... Escogí este camino, donde me llevo hacer lo que quería, una femenina en aspecto (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

*... Es que tenemos que defendernos, entonces somos agresivas, pero yo pienso que si a mí me tratan bien yo respondo así, pero si a mí me agreden yo soy atrevida, yo tengo varios procesos en fiscalía, pero por eso, me tratan de agredir, si me dicen hijuep\$% y lo que sea pues yo los dejo, pero me van a echar mano soy atrevida y desafortunadamente la vida, me ha enseñado a poderme defender y me sé defender así chiquitica. (Bogotá, Grupo de discusión)*

*...Me he metido más con el cuento de visibilizarme como mujer trans, por ejemplo, en la marcha el día del orgullo yo marché, marché con los del grupo de apoyo trans. Todas esas cosas me hacen sentirme bien conmigo misma. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

## **Discusión y Conclusiones**

La sexualidad y el género en las experiencias de vida trans exige la consideración de múltiples procesos y dimensiones presentes a lo largo de su curso de vida en un contexto particular y enriquecido por las interacciones con otros. Asimismo, estas dos categorías se integran en una fusión que no debería separada. Ante ello, preguntas: ¿Quién soy? ¿Qué me gusta? ¿Cómo quiero expresarme? ¿Cómo me construyo? Son bastante profundas y reiterativas a lo largo de su vida, y a partir de las respuestas que se van dando con el pasar de los años, van construyendo la forma de ser, vivir y constituirse como seres humanos y seres sociales.

Considerando las creencias y definiciones respecto a la sexualidad por parte de las mujeres, se debe reconocer que en la cosmovisión de las personas es bastante frecuente la relación con el sexo como parte de las prácticas sexuales. Al profundizar sobre el concepto de sexualidad en la literatura se encuentra que por lo general las personas se remiten al término sexo refiriéndose al acto sexual. Las investigaciones reflejan el uso de esta significación en los

diferentes grupos poblacionales estudiados, como lo planteado por Castillo y González (2015) en su estudio con adolescentes, donde estos creen que la sexualidad es lo relacionado con el aparato genital y con el deseo sexual. También Bento (2012) en su estudio con personas transexuales, encontró que la sexualidad es lo genital y el acto sexual. De forma similar, las mujeres trans de esta investigación se refieren al concepto de sexualidad como sexo, el cual se relaciona con la práctica genital en busca de placer.

Al revisar la historia de la sexología en occidente es claro que, desde el medioevo hasta mediados del siglo XX, la reproducción fue considerada el fin de la sexualidad y, por tanto, el encuentro coital fue la única forma válida de practicar el acto sexual, como lo expresa en su recorrido histórico de la sexualidad Birman (2018). Este concepto ha trascendido a las distintas generaciones, incluyendo las mujeres trans, quienes consideran que la sexualidad es sexo y este es el acto de penetración, aunque no esté dado en el sentido reproductivo. Así mismo ellas han aprendido que a través del acto sexual pueden explorar y conocer su sentir, dando mayor cuenta de su placer, reiterando el significado de la sexualidad desde el sexo.

Ahora bien, también el sexo es relacionado con una forma de trabajo dado que muchas de ellas ejercen el trabajo sexual contribuyendo a que la sexualidad este estrechamente relacionada con el acto sexual, y que incluso planteen que en su trabajo experimenten placer en ciertas ocasiones, si gustan del cliente con quien están. Esta idea guarda alguna relación con lo planteado por García (2017) quien encontró que el trabajo sexual para las mujeres trans es un espacio para sentirse deseadas. No obstante, desde le presente Proyecto, no es posible quedarse allí y se requiere de la comprensión compleja y multidimensional de los modos de vida de las mujeres.

González et al. (2018) indicaron que, para las personas trans, la sexualidad depende de la vivencia que tienen con su cuerpo, y es el lugar donde se reafirma la identidad de género. En este sentido, se encontró que las mujeres de TranSER definen el término, desde su identidad trans, así como lo plantean también las mujeres del estudio de Nosedá (2012), al expresar que la sexualidad está enmarcada en la idea de cuerpos diferentes, cuerpos trans. Esto reitera también la lucha constante por su definición, debido a los cuestionamientos que han tenido que enfrentar a nivel personal, familiar y social, lo cual forma una relación indivisible entre el significado que tienen sobre

la sexualidad y su identidad trans (Caravaca & Itayra, 2017; Bento, 2012; Bockting et al., 2009; Williams et al., 2016). Ante esta forma de concebir la sexualidad de las mujeres trans, es importante resaltar que el tema de definir quién soy, como ser sexual, no solo está presente en gran parte de su vida, revelando la complejidad de su existencia, sino que también está relacionado con el modo en cómo se expresa en el mundo y las relaciones que establece con los otros.

Las identidades creadas socialmente para los cuerpos biológicos incluyen características y formas de expresión que configuran los roles sexuales, los cuales son patrones de conducta esperados que deben mantener una coherencia, desde lo corporal hasta lo conductual. Las mujeres trans de esta investigación realizan su definición de identidad refiriéndose a características como sus formas de vestir, comportarse y sentir, enmarcadas en lo femenino. En palabras de Bockting et al. (2009), Williams et al. (2016), Thurston & Allan (2018), González et al. (2018), esto genera un impacto positivo en la afirmación de la identidad de género, debido a que hay una alineación entre lo físico y psicológico, al reajustar su imagen corporal, encontrando correspondencia entre la idea de mujer que tienen en su pensamiento y su cuerpo.

Con respecto a su identidad, las mujeres trans piensan que no serán iguales a las mujeres cisgénero, sin importar cuantos cambios hagan. Por lo tanto, consideran que existen dos tipos de mujer: la biológica y la trans (Noseda, 2012). También, hombres y mujeres trans expresan el establecimiento de una nueva identidad de género, al lado de la femenina y la masculina, la trans; por lo tanto, señalan que es la cultura quien mantiene lo binominal, pero en la realidad de las personas, ya no existe dos formas únicas de comprender todo el espectro de la sexualidad humana, ya sea en la categoría sexo o género (Noseda, 2012; Noseda, 2016; Williams et al., 2016).

Entre las representaciones que las mujeres trans tienen sobre la sexualidad, aparece la idea de que esta se refiere a las formas de vivir de las personas, expresando su relación con el mundo a través de sus sentimientos, actitudes y percepciones. Estos datos muestran una comprensión más amplia del término, saliendo de lo puramente corporal o genital y, relacionando el mismo, con experiencias y situaciones de libertad, alegría con la vida y su relación con la autoestima. Así se encuentra similitud a lo expuesto por Thurston & Allan (2018) quienes refiere que las experiencias de vida impactan

en la transformación de las personas trans y configuran su identidad y libertad de expresión.

Esta última forma de significar el concepto de sexualidad puede estar relacionado con el hecho de que el vasto número de participantes en la investigación permitió que se evidenciara un contraste en el pensamiento y la profundidad de sus significaciones, debido a que había un rango de edades amplio y de escolarización diferente, es decir, aquellas que tenían algunos años de secundaria frente a otras que tenían estudios profesionales. Esta variedad de perspectivas se considera un aporte a las investigaciones con población trans, pues varios estudios aquí citados señalaron como limitación y recomendación para futuro trabajos, la amplitud en la muestra con diferentes características sociodemográficas, culturales y ocupaciones en la misma (Bockting et al., 2009; Caravaca & Itayra, 2017; González et al., 2018; Nosedá, 2012; Nosedá, 2016).

De acuerdo con las definiciones que las mujeres trans tienen alrededor del concepto de sexualidad, surgen diversas creencias que hacen referencia a las ideas o pensamientos que ellas asumen como verdaderas. Una de las creencias fuertes se da en torno a la relación de pareja, que para muchas termina tornándose como una fantasía por la dificultad que representa su consecución. Ellas manifiestan el deseo de establecer una relación de pareja en la que se sientan apoyadas y aceptadas, incluyendo el plan de conformar una familia. La pareja aparece como un ideal a alcanzar que podría satisfacer muchas necesidades como la compañía, o la ayuda para los momentos de soledad y falta de recursos que se dan en muchos momentos de la vida. Resultados similares aparecieron en los estudios de Williams et al. (2016) y Thurston & Allan (2018) quienes encontraron que la pareja para las personas trans es un espacio de reafirmación de su identidad, expresión y disfrute de su sexualidad.

Este ideal de pareja no se distancia del encontrado en las mujeres cisgénero, según el estudio sobre aproximación al concepto de pareja Stange et al. (2017), en el cual plantean cómo las mujeres buscan en los hombres personas protectoras, responsables, trabajadoras, fuertes y capaces de mantener económicamente un hogar. Esto apoya el modelo patriarcal, donde los hombres se encargan de mantener económicamente sus parejas y hogares. Este ideal, que también buscan las mujeres trans, se dificulta por la realidad que encuentran en los hombres con quienes conviven; por ejemplo, en el caso de la

manutención, ellas se encargan de mantener al hombre o comparten los gastos, pero no es una responsabilidad asumida estrictamente por los hombres. Un elemento que podría dar cuenta de esto es que, por el hecho de ser mujeres trans, ellas proveen las condiciones y el compañero acepta estar con ellas como pareja, como una especie de intercambio tácito.

Otra creencia se da alrededor de su orientación sexual. Ellas expresan un implícito heterosexual como condición natural en las personas, por lo cual, si se identifican como mujeres, el gusto debe ser por hombres cisgénero. Es por esto por lo que se definen como mujeres que solo desean ser penetradas y rechazan cualquier otra posibilidad de placer; algunas de ellas incluso se denominan a sí mismas, en torno a su orientación sexual como “heterotranssexuales”. Esta misma idea es expresada por Williams et al. (2016), cuando refiere que las mujeres demandan solo ser penetradas y definen su orientación sexual como heterosexual. Además, particularmente con la pareja, se sienten no reconocidas como mujeres cuando los hombres les piden ser penetrados por ellas, pues no les reconocen su identidad como mujeres, negando su identidad trans.

Lo anterior refleja cómo los modelos de apertura y libertad sexual que se demanda en términos de la identidad continúan estancados en lo referente a permitirse un disfrute del placer más allá del heteronormativo, el cual estableció la práctica sexual como el acto coital entre el hombre y la mujer. Así, en otras investigaciones y en menor medida en esta investigación, existen también las mujeres trans que se definen a sí mismas como bisexuales al permitirse tener relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, dado que la atracción fluctúa dependiendo de las experiencias y el proceso de transformación, considerando que se cuestiona tanto la orientación sexual como el rol de género (Williams et al., 2016). Un ejemplo de ello es cuando algunas participantes comentan que les gusta los hombres gays por sentir mayor complacencia, pues la relación con alguien ellos hacen menos estereotipada la relación sexual, lo que permite más apertura a las posibilidades de disfrute a través del contacto e interacción mutua.

Así mismo, resulta interesante que cuestionan la heterosexualidad de los hombres que deseen sostener relaciones con una mujer trans, considerando que algo no es tan claro para ellos. Es importante notar que sus expresiones frente este tema son contradictorias: por un lado,

luchan por ser reconocidas como mujeres, por otro lado, consideran que un hombre que guste de ellas no tiene clara su orientación sexual poniendo en duda su deseo de reconocimiento como mujeres. Esto evidencia quizá su falta de claridad en torno a las nuevas miradas de la diversidad.

Por su parte la infidelidad masculina expresa la continuidad del pensamiento patriarcal donde dicho comportamiento es aprobado por el hecho de ser hombres, tal como lo expresa Carmona (2011) en su estudio sobre parejas cisgénero heterosexuales, en el cual, desde el constructo que los sexos y géneros están alineados a comportamientos y expresiones específicas, las mujeres refieren que los hombres pierden más el control y tienen más deseo sexual, justificando así posibles infidelidades. Este pensamiento se evidencia también en las mujeres trans, pues en sus relatos expresan cierta resignación frente al comportamiento en general de los hombres, sin referirse específicamente a sus parejas. También, es probable que esta idea se relacione con una creencia acerca de que el amor no existe ya que consideran que los hombres son guiados esencialmente por el deseo y, por ello, generarles daño.

Ahora bien, un elemento diferenciador sobre la presencia de los modelos hegemónicos de dominación masculina es la satisfacción sexual. Para la mujer trans esta debe suceder entre dos personas, situación que difiere de lo que ha pasado con las mujeres cisgénero (Carmona, 2011), quienes han aprendido y permitido por mucho tiempo que el hombre disfrute y ellas se acostumbren a la satisfacción esporádica o casi ausente, y que la responsabilidad del bienestar de la relación recaiga en ellas. Por el contrario, las mujeres trans exigen a sus compañeros que el placer sea mutuo o no tienen relaciones. Es importante aclarar que este aspecto es referido a sus relaciones con la pareja, pues cuando se trata del trabajo sexual, expresan que esto es algo más superficial o carnal, aunque al mismo tiempo piensan que la sexualidad es mucho más. Sin embargo, es relevante señalar que cuando se les pregunta por el concepto de sexualidad, lo relacionan con el sexo solamente, dejando de lado la experiencia más amplia al hablar de la sexualidad en pareja.

Para muchas mujeres trans de esta investigación, la relación sexo-dinero, es directa, constituyendo una creencia sobre la sexualidad, dado que sus ingresos son conseguidos solo a través del trabajo sexual o también como modelos webcam. Aunque también están las que

ejercen otros trabajos como ser estilistas en peluquerías propias o de otras mujeres. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios (García, 2017; Williams et al., 2016) dado que su nueva sexualidad les permite acercarse a oportunidades como las labores domésticas y la estética y, desde lo sexual, la prostitución, actividades alineadas con ser mujer desde el rol tradicional.

En las historias de vida trans del presente Proyecto se evidencia entonces que las posibilidades para estas mujeres a nivel laboral son tan restringidas, que alcanzar diferentes escenarios profesionales y un nivel de vida satisfactorio, se puede tornar en un sueño difícil de lograr. Además, a esto se suma las dificultades que afrontan ante el rechazo familiar y social que hace difícil el acceso a mejores oportunidades de desarrollo. Según García (2017), esta es una de las razones fundamentales por las que las personas trans dejan sus familias, ya que esta, como institución, limita la sexualidad según lo hegemónico. Así mismo, estos elementos afectan la autoestima y el concepto que tienen de sí mismas y las lleva muchas veces a la idea de conseguir una pareja que les ayude en su sustento económico.

Por otro lado, en este recorrido por comprender las creencias sobre la sexualidad está la relación que ellas establecen con su órgano genital, donde se hace evidente las diferencias entre las mujeres transexuales y las transgéneros. En este sentido, están las mujeres que desean conservar su órgano (transgénero) y las que desean realizarse una cirugía de reafirmación de género (transexual). Es llamativo que en las primeras hay dos razones diferentes: por un lado, el deseo de sentir placer, disfrutar a través de su pene y, por otro lado, refieren que su órgano es lo que precisamente les permite ejercer como trabajadoras sexuales, dado que es llamativo para los hombres cisgénero, que sean estéticamente mujeres, pero con pene. Lo mismo en visto en los estudios de Nosedá, 2012 y Williams et al., 2016, quienes encuentran cómo las mujeres trans se definen desde su relación con su órgano sexual y, así mismo, su sexualidad y vivencia de esta, expresando que aquellas que incluyen su órgano genital en su definición, van en contra de lo heteronormativo (González et al., 2018).

A partir de todo lo presentado sobre el concepto y las creencias que las mujeres trans tienen sobre la sexualidad, se puede concluir que esta tiene relación con el sexo, entendido como el acto coital, el cual puede darse como una experiencia placentera o no, dependiendo de la persona con quien tenga la relación, su deseo de darle placer y si es

realizado como un oficio para su sustento. Así mismo la sexualidad en su definición tiene una profunda relación con el proceso de construcción de su identidad trans, la cual puede seguir los estándares tradiciones o fluir en el género. Las convenciones heteronormativas, que han marcado a todas las personas, cisgénero y trans, en torno a la orientación sexual, la vivencia de la relación de pareja, el rol de género, entre otra, continúan siendo la base del proceso de definición de sí mismas. Llama la atención la relación que algunas mujeres trans establecen con su órgano sexual, ya que lo integran a su definición de mujer y hace parte del disfrute de su sexualidad.

Por su parte, respecto al género, las experiencias de vida trans muestran una construcción de identidad y expresión de género en permanente moldeamiento e intersubjetividad a partir de los aspectos socioculturales, económicos, políticos, familiares y espirituales de los contextos en los cuales han vivido. Se visibiliza de manera importante la incorporación y transmisión de patrones binarios, cisgénero y heteronormativos que tienen a acercar a la mayoría de las mujeres al cumplimiento de esos imaginarios colectivos y normas.

Los escenarios hegemónicos asociados al género en el contexto colombiano se oponen a la diversidad contenida en las identidades y expresiones de género y legitiman un mundo tendiente al antagonismo y a construcciones binarias que expresen una correspondencia de las categorías sexo/género en congruencia con mujer/femenino y, hombre/masculino (Pérez, 2017). Estas concepciones culturalmente predominantes relacionadas al género y, para este caso, de lo que se entiende por feminidad permea las decisiones de las transformaciones corporales y la exigencia que refieren sobre los cánones de belleza de lo que implica ser una mujer en Colombia.

De esta manera, las mujeres se enfrentan de manera constante a dichas tensiones y sus lugares de tránsitos van dando cuenta de sus decisiones y formas de agenciar sus modos de vida ante estructuras sociales rígidas y excluyentes de manera más frecuente en sus historias de vida. Sin embargo, cada vez son más las mujeres trans que construyen su identidad desde lo femenino y deciden expresar una feminidad en deconstrucción de aquello “deseado” o “exigido” por la sociedad. Algunas de ellas, reconocen una oposición a mantener esos imaginarios y no consideran como una opción válida el realizar procedimientos o tomar decisiones que atenten contra su salud e



integridad, y menos por satisfacer los estereotipos promovidos por una sociedad bastante consumista y sexista.

De acuerdo con lo que se ha venido exponiendo, la identidad es algo que se introyecta por los procesos de socialización a lo largo de la vida, reconociendo de manera continua, quiénes son, sus gustos, sentimientos, luchas, decisiones y maneras de expresar aquello que son y van siendo. Los procesos de tránsito inician con el deseo de explorar, disfrutar y emplear vestuarios, accesorios, movimientos que tradicionalmente son asociados a otro género diferente al asignado al nacer. Elo se ve interferido por una oposición frecuente de las familias obligándolas a ocultar, negar o no seguir con dichas prácticas e incluso deseos. Incluso, más adelante son reforzados estos aspectos en los ámbitos laborales y educativos de las mujeres. No obstante, también encontramos experiencias de vida en las cuales el apoyo, la contención y el reconocimiento se ha dado de manera afirmativa, y estas han sido un recurso importante para favorecer los tránsitos y los procesos de salud y bienestar de las mujeres.

A partir de lo anterior, es importante resaltar algunos aspectos que permitan acompañamiento al interior de los diferentes espacios en que sucede la vida y para que las personas que transitan respecto al género. Primero, enfatizamos en la idiosincrasia de las construcciones identitarias y de las trayectorias que se tener los tránsitos. Cada persona es moldeada según los múltiples contextos en los que participa a lo largo de su vida y de la construcción de relaciones sólidas y afirmativas. Por tanto, todos los acompañamientos que se realicen deben acoger esa unicidad y no pretender que los y tránsitos y las transformaciones físicas y sociales estén ajustadas a los deberías o estándares hegemónicos de género y de la salud, mucho menos en tiempos particulares.

Segundo, es necesario que las instituciones de salud, educativas y familiares construyan caminos respetuosos y compasivos con cada ser humano, construyendo una sociedad legitimadora de la diversidad. Por último, las identidades trans, cis o no binarias pueden identificarse con cualquier orientación sexual y no se considera que el género determina una orientación sexual particular (Kuper et al., 2012).

## Referencias

- American Psychological Association. (2011). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género.
- American Psychological Association. (2016). Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Recuperado de [https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf)
- Ángel, Y. (2015). Relación entre construcción de identidad de género femenino en Cali y cambios corporales en mujeres transgénero de la ciudad de Cali. [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3409/1/Relacion\\_construccion\\_identidad\\_genero\\_angel\\_2015.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3409/1/Relacion_construccion_identidad_genero_angel_2015.pdf)
- Anzani A., Sacchi S., Prunas A. Microaggressions Towards Lesbian and Transgender Women: Biased Information Gathering When Working Alongside Gender and Sexual Minorities. (in preparation)
- Austin, A. & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21–29. <https://doi.org/10.1037/a0038642>
- Austin, A., Craig, S. L. & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics*, 40(1), 141-156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Austin, A., Craig, S. L. y D'Souza, S. A. (2018). An AFFIRMative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1-8. <https://doi.org/10.1037/pro0000154>
- Aylagas-Crespillo, M., García-Barbero, O. & Rodríguez-Martín, B. (2017). Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies. *Enfermería Clínica*, 28(4), 247-259.
- Badgett, M.V. Lee & Waaldijk, Kees & Rodgers, Yana van der Meulen, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence," *World Development*, Elsevier, vol. 120I, pages 1-14.
- Baptiste-Roberts, K. Oranuba, E., Werts, N. & Edwards, L. (2017). Addressing health care disparities among sexual minorities. *Obstetrics*

- and Gynecology Clinics of North America* 44, 71–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>
- Bento, B. (2012). Sexuality and trans experiences: From the hospital to the bedroom. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2655-2664. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>
- Bergero, T., Ballester, R., Gornemann, I., Cano, G., y Asiain, S. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del comportamiento sexual de los transexuales: el CSTM. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 11-30. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/desarrollo-y-validación-de-un-instrumento-para-la/docview/1518518480/se-2?accountid=207692>
- Bockting, W., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 688-701. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2421/10.1007/s10508-009-9489-3>
- Boscan Leal, A. (2008). Las nuevas masculinidades positivas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 93-106. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-52162008000200006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200006&lng=es&tlng=es).
- Bristol, S., Kostelec, T., & MacDonald, R. (2018). Improving Emergency Health Care Workers' Knowledge, Competency, and Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients Through Interdisciplinary Cultural Competency Training. *Journal of emergency nursing*, 44(6), 632–639. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.03.013>
- Budge, S. L., Adelson, J. L. & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T. y Hoyt, W. T. (2020). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy*, 58(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Builes, M., Anderson, M. y Aragón, B. (2017). Devenir otro: transformaciones del terapeuta que atiende a parejas lesbianas y gays. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 12-21.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., García Nieto, I., Orre, C., ... Motmans, J. (2019). Health disparities between binary

- and non binary trans people : a community-driven survey. *INTERNATIONAL JOURNAL OF TRANSGENDERISM*, 20(2–3), 218–229.
- Campo, A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Estigma y discriminación a profesional de la salud transgénero. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 41–45.
- Caravaca, J. & Itayra, M. (2017) Social Representations of Sex and Gender among Trans People. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1235–1243. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0581>
- Carmona, M. (2011). ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Estudios Feministas*, 19(3), 801–821. <https://www.jstor.org/stable/24327981>
- Castillo, C. y González, S. (2015). Creencias y prácticas de la sexualidad en adolescentes embarazadas en Cartagena, Colomb–a - 2014. *Investigación y Desarrollo*, 23(2), 312–337. <https://dx.doi.org/10.14482/indes.23.2.7068>
- Chárriez, M. y Seda, J. (2015) Los servicios de apoyo a las personas transgénero: Una realidad imperceptible. *Revista Griot*, 1(8), 73–84.
- Chisolm, M., Willging, C., Daul, A., McNamara, S., Sante, S., Shattuck, D & Crandall, C. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183–188.
- Congreso Mundial de Salud Sexual en la Ciudad de México (2019). *Declaración sobre el Placer Sexual*. <https://www.etsex.cl/wp-content/uploads/2021/05/WAS.-2019.-Declaracion-sobre-el-Placer-Sexual.pdf>
- Dickey, L.M. A.A Singh (2017). Social Justice and Advocacy for Transgender and Gender-Diverse Clients. *Psychiatr Clin N Am* 40, 1–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.009>
- Domínguez, C., Ramírez, S y Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296–30. <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., y Faii, V. (2016). Affirmative Practice with Transgender and Gender Nonconforming Youth: Expanding the Model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165–172. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000167>
- Eisenberg, E. & Zervoulis, K. (2020) All flowers bloom differently: an interpretative phenomenological analysis of the experiences of adult

- transgender women. *Psychology & Sexuality*, 11(1-2), 120-134.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/66935>
- Esteban, C., González-Rivera, J.A., Francia-Martínez, M. y Lespier, Z. (2020). Desarrollo y validación de la escala de distancia social hacia personas trans. *Revista Evaluar*, 20(1), 33-45.
- Farías Muñoz, L y Cuello Riveros, V. (2018). Percepción y autopercepción de los estereotipos de género en estudiantes universitarios de la región de Valparaíso a través de la publicidad. *Revista de Comunicación*, 17 (1). <https://doi.org/10.26441/RC17.1-2018-A8>
- Farji, A. (2018). Los profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género Argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Revista de Saúde Colectiva*, 28(3), 1-18.
- Fernández Rodríguez M., Guerra Mora P., García Vega E. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*;34(122):317-35.
- Fernández Rodríguez M., Guerra Mora P., García Vega E. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH. Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*;34(122):317-35.
- Fernández, B. y Yajaira, D. (2019) *Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019*. [https://editorial.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/VulnerabilidadVIH\\_baja.pdf](https://editorial.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/VulnerabilidadVIH_baja.pdf)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para las personas LGBTI, Bogotá DC.
- Ford, J., Corona E., Finotelli, I., Fortenberry, J., Kismödi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E. & Coleman, E. (2019). Why Pleasure Matters: Its Global Relevance for Sexual Health, Sexual Rights and Wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 217-230. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1654587>
- Francia-Martínez, M., Esteban, C. y Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*,

28(1), 98-113.

- Francia-Martínez, M., Esteban, C. y Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 98-113.
- Freese, R., Ott, M. Q., Rood, B. A., Reisner, S. L. & Pantalone, D. W. (2017). Distinct Coping Profiles Are Associated with Mental Health Differences in Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Journal Clinical Psychology*, 74(1), 136-146.
- García, L. (2017). Transitar por américa latina: Redes, trabajo y sexualidad. *Iconos*, 21(3), 185-204. <https://doi.org/10.17141/iconos.59.2017.2489>
- Geist, C., Greenberg, K., Luikenaar, R. y Mihalopoulos, N. (2020). Pediatric Research and Health Care for Transgender and Gender Diverse Adolescents and Young Adults: Improving (Biopsychosocial) Health Outcomes. *Academic Pediatrics*. Artículo en prensa
- Godoy, Gabriel César (2019). La identidad de género trans: una construcción relacional y contextualizada (San Luis, Argentina, 2013-2015). *Athenea Digital*, 19(3), 1-27. <https://www.redalyc.org/journal/537/53765168024/html/>
- González, D., Mahtani, V., Báez, D. y Fernández, M. (2018). La transexualidad y el proceso de reasignación sexual desde la perspectiva de los varones transexuales: un enfoque cualitativo. *Revista Internacional de Andrología*, 16(2), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.02.003>
- Hendricks, M. L. y Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460-467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Israel, T., Matsuno, E., Choi, A. Y., Goodman, J. A., Lin, Y.-J., Kary, K. G. & Merrill, C. R. S. (2020). Reducing Internalized Transnegativity: Randomized Controlled Trial of an Online Intervention. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000447>
- Kaplan, R.L., El Khoury, C., Lize, N., Wehbe, S. y Mokhbat, J. (2019). Feasibility and Acceptability of a Behavioral Group Support Intervention Among Transgender Women: A Sexual and Mental Health Mixed-Methods Pilot Study in Beirut, Lebanon. *AIDS Education*

- and Prevention*, 31(3), 246-258. Doi: 10.1521/aeap.2019.31.3.246
- Kaplan, R.L., El Khoury, C., Wehbe, S., Lize, N. & Mokhbat, J. (2020). Pilot Results from the First HIV/AIDS Intervention Among Transgender Women in the Middle East: Gender Affirmation and Social Support from Within Trans Communities in Beirut, Lebanon. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 36(6), 501-512.
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Veters, R., Forcier, M. & Austin, S. B. (2018). Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 582-590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Klein, A. & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193–199. <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lgbt.2015.0111>
- Knutson, D., Kertz, S., Chambers-Baltz, S., Christie, M. B., Harris, E. & Perinchery, R. (2020). A pilot test of a text message-based transgender and nonbinary affirmative cognitive-behavioral intervention for anxiety and depression. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1-11. <https://doi.org/10.1037/sgd0000438>
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244–254.
- Livingston, N. A., Berke, D. S., Ruben, M. A., Matza, A. R., & Shipherd, J. C. (2019). Experiences of trauma, discrimination, microaggressions, and minority stress among trauma-exposed LGBT veterans: Unexpected findings and unresolved service gaps. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(7), 695–703. <https://doi.org/10.1037/tra0000464>
- Lozano-Beltrán, J.A. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119.
- Markwick, L. (2016) Male, Female, Other: Transgender and the Impacto in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(5). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/295864231\\_Male\\_Female\\_Other\\_Transgender\\_and\\_the\\_Impact\\_in\\_Primary\\_Care/citations](https://www.researchgate.net/publication/295864231_Male_Female_Other_Transgender_and_the_Impact_in_Primary_Care/citations)
- Ministerio de Educación (2015). Enfoque de orientaciones sexuales e iden-

- tidades de género. Recuperado de [https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-357277\\_recurso\\_3.pdf](https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-357277_recurso_3.pdf)
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). "Without this, I would for sure already be dead": A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266-280. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000130>
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R. y Keuroghlian A. S. (2020). A Blueprint for Planning and Implementing a Transgender Health Program. *The Annals of Family Medicine*, 18(1), 73-79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>.
- Nieder, T. y Strauss, B. (2015). Transgender health care in Germany: Participatory approaches and the development of a guideline. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 416-426. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.107456>
- Nosedá, J. (2012). Muchas formas de transexualidad: diferencias de ser mujer transexual y de ser mujer transgénero. *Revista de Psicología*, 21(2), 7-30. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.25835>
- Nosedá, J. (2016). ¿Existen otras formas de tener sexo? Sexualidad en hombre transexuales. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), 238-247. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/79/pdf>
- Oransky, M., Zacher, E. y Steever, J. (2019). Interdisciplinary Model for Meeting the Mental Health Needs of Transgender Adolescents and Young Adults: The Mount Sinai Adolescent Health Center Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 603-616. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.002>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Concepto de Sexualidad. Recuperado de [https://www.amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe\\_va\\_a\\_la\\_escuela/esi/02-definicion\\_sexualidad.pdf](https://www.amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe_va_a_la_escuela/esi/02-definicion_sexualidad.pdf)
- Osborne, R y Molina, C. (2008). Evolución del concepto de género (Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubín y Butler). *Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (15), 147-182. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297124045007>
- Pérez, A. (2017). Transitar periferias y resistir en la precariedad: cuerpos e identidades trans en el Caribe colombiano. *Tabula Rasa*, (26), 353-374. <https://doi.org/10.25058/20112742.201>
- Platt, L. F. & Bolland, K. S. (2017). Trans\* Partner Relationships: A Qualitative Exploration. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(2), 163-185.



- <https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1195713>
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C. & Feder, S. (2019). Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1-23. <https://cutt.ly/QhjFVXE>
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L. y Mayer, K. (2015). Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584–592. doi:10.1007/s11524-015-9947-2
- Riggs, D. W., Von Doussa, H. & Power, J. (2017). Transgender people negotiating intimate relationships. In P. Dunk-West & T. Hafford-Letchfield (Eds.), *Sexuality, Sexual and Gender Identities and Intimacy Research in Social Work and Social Care* (pp. 1-26). Routledge. [https://www.researchgate.net/publication/322020087\\_Transgender\\_people\\_negotiating\\_intimate\\_relationships](https://www.researchgate.net/publication/322020087_Transgender_people_negotiating_intimate_relationships)
- Rubio, E. (s.f.). Sobre la sexualidad humana: Los Cuatro Holones sexuales. [http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_06\\_Sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_06_Sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf)
- Shaikh, S., Mburu, G., Arumugam, V., Mattipalli, N., Aher, A., Mehta, S. y Robertson, J. (2016). Empowering communities and strengthening systems to improve transgender health: outcomes from the Pehchan programme in India. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2), 1-9. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.3.20809>
- Singh, A. A., Boyd, C. J., & Whitman, J. S. (2010). Counseling competencies with transgender and intersex persons. In J. A. Erickson Cornish, B. A. Schreier, L. I. Nadkarni, L. Henderson Metzger, and E. R. Rodolfa (Eds.), *Handbook of multicultural counseling competencies* (pp. 415–441). New York, NY: Wiley
- Sloan, C. A., Berke, D. S. y Shipherd, J. C. (2017). Utilizing a dialectical framework to inform conceptualization and treatment of clinical distress in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(5), 301-309. <https://doi.org/10.1037/pro0000146>
- Soares, M. y Alves de Toledo, M. (2012). Dialogando con estudios acerca de las vivencias afectivo-sexuales de las parejas de transexuales. *Liberabit*, 18(2), 125-129. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n2/a03v18n2.pdf>
- Spencer, K. G. & Vencill, J. A. (2017). Body beyond: A pleasure-based,

- sex-positive group therapy curriculum for transfeminine adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(4), 392–402. <https://doi.org/10.1037/sgd0000248>
- Spencer, K. G., & Vencill, J. A. (2017). Body beyond: A pleasure-based, sex-positive group therapy curriculum for transfeminine adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(4), 392–402.
- Stange, I., Ortega, A., Moreno, M., y Gamboa, C. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología Para América Latina*, (29), 722. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2017000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000300002)
- Strauss, P., Morgan, H., Wright-Toussaint, D., Lin, A., Winter, S. & Perr, Y. (2019). Trans and gender diverse young people's attitudes towards game-based digital mental health interventions: A qualitative investigation. *Internet intervention*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100280>
- Suess Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev* 41, 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>
- Thurston, M. & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychology Review*, 66, 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E. y Spack, N. P. (2015). Serving Transgender Youth, Dilemmas, and Clinical Examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037490>
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9, 116-121.
- Walton, H. M. y Baker, S. L. (2017). Treating Transgender Individuals in Inpatient and Residential Mental Health Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 592-602. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.09.006>
- Williams, C., Weinberg, M. & Rosenberger, J. (2016). Trans Women Doing Sex in San Francisco. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1665–1678. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0730-6>

# Capítulo 4. Apoyo social desde la perspectiva de mujeres trans en Colombia

## Introducción

Como lo hemos venido presentando hasta el momento, el *Proyecto TranSER*, se centró en las experiencias de vida de las mujeres trans. Antes de continuar, hay que recordar el uso de la categoría *trans*, la cual alude a un término que abarca a todas las personas que sienten que su identidad de género difiere del sexo asignado al nacer (American Psychological Association [APA], Concha y Hoyos-Hernández, 2023; Hoyos-Hernández y Valderrama, 2020; Montoya y Hoyos-Hernández, 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). No obstante, esta no es solo una categoría que puede ser explicada por una definición conceptual en sí misma, sino que también debe ser comprendida desde lo que implica para una persona estar dentro de la sociedad como la colombiana e identificarse como trans.

Las personas que se identifican como trans irrumpen en muchas sociedades lo que se establece como lo normado, desde la lectura binaria del género, lo femenino y masculino de acuerdo con el sexo asignado al nacer. En ese sentido, las personas trans se enfrentan a situaciones de discriminación, rechazo y estigmatización, lo que complica y obstaculiza su desarrollo como sujetos sociales (Rubio Arribas, 2009). ¿De qué manera puedo ir en busca de mi identidad de género en una sociedad que reprime a partir de concepciones heteronormativas y hegemónico-patriarcales? La respuesta continúa en discusión. A pesar de todos los factores que pueden afectar la calidad de vida y el bienestar de las personas trans, ellas siguen adelante con sus procesos de tránsitos (Lozano-Beltrán, 2018; Rubio Arribas, 2009).

De esta forma, no puede ignorarse el hecho de que las personas trans se enfrentan a una sociedad que constantemente tiene una respuesta violenta frente a su identidad y su expresión de género, transgrediendo sus derechos y su dignidad como seres humanos, siendo esto vivenciado desde su núcleo más próximo, como la familia,

hasta el menos cercano, como lo son las personas del común o de su entorno laboral (Rubio Arribas, 2009). Este panorama no solo lo enfrentan las personas trans, toda la comunidad LGTBIQ+ pueden vivir estas situaciones (Higa et al., 2014; McConnell et al., 2015; Milner et al., 2019; Vázquez et al., 2020).

Las mujeres trans han tenido que enfrentar diversos retos en sus procesos de tránsito, por ello, las redes de apoyo son fundamentales para afrontar dichos retos. Por esta razón, el presente capítulo indaga los aspectos, los espacios o las personas que para las mujeres trans cumplen una función de apoyo social y que contribuye a su bienestar. No obstante, tras una revisión de literatura, se identificó que hay una ausencia de estudios respecto al apoyo social con mujeres trans.

En este sentido, se tuvo en cuenta una comprensión de la pluralidad y las dinámicas de inclusión y exclusión, a partir de la experiencia de las personas como eje central, en este caso las vivencias de las mujeres trans participantes. Se reconoce que cada experiencia se encuentra situada en un contexto particular y es producto de la historia cultural, política y económica de la sociedad a la que pertenecen. De acuerdo con ello, la interseccionalidad se puede definir como un conjunto de distintos marcadores que designan el lugar social de una persona (Rivera Sanín, 2016) creando experiencias de vida desigualdades e inequitativas cualitativamente únicas a partir de múltiples formas entrelazadas de opresión y privilegio (Kline, 2020).

Dentro de las investigaciones revisadas, se encontró un estudio realizado por Lozano-Beltrán (2018), en la ciudad de Bogotá, que buscó conocer las principales prácticas de autocuidado y el apoyo social recibido durante el proceso de transformación de 5 mujeres trans. Este estudio encuentra que hay situaciones de discriminación, invisibilidad, violencia y exclusión que estas mujeres deben afrontar, no solo durante su transición, sino también antes y después de este proceso.

Respecto a lo encontrado por Lozano-Beltrán (2018), se identificó que, tras vivir los diferentes riesgos durante el proceso de transición, terminaron adoptando diferentes prácticas de autocuidado porque para ellas tuvo mayor significado lograr su objetivo, que el sometimiento al riesgo (especialmente social) que dicho proceso traía. Así, lograr la identidad deseada por ellas les permitió acercarse a un estado de mayor bienestar. De hecho, destacaron que, aun

reconociendo el riesgo de falta de apoyo del contexto social, lo asumen para cumplir al propósito planteado para sus vidas.

Por su parte, Milner et al. (2019) llevaron a cabo una investigación con mujeres trans de la República Dominicana, en la cual examinaron la relación entre el apoyo social familiar, las experiencias de estigma y discriminación, la calidad de vida y el trabajo sexual. El análisis de los resultados examinó las diferencias entre las encuestadas involucradas en el trabajo sexual y las que no lo hacen, dando cuenta de que la participación en el trabajo sexual se asocia, por un lado, con un nivel bajo de apoyo social y calidad de vida y, por el otro, con mayores experiencias de estigma, discriminación y abuso. Desde esta perspectiva, las mujeres del estudio experimentaron intensas discusiones y problemas con familiares que no eran sus padres, profesores o jefes, compañeros de clase y amigos cercanos, así como la pérdida de amistades significativas a consecuencia de su elección laboral. Los autores enfatizan en la necesidad de implementar y hacer cumplir una política global contra la discriminación de las personas LGTBIQ+ que busque garantizar la salud, la seguridad, la dignidad y el bienestar de las personas trans, no solo en las naciones de altos ingresos, sino en entornos con recursos limitados.

En esa línea de análisis, para dimensionar la presencia y ausencia del apoyo social Vázquez et al. (2020) realizaron un estudio con 81 participantes (36 personas trans y 45 cisgénero), entre los 15 y 60 años de edad. Se hizo una comparación entre personas trans y cisgénero, y dos formas de apoyo social: el apoyo social estructural, que se caracteriza por la cantidad de relaciones sociales de una persona; y el apoyo funcional, relacionado con grado en que esas relaciones interpersonales son funcionales para la vida de estas personas en situaciones o momentos específicos. También indagaron las dimensiones que dan cuenta del apoyo social, como lo son: la funcional (afectivo), la informacional (orientación), la instrumental (material o asistencia) y la interacción social positiva (disponibilidad de las personas de su red de relaciones para actividades de ocio).

Los resultados del estudio de Vázquez et al. (2020) arrojaron que no existen diferencias significativas en el apoyo social percibido y sus diferentes dimensiones en este grupo de participantes trans y cisgénero. Esto puede deberse a que las personas trans del estudio estaban vinculadas a una organización que trabaja para apoyarlas y orientarlas en el proceso. Por otro lado, se encontró que hay mayor

percepción de apoyo social en los jóvenes trans que en los adultos, específicamente sobre el acceso a ayuda material, instrumental o asistencial. Igualmente, respecto a la percepción de apoyo social en función de la situación laboral, se encuentra un nivel mayor de apoyo social en personas trans que están activas laboralmente que las desempleadas, y se encontró que las personas trans que tienen pareja perciben un mayor apoyo social que aquellas que no la tienen, esto último similar a lo encontrado por Lempereur et al. (2019).

Estudios dan cuenta de la importancia de tres fuentes de apoyo social: familia, pares y pareja para la salud mental (McConnell et al., 2015; McConnell et al., 2016; Higa et al., 2014). De esta manera, el apoyo familiar es una de las fuentes de apoyo más significativa para la población LGTBQ+, que juega un papel doble, puede ser un factor que contribuye al desarrollo y bienestar de los jóvenes o puede resultar ser un factor que, basado en el rechazo, promueve actitudes de riesgo y aumenta el estrés. De acuerdo con lo anterior, cuando está presente el apoyo y la aceptación familiar puede generarse un alto nivel de autoestima, salud física y salud mental en los jóvenes, además de contribuir a la disminución de sentimientos como la angustia, la soledad y el temor. Sin embargo, las familias no siempre están dispuestas a brindar este tipo de apoyo, lo cual hace que la población LGTBQ+ busque su verdadero apoyo en sus pares, a quienes describen como su principal fuente de apoyo (McConnell et al., 2016).

Un estudio realizado por Pulice-Farrow et al. (2017) quienes estudiaron las microagresiones trans que ocurren en el contexto de las relaciones y encontraron que los participantes que se identificaban como trans, transfemenino o transmasculino, reconocieron cualquier tipo de microagresión por parte de una pareja romántica. Si bien en investigaciones previas se reconoce la pareja como un apoyo esencial para la población trans, este estudio deja ver que la pareja también se constituye como un factor de riesgo.

La religión, la escuela, el vecindario y la comunidad inciden en la salud mental y bienestar de los jóvenes LGTBQ+. La escuela es un ambiente donde prevalecen los factores negativos pues es un espacio de acoso verbal, psicológico y físico, más que de apoyo social (Higa et al., 2014). En lo que respecta a la religión, esta puede ser un factor negativo para la salud mental y el bienestar debido a los malos comentarios respecto a su orientación sexual o de género por

parte de personas que hacen parte de las comunidades religiosas. Sin embargo, también puede ser formas de darle fortaleza a su vida. En cuanto al vecindario, existen algunos factores positivos como poder pertenecer a diferentes grupos deportivos y de escritura. Finalmente, respecto a los grupos organizados de la comunidad LGTBIQ+, los participantes nombraron más factores positivos que negativos, pues dichos grupos son fuente de información y apoyo, y constituyen un lugar seguro donde pueden ser ellos mismos y conocer personas que entienden por lo que pasan (Higa et al., 2014).

El estudio de Higa et al. (2014) encontró que tener un carácter flexible, es un factor positivo que permite que ellos puedan tener un control propio acerca de su identidad sexual o de género, así como de la forma como se presentan ante los demás, lo cual hace que no tengan que ajustarse a los roles de género estipulados socialmente. Por su parte, McConnell et al. (2016) establecieron en su estudio que la mayoría de los jóvenes mostraron un incremento en el apoyo social con el tiempo y pudo verse reflejada una actitud de resiliencia.

La población trans históricamente ha enfrentado múltiples formas de acoso, violencia y discriminación como el cisgenderismo y la transfobia (Kline, 2020; Sherman et al., 2020). Desde esta perspectiva, el Modelo de Estrés de las Minorías de género ha sido de gran importancia para reconocer la “conexión comunitaria trans” (TCC) como un moderador capaz de reducir los efectos negativos de la victimización relacionada con el género, la transfobia internalizada y el prejuicio anticipado sobre la salud mental entre las personas trans. Es una propuesta de apoyo desde los grupos de referencia para apoyarse y acceder a los derechos que se tiene como ciudadano, por ejemplo, a la salud (Sherman et al., 2020).

El estudio de Sherman et al. (2020) también encontró que las redes sociales son un recurso para lograr conectarse con otras personas que compartían sus identidades étnicas, raciales y de género, al igual que el compromiso comunitario como impulsador para la búsqueda de atención médica en resonancia con las necesidades asociadas a la transición de género. En general, la TCC se vinculó con resultados óptimos como la mejora de la salud y el bienestar mental (resiliencia, autoaceptación, autoestima, autoconcepto, etc.), una mayor conexión

para la atención, exploración apoyada de identidades sexuales y de género, y transición de género informada.

Por otra parte, el apoyo social puede ser considerado como predictor de problemas psicológicos relacionados con baja autoestima, ansiedad y depresión según un estudio realizado en Tailandia por Tantirattanakulchai y Hounnaklang (2020), el cual tuvo por objetivo determinar la asociación entre apoyo social y depresión en una muestra de 280 mujeres trans, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 53 años. Los hallazgos arrojaron que el 58% de la muestra había experimentado depresión, y pese a que la mayoría reportaron vivir con su familia, muchas expresaron una percepción baja de apoyo por parte de estos, concluyendo que la vivencia del rechazo familiar les hace vulnerables a comportamientos poco saludables (consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo, conductas autolesivas), que a su vez se correlacionan con la depresión y que tienen consecuencias nocivas para la salud.

Los ~~estos~~ estudios previamente referenciados muestran un panorama en el que existe, por una parte, una comunidad trans que ha sido fuertemente afectada por diferentes tipos de violencia, estigmatización y discriminación y, por otra, un panorama que comienza a ser esperanzador si se lee desde una perspectiva de progreso y lucha que ellos-ellas mismos-as han llevado a cabo. En definitiva, fuentes de apoyo cruciales para los procesos de tránsitos de las personas trans, así como también hay otras fuentes que se tornan violentas y han afectado su bienestar.

El concepto de apoyo social se ha ido construyendo a lo largo de la historia. Varios autores lo han definido como una categoría que hace parte de la complejidad de una sociedad que contiene en sí misma múltiples factores estresores y amortiguadores del estrés, y que se presentan usualmente en las diferentes relaciones sociales (Barra Almagiá, 2004; Barrón López y Chacón Fuertes, 1992; Iglesias y Arias, 2015). Barra Almagiá (2004) lo define así: “el apoyo social se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social” (p. 238). En otras palabras, el apoyo social cumple un papel esencial en la esfera relacional-social, puesto que es generador de bienestar, tanto en la salud mental como física, de las personas que lo viven y lo sienten.

Por su parte, Iglesias y Arias (2015) concuerdan con la idea sobre el efecto beneficioso que trae a las personas el sentirse apoyadas, ya



sea por parte de su núcleo más cercano, como por ejemplo su pareja, como por parte de alguien de su red social. Percibir el apoyo social genera efectos positivos, por ejemplo, contribuye a reducir niveles de ansiedad, de estrés, genera sentimientos de bienestar y seguridad, incita a asumir conductas adaptativas, refuerza la autoestima, el autocontrol, etc. (Barra Almagiá, 2004; Barrón López y Sánchez Moreno, 2001; Fernández Peña, 2005). No obstante, así como percibir apoyo social trae beneficios para su salud, no percibirlo puede constituir un riesgo (Barra Almagiá, 2004; Iglesias y Arias, 2015).

Por otro lado, se han desarrollado dos hipótesis que describen el rol del apoyo social en la vida de las personas (Barrón López y Chacón Fuertes, 1992; Barra Almagiá, 2004; Barrón López y Sánchez Moreno, 2001). En la primera, el apoyo social cumple un rol de amortiguador frente a una situación vital estresante, lo que quiere decir que, al contar con cualquier tipo de apoyo social, los acontecimientos estresantes se hacen mayormente llevaderos. En la segunda, el apoyo social es independiente a las situaciones generadoras de estrés y cumple un papel importante en el bienestar de las personas, así no estén atravesando por ninguna situación estresante. A partir de estas perspectivas se han establecido diferentes estudios y discusiones que argumentan a favor de cada una y, aunque no es el caso de este estudio, es importante definir las.

Otro punto fundamental para definir el apoyo social es la distinción entre el apoyo social percibido (nivel subjetivo) y el apoyo social recibido (nivel objetivo) (Barra Almagiá, 2004; Barrón López y Chacón Fuertes, 1992). El primero se caracteriza por ser el apoyo que a nivel cognitivo las personas son capaces de reconocer e identificar en su vida, es la apreciación que se puede hacer del apoyo que se recibe. El segundo se caracteriza en función de la cantidad y la calidad de la red social de cada persona que, en términos conceptuales, se refiere a dos dimensiones: la estructural-cuantitativa que se enfoca en la cantidad de vínculos o relaciones que tiene una persona y que conforma su red social (por ejemplo, cantidad de amigos); y la funcional-cualitativa, que se centra en la calidad, cercanía y significado que tienen ciertas relaciones y vínculos de la red social del individuo (Barra Almagiá, 2004; Barrón López y Sánchez Moreno, 2001; Iglesias y Arias, 2015).

De acuerdo con lo anterior, se deben tener en cuenta tanto el apoyo social percibido como el apoyo social recibido al momento de evaluar el apoyo social en un individuo, especialmente a nivel

subjetivo, pues la percepción subjetiva del apoyo social que una persona siente que recibe se considera la principal promotora de salud y bienestar (Fernández, 2005). Además, esta distinción es importante porque la ausencia de la percepción del apoyo no permite que este pueda llegar a ser utilizado (Barrón López y Chacón Fuertes, 1992; Fernández Peña, 2005; Iglesias y Arias, 2015).

Ahora bien, el apoyo social puede provenir de diferentes fuentes sociales, pues cada persona hace parte de distintos contextos y comunidades, y esto implica que la red de apoyo sea un constructo de varias fuentes significativas para una persona. Algunas perspectivas las clasifican en tres: la comunitaria, las redes sociales y las amistades íntimas (Barra Almagiá, 2004; Barrón López y Chacón Fuertes, 1992; Barrón López y Sánchez Moreno, 2001; Fernández Peña, 2005; Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015). Sin embargo, en ocasiones las fuentes que representan un apoyo terminan siendo causa de discriminación, incluso cuando esas fuentes han pasado por situaciones similares como es el caso de la endodiscriminación, descrita por Castelar y Quintero Aguirre (2012) como el acto de realizar afirmaciones cargadas de prejuicios para referirse a personas de un mismo grupo social.

En primer lugar, la comunidad es una de las fuentes menos estudiada o tenida en cuenta en las investigaciones, pues usualmente, al indagar sobre el apoyo social, se hace énfasis en las relaciones más íntimas y cercanas de las personas (Fernández Peña, 2005; Gracia y Herrero, 2006). No obstante, el apoyo que aporta la comunidad es tan importante como el de los vínculos más íntimos (Gracia y Herrero, 2006). El apoyo social comunitario, se refiere al apoyo que recibe un individuo cuando participa en diferentes grupos sociales, cuando tiene contacto con habitantes del vecindario en el que vive, cuando se vincula a asociaciones de manera voluntaria, etc. Esto genera en las personas un sentimiento de pertenencia y un sentido de identidad social que aporta a su bienestar psicológico y físico (Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015).

En segundo lugar, la red social es una fuente de apoyo más cercana al individuo que la comunidad misma (Gracia y Herrero, 2006). La red social consiste entonces, en aquellas relaciones y vínculos que requieren de un contacto más cercano e interpersonal, más allá de la sola participación como lo es en el caso de la comunidad. Son relaciones que generan en los individuos sentido de unión y

sentimiento de vinculación que promueve el estado de bienestar (Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015).

Por último, la fuente más cercana a los individuos son las relaciones íntimas o de confianza, la cual se caracteriza por ser aquellos vínculos significativos que llevan a los individuos a asumir una actitud de compromiso, responsabilidad y reciprocidad por el bienestar de otro (Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015). Dentro de esta fuente se encuentra el grupo de pares, el cual hace referencia a aquellos grupos de iguales que proporcionan al individuo información, soporte emocional y sentido de pertenencia (Amaya-Hernández et al., 2016).

En este sentido, los grupos de iguales resultan fundamentales en los procesos de construcción identitarios, puesto que estos pueden tomar el lugar de la familia, la cual se ve amenazada al ser un núcleo de pertenencia del sujeto que requiere diferenciarse (Martínez, 2007). Por lo anterior, el individuo tiene la necesidad de buscar vínculos que proporcionen seguridad, reconocimiento social, medios de acción y afecto. Finalmente, el apoyo que proporciona cada fuente es beneficioso, lo cual se evidencia en sentimientos, acciones, manifestaciones y expresiones, tanto a nivel físico como psicológico de la persona que lo recibe (Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015).

Por otro lado, Barrón López y Sánchez Moreno (2001) dan cuenta del papel que cumplen las variables socio estructurales al momento de hablar de apoyo social, factores como la clase y la integración social deben ser tenidos en cuenta, puesto que pueden propiciar el aumento del estrés o actuar como amortiguadores sociales para las personas. La clase social y económica, el sexo, la edad, la raza y el género son sistemas que clasifican a las personas en ciertas condiciones sociales, y que en la mayoría de las ocasiones eso determina aquello que reciben socialmente. En este caso, el apoyo social está ligado a estas características, pero esa es una relación que debe seguir siendo estudiada a profundidad.

Por otro lado, Barra Almagiá (2004) señalan que la similitud de condiciones y experiencias entre el apoyador y el apoyado es un factor que trae beneficios para la persona que recibe el apoyo social, sea cual sea la fuente. Lo anterior se traduce en que cuando las personas reciben apoyo de un individuo que ha sufrido o pasado por una situación semejante a la de ellas, se sienten mayormente comprendidas y validadas respecto a sus sentimientos y experiencias. Además, cuando

una persona ya ha pasado por algo similar esta se vuelve un referente que motiva, inspira, orienta, brinda herramientas y estrategias de afrontamiento frente a la situación, contribuyendo a su proceso de desarrollo y crecimiento. De esta forma, el apoyo efectivo no depende únicamente del tipo de relación entre ambas partes, sino del grado de familiaridad que tenga el apoyador con experiencias similares al apoyado, que pueda ser fuente de orientación.

En síntesis, el apoyo social constituye un elemento fundamental a considerar cuando se indaga sobre el bienestar de una persona, dado que puede actuar como un factor protector o influir como un factor de riesgo. En ese sentido, es importante tener en cuenta tanto el apoyo social percibido como el apoyo social recibido para generar un concepto integral de apoyo. Así mismo, tener en cuenta las fuentes de apoyo del individuo, especialmente las que constituyen relaciones significativas, y las circunstancias que atraviesan la experiencia de apoyo.

## Resultados

Escuchar la voz de las mujeres trans participantes fue un compromiso a lo largo del proyecto, puesto que son estas voces las que abren el espacio para continuar co-construyendo propuestas de reflexión y acción, que permitan generar más conciencia sobre las barreras que existen para esta población y, de esta manera, contribuir a la construcción de una sociedad incluyente y respetuosa que ofrezca una red de apoyo para todas las personas sin importar su diversidad sexual y de género.

En relación con los hallazgos en la categoría de apoyo social, se evidenciaron dos subcategorías principales que representan fuentes de apoyo que son descritas por las participantes, en función del apoyo social percibido. En primer lugar, se encuentra la subcategoría *grupos*, los cuales constituyen el espacio de interacción social con otras personas en donde emergen deseos y motivaciones, se protege la autonomía y está mediada por la empatía y permite la evolución de todos los que participan y que pueden ser de apoyo (Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015). En segundo lugar, la subcategoría *pares*, que hace referencia a grupos de iguales que proporcionan al individuo

información, soporte emocional y sentido de pertenencia (Amaya-Hernández et al., 2016).

Con relación a lo anterior, el apoyo social también se podría recibir por parte de la *familia* y la *pareja*, pero dado su relevancia se analizarán de forma independiente en otros capítulos y en este apartado se abordará la percepción de las participantes con respecto a los grupos de una manera más amplia.

## Grupos

Con relación a la subcategoría *grupos*, las mujeres trans dieron cuenta de algunos espacios o grupos significativos que no siempre se mantienen, pero que han estado presentes en los tránsitos propios de la vida, en su propio proceso de reconocimiento y en aspectos relacionados con formación y capacitación. La tabla 4, que se presenta a continuación, se enuncian algunos temas emergentes que surgieron a partir de las narrativas de las participantes en esta categoría.

**Tabla 4**

*Temas emergentes de la subcategoría grupos*

Subcategoría	Temas emergentes
Grupos	Pertenecer a diversos colectivos
	Apoyo mutuo por parte de los miembros de los grupos (no necesariamente de miembros trans).
	Apoyo desde la red comunitaria.
	Capacitarse en idiomas y terminar el bachillerato
	Apoyo y capacitación por parte de lideresas.
	Cuidado comunitario.

En principio, el tema *pertenecer a diversos colectivos* da cuenta de la manera en que las mujeres trans han hecho parte de grupos organizados, tanto de apoyo para sus procesos de tránsito, como para la reivindicación de sus derechos. Expresan que en muchas oportunidades se han vinculado a fundaciones o grupos de referencia, para recibir orientación y/o capacitación, o inclusive para tener un lugar de pertenencia.

De igual forma, en el tema *apoyo mutuo por parte de los miembros de los grupos* se destaca que las participantes se han vinculado en grupos que les permiten superar o trabajar el tema de las adicciones

o el consumo, en general de Substancias Psicoactivas (SPA), como una forma de apoyo mutuo en procesos de superación de adicciones, como lo expresa una participante de Cali:

*Nos reunimos muchos, somos un grupo de adictos a las drogas en proceso de recuperación... Me quieren mucho y soy muy... muy de ese grupo, y ellos me aceptan tal como soy y me quieren, me valoran, me respetan, eh son mi familia, son mi otra familia. Nos reunimos con regularidad para hablar del tema de la drogadicción, del alcoholismo, de los defectos, del carácter de la persona y nos ayudamos mutuamente. (Cali, entrevista en profundidad)*

También, en el tema *capacitarse en idiomas y terminar el bachillerato* se encontró que algunos grupos les habían permitido capacitarse y cualificar la vida laboral y familiar. El apoyo en torno a la manera de mejorar su calidad de vida es fundamental y va desde el acceso a la educación formal y no formal, como también en consolidar el apoyo entre ellas. También, se encontró el tema *apoyo desde la red comunitaria*, en el cual el grupo es una fuente de información que resulta beneficiosa en pro del autocuidado. Lo anterior, se plasma en los siguientes testimonios: “*Ahorita las chicas trans de la red comunitaria trans van a hacer una escuela para mujeres trans, por si están interesadas en terminar su bachillerato, en aprender a hablar italiano, francés y hay varios cursos más*” (Bogotá, Grupo de discusión). Otra participante señala: “*La casa de la mujer también está dando variedad de cursos para bachillerato o primaria y queda en esta localidad, el horario será lunes, martes, miércoles y jueves de ocho de la mañana a doce del día*” (Bogotá, entrevista en profundidad).

*Yo fui líder, Sara me orientaba, también aprendí mucho a como expresarme ante los demás, porque darle una información a un par mía no es tan fácil, porque usted sabe que somos complicadas y a veces conflictivas. Entonces, cómo abordar la chica, de qué tema le vamos a hablar y cómo le vamos a hablar, a más de una de las que está acá nos ha formado y capacitado y nos han dado como las herramientas para decirle a nuestras compañeras cómo es que se tiene que cuidar, en cuanto a riesgos. (Bogotá, entrevista en profundidad)*

En relación con el tema *apoyo y capacitación por parte de lideresas*, las participantes expresaron que los grupos de mujeres trans mayores

abrieron camino a la generación actual de mujeres trans, lo cual aporta al fortalecimiento de sus procesos identitarios.

*Yo quería decirles algo, y es que cuando las escuché hablar a ellas dos tenemos que ver... Lina estaba diciendo: "Admiro aquí a la niña por haber sacado adelante todo su proyecto de vida", ahí estamos viendo un ejemplo grandísimo del trabajo, la lucha, la apertura de caminos que está haciendo y han hecho muchas de las que empezaron realmente con la lucha trans, para que realmente se dé la posibilidad de que una persona joven como ella, tenga la posibilidad de decir: yo decidí ser yo y me paré, pero ¿Por qué lo pudo hacer ella?, precisamente porque había un camino que estaba abonado por más de una de acá; Lina y Camila, que han sido pioneras, guerreras y que han hecho la apertura del camino para que todas las nuevas generaciones como Fernanda y el resto de niñas tengan la posibilidad de decir, yo soy y yo puedo hacerlo, porque es que lo que están haciendo ellas aborítica es abonado precisamente por el trabajo de las trans de hace mucho tiempo, de las mayores, que tuvieron que luchar, y eso era una lucha totalmente diferente a la que están viviendo las niñas aborita. Entonces yo pienso que al decir que mire lo que hace una de las antiguas, de las verracas, de las pioneras, está diciendo "admiro la entereza que tuvo ella de poder salir adelante". La brecha generacional ha hecho que las nuevas generaciones tengan los caminos abiertos para decir "soy, quiero ser y voy a llegar a ser". (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

En cuanto al tema *cuidado comunitario*, las participantes destacan en sus narrativas la importancia de unirse y trabajar en equipo tanto para lograr contenerse como colectivo como para aportar en el proceso individual de cada una. *"El trabajo en equipo porque pienso que, si trabajamos en conjunto, podemos lograr las cosas como lo acabas de nombrar tú y aquí estoy para cuando necesiten de mí"* (Bucaramanga, Grupo de discusión).

### *Pares*

La relación entre *pares*, específicamente en personas trans, resulta un gran apoyo para empoderarse de su identidad de género a nivel social y cultural. Permite asimilar el aislamiento familiar tras abandonar su hogar, activar redes sociales y fortalecer vínculos afectivos en un grupo de trans, el cual llega a constituirse en una nueva familia (segunda familia), con apoyo mutuo y fraternidad.

Respecto a las narrativas de las mujeres trans participantes en la investigación, se evidenció la prevalencia del apoyo social percibido

por parte de sus pares. La tabla 5 ilustra aquellas temáticas emergentes destacadas en los grupos de discusión y en las entrevistas realizadas, en relación con esta categoría.

Tabla 5

*Temas emergentes de la Subcategoría pares*

Temas	Subtemas emergentes
Pares	Amistades reservadas.
	Búsqueda de confidencialidad, incondicionalidad, solidaridad y lealtad.
	Mayor apoyo de los amigos que la familia biológica
	Los pares son fuente de motivación ante el rechazo familiar
	Apoyo incondicional por parte de una madre líderesa
	Aceptación y respeto entre pares
	Amistades condicionadas por prejuicios

En cuanto al tema *mayor apoyo de los amigos que la familia biológica*, las mujeres trans expresaron que los pares resultan ser una parte esencial en su proceso, teniendo en cuenta que el apoyo que reciben por parte de estos, suele ser más significativo que el de la familia biológica:

*Le sirven más a uno las amigas que la familia, uno encuentra más apoyo, a veces, en las amigas que, en la propia familia, porque la propia familia quiere a veces como destruirlo a uno, pero en mi caso nunca me he sentido rechazada ni nada, pero si he visto casos. (Bogotá, entrevista en profundidad)*

Entrevistadora: *¿Tú perteneces acá en Armenia a algún grupo social o tienes algún grupo de amigas?*

Participante: *No, yo soy una persona de muy pocas amigas, yo tengo conocidas, yo no tengo amigas, solo tengo una y está en Cartagena de Indias, donde yo vivo, hablamos todos los días y es como que me apoya, es lo más cercano a una familia que tengo hoy en día, aparte, porque es trans y nos entendemos, porque digamos en la sociedad, en ciertos aspectos, siempre terminamos siendo rechazadas y maltratadas. (Armenia, entrevista en profundidad)*

En cuanto al tema los pares son fuentes de motivación ante el rechazo familiar, las mujeres participantes expresan que los pares constituyen la familia de elección que las han apoyado, pues para muchas ha sido difícil conseguir la aceptación y la acogida por parte



de su familia biológica, siendo ellas mismas una fuente de apoyo social fundamental y un espacio confiable de comunicación. “Ellos se han convertido como en eso, en un grupo específico de amigos que son como mi familia... con los que vivo, me apoyan; una segunda familia que me apoya pues en este proceso” (Armenia, entrevista en profundidad). Otra participante señala:

*Nosotras, la comunidad trans, las mujeres trans, somos una familia, porque vivimos las 24 horas entre nosotras, compartimos alimentos, compartimos muchas cosas, nosotras no podemos ir a las casas de nuestras familias a compartir, porque tienen otras costumbres y tienen otras creencias, pueden que a uno lo acepten, pero no lo comparten... Porque para yo ir a pedirle un consejo a un familiar o algo, prefiero buscar al marica y decirle vea marica me pasa esto y esto, porque voy a confiar más en él, porque sé que él conoce mis situaciones y él está en mis zapatos. En cambio, la familia de nosotras no está en nuestros zapatos. (Bogotá, entrevista en profundidad)*

Por otro lado, en relación al tema búsqueda de confidencialidad, incondicionalidad, solidaridad y lealtad, se destaca el hecho de que algunas opten por pocas amistades que les garanticen dichos valores como base de sus relaciones. Igualmente, en cuanto al tema de las *amistades reservadas*, las participantes expresan la necesidad de tener amistades que les ofrezcan espacios de contención, expresión y aprobación.

*Sí, pero más que todo uno se siente bien es con las amigas porque uno les tiene más confianza y, o sea, a mí me gusta es llamar a mis amigas de mí mismo género, no mujeres porque uno siempre se va a sentir mejor con las del mismo género.*

Entrevistadora: *O sea, entre ustedes se apoyan...*

Participante: *Pues no con todas, porque obvio uno va a chocar con varias, uno ya sabe que tiene su grupo (...) y obvio nosotras sabemos secretos muy íntimos de nosotras, y el hecho de que ella me cuente, yo no voy a ir a contar, porque son cosas íntimas, entonces que, porque ella y yo peleamos o nos dejamos de hablar, yo no voy a empezar a contar (...) eso debe ser así, por más rabia que uno tenga, uno se queda callada. Sí, uno tiene que ser leal ante todas las cosas. (Armenia, Grupo de discusión)*

*Sí, existen esas amigas verdad, porque sí las hay, pocas, pero entre nosotras sí las hay, por lo menos yo he tenido mis amigas a las que yo, por ejemplo, le cuento, yo estaba deprimida porque yo tengo mi pareja, ¿sí me entiende?, y convivo con él y la verdad he tenido situaciones depresivas que de pronto una amiga me ha*

*escuchado y me ha dado buenos consejos, y me ha servido porque me han servido los consejos de mi amiga, o sea, por mal o por bien, me han servido. Sí, ha sido la persona que me ha dicho qué hacer en el debido momento, aunque yo sé qué debo hacer como persona, pero ella como que me pone más sólida en la decisión, ¿si me entiende? (Bogotá, entrevista en profundidad)*

Por otra parte, con relación al *apoyo incondicional por parte de una madre lideresa*, las participantes destacaron que la madre lideresa representa una fuente de apoyo, orientación y capacitación, y que hace parte de su red de apoyo significativa y las acoge en momentos de riesgo o en medio del apoyo que requieren para sus tránsitos. En ese sentido, es necesario diferenciar el apoyo percibido por parte de sus familias y el que reciben por parte de la *madre trans*, quien las acompaña en momentos de vulnerabilidad como una par.

*Porque aquí no... o sea, aquí las que conozco son de la calle... por ejemplo, la madre Claudia es la que siempre está con uno, es la que habla con uno a veces, la aconseja (...) la madre nos hace, ¡eh! La madre más que todo es la que nos hace esas capacitaciones, nos hacen eventos, cosas así, entonces nosotras vamos. (Armenia, entrevista en profundidad)*

Es necesario resaltar que aún son muchos los factores que obstaculizan la percepción de apoyo social: desde la discriminación cultural, pasando por el machismo en cultura patriarcal-hegemónica, hasta el hecho de conseguir el apoyo necesario solo si está el dinero como intermediario para obtener un lugar en la sociedad. Esto deja en evidencia la diferencia marcada en la aceptación que perciben aquellas mujeres que han tenido un mayor margen de oportunidades y recursos, y aquellas que no han logrado una formación o una ubicación laboral que les proporcione mejor calidad de vida.

En tema de *amistades condicionadas por prejuicios* se puede hablar sobre la endodiscriminación, evidenciada en una marcada rivalidad entre las mujeres trans muchas veces provocada por las necesidades económicas, la necesidad de reconocimiento y logros en su transición o la necesidad de supervivencia, entre otros. Esto se expresa de la siguiente manera en sus voces:

*En Santander la gente es muy machista y todo viene desde la casa, si uno se encuentra a veces con parejas hombre - mujer y su hijo o su hija las personas no disimulan a expresar "mire un travesti" o "mire un marica" o "mire un hombre vestido de mujer". Entonces todo ha venido creciendo como una bola de nieve,*

*entonces debido a eso es que la gente santandereana es un poco más machista, pero ojo que aquí en Santander también tienen algo, que depende de lo que usted tenga de esa manera lo aceptan, ese elemento es muy importante porque si tiene 3 pesos le dan un lugar, pero si no los tiene no le dan ningún lugar, entonces eso es Santander, es un reto y también va en la expresión, cómo uno se vista, todas esas cosas también uno abre o cierra puertas. (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

*A veces me siento como decepcionada porque yo también he brindado un apoyo y me gustaría que me dieran el mismo apoyo que yo brindo. Tanto unas como otras no lo apoyan a uno, ni están en las buenas y en las malas, hay veces que hablan de uno, entonces por eso siempre he sido sincera con todas y siempre les he dicho la verdad, no me gusta vivir de la hipocresía, pero hay algunos que viven así. (Jamundí, entrevista en profundidad)*

## Discusión

En búsqueda de la promoción del bienestar, mediante el cual se busca mejorar las condiciones de vida que favorezcan el desarrollo humano, resulta necesario conocer aquellos aspectos, espacios y personas que las mujeres trans han percibido como fuentes de apoyo social para seguir comprendiendo su mundo subjetivo y, de esta manera, contribuir realmente a su salud física y mental. Tal y como lo señalan Barrón López y Chacón Fuertes (1992), la percepción subjetiva del apoyo social que una persona siente se considera promotora de salud.

El apoyo social corresponde al sentimiento de ser apreciado y valorado por otros, así como al sentido de pertenencia a una red que genera bienestar (Barra Almagiá, 2004) y puede provenir de diferentes fuentes sociales que resultan significativas (Barrón López y Chacón Fuertes, 1992). Esto se destaca en los hallazgos del presente estudio a partir de dos subcategorías principales: grupos y pares.

Los grupos pueden ser comprendidos como el espacio de interacción social con otras personas, en estos emergen deseos y motivaciones y se favorece la evolución de todos los que participan (Gracia y Herrero, 2006; Iglesias y Arias, 2015), es decir, como espacios de apoyo mutuo, de comunicación, de capacitación, de cuidado comunitario, como red comunitaria y como espacio de

encuentro, en los cuales las mujeres trans participantes poco a poco reivindican una existencia con búsquedas y propósitos.

En esa medida, el hecho de pertenecer a diferentes colectivos de carácter deportivo, religioso, de ocio, formación y de respaldo a la diversidad, se genera bienestar dado que representan una fuente de apoyo en los procesos de tránsito, además, son recursos de orientación y capacitación. Con relación a ello, las participantes expresaron que se habían vinculado a grupos de referencia para recibir capacitación, e incluso para tener un lugar en el cual sentirse parte. La participación en grupos da lugar a un sentimiento de pertenencia y un sentido de identidad social que aportan al bienestar psicológico y físico, son un factor positivo que incide en la salud mental de los jóvenes LGTBQ+ (García y Herrero, 2006; Higa et al., 2014).

La pertenencia a los grupos permite recibir apoyo para alcanzar metas, como por ejemplo poder concluir estudios. En el caso de las lideresas, estos apoyos son importantes porque son una fuente de capacitación y cualificación en su vida laboral y familiar. Barra Almagiá (2004) destaca algunas funciones que los grupos cumplen: la informativa, la cual implica recibir consejo y orientación, lo cual está presente de manera importante en los grupos de mujeres trans; y la instrumental, que se refiere a la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios y recursos, como lo expuesto por las participantes respecto a los cursos de idiomas, educación formal y no formal.

En este camino se encuentran *los pares*, los cuales son grupos de iguales que proporcionan al individuo información, soporte emocional y sentido de pertenencia (Amaya-Hernández et al., 2016). De esta manera, las mujeres trans describieron que las relaciones con los pares les favorecen en el empoderamiento de su identidad de género, el fortalecimiento de los vínculos afectivos, especialmente después de la experiencia de aislamiento tras abandonar su hogar, y contribuyen a la constitución de una nueva familia en espacios de aceptación, confianza, confidencialidad y lealtad.

Resulta interesante en los resultados la búsqueda y constitución de una nueva familia por parte de las mujeres trans, incluyendo la figura de la *madre lideresa*, a quien describieron como una fuente de orientación altamente significativa, y un apoyo fundamental en los momentos de riesgo, en los cuales viven el rechazo de sus familias biológicas y se sienten vulnerables. El apoyo efectivo es fuertemente influido por el grado de familiaridad que tenga el apoyador con

experiencias similares al apoyado para que pueda ser fuente de orientación, es decir, los grupos de iguales pasan a tomar el lugar del grupo familiar en los procesos de construcción de identidad, dado que los núcleos de pertenencia del sujeto como lo es la familia, se ven amenazados en pro de la propia diferenciación, y el individuo requiere buscar vínculos que le proporcionen seguridad, reconocimiento social, medios de acción y afecto (Barra Almagiá, 2004; Martínez, 2007).

De esta manera, los pares constituyen una nueva familia para algunas de las participantes, dado que contribuye significativamente a su bienestar. Ahora bien, esta familia de pares está constituida por pocas personas que les garanticen confidencialidad, solidaridad, incondicionalidad y lealtad; así como espacios de contención, expresión y aprobación. Justamente Barrón López y Chacón Fuertes (1992) hacen alusión a la dimensión funcional-cualitativa del apoyo social, la cual se enfoca en la calidad, cercanía y el significado que tienen las relaciones del individuo, más que en la cantidad.

El compromiso, la responsabilidad y la reciprocidad por el bienestar del otro es lo que caracteriza los vínculos significativos, dando cuenta de la función emocional del apoyo social, la cual se relaciona con aspectos como el cuidado, el confort y la intimidad (Barra Almagiá, 2004; Gracia y Herrero, 2006). Entre tanto, con frecuencia las mujeres trans reciben aceptación, acogida y un apoyo más significativo por parte de sus pares que de sus familias biológicas. Sus pares las comprendían dado que habían vivenciado situaciones de maltrato y discriminación similares. Es decir que recibir apoyo de otra persona que ha sufrido una situación semejante a la propia les permite sentirse más comprendidas y validadas respecto a sus experiencias, y resulta ser una fuente de orientación que contribuye al crecimiento personal y a su construcción identitaria (Barra Almagiá, 2004; Lempereur et al., 2019)

También resulta cierto que, aunque las mujeres trans pueden encontrar principal fuente de apoyo en sus pares (Higa et al., 2014; McConnell et al., 2016), también se puede generar desconfianza entre ellas, pues en ocasiones se sienten juzgadas por sus propias compañeras y no se percibía el apoyo social en el grupo de pares, lo cual se puede relacionar con factores individuales de las participantes, quienes al tener una vida mediada por la discriminación y la exclusión, se les dificulta establecer relaciones de confianza, intimidad y generosidad, como también otros factores relacionales como las rivalidades que

expresaron las participantes, basadas en variables socioeconómicas y de supervivencia.

Al interior de la comunidad se vive *endodiscriminación*, la cual se caracteriza por la desunión y marcada rivalidad provocada por necesidades económicas, de reconocimiento, supervivencia, nivel de formación y capacitación, entre otras consideraciones (Castelar y Quintero Aguirre, 2012), lo cual evidencia que, si bien el grupo de pares contribuye al bienestar, también en determinados contextos y situaciones pueden ser otra fuente de discriminación. En ese sentido, en la investigación realizada por Lempereur et al. (2019) se reitera que las mujeres trans eligen o buscan relacionarse con quien pueda aportar en la construcción de la propia identidad. Esto concuerda con los hallazgos del presente estudio, la mayor parte de las participantes expresaron que con sus pares vivían como una familia, desarrollando diferentes actividades, compartiendo espacios de confianza y comunicación (Tantirattanakulchai & Hounnaklang, 2020).

Ahora bien, Barrón López y Sánchez Moreno (2001) exponen que las variables socioculturales tienen un papel transversal en el apoyo social, dado que constituyen sistemas que clasifican a las personas en ciertas condiciones sociales y que determinan lo que reciben socialmente. En esta medida, además del peso social que podría traer el hecho de identificarse como mujer trans, hay una variedad de factores asociados a la clase social, la escolaridad, la raza, entre otros, que pueden aumentar el margen de discriminación y, por ende, afectar el apoyo social. En el caso del presente estudio, había una diferencia entre las mujeres trans que habían tenido mayores oportunidades y recursos para capacitarse, y aquellas que no habían logrado una formación.

En esa línea de reflexiones, para Vázquez et al. (2020) las mujeres trans mayores tenían menor percepción de apoyo social que las mujeres trans de la generación actual, lo cual se reafirma en las voces de las participantes, al exponer la lucha que ha tenido la comunidad trans en pro de la reivindicación de sus derechos, y reconocen el camino que han construido las mujeres trans mayores, para que la nueva generación tenga cada vez mayores oportunidades para darle lugar a su identidad con mayor seguridad.

Por otra parte, *la familia y la pareja*, aunque no se abordan de manera directa en el presente capítulo, se encontraron en las narrativas de las participantes. Para las mujeres trans participantes, la familia y

la pareja son un referente esencial de afecto y aceptación, y atraviesa todas las historias como un elemento que debería estar presente en las vidas de ellas. Sin embargo, varias situaciones en su camino de tránsito y diferenciación, que implican aceptación y rechazo, las lleva a construir sus propias familias, las cuales nacen en la cotidianidad y se forman a partir de los grupos y los pares o la figura de “la madre” que les otorgan a las mujeres trans mayores o a las lideresas.

En síntesis, la percepción del apoyo social de las mujeres trans de la presente investigación es atravesada por algunas ideas que resultaron especialmente relevantes, tales como la percepción del apoyo guiada por la similitud de la experiencia de quien apoya, situándose como importantes fuentes de apoyo la madre lideresa, las mujeres trans mayores y los pares. Por su parte, las variables socioculturales, desde una perspectiva interseccional, inciden en el apoyo social recibido, evidenciando las brechas de desigualdad, incluso dentro de la misma comunidad.

Las mujeres trans participantes dieron más importancia a la dimensión funcional del apoyo, siendo significativa la calidad de las relaciones en términos de garantizar más la confidencialidad, la lealtad y la incondicionalidad, que la cantidad de relaciones, teniendo en cuenta las experiencias de rechazo vivenciadas por las fuentes primarias como la familia o por ellas mismas. De igual manera, se destaca la pertenencia a grupos como lugares no solo de capacitación y orientación, sino como espacios que les garantizan un sentido de pertenencia, resultandos fundamentales para la sensación de bienestar, tras las diversas experiencias de exclusión.

El apoyo social a las mujeres trans se encuentra permeado por diversos factores personales, relacionales y culturales. Teniendo en cuenta la perspectiva interseccional, las experiencias de estas mujeres se encuentran situadas y dependen de factores como la clase social y el nivel de formación. Parte de dichos factores que ponen en riesgo a las mujeres trans, es que el apoyo social percibido por parte del grupo de pares, continúa expresándose de manera polarizada, tanto como fuente de apoyo y seguridad, como bajo la presencia de rivalidad y competencia y la figura de la madre continúa siendo una fuente de apoyo social significativo teniendo en cuenta esa presencia compensatoria que cumple el rol de *la madre lideresa* ante el aislamiento derivado del rechazo familiar, y la situación de

vulnerabilidad y necesidad de protección a la que se ven expuestas en el proceso de gestionar sus lugares identitarios y de supervivencia.

Se recomienda seguir fortaleciendo la consolidación de entidades de apoyo para la población trans, como ellas mismas lo manifiestan, de modo que se pueda robustecer aún más los recursos y oportunidades a las generaciones venideras. Resulta fundamental la promoción de espacios de cultura, educación y recreación para dignificar la salud y la vida de las personas trans, al igual que la creación de espacios reflexivos en torno a las prácticas religiosas y espirituales; dado que mujeres de la población trans enuncian que aunque muchas personas expresan descalificación desde su comprensión religiosa, ellas han podido avanzar en sus decisiones y en su vida *'de la mano'* o con el apoyo de su Dios o ser superior, por lo que representa un factor de protección.

El apoyo social para la población trans está en construcción. La familia, la pareja, los pares y los grupos son la fuente de apoyo inmediata de toda persona, y al interior de estos grupos se viven batallas de reflexión, confrontación, tolerancia y actualización para lograr ofrecer el apoyo requerido y continuar humanizando los encuentros. Así, dichos sistemas se constituyen como referentes para una sociedad que requiere continuar tejiendo a cabalidad las redes de apoyo, bajo el marco del respeto y la aceptación, ofreciendo un sustento que tenga condiciones para una inclusión verdadera.



## Referencias

- Amaya-Hernández, A., Álvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M. & Mancilla-Díaz, J. M. (2016). Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 31-39. 10.1016/j.rmta.2016.12.001
- American Psychological Association [APA]. (2011). *Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género*. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/brochure-personas-trans.pdf>
- Barra Almagiá, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicy-salud/article/view/848/1562>
- Barrón López, A. y Chacón Fuertes, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de psicología social*, 7(1), 53-59. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf>
- Barrón López, A. y Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. <http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>
- Castelar, A., y Quintero Aguirre, F. (2012). Performatividad y lenguaje de odio: expresiones de la homosexualidad masculina en la ciudad de Cali. *Revista CS*, (10), 207-240. <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n10/n10a07.pdf>
- Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia: revista de investigación y formación en Antropología*, 3(2), 1-16. [http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia\\_3\\_3.pdf](http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf)
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latino Americana de Psicología*, 38(2), 327-342. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>
- Higa, D., Hoppe, M. J., Lindhorst, T., Mincer, S., Beadnell, B., Morrison, D. M., Wells, E. A., Todd, A. & Mountz, S. (2014). Negative and Positive Factors Associated with the Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Questioning (LGBTQ) Youth. *Youth Soc, Author manuscript*, 46(5), 663-687. 10.1177/0044118X12449630
- Concha, V. y Hoyos-Hernández, P. A. (2023). Representaciones sociales de estudiantes de posgrado en psicología respecto a personas trans. *Interdisciplinaria*, 40(1), 247-260. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.15>

- Hoyos-Hernández, P. A. y Orbegozo-Valderrama, J. (2020). Necesidades en la atención en salud desde la perspectiva de las mujeres trans. En C. Tobar y M. T. Varela. (Eds.), *Ciclos de vida y vulnerabilidad social en el Valle del Cauca*. Cali. Sello Editorial Javeriano.
- Iglesias, S. y Arias, A. V. (2015). Structural and functional social support in elderly objective and subjective health ratings. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 243-252. <https://www.mdpi.com/2254-9625/5/2/243/pdf>
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C. & Smack, A. C. P. (2019). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- Lempereur, J. T., Godoy, V., Fischer, F., Insunza, C. y Lazo, G. (2019). Vivencias de les jóvenes transgéneros respecto a su inclusión social en Chile. *Revista Nomadías*, (27), 9-31. 10.5354/0719-0905.2019.54359
- Lozano-Beltrán, J. A. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119. [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10\\_6.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10_6.pdf)
- Martínez, N. (2007). *Sociología. Módulo I* (Primera Edición). Universidad Nacional de Río Cuarto.
- McConnell, E. A., Birkett, M. A. & Mustanski, B. (2015). Typologies of Social Support and Associations with Mental Health Outcomes Among LGBT Youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. 10.1089/lgbt.2014.0051
- McConnell, E. A., Birkett, M. A. & Mustanski, B. (2016). Families matter: social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *Journal of adolescent health*, 59(6), 674-680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026>
- Milner, A. N., Hearld, K. R., Abreau, N., Budhwani, H., Rodríguez-Lauzurique, R. M. & Paulino-Ramirez, R. (2019). Sex work, social support, and stigma: Experiences of transgender women in the Dominican Republic. *International Journal of Transgenderism*, 20(4), 403-412. 10.1080/15532739.2019.1596862
- Montoya, D. y Hoyos-Hernández, P. A. (2022). *Valientas transmedia: estrategia de comunicación con la comunidad trans*. Editorial Javeriana.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Por la salud de las personas trans: elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JQ81.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf)
- Pulice-Farrow, L., Brown, T. D. & Galupo, M. P. (2017). Microagresiones transgénero en el contexto de relaciones románticas. *Psicología de la orientación sexual y la diversidad de género*, 4(3), 362-373. <https://doi.org/10.1037/sgd0000238>
- Rivera Sanín, M. L. (2016). Interseccionalidad e inclusión en la educación superior: Consideraciones sobre la Universidad Nacional de Colombia. *Pedagogía y Saberes*, 44, 105-118. <http://www.scielo.org.co/pdf/pys/n44/n44a10.pdf>
- Rubio Arribas, F. (2009). Aspectos sociológicos de la transexualidad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 21(1), 1-21. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18111521019.pdf>
- Sherman, A. D. F., Clark, K. D., Robinson, K., Noorani, T. & Poteat, T. (2020). Trans\* Community Connection, Health, and Wellbeing: A Systematic Review. *LGBT Health*, 7(1), 1-14. <https://www.liebertpub.com/doi/epdf/10.1089/lgbt.2019.0014>
- Tantirattanakulchai, P. & Hounnaklang, N. (2020). Perceived social support and its relationship with depression among Bangkok's trans women. *Journal of Health Research Emerald Publishing Limited*. 1-11. <https://cutt.ly/yTRb4gE>
- Vázquez, N., Fernández, M., García Vega, E. y Guerra, P. (2020). Apoyo social percibido en personas trans: Un estudio comparativo con personas cisgénero. *Interacciones*, 6(2), 1-8. <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/126/226>



## Capítulo 5. Apoyo familiar percibido durante los tránsitos de género

Estudios en población trans realizados en países como Australia, Bélgica, Sudáfrica, Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico, México y Chile, resaltan una variedad de experiencias de violencias fuertemente relacionadas con el estigma y discriminación ante identidades y expresiones de género no hegemónicas. Esto mantiene la invisibilización de su comunidad y representa una desprotección legal hacia quienes hacen parte de ella. Barrientos et al. (2019) manifiestan que el prejuicio moldea y refuerza las percepciones sociales de las personas trans bajo expresiones como “desviadas”. Por ejemplo, Gutiérrez et al. (2018) enfatizan que las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual son consideradas como portadoras de identidades ilegítimas, vistas desde una perspectiva cisgénero. Estas actitudes de rechazo hacia las diversidades humanas son expresiones violentas ante una sociedad heterocisgéneronormativa (Barrientos et al., 2019) y expone a las personas trans a múltiples violencias al momento de reafirmar su identidad (Gutiérrez et al., 2018; Lempereur et al., 2019).

Según lo reportado por Bariola et al. (2015), Bethea y McCollum (como se citó en McKay & Watson, 2019), las personas con identidades trans manifiestan de forma recurrente miedo a expresar su identidad sexual a amigos, familiares y personal de salud. Específicamente, Bariola et al. (2015) realizaron una investigación con 169 individuos trans, encontrando que los participantes más jóvenes, se sentían incapaces de recurrir a su familia. Esta disfunción familiar moderada o alta puede resultar en un “perfil psicossocial alterado en adultos” como lo indican Landeros-Herrera et al., 2015, p. 562), es decir, un desbalance en la salud mental en adultos que podría resultar en altos o muy altos niveles de depresión y/o ansiedad (Bariola et al., 2015).

Francia-Martínez et al. (2017) refieren que usualmente las agresiones y eventos de discriminación provienen de la misma familia, por dificultades en la aceptación del tránsito de género de su familiar, especialmente, cuando se habla de los padres y familiares extendidos,

mientras que en sus madres y amistades se encuentran como una fuente de apoyo. Spivey et al. (2018) también encontraron que los padres de personas trans expresaban mayor incomodidad con los hijos y menor incomodidad con las hijas, e intentaban cambiar más las actitudes y comportamientos no normativos de hijos que de hijas. Relacionado a esto, otros como Grossman et al. (2019) investigaron sobre los cambios en el apoyo familiar por parte de sus padres en una muestra de hombres y mujeres trans haciendo uso de un estudio cuantitativo de corte longitudinal. Su principal conclusión es que después de un periodo de tres años se vieron grandes cambios en el apoyo, tanto madres como padres se mostraron mayormente positivos frente a sus hijas e hijos en comparación con momentos anteriores.

Schimmel-Bristow et al. (2018), estudiaron las experiencias de transición de género, tanto de jóvenes trans como de sus cuidadores. Los participantes jóvenes creen valioso para el proceso de transición tener apoyo familiar, lo cual permite al joven transgénero tener un buen estado de salud. Por tanto, es importante el apoyo familiar para el beneficio de hijos trans. Además, el apoyo social en general ofrece también factores protectores para estos jóvenes como el ser aceptados en su grupo familiar, previniendo la victimización (Pullen Sansfaçon et al., 2019). En cuanto a los cuidadores, es indispensable el poder ser apoyados, tanto socialmente como médicamente por profesionales de la salud que pudiesen ayudar a comprender y procesar la nueva dinámica familiar (Pullen Sansfaçon et al., 2019). Estos resultados son congruentes con Puckett et al. (2019) y Dierckx et al. (2015), quienes también consideran el apoyo esencial para lograr un paso exitoso por la transición; dicha revelación genera en la mayor parte de los casos conflictos y retiro del apoyo familiar.

Sobre el apoyo familiar en personas trans, Olson et al. (2016) encontraron que los niveles de ansiedad y depresión en niños que habían recibido apoyo familiar durante su transición de género se consideraban normo típicas dentro de ese grupo etario, y no se relacionaban con el hecho de ser trans. Lo anterior lleva a la conclusión de que las personas trans no son *per se* propensas a sufrir de psicopatologías, sino que probablemente perciben su identidad de género como patológica a raíz de una falta de apoyo -tanto familiar como social-, reflejada en años de discriminación y rechazo a razón del contexto cisgénero normativo, discriminador y violento. En este sentido, el apoyo se evidencia como garante fundamental del desarrollo

satisfactorio de la personalidad humana, independientemente del género.

Por su parte, Katz-Wise et al. (2018) indican que a mayores niveles de satisfacción y comunicación familiar reportados por los participantes están estadísticamente relacionados con mayores niveles de autoestima y beneficios en la salud mental. De igual modo, Klein y Golub (2016) reconocen que el haber experimentado altos niveles de rechazo familiar significaba que los participantes contaban con tres veces más probabilidad de cometer suicidio y dos puntos cinco veces más probabilidad de abusar de sustancias.

Paralelamente, Fernández y García-Vega (2014) postulan que el apoyo social en el proceso de tránsito permite predecir los niveles de satisfacción en procedimientos quirúrgicos que algunas veces acompañan la transición. En contraste, la percepción del apoyo social escaso puede incrementar los niveles de estrés y las conductas de riesgo (Espada et al., 2012). Así mismo, Espinoza et al. (2019) buscaron describir el proceso de construcción de la identidad trans desde la perspectiva de adolescentes, quienes han develado su condición a sus padres y reciben acompañamiento por parte de profesionales en salud mental. Se halló que la aceptación de los padres frente a la condición de sus hijos es un factor protector para el desarrollo de patologías de salud mental. Además, exponen que el tránsito de género de los adolescentes es concebido como una realidad incomprensible por la mayoría de sus padres debido al desconocimiento sobre la identidad trans. Por ello, mientras unos buscan ayuda en profesionales de salud mental y fundaciones para acompañar a sus hijos en este proceso (Espinoza et al., 2019; Pullen Sansfaçon et al., 2019), otros padres presentan rechazo a la situación, insisten en que es una confusión, un estado transitorio e intentan acomodar sus expresiones de género a identidades hegemónicas desde una preocupación genuina por el bienestar de su hijo (Spivey et al., 2018).

Por su parte, Espinoza et al. (2019) y Pullen Sansfaçon et al. (2019) consideran que el acceso a profesionales de salud mental podría alentar respuestas de apoyo afirmativas. En caso contrario, la falta de acceso de las familias a servicios de apoyo dificulta espacios para elaborar la transición. También se encuentra que Riggs et al. (2015) y Von Doussa et al. (2017) asimilan la transición como el duelo por la muerte de un hijo, dado que este se transforma en un

nuevo individuo en términos de su apariencia pese a que sus aspectos internos se mantienen.

Adicionalmente, Rossman et al. (2017) encontraron que, en las familias de origen, a mayor discriminación se percibe menos apoyo, en donde se genera un deterioro en las relaciones con sus familiares debido a la disrupción que genera la transición. Además, los individuos reportan que han considerado hacer un cambio en su expresión de género para preservar dichas relaciones e incluso optar por no revelar su condición en tratamiento de salud mental debido a que anticipan a reacciones transfóbicas.

Ahora bien, en Colombia la investigación sobre la comunidad trans es limitada en comparación a otras poblaciones como lo son las personas homosexuales, minorías étnicas y raciales; en mujeres trans se limita en su mayoría a la descripción de trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad, hábitos sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y la relación de la condición trans con el trabajo sexual. En este sentido, se puede concluir que son pocas las investigaciones colombianas con personas trans y personas no conformes con la categoría de género (TNCG) que reporten asuntos relacionados con el apoyo familiar y satisfacción del apoyo percibido por las mujeres trans.

El rol de los profesionales en psicología y de la salud, es fundamental, para contribuir a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos, especialmente, aquellos en situación de vulnerabilidad. Por ello, al considerar que la familia es indispensable en el desarrollo de la salud y su bienestar, es menester abordar el estudio del apoyo familiar en aras de mejorar sus condiciones de vida. En este caso, partiendo desde las percepciones de mujeres trans sobre los sucesos ocurridos en sus grupos familiares durante algunos momentos del tránsito de género.

Barrientos et al. (2019) menciona que es importante que se investigue sobre las implicaciones del impacto del apoyo familiar en los diferentes momentos del tránsito de género. Es por ello que, este capítulo permitiría esbozar momentos de tránsito de género lo que podría favorecer a la comprensión y el acompañamiento de la familia hacia sus miembros TNCG, quienes como Pullen Sansfaçon et al. (2019) explican que, en muchos casos, no tienen información basada en fundamentos científicos en diálogos de saberes con las mismas comunidades para poder afrontar la ansiedad y comprender qué sucede en la cabeza de sus hijas e hijos. Igualmente, este texto



podría permitir que los profesionales en salud mental cuenten con herramientas necesarias para poder realizar terapias transafirmativas debido a que les permitiría comprender las maneras en que las familias apoyan a sus integrantes TNCG.

Con relación a lo anterior, los autores revisados sugieren realizar más investigaciones que promuevan el entrenamiento de terapeutas en comprensiones sobre población TNCG (Riggs et al., 2015; Olson et al., 2016; Francia-Martínez et al., 2017) mientras que otros invitan al desarrollo de intervenciones transafirmativas (Klein & Golub, 2016; Spivey et al., 2018; Grossman et al., 2019; Mckay & Watson, 2019; Pullen Sansfaçon et al., 2019). Autores como Espada et al. (2012) y Barrientos et al. (2019) aluden al estudio de prejuicios y la estigmatización para enriquecer el abordaje de estrategias transafirmativas en la prestación de servicios de salud. Por ello, McIntyre et al. (2012) y Rossman et al. (2017) consideran la necesidad de investigar en mayor profundidad sobre las limitaciones de estos servicios para las personas LGBT. Entre ellas, Lozano-Beltrán. (2018); Gutiérrez et al. (2018) y Domínguez et al. (2016) incitan a la construcción de herramientas para su efectividad.

Múltiples autores remarcan que, al haber estudios tan homogéneos en relación a sus categorías sociodemográficas, hace falta investigar atributos propios de los participantes para comprender las experiencias cotidianas de esta población (Olson et al., 2016; Lempereur et al., 2019). Otros autores recomiendan estudiar especialmente las relaciones de apoyo familiar y los factores protectores que puedan contribuir a una mejor salud mental en sujetos TNCG (Bariola et al., 2015; Mckay & Watson, 2019; Pullen Sansfaçon et al., 2019).

A partir de lo anterior, la percepción y satisfacción del apoyo es fundamental debido a que promueve en las personas actitudes de resiliencia, mitiga los efectos del estrés, participa en la estructuración de una buena salud mental (Rutter et al., 1998) y, en general, juega un rol indispensable en estrategias de afrontamiento exitosas (Eckenrode & Hamilton, 2000), siendo todos elementos esenciales para el bienestar humano. De igual manera, Nebot et al. (2002) hacen hincapié en la relación directa entre el apoyo social y la salud en tanto la primera promueve una sana autoestima, el afrontamiento de problemáticas y la percepción de autoeficacia. El apoyo social ha sido abordado por múltiples autores. Sin embargo, para efectos de esta investigación se entendió el apoyo social como una construcción que abarca múltiples

funciones entre las cuales se encuentran otorgar: apoyo emocional, asociado a aspectos como intimidad, cuidado y preocupación; apoyo material que se evidencia al brindar una ayuda o asistencia de tipo material y, por último el apoyo informacional, la cual implica guiar o facilitar información oportuna y relevante frente a la situación (Barrón, 1992; Hernández et al., 2005; Fernández Peña, 2005).

Este constructo puede dividirse en dos categorías generales: formal e informal (Canavan & Dolan, 2003; Gardner, 2003; Pinkerton & Dolan, 2007). La primera se refiere a aquel apoyo que desarrollan profesionales de la salud mental a unos costos y horarios establecidos, y con frecuencia conlleva un estigma social. En contraste, el informal es considerado por Canavan y Dolan (2003) como el “sistema central de ayuda” constituido por los familiares nucleares, familiares extendidos y amigos; puede ser percibido como reducido, afectado o inexistente, originando altos niveles de estrés e incluso abuso, que idealmente sería complementado por el apoyo social formal.

Teniendo en cuenta lo anterior, siendo la familia una herramienta para la promoción de la salud (Landeros-Herrera et al., 2015) o también para la limitación de esta, se considera conveniente precisar una definición para el apoyo familiar. Sin embargo, de acuerdo con diversos autores (Katz & Pinkerton, 2003; Pinkerton & Dolan, 2007; Jiménez et al., 2011), el apoyo familiar es un concepto aún en etapas tempranas para establecerse como paradigma o teoría debido a que la familia es principalmente concebida desde la literatura como un escenario más donde ocurre el apoyo social, más no es abordado como una categoría de estudio en sí misma.

Para efectos del presente documento, el grupo investigador definió el apoyo familiar desde diferentes interpretaciones de apoyo social (Canavan & Dolan, 2003; Gardner, 2003; Katz & Pinkerton, 2003; Pinkerton & Dolan, 2007; Barrón, 1992; Hernández et al., 2005; Fernández Peña, 2005; Rutter et al., 1998; Eckenrode & Hamilton, 2000). Partiendo de esto se entiende el apoyo familiar como un conjunto de acciones o comportamientos percibidos o reales que realiza un individuo perteneciente a una familia, con el objetivo de ayudar a su grupo familiar para promover su desarrollo a lo largo del ciclo vital en dimensiones como la social, cognitiva y emocional, entre otras.

Considerando los antecedentes encontrados, los reportes negativos en los indicadores de salud y bienestar en las mujeres trans,

la importancia de la familia como factor protector este capítulo pretende comprender a partir de las narrativas de vida de las mujeres participantes, las transformaciones que han surgido sobre la percepción del apoyo familiar durante sus tránsitos de género. Para ello, se busca: primero, interpretar las experiencias de satisfacción sobre el apoyo percibido de las mujeres frente a las interacciones con sus familiares; y segundo, caracterizar las dinámicas familiares de ellas, a partir de sus narrativas de vida. De esta manera, los principales referentes teóricos serán el modelo de familia de Huerta-Gonzalez (2005), el modelo de familia de Nardone et al. (2003), el modelo teórico propuesto por Emerson (2008) sobre las fases de adaptación en familiares de personas transgénero y también los fundamentos de la teoría de los sistemas dinámicos que explican Smith y Thelen (2003), Schöner (2008) y Spencer et al., (2012).

### **Tránsitos de Género**

La experiencia del tránsito comienza antes de la revelación o exteriorización de ella, pues todo inicia en el deseo de la persona de transicionar (Devor, 2004; Diamond et al., 2011; Grossman y D'augelli, 2006). Para Rosenfeld y Emerson (1995) este proceso puede ser visto desde la experiencia individual de quien la vive, de sus amigos, su grupo familiar entre otras personas; sin embargo, la comprensión de cómo este proceso se vive requiere prestar especial atención en cómo el tránsito transforma al individuo y a su grupo familiar. Los miembros de un grupo familiar pueden tener reacciones variadas y a su vez malentender o confundir el ser trans con aspectos de otras categorías como lo son la orientación sexual, puesto que estos tienden a superponerse los unos a los otros en la experiencia individual.

Para ello el modelo teórico propuesto por Emerson (2008) resulta cuando menos interesante, en el cual se describen una serie de fases por las que atraviesan tanto la familia con relación al individuo trans con el fin de autoorganizar el sistema familiar y poder adaptarse a una nueva dinámica, sin que necesariamente esto conlleve al éxito de esta adaptación. Las fases que proponen los autores son: fase de

negación, fase de furia, fase de negociación, fase de depresión y fase de aceptación.

Sobre estas se puede decir brevemente que:

### *Fase de negación*

En este momento los miembros del grupo asumen que la persona está pasando por una fase, si la persona trans tiene conductas que impliquen vestirse con ropa del género opuesto puede generar negación en los familiares. Ante esto los miembros de la familia podrían mantener esa negación por un largo periodo de tiempo, en especial si la persona se viste del sexo opuesto solo de forma episódica. Cuando hay ausencia del miembro trans del grupo, se afianza la negación y se reorganiza la armonía del grupo. Si hay un terapeuta trabajando con un grupo familiar en esta fase se le recomienda que brinde información a la familia, ayudándoles a entender que el miembro trans del grupo no está enfermo o loco y que su experiencia trans no es solo una fase.

### *Fase de Furia*

Con el paso del tiempo tienden a aparecer sentimientos de enojo y frustración que aumentan a medida que la negación se debilita, es probable que los miembros del grupo culpen al miembro trans de todos los problemas del grupo familiar.

### *Fase de negociación*

En esta fase el grupo comienza a negociar con su familiar trans, estas negociaciones por positivas que parezcan tienden a estar encaminadas al ocultamiento o abandono de las conductas del individuo. En su forma más agresiva, puede haber amenazas al

miembro trans en donde se le exige “corregir” su identidad o se le expulsará y desconocerá del grupo familiar.

### *Fase de depresión*

Posteriormente, con el asentamiento de la realidad de la experiencia trans cada vez siendo más real y permanente, es común que perezcan síntomas de depresión en los miembros de la familia. Es común que los sentimientos negativos se expresan somáticamente en forma de dolencias físicas y enfermedades, en los peores casos la enfermedad puede ser grave e imposibilitante, esto le puede pasar a cualquiera de los miembros. Esto tiende a generar momentos de mucha tensión en el grupo por lo que pueden aparecer elementos como el divorcio, el abuso de sustancias y en sistemas muy disfuncionales el suicidio. Ante este ambiente es posible que haya movilizaciones del apoyo al interior del grupo, generando experiencias de lealtad, cuidado y dependencias.

### *Fase de aceptación*

Con el paso del tiempo finalmente la familia tiende a aceptar la realidad, esto no significa que estén de acuerdo, pero implica el dejar de intentar modificar la experiencia de género de su familiar trans. En este momento aparecen de forma explícita diferentes preocupaciones sobre el futuro y bienestar del miembro trans. Lo común es que estas inquietudes giren en torno a elementos como los efectos adversos de la hormonas y cirugía de reafirmación del género, sobre las posibilidades de la persona trans para mantener un trabajo, relaciones emocionales estables, etc.

Se reporta que es común que al aceptar la identidad de género del familiar se puede evocar sentimientos de pérdida y duelo similares a los de la muerte de un familiar y se tiende a concebir a la persona como humano diferente al que una vez fue. En este punto hay que mantener los intentos de brindar educación, a su vez, los autores expresan que “mientras que la asimilación no es necesariamente el objetivo, la integración entre el estatus transgénero y la identidad

propia debería ser un objetivo principal para el individuo transgénero” (Emerson, 2008, p. 8).

En lo descrito en cada una de las fases es importante hacer una serie de aclaraciones. En primer lugar, no son estáticas debido a que los miembros del grupo familiar pueden ir y venir entre ellas avanzando en el proceso y luego manifestando regresiones a momentos aparentemente ya resueltos como parte de vivir la transición. A su vez son transversales al tránsito, y, por lo tanto, con cada nuevo cambio que la persona TNCG sufra bien sea físico, comportamental o de otro tipo será esperable una respuesta que afecta directamente el proceso de asumir la transición. Es esencial aclarar que no existen tiempos para cada fase, una persona puede durar de días a años en un mismo momento, por lo que más allá de representar un deber ser de la experiencia, habla sobre momentos en el tránsito y el flujo usual de las personas sobre esto.

Asimismo, se trata de un proceso individual y grupal al mismo tiempo, los cambios que sufre uno de los individuos afectan a todo el grupo y viceversa. Por lo tanto, es esencial ver este y todo proceso de relación humana a la luz de la teoría de los sistemas dinámicos que explican Smith y Thelen (2003), Schöner (2008) y Spencer (2012), cuyos conceptos incluyen la multicausalidad y multidireccionalidad. El primero explica cómo un hecho no es generado por una única causa, y el segundo hace referencia a que tampoco produce para todo caso un único resultado, sino que estará mediado por una amplia gama de variables que son prevalentes y permanentes en todo el proceso.

De esta manera, la familia es un sistema esencial para la sociedad debido a su capacidad de garantizar la supervivencia de los sujetos que la conforman en donde las necesidades y los procesos de adaptación son recibidos y gestionados. De esta manera, favorece la co-construcción de sus atributos humanos (Huerta-González, 2005) por lo cual, es un sistema que juega un papel primordial en el proceso de formación de la identidad personal y procesos de tránsito de género.

Por otra parte, es imperativo abordar el concepto de violencia como aspecto central en las experiencias de género no hegemónicas, pues la expresión del género trans suele estar relacionado con eventos de violencia siendo como señala Calabrese (1997) un instrumento de control protagonizado por individuos que ejercen papeles hegemónicos dentro del grupo social a través del ejercicio arbitrario del poder. Esta se evidencia por medio de malos tratos, agresiones de

diversa índole (físicas, psicológicas, sexuales, entre otras) impuesta incluso en escenarios familiares. Sin embargo, autores como Vidal Fernández (2008) añaden a este constructo la búsqueda del control y dominio sobre las condiciones de existencia del otro empleando la fuerza física o la amenaza de esta.

Finalmente, para la presente investigación se tomaron en cuenta los autores mencionados anteriormente (Calabrese, 1997; Vidal Fernández, 2008) para la construcción de este concepto, por lo cual se entenderá violencia como toda experiencia proveniente de cualquiera de los integrantes del grupo familiar en la que una mujer transufra agresiones de tipo físico, psicológico, o simbólico ligado directa o indirectamente a su identidad de género.

### **Aproximaciones al concepto de familia, su conformación e interacciones**

Tomando en cuenta las ideas del apartado anterior, es posible evidenciar que el género se entrelaza íntimamente con un sistema que permite el desarrollo de las identidades de las personas, por lo que la familia debe ser un escenario importante para el abordaje de este trabajo. Por tanto, en este apartado se hablará de la familia, sus tipos, dinámicas, sus funciones y la importancia del apoyo familiar en la estructuración de la identidad.

Ahora, si bien la familia es una institución que acoge al ser humano desde su nacimiento, al ser un sistema en donde surgen relaciones mutuamente condicionantes entre sus miembros, dinámicas, construcciones, definición y tipología es tan compleja y diversa como las personas hay en el mundo. En vista de este panorama, se considera pertinente orientar esta investigación con la definición de Palacios y Rodrigo (1998), quienes se refieren a la familia como:

La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (p. 333)

Según esta definición, no serían necesarios vínculos sanguíneos o legales para considerar a alguna persona como un familiar, sino el hecho de que el individuo, a raíz de su discurso, le adjudique a

un otro el significado de “familiar” tomando en cuenta su historia personal, la cultura y, en general, su contexto particular. A esto se le llama construccionismo social, el cual establece que a partir de las interacciones sociales se generan discursos en donde el interlocutor expone su propia realidad en forma de significados (López De Martín, 2011).

Además de esta concepción de familia y de quienes la componen, Nardone et al. (2003) se acerca a una propuesta en la que cualquier tipo de estructura familiar puede ser funcional en tanto logre superar las dificultades a las que se enfrentan los sistemas familiares durante los cambios contextuales propios del desarrollo y cambios en el ciclo vital del mismo. Este modelo surge en contraposición de teorías que optan por seguir una estructura ideal del sistema familiar con jerarquías, reglas, subdivisiones, poderes y roles rígidos para que exista un buen funcionamiento familiar.

En concordancia con Nardone et al. (2003), autores como Golombok (2006) señalan que, en cuestión de bienestar psicológico, lo primordial no es la estructura familiar y su organización, sino la calidad de vida familiar. Generalmente, la calidad de vida familiar cuenta con variables como la cercanía emocional y la satisfacción frente al apoyo de la familia, variables que según Fuller y Riggs (2018) y Olson et al. (2016) mitigan los efectos de discriminación general y angustia psicológica, por lo cual, familias que son percibidas como fuentes de apoyo son un factor protector importante.

Cabe resaltar que las anteriores perspectivas son más cercanas a nuestro contexto histórico y cultural actual, trayendo consigo definiciones amplias sobre la familia y sus miembros. Para Lévi- Strauss (1949) solo se podría considerar familia a una relación que tuviese fuente en el matrimonio siendo conformada por un esposo, esposas e hijos nacidos al interior de la unión en donde su relación tuviese un carácter de tipo económico, religioso, de derecho y psicológicos. Este contraste en las definiciones lleva a pensar que la familia como sistema obedece al contexto social, económico, cultural, e histórico que continúa evolucionando de la mano de los cambios en el mundo. De esta manera, las familias han evolucionado en función del contexto histórico siendo significativamente diferentes, y las razones por las que se conforman varían de igual forma. Por lo tanto, estudiar la familia conlleva pensarla como un organismo creado a partir de



los significados compartidos entre personas que viven un mismo momento histórico y cultural (Coontz, 2000; Musitu et al., 2010).

Para Arriagada (2001) la mayoría de los cambios en la arquitectura de la familia están relacionados con el contexto de esta, así, lo urbano y lo rural, el nivel socioeconómico y las transformaciones que han surgido las sociedades juegan un papel importante. Particularmente, cambios en los roles sociales como el de la mujer al interior y exterior de la familia se han alimentado y evolucionado a partir de los cambios histórico-culturales que han emergido de manera dinámica, como el aumento en la participación económica y familiar. Lo anterior, pareciera que ha llevado a un aumento de hogares especialmente encabezados por las mujeres solteras; así como nuevas conformaciones familiares como parejas sin hijos y familias sin núcleo conyugal (Arriagada, 2001; 2002; 2004).

Con esto en mente, cuando surge la pregunta ¿Quiénes pueden considerarse miembros de una familia? Se hace necesario revisar los modelos existentes desde una perspectiva histórica, puesto que, si la concepción de familia es en esencia cambiante, los miembros que pueden ser considerados como familia también lo son. En el caso de Lévi-Strauss (1949) él solo consideraba como “familiar” a los hijos nacidos en el matrimonio, al esposo y a la esposa bajo la condición de tener lazos afectivos, de derecho y religiosos. No obstante, esta perspectiva desconoce muchas de las realidades familiares de la actualidad, por ejemplo, la configuración familiar con uno o ambos abuelos como cabeza de hogar donde hay progenitores ausentes.

Por otra parte, Ullmann et al. (2014), explican los tipos de familia en términos de hogares familiares y hogares no familiares. Bajo el primer grupo, menciona: a) Familias nucleares conformadas tanto por el núcleo conyugal (padre y madre) con o sin hijos, como por uno de los padres con hijos, es decir, monoparentales (Ullmann et al., 2014; Arriagada, 2001) entre ellas podemos encontrar familias monoparentales originadas por muerte de uno de los cónyuges, por la ruptura de los padres donde los hijos viven solo con uno de ellos, y aquellas encabezadas por madres solteras (Borrajo Iniesta, 1998); b) Hogares sin núcleo, los cuales carecen de un núcleo familiar (padres). No obstante, sus integrantes cuentan con relaciones de consanguinidad, como sería el caso de hermanos que viven juntos (Ullmann et al., 2014); finalmente menciona: c) Hogares amplios, conformados por un hogar nuclear en donde se suman personas que

pueden o no ser parientes. Si las personas que se suman al hogar familiar no tienen relación de parentesco con el núcleo familiar se denominará hogar compuesto (Ullmann et al., 2014), mientras que si se suman personas que son parientes recibe el nombre de hogar extenso (Ullmann et al., 2014). Este hogar extenso puede reunir tres o más generaciones, entre ellos, uno o ambos abuelos, padres, hermanos e incluso nietos y nietas (Murdock, 1960), en Colombia Jiménez (2006) resalta que su conformación se debe a factores como la importancia de los lazos de parentesco, la satisfacción de necesidades económicas, la crianza de los hijos y el apoyo familiar.

El segundo grupo son los hogares no familiares, en donde se encuentran a) aquellos integrados por una sola persona o unipersonales y, b) los conformados por un grupo de personas que cohabitan un espacio, pero no son familia nuclear y no tienen ninguna clase de consanguinidad. En esta tipología podríamos enunciar las personas que comparten una vivienda y se reparten los gastos también llamados no familiares sin núcleo (Ullmann et al., 2014).

Desde otra perspectiva, Aguado (2010) considera que para vislumbrar un concepto tan complejo como lo es la familia, se deben de tomar en cuenta diferentes variables, para ello propone tener presente: a) La definición de familia tradicional ha cambiado a través del tiempo y actualmente cuenta con una gran variedad de características. b) Los tipos de familia no son mutuamente excluyentes, es decir, una misma familia puede contar con diferentes estructuras tipológicas, por ejemplo, “una familia monoparental puede serlo por adopción, por inseminación, por divorcio, etc.” (Aguado, 2010, p. 5). c) Cada ser humano atraviesa un ciclo vital, por lo cual, es de esperarse que, a lo largo del ciclo vital y sus momentos, se vivirán diferentes tipos de familia; d) La presencia del fenómeno migratorio contribuye a la diversificación de configuraciones familiares debido a la mezcla de aspectos culturales entre el hogar de origen y hogar de acogida.

En coherencia con la variable de transformación de la familia a lo largo del tiempo (Aguado, 2010) y el estudio de la misma tomando en cuenta su contexto sociocultural (Coontz, 2000; Musitu et al., 2010; López De Martín, 2011), Meil Landwerlin (2006) en España define la familia del momento como ‘familia negociadora’, cuya característica principal es la importancia del desarrollo individual de cada uno de sus integrantes, reforzando valores como la libertad, autonomía y responsabilidad. No obstante, cabe destacar que, si

bien se acentúa el papel del desarrollo individual, también cuentan, como toda familia, con un proyecto de vida en común, por lo cual es importante también practicar los consensos y la comunicación, así como ejercer el respeto a los proyectos de vida individuales de quienes constituyen el sistema familiar, características estrechamente relacionadas con el apoyo familiar.

En últimas, la literatura parece indicar que independiente de la diversidad de su composición o tipología, un elemento central de la familia es el cumplimiento de ciertas funciones. Por ello, Huerta-González (2005) destaca dos funciones prioritarias: En primer lugar, garantizar la conservación y resguardo biopsicosocial de los integrantes de la familia por medio de la provisión de elementos materiales que les permitan seguridad física, como lo son el abrigo y el alimento; en segundo lugar, fomentar procesos de socialización a través de elementos inmateriales como el afecto, vínculos y la fraternidad.

Esta segunda categoría engloba otras, si se quiere, secundarias que hacen parte de la función socializadora: a) Establecer los parámetros necesarios para que los miembros de la familia puedan comprender qué rol sexual desean cumplir a fin de promover la maduración en las relaciones sexuales de los hijos, b) Alimentar el desarrollo de la identidad personal de manera que el miembro pueda ejercer una participación social efectiva, así como enfrentar nuevas experiencias y c) Apalancar el lugar sociocultural que ocupan sus integrantes con el objetivo de mantener las tradiciones y valores, de forma tal que los miembros más longevos puedan transmitirlos a las nuevas generaciones.

Es preciso señalar sobre esas dos funciones principales de la familia que se pueden expresar mediante acciones encaminadas a los miembros del grupo familiar, que, en su conjunto, transmiten la sensación de ser atendido, amado y recibido en este grupo. Estas acciones representan un concepto comúnmente entendido como soporte o apoyo familiar, que usualmente es de difícil definición puesto que tiende a ser generalizado como apoyo social y no como una categoría independiente desde la literatura. A su vez se lo piensa como un constructo con una fuerte prevalencia en la salud mental de las personas debido a que es mediante la interacción entre los individuos del hogar donde, de forma primaria, se desarrolla el conjunto de creencias y valores, siendo entonces una interacción que promueve

los procesos de estructuración de la personalidad (Baptista y Oliveira 2004; Clark & Dunbar, 2003).

Con relación a esto, se considera necesario que el apoyo familiar se configure en al menos una de las siguientes cualidades descritas por Cutrona (2000) y Pinkerton y Dolan (2007): apoyo concreto: son actos concretos y prácticos de ayuda que usualmente son subestimados a pesar de tener un gran valor. apoyo emocional: se manifiesta en actos de empatía, escucha y en general el “estar allí para el otro que lo necesita”; tiende a ser percibido como útil incluso cuando no necesariamente responde a la necesidad inmediata. Apoyo de consejo: consiste en brindar reafirmación y tranquilidad emocional de que hay alguien allí que le acompaña, y puede proporcionar información que otorga tranquilidad emocional; va más allá del consejo en sí mismo. Apoyo de estima: comprende los actos en donde una persona le expresa a otra que es valiosa e importante. Este acto de afecto constituye el eje central del apoyo social.

Siendo el apoyo familiar un elemento transversal en el sistema familiar, sufre transformaciones a lo largo del ciclo vital del grupo, todo esto en función a la dinámica familiar. La dinámica familiar desde la definición de Gallego (2011), se entiende como el encuentro entre las subjetividades de los miembros del grupo familiar que en su interacción se encuentran mediadas por unas reglas, límites, posiciones y roles que buscan favorecer la armonía y convivencia del grupo familiar. En este ejercicio hay una interiorización del rol que se ocupa en el grupo y una adaptación a las variaciones de la dinámica interna del mismo.

Lo anterior implica desde Gallego (2011) que cualquier cambio de rol o lugar al interior del grupo provoque de forma directa variaciones que obliguen a los demás a adaptarse para lograr en principio mantener el sistema familiar cohesionado, y por lo tanto obliga a la movilización del apoyo de los miembros del grupo familiar dependiendo del caso. Esto supone que el apoyo familiar es una experiencia vivida en varias dimensiones, por ello en la literatura se habla de apoyo recibido, apoyo percibido y apoyo ofrecido.

El apoyo ofrecido no es expresamente definido por los autores, de hecho, la literatura habla del “acto de ofrecer apoyo” más como un elemento intrínseco del apoyo social, inherente al acto de apoyar, que como una dimensión en sí misma llamada “apoyo ofrecido”. Aun así, podría ser entendida como una serie de actitudes, acciones y/o arreglos

de ofrecer apoyo a un grupo o individuo con el objetivo de ayudarlo, y se puede expresar de forma emocional, informacional, material, brindado consejo o incluso expresando afecto (Dura Ferrandis y Garces, 2014; Barrón, 1996; Cutrona, 2000; Pinkerton & Dolan, 2007; Orcasita y Uribe, 2010; Vivaldi y Barra, 2012).

Diferente es la situación al hablar de apoyo social recibido y percibido puesto que estas dos dimensiones si son explícitamente exploradas por diferentes autores. Orcasita y Uribe (2010) definen el apoyo social recibido como la cantidad de ayuda real que un individuo recibe en un lapso específico, esta definición comparte muchos elementos con la explicación brindada por Dura Ferrandis y Garces (2014) siendo el factor esencial de este constructo lo que “realmente se recibe de los otros”. Por ello, parece razonable concluir que en esta dimensión solo se incluyen los elementos objetivos que representan apoyo para quien lo recibe dejando de lado su experiencia subjetiva. A su vez, Dura Ferrandis y Garces (2014) sugieren que para evaluarla implica tener en cuenta no solo aspectos materiales o monetarios sino también los lazos disponibles para la persona, las relaciones sociales de las que el sujeto dispone y las acciones que los otros efectúen para ayudarlo en donde las disponibilidades de estas ayudas son más importantes que la efectiva activación de esas redes de apoyo.

Por otra parte, el apoyo social percibido se concibe como el conjunto de representaciones que la persona tiene de sus redes de apoyo, hace referencia a las relaciones significativas y la satisfacción que la persona siente de estas (Vivaldi y Barra, 2012). Vega Angarita y Gonzales Escobar (2009) concuerdan en que es una evaluación subjetiva del apoyo que se recibe, pero anexan a su definición formas de ayuda como la “instrumental”, “informativa” y “emocional” las cuales son tipos de soporte similares a los presentados por Pinkerton y Dolan (2007), Cutrona (2000) y Coyotl et al., (2015).

Una forma de comprender la percepción del apoyo es la propuesta por Janssens et al. (2005) quien manifiesta que es importante observar cinco elementos en la vivencia del individuo: la “cordialidad” (hospitalidad, aprobación, recibimiento percibido etc.), la “hostilidad” (insultos, agresiones, desdén hacia este), la “autonomía”, los “límites” (reglas rígidas o arbitrarias y negativas), y el “ambiente familiar” que percibe el individuo. En el caso de Barrón (1996) explica que es necesario evaluar el apoyo recibido y percibido por separado, debido a que cabe la posibilidad de que individuos que

se sientan apoyados no estén recibiendo una gran cantidad de apoyo objetivo, y en cambio personas que objetivamente reciban grandes cantidades de apoyo manifiestan sentir muy poco.

Pensando en lo anterior, la calificación del apoyo percibido parece estar fuertemente relacionada con las experiencias del individuo al interior de su grupo o si se quiere conceptos como la satisfacción familiar. Desde la perspectiva de Jiménez Figueroa y Moyano Díaz (2008), Barraca Mairal y López-Yarto (2010) tiene su centro en las diferentes interacciones que suceden entre los miembros del grupo familiar, por lo tanto, mayores niveles de satisfacción familiar estarían relacionados con un abundante número de experiencias o expresiones de amor, afecto, apego y cariño; por lo tanto, vidas familiares en donde abundan experiencias negativas como la frustración, el rencor, la ira y la tristeza implicaría una baja satisfacción familiar (Luna et al., 2011).

## Resultados y discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo general comprender las transformaciones que han surgido sobre la percepción del apoyo familiar en mujeres trans de siete ciudades de Colombia a partir de sus narrativas de vida. Para lograrlo, se interpretaron las experiencias de satisfacción sobre el apoyo percibido de las mujeres trans frente a las interacciones con sus familiares; y posteriormente, se caracterizaron las dinámicas familiares de las mujeres trans desde su perspectiva, todo esto a partir de sus narrativas de vida. En este sentido, a continuación, se discutirá el análisis de los resultados obtenidos en relación a los objetivos específicos mencionados.

A partir de las narraciones de las participantes fue posible inferir la valoración que tuvieron estas sobre las relaciones y apoyo brindado por parte de los miembros del sistema familiar (Jiménez y Moyano, 2008; Barraca y López-Yarto, 2010; Luna et al., 2011) así, se encontró que la mayoría son interacciones que no necesariamente fueron satisfactorias desde el momento de la “revelación” de la identidad de género, pudiéndose encontrar en su mayoría con interacciones y relaciones insatisfactorias, pero que a lo largo del tiempo se fueron transformando de forma positiva. Las pocas participantes que relataban este tipo de experiencias también expresaban altos niveles de gratitud y satisfacción por parte de figuras femeninas de la familia como actores regulares que les brindaban apoyo en momentos difíciles

de sus vidas, esto se pudo evidenciar en los casos de algunas mujeres trans de Armenia y Calarcá.

Una de las principales interacciones de las que las participantes hablaban satisfactoriamente fueron con sus sobrinos, quienes solían defenderlas de otros miembros de la familia, y se esforzaban por comprender las expresiones de género de las participantes. Estas muestras corresponden a un “apoyo emocional” como los actos de empatía, y “apoyo de estima” en tanto que sus sobrinos les expresaban ser apreciadas e importantes para ellos (Cutrona, 2000; Pinkerton & Dolan, 2007). Lo anterior es valioso debido a que, a pesar de ser miembros jóvenes del sistema familiar, fomentaban procesos de socialización con las participantes a través de elementos inmateriales como el afecto, vínculos y la fraternidad, una de las principales funciones de familia establecidas por Huerta-González (2005).

Por otro lado, se pudo apreciar que la mayor fuente de insatisfacción identificada en el estudio corresponde a la subcategoría de “Violencia”. Gran parte de la población entrevistada fue víctima de violencia física, psicológica y/o simbólica en la que los agresores solían ser sus familiares o personas cercanas a la familia, como fue el caso de una de las participantes. Lo anterior concuerda con estudios como los de Gutiérrez et al. (2018), Barrientos et al. (2019) y Francia-Martínez et al. (2017) quienes refieren que usualmente las agresiones y eventos de discriminación provienen de la misma familia, en especial miembros masculinos del sistema.

Adicionalmente, se consideró que muchas expresiones de agresión al interior de la familia pueden corresponder a la fase de furia (Emerson, 2008), caracterizada por intensos sentimientos de ira que aparecen con el debilitamiento de la negación; la experiencia trans desafía la norma y las expectativas que el grupo familiar pone en cada uno de sus miembros, provocando episodios de agresión que podrían estar relacionados con la dificultad para asimilar el duelo por el cambio abrupto de las expectativas sociales de género que se tiene sobre el miembro TNCG en la familia.

Ante esta violencia aparecieron múltiples reacciones por parte de las participantes. Una que llamó especial atención fue la internalización de una evaluación negativa de sí mismas (Barrientos et al., 2019) y de su colectividad, propiciando pautas de endodiscriminación, como fue el caso de una participante en Cartagena, quien argumenta *“yo sería incapaz de salir de alguna forma vestida como otras lo hacen, porque*

*no lo considero (...) Entonces si tú no quieres generar repudio ante otras personas... tienes que tratar de... de acoplarte a la realidad.”* (Cartagena 8, entrevista en profundidad).

Aparece también la priorización de las necesidades del grupo familiar sobre las propias, decisión que posteriormente, desde un ejercicio reflexivo de autoeficacia (Espinoza Pillado & Barra Almagiá, 2019), percibían como negativa pues se sentían insatisfechas por haber permitido que otras personas decidieron sobre su cuerpo y su vida íntima (Cali 9). Otras reconocían que se les brinda un apoyo limitado en la medida en la que ellas fuesen un apoyo económico en la casa, y que, a pesar de aportar se les recluía de sus hogares (Armenia 2). La aparición de la autoeficacia también permitió tomar acción frente a la nueva comprensión de su realidad (González et al., 2012; Guerrero et al., 2016), y ayudó a movilizar sus recursos para encontrar alternativas, entre las cuales, la más común fue la salida del hogar, como lo estableció en su narrativa la participante Jamundí 2.

La salida del hogar se constituye como un mecanismo de protección movilizador de la autoeficacia para la reevaluación y afrontamiento de dichas experiencias (Espinoza Pillado & Barra Almagiá, 2019).

*La razón por la que me fui de mi casa fue por la convivencia, por no entenderme, porque una cosa es que tú apoyes a alguien y otra cosa es que tú lo entiendas, porque me podían dar techo, alimento, lo que yo necesitara, más no ese entendimiento de que yo soy una niña y de que debo ser tratada como una niña ¿si me entiende? Para ellos [su familia biológica] siempre estuvo el niño, pero no la niña que yo era.* (Jamundí 2, entrevista en profundidad)

El daño emocional causado por la insatisfacción con el trato percibido puede llegar a ser irreversible, como es el caso de la participante Cali 6 quien refiere que el rechazo de su familia le hizo un daño insuperable. Esto es coherente en tanto se tenga presente que en la familia se suelen originar fuertes ideas de pertenencia, reciprocidad, dependencia y compromiso respecto a los demás miembros (Palacios y Rodrigo, 1998), y si estas expectativas se ven incumplidas de manera repentina -especialmente a raíz de las expresiones de identidad- es esperable que genere aflicción y decepción, cuando se está buscando apoyo y signos de pertenencia.

La violencia que vivieron las mujeres de este estudio no solo se limitó a una serie de dimensiones como la física y psicológica,

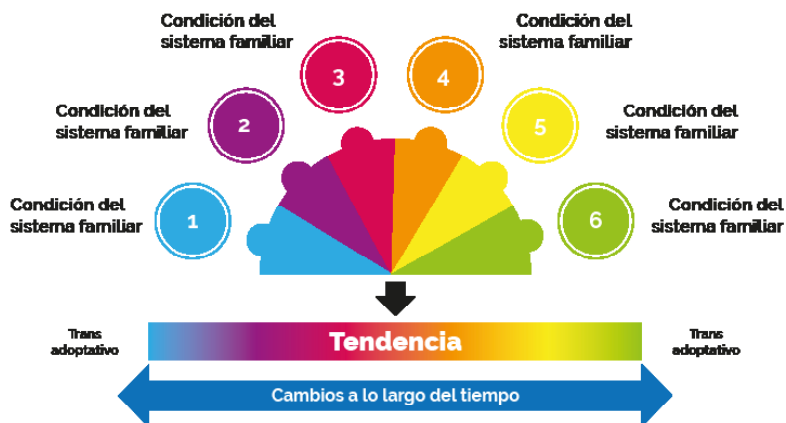


sino que también se propagaron a la simbólica, referida por ejemplo a la limitación de oportunidades que tienen las mujeres trans al estar culturalmente relegadas a ciertos roles en la sociedad -como la peluquería y el trabajo sexual- (Cartagena 1), pues a muchas les impide un desarrollo pleno de un proyecto de vida individual, siendo la promoción de esta una de las funciones principales de la familia según Huerta-González, (2005). La complejidad de este panorama no se encuentra en las aspiraciones de vida de la mujer trans, sino en cuando esa elección está supeditada a diferentes barreras socioculturales que se les impone. Las elecciones laborales en cuanto a la peluquería y el trabajo sexual no son negativas *per se*, lo cuestionable es que a aquellas que no tienen ese mismo proyecto de vida se les obligue a seguirlo -a pesar de querer cumplir algún otro ejercicio laboral- a causa de dificultades que impone la sociedad en la que se encuentran.

Ahora bien, respecto al segundo objetivo que implica caracterizar las dinámicas familiares de las mujeres trans a partir de sus narrativas de vida, se puede decir que fue posible agrupar las diferentes dinámicas vistas en dos grupos, esto teniendo en cuenta la tendencia que tuvieron los familiares para adaptarse a los cambios del sistema, así pues, denominaremos estas tendencias de interacción de forma tentativa como una gama de posibilidades en donde los extremos serían “tendencias trans adaptativas” y “tendencias trans resistentes”.

Figura 1

*Propuesta de modelo: tendencias de interacción familiar en relación con el tránsito de género.*



Fuente: Elaboración propia.

Los grupos que se ubican más hacia el lado de lo “trans adaptativo” suelen tener una dinámica familiar que de forma proactiva está dispuesta a intentar cambiar a pesar de las resistencias que pueden sentir. Este interés en cambiar, en acercarse a sus hijas desde una posición de amor y resiliencia parece ser un elemento clave de estos grupos familiares (Bogotá 4). Se puede resaltar que un buen número de las narrativas de aceptación estuvieron relacionadas de forma especial con figuras femeninas, en más de una de las experiencias es la madre quien persuadió a los miembros del grupo de intentar comprender al integrante trans de la familia y es mediante esta que se le da un espacio de acogida, corroborando que las figuras femeninas son más proclives a manifestar comportamientos de aceptación y apoyo que las masculinas en estas circunstancias (Spivey et al., 2018).

Lo anterior probablemente esté ligado a los roles sociales y comportamientos hegemónicos (Concha y Hoyos-Hernández, 2023) asignados en una sociedad machista, en donde los roles que se han impuesto en la sociedad ponen a las mujeres y en especial las madres a cargo de los actos de comprensión, cuidado y apoyo, haciéndolas más sensibles a la situación de sus hijas y facilitando la aceptación. Es probable que estos modelos hayan influido en la tendencia a la necesidad de tiempo para la asimilación del proceso de tránsito como factor común entre los relatos donde hay una respuesta de apoyo satisfactoria. Esta tendencia concuerda con los resultados de Grossman et al. (2019), en donde posterior a un tiempo aproximado de tres años se vieron grandes cambios en el apoyo por parte de los progenitores, encontrándose mucho más positivos frente al tránsito de sus hijos.

Por el contrario, sobre las tendencias “trans resistentes” una gran cantidad de las participantes contaron con ambientes familiares que dificultaron su transición de género, por lo que las rupturas al interior de las familias fueron abundantes en los relatos. En ellos aparece un interés por deslegitimar y hacerle desposeer su identidad trans, que se refleja en actos como limitar su expresión de género a ciertos espacios, obligar a vivir una doble vida y agredir (Armenia 4); expresiones de rechazo que provienen especialmente de padres e integrantes masculinos (Spivey et al., 2018). Lo anterior puede ser entendido como una respuesta defensiva ante la dificultad de comprender la vivencia de género de sus hijas, creyendo que deben corregirse como un acto de preocupación genuina, en donde promover su bienestar

está ligado al sistema de creencias que tienen sobre lo que es “una buena vida” para sus ellas.

Este análisis permitió comprender que en realidad estos estados no son excluyentes, por lo visto en los relatos lo usual es que los familiares con comportamientos “Trans adaptativos” manifiesten resistencias en algún momento y por la interacción con sus hijas transitaron desde una resistencia a una aceptación de la identidad de género de su familiar.

Ahora bien, siendo el objetivo de este texto comprender las transformaciones que han surgido sobre la percepción del apoyo familiar de mujeres trans de siete ciudades de Colombia a partir de sus narrativas de vida, es posible llegar a las siguientes conclusiones.

Primero, sobre la percepción del apoyo familiar la gran mayoría de las participantes tienen la impresión de ausencia de este apoyo, esta suele corresponder a una sensación de insatisfacción que en ocasiones surge debido a que existe una brecha entre el tipo de apoyo esperado por la participante, y el que percibe que sus familiares le proporcionan; la satisfacción surge en tanto haya concordancia entre el apoyo esperado y el percibido. Además, se encontró que a pesar de, en ocasiones, no contar con apoyo familiar, las mujeres trans se han mostrado resilientes al buscar alternativas desde sus propios recursos compensando la falta de apoyo familiar percibido, construyendo nuevas relaciones y sobreponiéndose a sus pasados para tener una oportunidad de construir futuro.

Segundo, en referencia a las dinámicas familiares de apoyo parece prevalente la necesidad de realizar un proceso de duelo donde los familiares se permiten elaborar la nueva realidad de su familiar TNCG comprendiendo los límites de su actuar y los efectos que este puede producir en el otro, proceso que puede variar dependiendo de las características propias de cada familia.

Este estudio permitió fortalecer las discusiones sobre familias en relación al tránsito de género al crear un modelo que intenta explicar el espectro de tendencias comportamentales que expresan las familias, siendo sus extremos la “trans resistencia” y la “trans adaptación”, evidenciando que las respuestas de los familiares ante el tránsito más que “negativas” o “positivas” se ubican en un espectro que es dinámico y se va transformando a lo largo del tiempo. Estos hallazgos permiten alimentar las políticas públicas en el contexto colombiano, que, aunque establecen protecciones legislativas en estas temáticas, requieren fortalecer operaciones concretas y efectivas que

den cuenta del trabajo intencionado por parte del Estado en aceptar a las personas TNCG como parte de la sociedad.

Entendiendo esto, lo importante no es lograr una aceptación idílica en donde toda relación sea considerada “perfecta”, sino llegar a una comprensión del grupo familiar como un organismo cambiante y que puede transformarse a sí mismo a pesar de las ideas preconcebidas sobre las personas TNCG para verlas de forma diferente y ayudarles no solo a obtener un paso acompañado por el tránsito, sino también una sensación de logro y bienestar.

Es relevante aclarar que, si bien a partir de este estudio se llegó a importantes hallazgos, una limitación importante es que solo se tuvo la versión de las participantes, y se considera que podría ser sumamente preciado conocer la versión de los familiares de las participantes para conocer un panorama más amplio de la transformación de la dinámica familiar.

Para futuros estudios que pretendan ahondar en la percepción de apoyo familiar en mujeres trans se recomienda investigar sobre los siguientes temas: el autocuidado que las mujeres trans ejercían ante la carencia de apoyo percibido, el impacto del apoyo familiar percibido y su satisfacción, en el autoestima y la autoeficacia de las participantes, así como el promedio de tiempo en que ocurrieron las transformaciones familiares a lo largo del proceso de tránsito, entre otros factores como las fases del duelo que posiblemente atraviesan tanto las familias como las participantes en el proceso de tránsito de género.

Esto último podría permitir la elaboración de líneas de tiempo que den cuenta de los procesos tanto de familias con tendencias “trans adaptativas” del espectro, como familias con tendencias “trans resistentes”. A su vez, podría ser sumamente valioso tomar en cuenta el concepto de duelo, pérdidas y fases de duelo dentro del marco teórico de próximas investigaciones. Esto podría permitir comprender de manera más integral diferentes aspectos que en este estudio estuvieron presentes a lo largo de las dinámicas familiares que tienen que ver con las expectativas, sueños y confrontaciones que enfrentan los familiares respecto a la identidad y expresión de género no hegemónica, entre otros procesos familiares e individuales que los integrantes de esta pueden vivir.

En cuanto a recomendaciones para las familias es vital que tengan una mirada abierta y dispuesta a escuchar sobre las realidades de sus hijas. Es común durante el proceso sientan inseguridades, miedos y dudas respecto a lo que sucede, por lo que de ser posible recomendamos

que busquen acompañamiento de un profesional en la salud mental que los acompañe, guíe e informe frente a sus dudas y preocupaciones; preguntar a personal profesional y de salud les permitirá afrontar los cambios del ciclo vital de su grupo familiar de una forma adaptativa.

## Referencias

- Aguado, L. (2010). Escuela inclusiva y diversidad de modelos familiares. *Revista Iberoamericana de educación*, 53(6), 1-11. <https://rieoei.org/historico/deloslectores/3377Aguado.pdf>
- Arriagada, I. (2001). *Familias latinoamericanas: Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del siglo XX*. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/9144/lcl1652-p.pdf>
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. División de Desarrollo Social. *Revista de la Cepal* 77. 143-161. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10829/1/077143161\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10829/1/077143161_es.pdf)
- Arriagada, I. (2004). Transformaciones Sociales y Demográficas de las Familias Latinoamericanas. *Papeles de Población*, 10(40), 71-95. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11204007.pdf>
- Baptista, M. N. y Oliveira, A. (2004). Sintomatología de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67. <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/40168>
- Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P. & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108-2116. <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2015.302763>
- Barraca Mairal, J. y López-Yarto, E. L. (2010). *Escala de Satisfacción familiar por adjetivos*. Tea.
- Barrientos, J., Espinoza-Tapia, R., Meza, P., Saiz, J., Cárdenas, M., Guzmán-González, M., Gómez, F., Bahamondes, y Lovera, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia psicológica*, 37(3), 181- 197. <https://cutt.ly/kTSl8wd>
- Barrientos, J., Saiz, J., Gómez, F., Guzmán-González, M., Espinoza-Tapia, R., Cárdenas, M. y Bahamondes, J. (2019). La Investigación Psi-

- cosocial Actual Referida a la Salud Mental de las Personas Transgénero: Una mirada desde Chile. *Psyche*, 28(2), 1-13. <https://cutt.ly/qTSzRf>
- Barrón, A. (1992). Apoyo social y salud mental. En J. L. Álvaro., J. R. Torregrosa, y A. Garrido (Eds.), *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental* (pp. 223-231). Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=153158>
- Borrajo Iniesta, S. (1988). Ruptura matrimonial y formación de familias monoparentales en España [conferencia]. *Las familias monoparentales: Seminario hispano francés, celebrado en Madrid, diciembre de 1987*, Madrid, España.
- Calabrese, E. (1997). La Violencia en el hogar, *Leviatán: Revista de hechos e ideas*, 105-114. <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=1010371>
- Canavan, J. & Dolan, P. (2003). Policy roots and practice growth: evaluating family support on the west coast of Ireland. In I. Katz y J. Pinkerton (Eds.), *Evaluating Family Support: Thinking Internationally, Thinking Critically* (pp. 253–269). Wiley. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/0470013362#page=258>
- Clark, P. C. & Dunbar, S. B. (2003). Preliminary reliability and validity of a family care climate questionnaire for heart failure. *Families, systems & Health*, 21(2), 281-291. <https://psycnet.apa.org/record/2003-09379-005>
- Concha y Hoyos-Hernández. (2023). Representaciones sociales sobre las personas trans de estudiantes de un posgrado en Psicología. *Interdisciplinaria*.
- Coontz, S. (2000). Historical perspectives on family diversity. In D. H. Demo, K. R. Allen & M. A. Fine (Eds.), *Handbook of family diversity* (pp. 15-31). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2000-03931-000>
- Coyotl, E., Morales, F., Xicali, N., Torres, A., Villegas, M., Tenahua, I., Arriola, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 51-61.
- Cutrona, C. E. (2000) Social support principles for strengthening families: messages from America. In J. Canavan, P. Dolan & J. Pinkerton (Eds.). *Family Support: Direction from Diversity* (pp. 103–122).

- Jessica Kingsley. <https://cutt.ly/ZhjYmUk>
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8, 41–67. [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J236v08n01\\_05](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J236v08n01_05)
- Diamond, L. M., Pardo, S. T. & Butterworth, M. R. (2011). Transgender Experience and Identity. In Schwartz S., Luyckx K & Vignoles V. (Eds.), *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 629–647). Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-7988-9\\_26](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4419-7988-9_26)
- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D. & T'sjoen, G. (2015). Families in transition: A literature review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36–43. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2015.1102716>
- Dura Ferrandis, E. y Garcés, J. (2014). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257–271. doi:10.1080/02134748.1991.10821649
- Eckenrode, J. & Hamilton, S. (2000). One to one support interventions. In S. Cohen, L.G. Underwood & B.H. Gottlieb (Eds.). *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 278–308). A Guide for Health and Social Scientists. <https://cutt.ly/FhjYKJc>
- Emerson, S. (2008). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. [https://doi.org/10.1300/J085V07N03\\_01](https://doi.org/10.1300/J085V07N03_01)
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31–41. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/66935>
- Espinoza Pillado, C. & Barra Almagiá, E. (2019). Autoeficacia, apoyo social y bienestar psicológico en estudiantes universitarios asmáticos. *Revista de Psicología*, 14(28), 141–147. <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/1744>
- Espinoza, M., Fernández, O., Riquelme, N. y Irrazabal, M. (2019). La Identidad Transgénero en la Adolescencia Chilena: Experiencia Subjetiva del Proceso. *Psyche*, 28(2), 1–12. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282019000200104&script=sci\\_arttext&tlng=p](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282019000200104&script=sci_arttext&tlng=p)
- Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. Periferia:

- Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, (3), 1-14.
- Fernández, M. y García-Vega, E. (2014). Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 26-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830203>
- Francia-Martínez, M., Esteban, C. y Lespier, Z. (2017). Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 98-113. <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/rep/article/view/302>
- Fuller, K. & Riggs, D. (2018). Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 379-388. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2018.1500966>
- Gallego, A. (2011). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 326-345. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/364/679>
- Gardner, R. (2003). *Supporting Families: Child Protection in the Community*. NSPCC Wiley.
- Golombok, S. (2006). *Modelos de familia: ¿qué es lo que de verdad cuenta?* Grao.
- González, R., Valle, A., Freire, C. & Ferradás, M. (2012). Relaciones entre autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(1), 40-48.
- Grossman, A. H., & D'augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of homosexuality*, 51(1), 111-128. [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J082v51n01\\_06](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J082v51n01_06)
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A. & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 1-18. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2019.1696103>
- Guerrero, J., Parra, L. & Mendoza, J. (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 193-203.
- Gutiérrez, D., Evangelista, A. y Winton, A (2018). Mujeres transgénero trabajadoras sexuales en Chiapas: las violencias del proceso de



- construcción y reafirmación de su identidad de género. *Sociológica*, 33(94), 139-168. <https://cutt.ly/7hjUYLt>
- Hernández, S., Pozo, C., Morillejo, E. & Martos, M. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21(2), 304-315. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1355037>
- Huerta-González, J. (2005). La familia como unidad de estudio. En S. G. Farfán. (Ed.), *Programa de actualización continua en medicina familiar* (pp. 60-87). Intersistemas.
- Janssens, J. M. A. M., Bruyn, E. E. J., Manders, W. A. y Scholte, R. H. J. (2005). The multitrait-multimethod approach in family assessment: Mutual parentchild relationships assessed by questionnaires and observations. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(4), 232-239. <https://cutt.ly/2hjDIfK>
- Jiménez Figueroa, A. & Moyano Díaz, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 23(1), 116- 133. <https://www.scielo.cl/pdf/universum/v23n1/art07.pdf>
- Jiménez, A., Mendiburo, N. y Olmedo, P. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo- familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 317-329. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79922588011.pdf>
- Jiménez, B. (2006). Familia extensa: solidaridades, acuerdos y conflictos intergeneracionales. *Revista observar*, (364), 12-15. <https://bit.ly/3m1T0TY>
- Katz, I. & Pinkerton, J. (2003). *Evaluating Family Support: Thinking Internationally, Thinking Critically*. Wiley.
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Veters, R., Forcier, M. & Austin, S. B. (2018). Family functioning and mental health of transgender and gender-nonconforming youth in the trans teen and family narratives project. *The Journal of Sex Research* 55(4-5), 582-590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Klein, A. & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193-199. <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lgbt.2015.0111>
- Landeros-Herrera, J., Simental-Mendía, L. y Rodríguez-Durán, J. (2015). Perfil psicosocial y percepción del apoyo familiar en adultos. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 558-563.

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155k.pdf>
- Lempereur, J., Godoy, V., Fischer, F., Insunza, C. y Lazo, G. (2019). Vivencias de los jóvenes transgénero respecto a su inclusión social en Chile. *Nomadías*, (27), 9-31. <https://nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/54359>
- Lévi-Strauss, C. (1949). *Estructuras elementales del parentesco*. Paidós. <https://antropologiapoliticaenah.files.wordpress.com/2014/10/ap-levi-strauss.pdf>
- López De Martín, S. R. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston [conferencia]. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina.
- Lozano-Beltrán, J. A. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119. [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10\\_6.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10_6.pdf)
- Luna, A; Laca, F. & Mejía, J. C. (2011). Bienestar Subjetivo y Satisfacción con la Vida de Familia en Adolescentes Mexicanos de Bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 17-26. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133921440003.pdf>
- McIntyre, J., Daley, A., Rutherford, K. & Ross, L. E. (2012). Systems-level barriers in accessing supportive mental health services for sexual and gender minorities: Insights from the provider's perspective. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2), 173-186. <https://psycnet.apa.org/record/2012-08120-010>
- McKay, T. R. & Watson, R. J. (2019). Gender expansive youth disclosure and mental health: Clinical implications of gender identity disclosure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 66-75. <https://psycnet.apa.org/record/2019-66492-001>
- Meil Landwerlin, G. (2006). *Padres e hijos en la España actual*. Fundación "La Caixa". [https://www.researchgate.net/publication/276279627\\_Padres\\_e\\_hijos\\_en\\_la\\_Espana\\_actual](https://www.researchgate.net/publication/276279627_Padres_e_hijos_en_la_Espana_actual)
- Murdock, G. (1960). *Social structure*. Macmillan.
- Musitu, G., Estévez, E. y Jiménez (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes*. Cinca.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia: conocer*

- y resolver los problemas entre padres e hijos. Herder Editorial.
- Nebot, M., Lafuente, J., Tomás, Z., Borrell, C. y Ferrando, J. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: Un estudio longitudinal. *Revista Española Salud Pública*, 76(6), 663-682. <https://cutt.ly/DhjFxxa>
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M. y McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3), 1-8. <https://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20153223>
- Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862010000200007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007&lng=en&tlng=es)
- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Alianza editorial
- Pinkerton, J. & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child & family social work*, 12(3), 219-228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00497.x>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B. & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954-964. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C. & Feder, S. (2019). Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1-23. <https://cutt.ly/QhjFVXE>
- Riggs, D. W., von Doussa, H. & Power, J. (2015). The family and romantic relationships of trans and gender diverse Australians: An exploratory survey. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 243-255. <https://psycnet.apa.org/record/2015-12835-005>
- Rosenfeld, C., & Emerson, S. (1995). *Transgender clients: A basic introduction for counseling professionals*. Manuscript submitted for publication.
- Rossmann, K., Salamanca, P. & Macapagal, K. (2017). A qualitative study examining young adults' experiences of disclosure and nondisclosure of LGBTQ identity to health care providers. *Journal of homosexuality*, 64(10), 1390-1410. <https://europepmc.org/article/pmc/5772907>
- Rutter, M., Giller, H. & Hagel, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press.

- Schimmel-Bristow, A., Haley, S. G., Crouch, J. M., Evans, Y. N., Ahrens, K. R., McCarty, C. A. & Inwards-Breland, D. J. (2018). Youth and caregiver experiences of gender identity transition: A qualitative study. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(2), 273-281. <https://psycnet.apa.org/record/2018-12189-001>
- Schöner G. (2008). Development as change of system dynamic: stability, instability, and emergence. In J. Spencer, M. Thomas & McClelland. (Eds.), *Toward a New Grand Theory of Development? Connectionism and Dynamic System Theory Re- Considered* (pp. 2-37). Oxford University Press. <https://cutt.ly/qhjGyR9>
- Smith, L. & Thelen, E. (2003). Development as a dynamic system. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(8), 343-348. [https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613\(03\)00156-6](https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613(03)00156-6)
- Spencer, J. P., Austin, A., & Schutte, A. R. (2012). Contributions of Dynamic Systems Theory to Cognitive Development. *Cognitive development*, 27(4), 401-418. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2012.07.006>
- Spivey, L. A., Huebner, D. M. & Diamond, L. M. (2018). Parent responses to childhood gender nonconformity: Effects of parent and child characteristics. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(3), 360-370. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sgd0000279>
- Ullmann, H., Maldonado Valera, C. y Rico, M. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. CEPAL - Series Políticas Sociales. <https://cutt.ly/7hjGnFB>
- Vega Angarita, O. y Gonzales Escobar, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 8(2). <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351>
- Vidal Fernández, F. (2008). Los nuevos aceleradores de la violencia Re modernizada. En A. F. García-Mina (Coord), *Nuevos escenarios de violencia* (pp. 17-23). Universidad Pontificia Comillas. <https://cutt.ly/ATSfRSk>
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. <https://cutt.ly/bhjGQtH>
- Von Doussa, H., Power, J. & Riggs, D. W. (2017). Family matters: transgender and gender diverse peoples' experience with family when they transition. *Journal of Family Studies*, 26(2), 1- 14. <https://cutt.ly/RhjGTvV>

# Capítulo 6. La pareja para la mujer trans: entre la afirmación y la dependencia

## Introducción

Es pretencioso escribir un apartado sobre ser pareja como mujer trans porque solo es reciente el interés por ahondar en los significados de esta construcción. En el *Proyecto TranSER* se ha comprendido cada vez más desde la cercanía con estas mujeres que no existe una verdad, ni una experiencia unificadora, ni una palabra tan neutra que no se doblegue ante lo interiorizado o lo idealizado sobre ser pareja. Cómo no resaltar a las mujeres que siguen siendo buscadoras de un “ser” que les permita ser, que les reciba como son, con la negociación esencial de conocerse más allá de lo que se espera y redescubrirse una y otra vez, como la verdadera promesa del amor: dejarnos ser para sentir que se teje el encuentro genuino con otro u otra que nos acoge en la presencia de su vida.

En la consideración de la experiencia de vivir una relación de pareja, Acevedo Velazco y Restrepo de Giraldo (2010) manifiestan que es posible que uno de los más grandes deseos del ser humano sea consolidar una relación de pareja en la que la persona pueda verse acompañada de otro que le reconoce y le permite establecer una relación significativa.

Con este referente inicial se busca comprender cómo viven las mujeres trans dichas relaciones significativas, dado que la evidencia empírica y la literatura sobre ser pareja trans no es muy amplia y, en consecuencia, es urgente la necesidad de adentrarnos en sus significados, sus particularidades, sus comprensiones y sus experiencias, para seguir consolidando el respeto profundo por sus formas de abordar la vida misma y fortalecer la resistencia a la búsqueda de “una normalidad” establecida en la historia de la humanidad.

Ahora bien, las investigaciones en relación con la vivencia de ser pareja de mujeres trans dan cuenta de experiencias diversas que van desde el acompañamiento, la aceptación, la afectividad, y la sexualidad;

pasando por aspectos relacionados con violencia, ausencias, periodos breves de presencia o la idealización de un ser que no suele estar presente en sus vidas, sino que en muchas ocasiones permanece con ellas buscando una relación de manutención por parte de la mujer trans o mediado por el encuentro y la satisfacción sexual, en donde el compromiso y el cuidado deseado por ellas no hacen su mayor presencia.

Con relación a etapas tempranas de vida en las personas trans y la vivencia de la pareja, Lempereur et al. (2019) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de describir cómo siete (7) jóvenes trans (entre 18 y 24 años) vivencian su expresión de género en el contexto de inclusión social en Chile, ahondando en temas tales como: teoría queer, identidad de género, procesos de expresión de género, develación, redes de apoyo social, inclusión social y heteronormatividad. Los participantes manifiestan ausencia de relaciones interpersonales significativas en etapas tempranas de la construcción de la identidad, pero dentro de los vínculos importantes destacan la pareja, la cual propicia la aceptación propia e interrelacional, así como el crecimiento personal.

Bajo este mismo interés, Chester et al. (2017) exploraron el impacto que un proceso de tránsito de género tiene frente a las relaciones de quien lo atraviesa. Lo curioso de este estudio es que tuvo en cuenta la voz de quienes son pareja de la persona trans, encontrando que, si bien el proceso de tránsito de sus compañeros implica cambios en la relación, se puede lograr llevar un proceso de adaptación fluido como pareja que vive el tránsito de género como un aspecto natural.

También durante el proceso de tránsito, Estrada-Montoya y García-Becerra (2010) encontraron que en una muestra de 18 mujeres trans en la ciudad de Bogotá (Colombia), se percibe que el transitar de género es un factor de riesgo para sí mismas dentro de una sociedad que no les brinda facilidades para asumir su identidad de género y que, frente a la dimensión del amor, las participantes suelen idealizar las relaciones de pareja, lo cual discrepa de la realidad que viven, manifestando que para conseguir una relación estable deben asumir un rol pasivo y actitudes de sumisión frente a sus compañeros sentimentales.

Otro estudio desarrollado en Bogotá por Lozano-Beltrán (2018), tuvo como objetivo conocer las prácticas de autocuidado y el apoyo recibido durante el proceso de transición de cinco mujeres

trans. Este estudio encontró que las prácticas de autocuidado se adoptan desde los riesgos que pueden surgir en el proceso de tránsito y al profundizar en las emociones que surgen en dicho proceso hacen referencia a sus parejas refiriendo que las mujeres trans con mayor edad reciben apoyo de sus parejas porque sostienen relaciones duraderas contrario a las participantes más jóvenes, ya que estas últimas no expresan deseo de asumir compromisos de este tipo. Aun así, reconocieron que al terminar relaciones sentimentales se enfrentan a sentimientos negativos que conllevan soledad, desesperanza y crisis emocionales que suelen ahondar en el proceso de transformación.

Para comprender mucho más la dinámica de vivir una relación de pareja de la población trans, Blair y Hoskin (2019) describieron las características demográficas de quienes están dispuestos a considerar como posible pareja a una persona trans. De una muestra total de 958 personas de orientación sexual diversa y heterosexual, con identidades cisgénero, trans y queer, solo el 12,5% manifestaron estar dispuestos a salir y establecer una relación con una persona trans. Los hombres y mujeres cisgénero heterosexuales presentan la más alta probabilidad de excluir a personas trans de su interés como pareja romántica. Sin embargo, la figura masculina sigue ganando en privilegio, puesto que quienes posiblemente se interesen por personas trans, se inclinan por quienes son hombres trans y excluyen las figuras transfemeninas.

Ahora bien, las mujeres trans al quebrantar lo estipulado socialmente son foco constante de violencia física, psicológica, sexual, entre otras. Colombia Diversa (2018) refiere que este grupo poblacional se encuentra expuesto a la violencia en múltiples escenarios sociales, así como al interior de sus relaciones de pareja, por lo cual la violencia hacia esta población se perpetúa exponencialmente.

En España, Fernández et al. (2019) se plantearon como objetivo reflexionar sobre la vulnerabilidad específica de las mujeres trans a sufrir violencia por parte de sus parejas, sus implicaciones legales y clínicas. Se realizó una revisión minuciosa de investigaciones enfocadas en violencia de pareja con el componente de identidad trans; examinando también leyes y protocolos de atención jurídica y en servicios de salud. Con esto, se detectó que las mujeres trans son más propensas a sufrir amenazas, intimidación, hostigamiento y lesiones en la pareja. Algunas de las razones por las cuales se presentan este tipo de situaciones son las relaciones de poder, tanto íntimas como sociales, además de los roles de género, la impunidad que se presenta

ante los diferentes casos teniendo presente que los mecanismos ante estos no suelen ser los más efectivos y existen problemas para acceder a los mismos.

En la línea de la violencia, Pulice-Farrow et al. (2017) encontraron microagresiones trans en contextos de relaciones románticas, donde los participantes de su estudio (personas trans, de género no conforme y *agender*) reconocen cualquier tipo de microagresión por parte de sus parejas. Los autores resaltan que normalmente las relaciones de pareja muestran igualdad entre quienes la conforman, pero en el caso de la población trans se evidencia la inequidad contra quien representa una minoría dentro de la sociedad, por lo que la población trans tiende a verse vulnerada en las relaciones de poder ejercidas al interior de una pareja.

En el marco de investigaciones respecto a parejas diversas, específicamente parejas trans, es preciso mencionar que, así como la pareja representa, en repetidas ocasiones, un factor de riesgo y fuente de violencia para las mujeres trans, también se reconocen las parejas como un apoyo fundamental.

En este orden de ideas, Platt y Bolland (2017) realizaron una investigación cualitativa en Norteamérica donde observaron que las personas trans encuentran un gran apoyo en sus parejas sentimentales, ya que con ellas pueden ser auténticas y afrontar sus diferentes realidades. También encontraron como factores negativos el estigma social, la falta de seguridad en sí mismas y el rechazo. Gracias a la participación de 38 personas trans en las entrevistas propuestas se encontraron cinco aspectos relevantes para seguir trabajando con la población: El sistema opresivo binario de género, salidas y decisiones de divulgación, preocupaciones sobre la sexualidad física y emocional, el trabajar en las relaciones saludables y el poder vivir una vida auténtica.

En esta misma línea, Riggs et al. (2017) realizan un estudio cualitativo, con el cual buscan ahondar en los efectos que tiene la discriminación en el estado de la salud mental dentro de la población trans y como esto se ve relacionado en la intimidad de la vida de pareja. La muestra se compone de 13 participantes trans. De cuyas entrevistas, emergen cinco temas puntuales. El primero explora el fetiche de cuerpos trans; el segundo corresponde a negociaciones de intimidad a través de la transición; el tercero es, decisiones pragmáticas sobre la no intimidad; el cuarto aborda las expectativas normativas en el contexto



de la intimidad; y por último se encuentra la intimidad entre parejas trans. Dentro de las conclusiones resalta que, las relaciones íntimas en población trans con frecuencia se encuentran enmarcadas de forma implícita por las normas de género y las expectativas sobre cómo deberían ser desde su rol, limitando así un sano y pleno desarrollo de la vida en pareja.

Además de exponer el contexto de pareja en mujeres trans, que incluye tanto historias de violencia y ausencia de cuidado, como significados de apoyo y facilitador de procesos, se debe resaltar aquellos factores que ellas valoran al buscar una pareja. Al respecto, Arístegui et al. (2018) encontraron que para las mujeres trans es primordial el aspecto físico de la pareja, así como las facilidades económicas que le pueda brindar. Frente a este tema, Estrada-Montoya y García-Becerra (2010) ya había señalado que para esta población es muy significativa la estética del hombre que idealizan como pareja, y que, además, siempre están en búsqueda de un hombre heterosexual que les permita desde sus preferencias, reafirmar su identidad de género.

Con relación a dichas valoraciones para la elección de pareja, Platt y Bolland (2017) realizaron un estudio cualitativo con 38 participantes en Estados Unidos buscando examinar la naturaleza de las relaciones de pareja para las personas que se identifican como trans siendo 21 de ellas mujeres trans. Los resultados indican los retos que acompañan a las experiencias de citas y a la búsqueda de parejas que se complican por la naturaleza restrictiva de los roles y expectativas binarias de género tradicionales. Algunas parejas terminan su relación con una persona trans debido a la falta de comodidad (personal y social); por no encajar con las etiquetas de género por la que sus parejas se sienten atraídas o menos señaladas.

Las investigaciones aún son pocas; el difícil acceso a la población limita el número de participantes y el diseño metodológico es de tendencia cualitativa tanto por las limitaciones referidas en lo relacionado al acceso como por el desconocimiento que aún se tiene de la población lo cual convoca a conocer con detenimiento la experiencia de las mujeres trans quienes en lo relacionado con su vivencia de ser pareja aun transitan por el rechazo y la violencia; el poco reconocimiento como seres integrales y no solamente como seres sexuales, el deseo de una pareja estable que busque transitar desde lo establecido y lo heteronormativo hacia la posibilidad de construir

una relación de pareja con equidad, presencia, complicidad, afecto y reconocimiento entre otros.

Vivir una vida auténtica a pesar de los retos que conlleva la identificación como trans, su decisión de vivir como su auténtico yo de género y compartirlo con una pareja resulta fundamental para promover el amor hacia sí mismos y hacia los demás (Platt & Bolland, 2017).

## **Relaciones de pareja en población trans**

Teniendo en cuenta el estado actual de conocimiento frente a las relaciones de pareja respecto a población de mujeres trans, es preciso recordar que cada individuo significa de manera muy distinta la forma de estructurar sus propias relaciones sentimentales y sus implicancias (Blandón-Hincapié y López-Serna, 2016). Desde una perspectiva general, la historia y la sociedad han significado las relaciones de pareja como un vínculo romántico que se establece entre dos personas con la intención de llegar a ser uno solo, inevitablemente mediados por la cultura y la sociedad (García Higuera, 2002). Kearl (como se citó en García Higuera, 2002) plantea que las relaciones de pareja no necesariamente deben estar conformadas por dos personas del sexo opuesto, así como tampoco deben estar regidas por un vínculo marital religioso y-o legal y esto gracias a los cambios que ha experimentado la sociedad en las últimas décadas.

En otras palabras, el concepto de relación de pareja ha transmutado a lo largo del tiempo por la subjetividad que implica abordar el tema, así como los cambios sociales y las diversas nociones acerca de la sexualidad y otros componentes de las relaciones de pareja, además del contexto cultural y familiar que influye en las mismas. Al respecto de los elementos culturales es necesario, como lo sugiere Lloyd y Finn (2017), contar con una visión crítica para concientizarnos sobre los enredos discursivos y afectivos con la sexualización (trans) que no tienen que ser vistos siempre como erróneos, desestabilizadores o necesitados de intervención, sino como potencialmente afirmativos en la elaboración personal de la subjetividad trans.

La relación de pareja se considera una experiencia amplia dentro de la vida del ser humano, la cual incluye distintos componentes como el contexto sociocultural, el amor romántico y los elementos biológicos propios de cada persona (Maureira Cid, 2011). Por su parte, García

Higuera (2002) reitera que una relación de pareja implica compartir algo con el otro, ya sea desde el plano físico, material o sentimental para lograr una convergencia integral del vínculo y, para Sánchez-Barbudo (2006), el plano físico toma un lugar determinante en las relaciones, puesto que mediante este es posible reforzar el componente sexual del vínculo de pareja. La pareja se expresa entonces como un vínculo que permanece a largo plazo, que representa un reto personal para cada individuo y requiere de madurez, sentimientos de valía personal y confianza en sí mismo que permita dar paso a una relación sentimental sana, donde se propicie un espacio seguro y que conduzca al desarrollo mutuo (Rage, 1995; Rogers, 1961).

En el caso de las personas trans, al intentar construir una relación de pareja el componente sexual y corporal varía, pues mientras para algunos resulta ser un factor secundario, a otros les permite reafirmar su identidad de género (Garaizábal, 2000). La sexualidad es aquí entendida como aquella dimensión del ser humano que incluye el factor afectivo, erótico y de género. No necesariamente se encuentra vinculada al amor. Desde lo erótico se encuentra relacionada con el placer físico (Aldana García, 2008; Rubio Auriolés, 1994).

En consecuencia, la concepción de pareja y vínculo afectivo se ha flexibilizado, es por ello por lo que Godás Sieso (2006) aborda la relación de pareja bajo la perspectiva de población minoritaria, estableciendo que para las personas trans es un reto construir estos vínculos, dado que estas personas tienden a ocultar su corporalidad íntima por el miedo al rechazo que esto puede generar en sus compañeros sentimentales. Además, manifiesta que muchas personas trans se enfrentan a la ruptura de las relaciones que establecen al permitirle al otro descubrir su genitalidad.

Zavlin et al. (2017) realizaron un estudio cuantitativo prospectivo con el objetivo de averiguar si hay cambios significativos mensurables en varios atributos de la calidad de vida después de la cirugía de reafirmación del género de las mujeres trans encontrando que parecían más estables emocionalmente, mostraban una mayor autoestima y una depresión / ansiedad mucho menor y la mayor mejora en el módulo de satisfacción general fue el ítem “relación de pareja” concluyendo que la cirugía de reafirmación de género impacta de manera positiva la calidad de vida de las mujeres trans.

La satisfacción estaba mediada por los genitales, y en gran medida, una intervención quirúrgica significa para algunas mujeres

trans una ganancia en el ámbito sexual, dado que reportan mejora notable en sus encuentros sexuales al haber suprimido el órgano sexual biológico no deseado por la asignación de un genital estético que se relaciona con la identidad de género. Sin embargo, las intervenciones quirúrgicas no garantizan una vida sexual plena; muchas mujeres transexuales refieren que la cavidad limitada de la nueva vagina conlleva a relaciones sexuales insatisfactorias lo cual es opuesto a lo considerado por Hess et al. (2018), quienes encontraron que después de la reafirmación del género, las mujeres experimentan encuentros sexuales más intensos y placenteros, mediante los cuales logran alcanzar más y mejores orgasmos que antes. Entonces, es importante tener presente como los órganos podrían facilitar u obstaculizar la satisfacción sexual de las mujeres trans, el goce de los encuentros íntimos con sus parejas y el impacto en la dinámica relacional a nivel general.

La satisfacción de pareja en mujeres trans no solo está permeada por la sexualidad; también, se reconocen otros aspectos como las dinámicas cotidianas de la pareja y su interacción en el diario vivir. La relación de pareja ocupa un lugar relevante en la vida de las personas, es por esta razón que las dinámicas que emergen dentro de la vida de pareja cobran relevancia y sentido al punto de que las conductas que se dan en el diario convivir se pueden catalogar como un indicador de satisfacción, donde se puede evidenciar que la pareja es capaz de leer las necesidades del otro y esta se encuentra mediada por sentimientos como la aceptación, la sensación de seguridad dentro de la pareja, el sentimiento de apoyo y protección dado por ambos integrantes de la relación sentimental (Valdez Medina et al., 2012).

La pareja contemporánea propone la distribución de las tareas del hogar de forma equitativa, un desarrollo profesional y personal de cada uno de los integrantes de la pareja, un alto grado de satisfacción sexual y comprensión dentro de la misma, en otras palabras, la pareja como un espacio de desarrollo individual, en compañía de un otro que potencia y apoya para el cumplimiento de los objetivos propuestos que inevitablemente se ven permeados por el contexto social en el cual se encuentra establecida la pareja (Melero Cavero, 2008). En palabras de Johnson (2019), la pareja es una relación sentimental con un otro, basada en el contacto físico y el vínculo emocional que permiten una

interacción constante y duradera, que satisface necesidades básicas y potencializan el desarrollo integral de cada persona.

Aun así, bajo este deseo presente, la pareja debe afrontar los retos de una sociedad y una cultura que no se actualiza al ritmo de las propuestas y las necesidades expresadas por los individuos que la constituyen y la crean, por la legislación y las políticas públicas que lo expresan, sino que aparece la resistencia al cambio, las creencias no siempre abiertas a nuevas consideraciones o la implementación de la violencia como estrategia de dominación, sometimiento o expresión de resistencia. Las interacciones sociales afrontan cambios viéndose también afectado el ámbito afectivo y ante la resistencia al cambio suelen desencadenarse diversos tipos de violencia.

Fisas (1998) hace más de dos décadas realizó un análisis de la violencia y la define como el uso de la fuerza o amenaza de la misma, con el fin de lograr por parte de otros algo que no quieren otorgar con libertad o de hacer algún tipo de mal que puede afectar a la persona tanto física como psíquica o moralmente. Este concepto aplicado a la relación de pareja implicaría un abuso dentro de la misma en la cual se generan daños tanto físicos como emocionales que hacen parte de una cultura patriarcal donde las dinámicas se encuentran marcadas por las jerarquías y la dominación (Bertella y Parola, 2009).

En relación puntual con la población trans, Martínez Menéndez et al. (2019) establecen que las mujeres trans que deciden tener una relación heterosexual suelen ser víctimas de violencia y esta es infringida por sus parejas quienes asumen el rol masculino dentro de las mismas, adicionalmente, suelen presentarse con mayor frecuencia en contextos vulnerables socialmente y de pobreza.

Es este entonces un panorama que justifica la necesidad de conocer el mundo subjetivo de ser pareja a través de los planteamientos y resultados emergentes en el diálogo con las mujeres trans participantes de la investigación, para así enriquecer conjuntamente las reflexiones alrededor de su vida como pareja y proponer acciones que permitan a la comunidad traer nuevas consideraciones para su

estudio, acompañamiento y reivindicación de un espacio que reclaman muchas de ellas para sus vidas: la posibilidad de vivir y ser pareja.

## Resultados

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas permiten acercarse al mundo de las mujeres trans mediante dos categorías centrales: la pareja y la vivencia de su sexualidad; las subcategorías emergentes también están desde sus propias voces y narrativas con los temas que en ellas se destacan.

**Tabla 6**

*Categorías en relación con el área de la pareja*

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
La pareja	Relación sentimental con un otro, basada en el contacto físico y el vínculo emocional que permiten una interacción constante y duradera, que satisface necesidades básicas y potencializan el desarrollo integral de cada persona (Johnson, 2019).
Sexualidad y pareja	Dimensión del ser humano que incluye el factor afectivo, erótico y de género. No necesariamente se encuentra vinculada con el amor, y desde lo erótico se encuentra relacionado con el placer físico (Aldana García, 2008; Rubio Auriolos, 1994).

*Nota.* En la tabla 6 se presentan las categorías centrales de la investigación.

La Tabla 7 presenta las subcategorías y temas más relevantes de la categoría ser pareja posterior a ella algunas narrativas que nos acercan a esta la experiencia de las mujeres ante sus relaciones amorosas, las conductas que se hacen manifiestas en su relación y los obstáculos que viven para formar una relación.

**Tabla 7**

*La pareja para la mujer trans*

<b>Sub-Categoría</b>	<b>Temas</b>
Relación amorosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Es importante tener la experiencia de compartir con alguien.</li> <li>-Necesidad de tener pareja como algo psicológico.</li> <li>-Elegir con autonomía con quien estar.</li> <li>-Estar con alguien para amarlo.</li> </ul>
Conductas que se valoran	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyo, diálogo, compañía, compartir.</li> <li>-Importancia de ser aceptada por la pareja y su familia.</li> <li>-Reconocimiento y aceptación.</li> </ul>
Obstáculos para formar una relación de pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Percepción de tener pareja estable siendo mujer trans.</li> <li>-Barreras socioculturales para tener pareja estable.</li> <li>-Motivos para no querer formar una relación de pareja.</li> <li>-A veces es muy difícil conseguir pareja</li> <li>-Agresiones y violencia</li> </ul>

*Nota.* La tabla 7 contiene las subcategorías y temas de la categoría Ser pareja.

Las participantes dialogaron sobre lo que ellas consideraban sus relaciones *amorosas*, siendo importante para ellas “tener la posibilidad de compartir con alguien”, aunque se reconoce que, si bien se quiere compartir como una pareja, la sociedad a la que se pertenece también privilegia una estructura en la que se experimenta el machismo y la posesividad como una forma de definir el estar en pareja y desde su experiencia se da cuenta de esto como “compartir”, “apoyo” y expresión de amor.

*Nosotras tenemos que reconocer algo, nosotras en el adentro somos machistas y posesivas, vamos a ver. Qué pasa, yo pienso que todos los seres humanos vinimos a vivir las experiencias, porque en realidad, o sea, no es que uno necesite el afecto de la persona, pero uno sí necesita tener una experiencia de tener una pareja, de compartir, en mi caso, si yo lo tengo todo, pero yo llego y siempre encuentro mi*

*cama vacía... eso lo pienso yo desde mi punto de vista.* (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Bajo esta realidad hay un constante discernimiento entre la realidad de poder elegir con autonomía con quién estar, y danzar en la dualidad de estar con parejas durante un corto tiempo y aun así cumplir con algunos de los requisitos de ser pareja, y para otras de ellas, considerar la pareja como una condición de presencia durante largo tiempo.

En esta línea, emergen dos temas con mucha fuerza: la necesidad de tener pareja como algo psicológico y el estar con alguien para amarlo. En el primer tema hacen referencia a la necesidad de buscar refugio y también a la búsqueda del amor que les faltó en épocas de su vida: infancia, adolescencia, otros. En el segundo, hacen referencia a ese deseo de compartir su vida con otra persona, con todo lo que implica.

Pese a la ausencia de amor evidenciado en distintas etapas de la vida, el relato de una de las participantes refleja la posibilidad de encontrar una pareja que satisfaga las necesidades afectivas, y permita experiencias positivas de estar en pareja.

*Uno a veces quiere como llegar a la casa, sentir a la persona, contarle las cosas, tener confianza con la persona, que esa persona es la que lo motiva a uno. Entonces, la verdad ha sido muy bonito porque con esa persona, pues uno se siente como tranquila, estoy con él y siento que tengo la tranquilidad como esa paz que uno necesita, se siente uno muy viva (...). Cada relación es una historia y yo creo que esta ha sido una de mis mejores historias.* (Armenia, entrevista en profundidad)

Ahora bien, al momento de encontrarse en pareja surgen *conductas que se valoran* como compañía, afecto percibido, apoyo emocional, y las actividades que comparten las cuales se traducen en una cotidianidad que se construye tanto en proyectos como en la pertenencia a un grupo de referencia. (...) *“hay cosas que uno ya superó, o sea, la convivencia que yo tengo con el muchacho, el me aporta mucha compañía, una compañía afectiva, tengo con quien hablar, quien me escuche, esa es la relación que tengo con él.”* (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

*Trabajamos los dos por la población, estamos trabajando unidos, prácticamente lideramos también a los chicos gays y a las mujeres trans. Entonces entre los dos*



*también trabajamos este tema. Puede ser salir juntos, salir a comer, salir a pasear, dar vueltas en la moto, porque siempre nos vamos en la moto a dar vueltas en toda la ciudad (...) En la relación existe apoyo, él sabe que en los momentos en los que a veces no hemos estado bien económicamente, entonces salimos con cualquier peso, entonces le digo, vamos a comer algo, entonces dice no, no, y él de pronto queriendo, pero me dice que no porque pues sabe que económicamente ha estado como... como pesado, entonces ahí mismo dice que no. (Armenia, entrevista en profundidad)*

Este mismo relato nos permite identificar qué aspecto promueve una sana relación y le permite a la mujer trans que es pareja, una sensación de seguridad y reconocimiento. Tal aspecto es el diálogo, presentado como un facilitador para la permanencia de la pareja y la plenitud de esta.

*Es que cuando yo tengo algún problema, yo le digo a él sin tener una discusión. Yo le digo a él lo que no me gusta y él de pronto en el momento no lo va a entender, pero como uno lo hace reaccionar, él ya sabe que para no ponerme a mí de mal genio no lo vuelve a hacer. Así mismo yo, cuando de pronto cometo algún error, entonces él me lo hace reconocer, entonces pues me toca pedir disculpas, entonces yo creo que eso va de ambas partes y de hablar porque el diálogo es lo más importante de una relación. (Armenia, entrevista en profundidad)*

Igual de importante es para estas mujeres sentirse aceptadas por su compañera-o y la familia de esta, es decir, tener una buena relación teniendo en cuenta que son mujeres trans y cómo esto puede afectarlas.

*Bueno, antes de venirme de Venezuela, la relación era una relación muy bonita donde nos conocimos vía internet, salimos, nos fuimos conociendo poco a poco, hasta que llegó el momento de tener una relación seria, nos fuimos enamorando, queriendo y pues, hasta ahorita, pues bien, bien, no he tenido problemas, así en el sentido de que haya un rechazo por ser lo que soy o algo... no, muy bien y soy aceptado también por su familia, no tengo ningún problema con la identificación de mi género y la relación que tengo actualmente. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

*Al principio fue complicadísimo porque la religión de la familia de él es cristiana. Entonces, pues usted sabe que... que lo aceptaron a él por la última, porque era de la familia ya lo aceptaban, pero ya imagínese una trans con el hijo. Entonces, me tocó ir a recogerlo fuera de la casa de él cuando él iba a ir a visitar a la mamá y así pasó un tiempo, y pues ya la mamá como que se fue dando al dolor y ya me preguntaba cómo estaba y la hermana y los hermanos*

*que cómo estaba y ahorita ya manejamos la relación muy bien, pues ellos son evangélicos, pero pues, son bien conmigo, pero muy bien y la familia mía pues... la familia mía sí ha sido muy chévere porque hay apoyo constante. (Armenia, entrevista en profundidad)*

En esa misma línea de dinámicas de pareja un tema fuerte en sus narrativas da cuenta de *la necesidad de reconocimiento y aceptación* por parte de su pareja, en la medida en la que expresan lo mucho que han luchado con ellas mismas para aceptarse y llevar a cabo su proceso de transformación, como para tener además que aceptar una pareja que las esconda. En medio de su necesidad de reconocimiento, las participantes cuentan cuáles son sus expectativas al estar en una relación de pareja. Estas expectativas se encuentran estrechamente relacionadas con un amor recíproco, un reconocimiento emocional y una aceptación a lo que son como personas.

*Es muy bonito, pues que de pronto, lo traten a uno con cariño, que uno sea la prioridad de esa persona, que es lo que, de pronto, en esta relación que yo estoy viviendo, es lo que me hace sentir y lo que me hace vivir y que, por ejemplo, delante de la familia la muestra que soy lo más importante para él y que no le importa nada y siempre me da el primer lugar, y siempre hace cosas por mí y que nunca me había pasado. (Armenia, entrevista en profundidad)*

En consecuencia, con lo anterior, la tercera subcategoría que hace referencia a los *obstáculos para formar una relación de pareja* evidencia que el primero de ellos es la percepción que tienen estas mujeres sobre tener pareja estable siendo mujer trans, en donde consideran que las relaciones de pareja que llegan a tener están enfocadas en las relaciones sexuales casi que exclusivamente.

*La sexualidad se convierte como en algo que... muy negado en el sentido de que, los hombres por ejemplo, nos buscan solamente para pasar un rato, nos tienen es como un objeto sexual y entonces eso a mí me choca, porque nosotras no podemos tener una relación estable, normal, como cualquier persona, entonces la sexualidad se vuelve es como ahí... como eh, como un motivo de distracción para los hombres y como un... a nosotras las mujeres trans, yo siempre he dicho que a nosotras nos usan, entonces es muy difícil. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)*

Otro tema emergente son las barreras *socioculturales*, las que impiden que sus relaciones de pareja puedan ser vividas a plenitud, en tanto los prejuicios, estereotipos y paradigmas de las personas

con la que tengan una relación y su principal repercusión según sus propias voces es que casi nunca existe una relación seria; la mayoría son relaciones mediadas por el interés económico y en donde se compromete su estabilidad emocional como se expresa claramente en los siguientes testimonios.

*Yo pienso que también es un factor cultural, vivimos en un país, siempre lo he dicho, Colombia es un país completamente machista y conservador. Nosotras las mujeres trans, ha pasado, pasa y seguirá pasando, nos enamoramos de un hombre, pero ese hombre para que se llegue a enamorar de una, puede que suceda, puede que el hombre sienta ese gusto, sienta esa atracción, pero los factores le impiden que vaya a entablar una relación seria con una mujer trans. (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

*Para yo enamorar ese hombre, yo era una que le compraba zapatos, ropa, lo mantenía, le hacía mercado a la mamá, al papá, constante en nosotras las trans, con tal de tener el hombre ahí, que está para nosotras, y que uno se sienta feliz, pero sabe qué hacía él cuando trabajaba, me compraba una pantaleta, un hilo, un cachetero, pero nunca me llevo una colonia, un pantalón, solamente me vine a darme de cuenta fue cuando me vine: amor me voy para Colombia, si quieres yo me voy adelante, tú te vas después. (Bucaramanga, Grupo de discusión)*

De igual manera *las decepciones amorosas* a las que se enfrentan refuerzan sus motivos para no querer formar una relación de pareja, con el agravante de la *violencia percibida y experimentada* en anteriores relaciones.

O sea, a mí me da como mucho miedo de pronto tener una relación con alguien, yo no he tenido muchas relaciones, pero por ejemplo he utilizado aplicaciones como Tinder o cosas así, y pues yo no ponía en mi descripción que yo era transexual y normalmente, lo que pasaba era lo que siempre que hablaba con chicos no se daban cuenta, y cuando ellos querían invitarme a algo más yo les decía, y ahí o me botaban o me trataban como una miércoles, se burlaban y empezaban a decirme: “¿y tiene pene?”, “¿y cómo le hace pa’ esto y como le hace pa’ eso?”, entonces uno se siente como una burla. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Por su parte, las agresiones y distintos tipos de violencia en pareja también representan una barrera para vivir una relación plena

y satisfactoria, ya que, según los relatos de una de las participantes, estos factores provocan sentimientos de dolor y sufrimiento.

Entrevistadora: *¿Cómo han sido las relaciones de pareja que has tenido a lo largo de tu vida?*

Participante: siendo golpeada, siendo de pronto amenazada, pues porque usted sabe que es lo mismo, que es como una relación muy normal de dos, de personas hetero. Pues sé que también es amenazada pues, que, si uno lo deja entonces que lo mata a uno, que nomás es para esa persona, sino pues... pues que la asesina, los golpes, los celos. Son como, a veces tratan de ser como más intensos y son más bruscos porque... porque pues, yo creo, o no sé si es que lo vean desde ese punto de vista, pero pues veo que tuve unas parejas que en realidad fueron de mucho maltrato físico y verbal. (Armenia, entrevista en profundidad)

Para concluir estas categorías, es necesario mencionar que el estereotipo de hombre que consideran para una relación de pareja puede variar, y debe ser tenido en cuenta a la hora de comprender el fenómeno en el que se centra este capítulo. Así como también la manera en que desean vivir esa relación de pareja siendo mujeres trans, en donde algunas anhelan vivir su relación como lo hacen las parejas heterosexuales, mientras otras quieren todo lo contrario.

Por otro lado, a continuación, se presenta la Tabla 8, que evidencia los resultados obtenidos específicamente con el tema de Sexualidad y pareja. Son diversas las expresiones sobre la experiencia vivir una relación de pareja, se insiste justamente en las particularidades que son de amplio espectro porque se expresan desde la búsqueda de compañía, apoyo, presencia hasta el deseo de construir una “relación tradicional” formal de presencia y reconocimiento ante el mundo y otras de ellas no llegan ni a considerar esta posibilidad por continuar sintiéndose solo objetos sexuales y en donde sus necesidades afectivas continúan sin ser reconocidas.

Al respecto las reflexiones y respuestas de las mujeres participantes en la categoría sexualidad y pareja se condensa tres subcategorías: relaciones de pareja, sexualidad y pareja y ruptura. Esta categoría es entendida como la vivencia que tienen las mujeres de su sexualidad en relación con la pareja y si bien también tiene elementos propios que hacen parte de la categoría anterior tiene particular énfasis

en la vivencia de la sexualidad, sus componentes físicos, eróticos como las consideraciones alrededor de la ruptura de sus relaciones.

Tabla 8

*Sexualidad y pareja*

<b>Subcategoría</b>	<b>Temas</b>
Relaciones de pareja	-Desde la atracción física y/o sexual. -Desde lo económico.
Sexualidad y pareja	-Prácticas sexuales. -Uso de preservativo.
Ruptura de la pareja	-No soportar la presión social. -Post ruptura. -Dificultad para vincularse por haber ejercido el Trabajo Sexual.

*Nota.* La tabla 8 contiene las subcategorías y temas de la categoría de Sexualidad y Pareja.

Así pues, la primera subcategoría llamada relaciones de pareja, nos invita a comprenderlas desde la atracción física y/o sexual o desde lo económico. La primera destaca el gusto mutuo a la hora de compartir, sin embargo, la segunda habla del factor económico como elemento principal para el sostenimiento de esta relación.

No lo veo como que tenga un proyecto conmigo, de hecho, nos tenemos que ver a escondidas, en un motel y todo eso, ¿ves?, pero me gusta mucho como hombre, y eso es lo que me importa en ese momento, que satisfaga una necesidad sexual porque yo psicológicamente vivo tranquila. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Yo tuve pareja y a los 12 años, también me volé con un hombre, me fui de la casa y nadie sabía, ese hombre tenía mucho dinero, ya tendría aquí lipo, culo y tetas, pero yo dije que no porque ese hombre me dejaba encerrada con llave y todo como si estuviera presa. (Jamundí, entrevista en profundidad)

Otra participante expresa: “Tengo pareja y pues no tengo pareja, actualmente ya tengo nueve meses que decidí, estoy con un hombre que me ayuda económicamente, está muy pendiente de mí” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Además de la importancia que se asigna a la atracción desde lo económico, se resalta la importancia del plano físico desde la voz de una mujer trans.

A mí me encanta que tenga cuerpo y cara. Pues a mí ya los sentimientos, pues ya los vengo a mirar después, pero entonces a mí me impacta, pues la verdad es que uno se fija, o yo no sé, yo me fijo es en eso, en el físico en serio, me encanta como es el físico de la persona, porque la verdad pues para qué, un feito conmigo no tiene futuro. (Armenia, entrevista en profundidad)

Ahora bien, en la segunda categoría en donde se mencionan las prácticas sexuales y en general lo referente a la sexualidad en pareja. Las primeras evidencian las preferencias sexuales, los límites que establecen estas mujeres en la intimidad con su pareja y cómo estas prácticas fortalecen su identidad de género.

Entrevistadora: ¿Tú penetras?

Participante: No, el a mí, yo soy muy femenina en ese caso. Yo tengo muy definida la vida ya, no digo que no haya vivido ese mundo, lo viví en cuestiones de trabajo porque los hombres lo exigían. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Pero yo digo una cosa, a mí me atrae mucho la figura masculina. Ya en la intimidad, el juego de roles es totalmente diferente, ¿sí? Ya en la cama, puede ser activo, pasivo, versátil, no importa. Tiene que ser la figura masculina, que sea grande, que se vea machote. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Que haga cosas diferentes en la relación sexual, sí y muchas, pero que utilicemos juguetes o qué cosas así, no, pues no hay necesidad en el momento... Pues en el momento no he visto la necesidad y él tampoco y nos entendemos, porque lo que hacemos lo hacemos bien hecho y no necesitamos esas cosas, pero si vivimos la relación muy bien, la verdad. (Armenia entrevista en profundidad)

La sexualidad en las mujeres trans tiene un lugar significativo dentro de la relación, reconociéndola como un factor imprescindible para la satisfacción y plenitud mutua.

Eso también es algo muy muy fundamental en una relación, como muy importante, porque uno puede tener una relación, pero si no hay un buen...

como que no se entiende uno sexualmente bien con la pareja, entonces la relación se acaba, porque es el 50%, creo yo, sino es más el porcentaje van en relaciones sexuales. (Armenia entrevista en profundidad)

Asimismo, el tema de la fidelidad se presenta como un aspecto a valorar por las mujeres trans para poder o no mantener una relación de pareja.

Donde no hay respeto no hay nada y, por ejemplo, si yo veo que... que esa es mi pareja y pues mi pareja me la hace, lógico que ahí se acaba... se acaba el respeto, pues porque yo también ya voy a comenzar a hacer lo mismo. Y si, por ejemplo, yo le soy infiel a la persona y la persona se da cuenta entonces qué voy a esperar, que respeto le voy a pedir. Entonces es muy importante, porque tampoco yo soportaría de pronto un engaño, porque ya actuaría yo de forma agresiva, tanto a él como a la persona que de pronto se metiera con él, porque soy un ser humano, así como respeto, exijo respeto. (Armenia entrevista en profundidad)

Finalmente, a la hora de *romper el vínculo de pareja*, son muy variados los motivos que pueden llevar a esto: rechazo de la sociedad, dificultad para aceptar por completo la mujer trans, relaciones previas, etc. y una dificultad bastante marcada para establecer relaciones de pareja estable como consecuencia de haber ejercido el trabajo sexual. Algunos elementos de estas rupturas se expresan en los siguientes testimonios.

Entrevistadora: ¿Por qué terminaron?

Participante: Porque él no pertenece a la comunidad LGTBIQ+ y no entiende esas posiciones y esas cosas. Él se comprometió o se casó, se devolvió con su exnovia, no sé, yo no lo busqué y no quise tampoco saber más de él. (Bucaramanga entrevista en profundidad)

Él tenía novia antes de mí, y yo tuve un problema con él porque supe que había salido con ella y le terminé, y la novia salió con él, y mientras salieron ella quedó embarazada y yo no volví a querer saber nada de él. (Bucaramanga entrevista en profundidad)

Porque por los chismes de los amigos de él, le decían: “ve vos ya llevas bastante tiempo con ese marica, ella no es una mujer, despertá”, le decían así a él, “despertá, no vas a tener hijos, no vas a hacer esto, lo otro” cuando

a él lo veían pasando con rosas para mí le decían: “¿ve esas rosas pa quién son? Para mi novia, Cual novia, eso es un man”, entonces todo hizo que nosotros nos separáramos. Y la separación de nosotros dos fue muy bonita, él me dijo, me explicó todo eso, entonces yo le dije: “ah no, no importa, pues si usted quiere” me dijo: “Yo quiero probar realmente qué es estar con una mujer, a ver... (Cali, entrevista en profundidad)

“Sí, es mejor que dejemos así”. Eso me lo vino a decir como a los 5 meses, pero duramos 6 años, pero entonces yo enamorada, tragada, yo lloraba y de todo, pero no me emborrachaba, y como ya había vivido otra historia, simplemente se me hacía duro y lloraba y todo, y nos acostamos y me decía “no, yo no soy capaz de dejarla”, y yo: “y yo no puedo dejar el trabajo, entonces confía en mí o confía en mí.” (Armenia, entrevista en profundidad)

## Discusión

¿Cómo analizarían las mujeres trans su propia experiencia de vivir una relación de pareja? ¿Cómo viven las mujeres trans la presencia de alguien especial en su vida? ¿Cómo compartir la cotidianidad o tener la sensación de ser la elegida en medio de muchas otras mujeres? ¿Cómo es la experiencia de anhelar la pareja y vivir una continua ruptura?

Aún falta mucho por escuchar y discernir acerca de la experiencia de las mujeres trans frente a su búsqueda de pareja, vivir con ella, o concluir sus relaciones. Aún es complejo diferenciar cuáles son nuestras propias voces como investigadoras, las voces que perpetúan los introyectos de parejas estables y siempre enamoradas, las voces del amor expresado en maltrato y del anhelo de cubrir las heridas de infancia con la compañía de otro u otra al que se recurre para matizar soledades y heridas y más aún, todavía son bajos los tonos que reclaman sin temor a ser señaladas de ilusas, la presencia de “otro u otra ” que quiera compartir al menos una parte del camino en un mutuo reconocerse en ese andar de descubrimientos.

Por supuesto en la pareja esta la presencia de la sexualidad inscrita en la cotidianidad, la atracción, en el placer, en la negociación de presencia, en el trueque de placer por algo de cariño, en la complacencia de fantasías o deseos muy profundos no externalizados, en la intimidad, conexión y comunicación, por ejemplo. Muchos aspectos que la premura de los días en tiempos de la Covid-19 y



distanciamiento se han evidenciado aún más por no contar en muchas oportunidades con esa persona que las acompañe a transitar tiempos complejos; en palabras de algunas: “un mancito” que se preocupe por ellas y por las situaciones que han tenido que atravesar como temas de salud y supervivencia entre otras cosas.

Con la idea de comprender el mundo subjetivo de ser pareja de las mujeres trans, es importante abordar una discusión que nos acerque a tal comprensión, entendiendo lo que significa la pareja para algunas mujeres trans como elemento inicial y la dualidad continua que se expresa en la urgencia de “*tener*” pareja, pero con la evidencia recurrente de no lograr *ser* la pareja que se anhela.

Conformar una pareja representa para las mujeres trans un tema psicológico, estrechamente ligado con la necesidad de filiación, contención y consolidación de un vínculo afectivo, que le permita reconocerse como un ser que vive en compañía y satisface sus necesidades emocionales. Acevedo Velazco y Restrepo de Giraldo (2010) han expresado que el conformar una pareja es sinónimo de uno de los deseos del ser humano, pues como se ha señalado, afianza el reconocimiento y la compañía.

Las relaciones de pareja resultan ser un ámbito de suma importancia para el ser humano, tanto así que las dinámicas que cada pareja establece y los comportamientos que adoptan frente al otro pueden incidir en la satisfacción de la persona (Valdez Medina et al., 2012). En consideración con este postulado las reflexiones alrededor de la satisfacción de las mujeres trans cobran relevancia, puesto que si bien existen referencias de dicha satisfacción en sus propias voces este no es un denominador común, y no solo por la evidencia de los retos que trae toda relación de pareja, sino también por elementos propios de estas relaciones por decir “nuevas”, en donde la palabra aun no ahonda suficiente en los rincones de la realización y la superación de tantos condicionamientos del contexto en el que se habita. Es decir, aún no son suficientes las voces que se escuchan sobre la pareja con personas trans, para no caer en la pretensión de saber más que ellas mismas acerca de su experiencia la cual destaca por ahora la necesidad clara de afiliación, contención, presencia, respeto y valoración como personas por parte de sus parejas.

Es vital después de todos los retos de la transición y la aceptación de sí mismas, continuar trabajando, entre otros muchos aspectos, la capacidad de conformar una relación desde su elección autónoma,

para que logre construir un vínculo que le permita en la cotidianidad con su pareja la sensación de seguridad, bienestar y motivaciones para seguir adelante. En las voces de ellas aún predomina la duda incluso cuando se sienten “*bien queridas*” de poder creer y confiar en ese amor o en esa relación que construyen. Retomando a Johnson (2019), esa relación constante y duradera que permite la satisfacción de necesidades básicas como amor, compañía, pertenencia y que pueda durar en el tiempo permitiendo el desarrollo de quienes la integran porque aún no está suficientemente presente y suele circunscribirse al respaldo económico y al contacto físico.

Al respecto existen dinámicas que pueden alimentar o no la satisfacción. Dentro de los comportamientos que las mujeres trans consideran positivos para la relación, se encuentra todo aquello que la pareja hace en pro de conservar el vínculo amoroso, como el reconocimiento y apoyo brindado a la mujer trans. Frente a esto, Lempereur et al. (2019) refieren como dentro de los vínculos importantes se encuentra la pareja, la cual propicia la aceptación propia e interrelacional, así como el crecimiento personal. Conformar una relación de pareja, potencia el apoyo percibido y facilita lidiar con las implicaciones propias de su vida.

Las mujeres trans logran sentir el reconocimiento y apoyo a través de actos cotidianos que refuerzan el vínculo e intensifican el sentimiento de amor expresado, inicialmente como un punto de apoyo para la construcción de confianza en aspectos materiales (regalos), que son ofrecidos y recibidos como expresiones de presencia y afecto; y que después se consolidan en su interior cuando se trasciende a un apoyo genuino en la cotidianidad, interesándose por conocer cómo ellas se encuentran y se disponen a escucharlas genuinamente, estableciendo diálogos que ellas consideran esenciales para una comunicación más profunda.

De esta forma se destaca cómo para las mujeres trans es importante poder encontrar en sus parejas aquellas cualidades que las lleve a experimentar en principio un amor romántico, pero también pudiera evolucionar, como lo plantea García Higuera (2002), hacia la posibilidad de compartir aspectos emocionales, materiales y/o físicos. Respecto a esa referencia emocional, el hecho de que una mujer trans sea reconocida no solo por su pareja, sino también por la familia de su pareja, representa una ganancia significativa, pues lo consideran una muestra de aceptación a lo que son ellas como persona y lo que

implica ser mujer trans en una sociedad marcada por el ideal de amor binario y exclusión a la diversidad sexual.

Mantener una mirada apreciativa, de genuino interés sobre las realidades que viven las mujeres trans con respecto a la vivencia de la pareja como un lugar de posibilidades para el reconocimiento, el autoconocimiento, el respeto, la construcción de una sexualidad en pareja muy propia, ofrece un mapa para continuar abordando el territorio de sus experiencias y desentrañar sus más profundas necesidades alrededor de esta columna esencial de soporte para muchas de ellas que en ocasiones se podría traducir en dependencia.

Paradójicamente al escuchar con atención sus necesidades de contención, presencia, apoyo genuino, no utilitarismo, ni económico ni sexual, la valoración de sentirse deseadas, valoradas y con un lugar en la vida de otro, la realidad se opone; pues hay factores que afectan la relación de pareja, y sean externos o internos, afectan la integridad de las mujeres trans y su vida misma porque también aplaza de nuevo procesos de individuación y reconocimiento.

Desde la percepción de las mujeres trans, se evidencia la idealización del amor y las relaciones de pareja, pero se refleja la ausencia de estas *ideas* en la cotidianidad, ya que ellas mismas refieren que encontrar una pareja y conformar un vínculo cimentado en el amor duradero resulta complejo. Estrada-Montoya y García-Becerra (2010) manifestaban ya esta disonancia entre expectativas y realidad, cuando plantearon que las mujeres transgénero esperan un hombre que satisfaga sus necesidades físicas y emocionales, pero normalmente sus vínculos afectivos de pareja se enmarcan en relaciones de poder que poco las favorecen.

Dentro de estas relaciones de poder se visibilizan diversos tipos de violencia, los cuales son ejercidos desde las agresiones verbales, físicas y psicológicas que llevan a la mujer trans a posicionarse desde la sumisión y los roles pasivos e incluso dependientes lo cual también distorsiona la relación consigo misma desvalorizando sus propias luchas y esfuerzos en muchos planos y por supuesto se distorsiona la experiencia de ser y estar en pareja hacia una consideración más negativa que positiva.

Las consideraciones alrededor de la violencia hacia la mujer trans no serán suficientes en este capítulo. Lo cierto es que está presente y atraviesa la narrativa de las mujeres participantes y en algunas de ellas se esboza el análisis de una relación que perpetua en diferentes voces las

consideraciones de un machismo dominante, una vergüenza hacia la aceptación de nuevas posibilidades para la expresión de la sexualidad, la afectividad, el deseo y la diversidad y una posible externalización en la violencia de los asuntos que por supuesto no se acaban de elaborar al interior de las personas.

Al respecto también está la expresión de la violencia por parte de las mujeres trans como arma de supervivencia frente a su pareja que muchas veces termina por violentarlas a ellas mismas al alejarlas de lo que realmente desean para su vida tanto como personas como en el intento de vivir una relación. La violencia en pareja no aparece por una circunstancia en particular, es estructural, viene de historias de dominación, miedo, patrones intergeneracionales, supervivencia, control y fragilidad como las mismas mujeres lo narran desde su infancia sin contar con referentes claros de autocuidado, respeto y amor que suelen replicarse en sus esfuerzos por tener y ser pareja.

En esa línea reflexiva, Riggs et al. (2017) y Platt & Bolland (2017) se refieren al estigma social, el rechazo y la falta de seguridad en sí misma de la mujer trans como aquellos factores que han debilitado el rol de mujer trans en la sociedad y aunque ya existen historia reales que contradicen este planteamiento aún existen situaciones y dinámicas relacionales que reafirman dichos planteamientos; las voces de las mismas mujeres refieren en lo relacionado con sus experiencias amorosas, que han identificado dificultades para que un hombre pueda interesarse en ellas de una manera auténtica, pues hablan del provecho económico o beneficio sexual que ellos pueden encontrar en ellas y, posteriormente, en las rupturas considerar que estas se dieron por el rechazo y el estigma social, lo cual agudiza los sentimientos de inseguridad.

En este mismo orden de ideas, teniendo en cuenta las voces de las participantes, en el establecimiento de las relaciones de pareja se resaltan dos perspectivas. La primera, corresponde a la atracción física como elemento determinante para decidir estar con otra persona y la segunda, puntualiza en el factor económico como un aspecto a considerar para el sostenimiento de la relación.

Dentro de la atracción física se pueden encontrar elementos correspondientes a las dinámicas de la intimidad, donde con frecuencia predomina el satisfacer las necesidades sexuales sin que esto implique relacionarse desde la parte afectiva o visualizarse a futuro con esa persona, todo esto, fuera del ámbito del trabajo sexual. Es decir,

no hay un intercambio monetario por sostener relaciones sexuales, por el contrario, se basa en la atracción que se puede generar entre ambos. Si bien para ellas en muchas oportunidades es claro que el encuentro sexual no va a trascender a un vínculo afectivo, el hecho de proponerse un encuentro que no esté mediado por el dinero le otorga un significado que hace posible la vinculación de lo físico y lo emocional al menos por unas horas, un tiempo, unos encuentros.

## Conclusiones

Al llegar a este punto la sensación de querer enaltecer suficientemente lo compartido por las participantes está presente. Hablar de uno mismo no es fácil, anteponer el yo siento o el yo necesito y no sucumbir a la generalización y a la homogenización es algo que enseñan las mujeres trans de manera valiente, cuando asumen su tránsito. Además de ello, exponer la fragilidad de quienes como todos y todas quieren sentirse valoradas, respetadas, deseadas, enaltecidas, aceptadas por un otro u otra que quiera ser su pareja es un asunto verdaderamente de valientas.

Son importantes los espacios de escucha respetuosa, de diálogo sobre posibilidades, sobre rupturas de mitos y limitantes al amor, al encuentro y la aceptación y, por supuesto, es vital que quienes más saben de ellas mismas les cuenten a los otros como van entendiendo y concibiendo sus relaciones de pareja, más allá de los estereotipos que aún se les asignan. Las mujeres trans necesitan continuar fortaleciendo su autonomía y el valor por sí mismas, para construir relaciones que la reconozcan en la diferencia y en el respeto, y replantear en este movimiento el ejercicio del poder y el control que aún están presentes en sus relaciones de pareja.

La capacidad de conformar una relación desde su elección autónoma permitiría aumentar la posibilidad de construir vínculos con su pareja con mayor presencia de seguridad, bienestar y motivaciones para seguir adelante. En las voces de ellas aun predomina la duda incluso cuando se sienten “bien queridas” de poder creer y confiar en ese amor o en esa relación que construyen. Es fundamental en su relación de pareja sentirse cuidadas y valoradas. En sus relaciones sexuales de pareja es importante destacar cómo ubicarse en un rol pasivo, pareciera reforzar en algunas de ellas su identidad como mujer. En esta medida, es importante investigar sobre las creencias alrededor

de lo que se consideraría femenino en una relación de pareja con mujeres trans.

La posibilidad de construir una relación de pareja para que dure el tiempo que tenga que durar, pero enalteciendo las personas que la constituyen debe pasar por el reto de *la aceptación*, y este es un asunto en que aún se debe trabajar en muchas relaciones para construir parejas genuinas, reales, con capacidad de asumir la vida sin intentar cambiar al otro que es mi pareja o controlar lo que no podemos controlar: la esencia de quienes queremos ser verdaderamente.

## Referencias

- Acevedo Velazco, V. E. y Restrepo de Giraldo, L. (2010). Experiencias de parejas sobre vivir feliz en pareja. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 63-76. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80115648006.pdf>
- Aldana García, A. (2008). Psicología y sociología del erotismo. En I. Arango de Montis. (Ed). *Sexualidad humana* (pp. 31-46). Manual Moderno. <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Sexualidad-Humana.pdf>
- Arístegui, I., Castro Solano, A. & Buunk, A. P. (2018). Mate preferences in Argentinean transgender people: An evolutionary perspective. *Personal Relationships*, 25(3), 330-350. <https://doi.org/10.1111/per.12247>
- Bertella, M. A. y Parola, M. J. (2009) Estrategias de afrontamiento en adolescentes que viven el desarraigo [Conferencia]. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina. <https://www.academica.org/000-020/10>
- Blair, K. L. & Hoskin, R. A. (2019). Transgender exclusion from the world of dating: Patterns of acceptance and rejection of hypothetical trans dating partners as a function of sexual and gender identity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2074-2095. <https://doi.org/10.1177/0265407518779139>
- Blandón-Hincapié, A. I. y López-Serna, L. M. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 505-517. <http://www.scielo.org.co/pdf/rllcs/v14n1/v14n1a35.pdf>
- Chester, K., Lyons, A. & Hopner, V. (2017). 'Part of me already knew':

- the experiences of partners of people going through a gender transition process. *Culture, health & sexuality*, 19(12), 1404-1417. 10.1080/13691058.2017.1317109
- Colombia Diversa. (2018). *La discriminación, una guerra que no termina. Informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en Colombia 2017*. [https://caribeafirmativo.lgbt/wp-content/uploads/2018/07/A-0450\\_OS\\_baja-Informe-DDH.pdf](https://caribeafirmativo.lgbt/wp-content/uploads/2018/07/A-0450_OS_baja-Informe-DDH.pdf)
- Estrada-Montoya, J. H. y García-Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Gerencia y políticas de salud*, 9(18), 90-102. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2636/1898>
- Fernández, M., Guerra, P., Concha, V., Neir, M. y Martínez, N. (2019). Violencia de pareja en personas con disforia de género. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 185-196. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n2/1688-4221-cp-13-02-185.pdf>
- Fisas, V. (1998). *Cultura De Paz y Gestión de Conflictos*. Icaria. [https://books.google.com.co/books?id=s\\_uQ6gFE4mYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=s_uQ6gFE4mYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)
- Garaizábal, C. (2000). Identidad, género y sexualidad. En Federación de Enseñanza de CC. OO. (Ed.), *Mujeres: unidad y diversidad. Un debate sobre la identidad de género*. (pp. 131-141). Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras. [http://www.ftpfe.ccoo.es/boletines/muj/20110308\\_muj/pdf/MujeresUnidadydiversidad.pdf](http://www.ftpfe.ccoo.es/boletines/muj/20110308_muj/pdf/MujeresUnidadydiversidad.pdf)
- García Higuera, J. A. (2002). La estructura de la pareja: implicaciones para la terapia cognitivo conductual. *Clínica y Salud*, 13(1), 89-125. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618083004.pdf>
- Godás Sieso, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (78), 21-23. [https://www.academia.edu/1775046/Repercusiones\\_personales\\_familiares\\_sociales\\_y\\_laborales\\_de\\_la\\_transexualidad](https://www.academia.edu/1775046/Repercusiones_personales_familiares_sociales_y_laborales_de_la_transexualidad)
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B. & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>
- Johnson, S. M. (2019). *Teoría del apego en la práctica: terapia centrada emocionalmente (EFT) con individuos, parejas y familias*. Publicaciones de Guilford.
- Lempereur, J. T., Godoy, V., Fischer, F., Insunza, C. y Lazo, G. (2019).

- Vivencias de les jóvenes transgénero respecto a su inclusión social en Chile. *Revista Nomadias*, (27), 9-31. <https://nomadias.uchile.cl/index.php/NO/article/view/54359/58340>
- Lloyd, C. E. M. & Finn M. D. (2017). Authenticity, validation and sexualisation on Grindr: an analysis of trans women's accounts. *Psychology & Sexuality*, 8(1-2), 158-169. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19419899.2017.1316769?tab=permissions&scroll=top>
- Lozano-Beltrán, J. A. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119. [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10\\_6.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10_6.pdf)
- Martínez Menéndez, N., Fernández Rodríguez, M., García Vega, E. y Guerra Mora, P. (2019). Violencia de pareja hacia las mujeres transgénero. *Psicosomática y psiquiatría*, (9), 11-17. <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/391756>
- Maureira Cid, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 321-332. <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/24815>
- Melero Cavero, R. (2008). La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. Archivo digital. <http://hdl.handle.net/10803/10234>
- Platt, L. F. & Bolland, K. S. (2017). Trans\* Partner Relationships: A Qualitative Exploration, *Journal of GLBT Family Studies*, 13(2), 163-185. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1195713>
- Pulice-Farrow, L., Brown, T., & Galupo, M. (2017). Transgender microaggressions in the context of romantic relationships. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 362-373. <https://doi.org/10.1037/sgd0000238>
- Rage, A. (1995) La pareja en el pensamiento de la psicología humanista existencial. *Psicología Iberoamericana*, 3(1), 45-55.
- Riggs, D. W., Von Doussa, H. & Power, J. (2017). Transgender people negotiating intimate relationships. In P. Dunk-West & T. Haford-Letchfield. (Ed.), *Sexuality, Sexual and Gender Identities and Intimacy Research in Social Work and Social Care* (pp. 1-26). Routledge. [https://www.researchgate.net/publication/322020087\\_](https://www.researchgate.net/publication/322020087_)



Transgender\_people\_negotiating\_intimate\_relationships

- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Rubio Auriolés, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En E. Rubio Auriolés y M. A. Porrúa. (Ed.), *Antología de la sexualidad humana I* (pp. 17-46). Miguel Ángel Porrúa. [http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas\\_formacion/identidad\\_imaginaria/Tema\\_III/Eusebio\\_Rubio\\_Antologia\\_Sex\\_Humana\\_Intr.PDF](http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/identidad_imaginaria/Tema_III/Eusebio_Rubio_Antologia_Sex_Humana_Intr.PDF)
- Sánchez-Barbudo, M. F. (2006). Relaciones de pareja y sexualidad en personas transexuales. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (78), 47-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271454>
- Valdez Medina, J. L., Sánchez Soria, G. K. P., Bastida González, R., González Arratia, N. I. y Aguilar Montes de Oca, Y. P. (2012). Significado y función del amor como estrategia de sobrevivencia. *Aportaciones actuales de la psicología Social*, 1, 244-248.
- Zavlin, D., Lellé, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G. Schaff, J. & Papadopoulos, N. A. (2017). Male-to-Female Sex Reassignment Surgery Using the Combined Technique Leads to Increased Quality of Life in a Prospective. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286-294.



## Capítulo 7. Trayectorias laborales de mujeres trans: retos para el trabajo decente

Las mujeres trans por su identidad de género se ven expuestas a la vulneración de sus derechos, en todos los entornos, uno de estos, es el laboral. Según Rangel Jurado (2015) las problemáticas laborales más relevantes de las personas trans, radica en la presencia de modelos dominantes que están permeados por estigmas, prejuicios y discriminación, que generan dificultades en diferentes escenarios. Algunas de estas, es la falta de reconocimiento legal de la identidad de género por parte de la sociedad, lo que dificulta el acceso a un empleo formal, a los servicios de salud, educación, vivienda, subsidios, entre otros; situación que genera un obstáculo para la protección igualitaria de sus derechos, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2013).

Las oportunidades laborales para las personas trans son reducidas, pues además de ser la población más desfavorecida dentro de la comunidad LGBTIQ+ en lo que se refiere al acceso al trabajo, durante su búsqueda y/o desempeño, presencian situaciones de discriminación (European Union Agency For Fundamental Rights, 2014; Godás, 2006; Morales Moscoso y León Pacheco, 2018; Sears & Mallory, 2011), en este último caso, la población trans en los entornos de trabajo, se ven expuestas a tratos indignos que impactan directamente en el rendimiento laboral, el bienestar, la calidad de vida y la salud mental de esta población, lo que trae como consecuencia que renuncien a sus trabajos, y en algunos casos, que dirijan su actividad laboral hacia el mundo de la prostitución y del espectáculo (Cedeño Barreto, 2019; Godás, 2006), aún más cuando dichas experiencias laborales ocurren más en mujeres que en hombres trans (Skylar, 2016).

Tener entornos laborales seguros urge en las mujeres trans, sobre todo aquellas que desempeñan el trabajo sexual, el cual, a pesar de ser legal, cuyas condiciones deben ser iguales a cualquier otro tipo de actividad económica desarrollada, su ejercicio, se considera de alto riesgo por la violencia (física, psicológica, emocional), los homicidios a los que están expuestas, el consumo de sustancias,

los comportamientos sexuales de riesgo (Ostmann et al., 2012), y aunque todas las personas tienen derecho a la libre elección del trabajo y condiciones satisfactorias, benéficas y equitativas del mismo (Naciones Unidas, 1984), la Defensoría del Pueblo (2018), reportó que durante el 2018, aproximadamente de 71 casos relacionados con violencia (física, psicológica) y discriminación, infringida tanto por civiles como miembros de la fuerza pública, el 75% de la población fueron mujeres trans, de las cuales el 25% estaban relacionadas con el trabajo sexual. Este tipo de situaciones, hacen que las mujeres trans se sientan desprotegidas al momento de salir a las calles a ejercer el comercio sexual (Gutiérrez Gamboa et al., 2018), lo que complica aún más su situación a nivel laboral.

La discriminación es un factor asociado a la falta de oportunidades laborales para las personas trans, aun cuando tienen formación superior (Sandoval Rebollo, 2010), aspecto que no cambia en los casos de bajo nivel de cualificación profesional (Godás, 2006), lo que sugiere que su formación académica no es la única razón para explicar esta exclusión laboral (Morales Moscoso y León Pacheco, 2018), aunque se ha encontrado que el acceso a la educación, es determinante para el acceso al trabajo (Galvis Ramos et al., 2019). La falta de información oficial al respecto empeora aún más este fenómeno, considerando que según ONU Mujeres (2017) esta población, no cuenta con estadísticas confiables a nivel mundial o latinoamericano que visibilicen la ardua situación que atraviesan al momento de tratar de vincularse laboralmente en un empleo que dignifique a la persona, respete los principios laborales y permita el desarrollo de sus capacidades y competencias.

Pese a lo anterior, en ciudades como Bogotá, se sigue promoviendo la garantía de derechos e inclusión sociolaboral de personas LGBTIQ+ por medio de la implementación de la estrategia Ambientes Laborales Inclusivos, la cual es una política pública creada por la Alcaldía Mayor, que tiene por finalidad erradicar la segregación y discriminación de personas por motivo de su orientación sexual o identidad de género en el ámbito laboral, y la garantía del derecho a tener un trabajo en condiciones de equidad; lo anterior permite generar entornos de trabajo que le permita a esta población llevar a cabo sus actividades con tranquilidad, de manera satisfactoria y

equitativamente para su desarrollo tanto personal, como profesional (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2018).

El desarrollo de este tipo de políticas se hace necesario en todo el territorio nacional, pues cuando las mujeres trans son estigmatizadas y discriminadas en su lugar de trabajo, se ven expuestas a factores estresantes que desencadenan depresión y ansiedad (Yang et al., 2015). Adicionalmente, las políticas públicas contribuyen a la inclusión de esta población, pues a causa de la discriminación laboral, las mujeres trans se ven obligadas a emprender actividades laborales para suplir sus necesidades básicas, y ejecutan trabajos informales como el comercio sexual y/o relacionados con la estética (Godás, 2006; Gutiérrez Izquierdo et al., 2017; Rigueiral y Seidmann, 2019), las cuales carecen de condiciones dignas y decentes al no tener afiliación a seguridad social, entre otras condiciones de trabajo precarias (Posso y La Furcia, 2016).

Las políticas de inclusión laboral en personas trans que se establecen a nivel local, deben estar enmarcadas en la Política de Trabajo Decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2015), la cual establece que el trabajo debe realizarse en condiciones de igualdad, seguridad, libertad y dignidad humana, esto, permitirá contribuir con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2015), específicamente el de fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, trabajo decente y crecimiento económico, pues el tener acceso a un trabajo formal que sea una fuente fija de ingresos que permita cubrir las necesidades básicas de las mujeres trans, llevaría a combatir los problemas de malnutrición, enfermedades, trastornos psicológicos, violencia, entre otros aspectos que no solo generan costo a la sociedad, sino también, que se convierten en problemas de salud pública.

Hasta aquí, se evidencia con la revisión de la literatura, la falta de oportunidades laborales que existen para las mujeres trans, exponiendo el tipo de trabajo que usualmente ejecutan por falta de educación, por decisión personal y/o por la falta de acceso al trabajo formal. También, se expone algunas dificultades al conseguir o mantenerse en un empleo por ser una persona trans, pero no se ha hallado la articulación entre estas deficiencias y la política de trabajo decente, por lo que el objetivo

de este capítulo fue analizar las trayectorias laborales de las mujeres trans, en el marco de la política de trabajo decente de la OIT (2015).

El abordaje de las trayectorias laborales de las mujeres trans en el marco de la política de trabajo decente es necesario, considerando que por las deficientes oportunidades laborales, gran parte de ellas realizan trabajos informales, los cuales están asociados con la pobreza, pues en algunas condiciones, el riesgo al ejecutarlos y los ingresos económicos, son peores que los de las personas vinculadas en el sector formal (Freije, 2001). Esto es un factor más que conlleva a la precarización laboral, es decir, contrataciones que anulan los derechos laborales, lo que conlleva a situaciones como inestabilidad, inseguridad, ilegalidad y/o desprotección, a causa de la aceptable remuneración (Gómez Vélez y Restrepo Restrepo, 2013; OIT, 2005), y por ende, a una peor calidad de vida a causa de la violación de derechos humanos, pues el cumplimiento de estos, trae consigo igualdad de oportunidades para las personas trans, las cuales históricamente han tenido dificultades de acceso a empleos de carácter formal, que los dignifique y les permitan mejorar su calidad de vida (Weller, 2006).

## **Resultados**

Las trayectorias laborales se van desarrollando durante el curso de vida de las personas, y de acuerdo con ello. A continuación, se presentarán los resultados que evidencian este tipo de experiencias, incluyendo el trabajo formal e informal y en algunos casos, el trabajo sexual, que han ejercido las mujeres trans participantes de este estudio.

### *Análisis de contenido cuantitativo*

La tabla 9, expone los resultados obtenidos en el análisis de los datos, de acuerdo con cada categoría, evidenciando que el trabajo informal y el trabajo sexual, estuvo mayormente presente en los discursos de las participantes. Llama la atención, que la categoría trabajo formal, no se identificó en las narraciones analizadas.

**Tabla 9**

*Tipo de trabajo ejercido (actual o pasado) por las mujeres trans*

Categoría	N	Total de frecuencia por regiones						
		Armenia	Bogotá	Bucaramanga	Cali	Calarcá	Cartagena	Jamundí
Trabajo sexual	54	12	06	10	11	04	06	05
Trabajo Formal	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajo Informal	64	07	04	18	05	13	11	06

### *Actividades laborales*

Para tener una caracterización ocupacional como parte de las trayectorias laborales de las mujeres trans, se presenta las actividades en las que se desempeñan, siendo el trabajo sexual, la subcategoría de mayor presencia en el discurso de las participantes, con la mitad (n=42) de las frecuencias totales de todas las citas, tal como se evidencia en la tabla 9.

Respecto a las actividades laborales, es importante aclarar que el área de la estética y la belleza abarca las personas que se dedican a ser estilistas, maquilladoras, masajistas y manicuristas; la ocupación reconocida como ventas incluye a quienes se dedican a comercializar algún producto o servicio, bien sea en un almacén, tienda física o por catálogo; el área de funciones públicas hace referencia a aquellas personas que trabajan en entidades del sector público y finalmente, la actividad catalogada como otras, comprende a las personas cuya labor no se contenía en las actividades anteriormente mencionadas y que se dedican a realizar trabajos como organización de eventos,

enseñar fútbol, baile, a cantar, a cocinar, a cuidar personas, u otro tipo de actividad por cuenta propia.

**Tabla 10**

*Actividad laboral desempeñada actualmente*

Actividad laboral	Total frecuencia por ciudad							N
	Armenia	Bogotá	B/manga	Cali	Calarcá	Cartagena	Jamundí	
Trabajo sexual	11	5	8	4	4	5	5	42
Estética y belleza	0	0	9	6	0	6	3	24
Ventas	0	1	1	2	0	0	1	5
Funciones públicas	0	0	0	0	1	2	0	3
Otras actividades	0	0	2	2	0	3	1	8
Sin especificar	0	0	1	1	0	1	0	3
Total por ciudad	11	6	21	15	5	17	10	85

Como se identificó anteriormente, el trabajo sexual, es la actividad que más se reporta como desempeñada en la actualidad, para conseguir sus ingresos, incluso en alternancia de otras actividades laborales. En algunos casos, las participantes manifiestan que lo ejercen desde temprana edad, iniciando desde la adolescencia:

*(...) A los 13 años yo me fui de la casa y ahí fue donde empecé a prostituirme (...) yo viví mi vida sexual a muy temprana edad, como le tocaban a uno todas esas cosas (...). Ya hoy por hoy, yo ya no soy capaz de estar con un hombre sin que me pague. A pesar de que yo soy estilista, en el salón llegan clientes a buscarme,*



*si me entiende, yo lo ejerzo, pero cuando llegan.* (Bucaramanga entrevista en profundidad)

En otros casos, el trabajo sexual se ha desempeñado en la adultez:

Soy trabajadora sexual en contexto de calle, comencé a ejercer el servicio sexual a mis 33 años, comencé a trabajar en la noche... luego por cuestión de seguridad por amenazas me retiré de la noche y comencé a trabajar en el día... y hoy en día me sostengo prácticamente de eso porque estoy desempleada. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

De las 42 mujeres que actualmente ejercen el trabajo sexual, la mitad de ellas lo hace tiempo completo en las calles; cuatro de estas mujeres trans ejercen tiempo completo como modelos web cam, mientras que 17 participantes, adicional al trabajo sexual, realizan otras actividades para obtener sustento económico como la peluquería, el comercio informal (de chance, comida, de cigarrillos, artículos por catálogo, CD, películas y productos nutricionales), volanteo, activismo social, modelaje web cam, oficios varios, cuidado de terceras personas, shows performance, decoraciones para fiestas y maquillaje:

A camellar, a prostituirme, pero solamente un día o dos en la semana, los fines de semana, puede ser un viernes o un sábado o puede ser el jueves y el viernes o puede ser el sábado y el viernes... cómo le digo, yo soy, actualmente soy comerciante independiente. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Incluso, otras mujeres trans realizan trabajo sexual de forma ocasional:

Actualmente mis labores son maquillaje, diseño de corte de cabello (...) trabajo por tiempos limpiando clubs de chicas trabajadoras sexuales y de vez en cuando, cuando lo necesito también ejerzo la prostitución, pero no seguido... lo hago un tiempo y vuelvo y lo dejo. Nunca he sido una mujer trabajadora sexual 100%, siempre me he desempeñado en otras cosas. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Es importante mencionar que, en el discurso de la mitad de las mujeres trans entrevistadas, no se logra evidenciar la categoría de trabajo sexual, ya que no es un tema que se mencione por la sensibilidad que tiene. Teniendo en cuenta lo anterior, no se podría mencionar con exactitud si lo ejercen o lo han ejercido en algún momento de sus vidas. No obstante, 24 de ellas mencionan que en

la actualidad han dirigido su actividad laboral al área de la belleza y estética:

Participante: (...) Todavía soy estilista.

Entrevistador: ¿Cuánto hace que estás en esta actividad?

Participante: Hace 26 años

Entrevistador: 26 años. ¿El salón es propio?

Participante: Sí, es propio. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Cinco se dedican al comercio de productos que incluye las ventas por catálogo, venta de licor y de productos ferreteros. Tres mujeres trans mencionan que han ejercido cargos públicos. Ocho se han dedicado a otras actividades como el cuidado de terceros, la música, administración de bienes propios, manicure, masajes corporales, organización de eventos y activismo social. Y finalmente, en el discurso de tres mujeres trans no se logró identificar la actividad laboral desempeñada en el momento.

Pues antes trabajaba, yo tenía puestos de ventas, yo vendía fritanga, yo trabajaba en restaurantes, pero a mí no me volvieron a dar trabajo en restaurantes. Y como me enfermé tanto, entonces no volví a vender fritanga ni a hacer nada de nada. Pero ahorita quiero volver a ponerme a hacer tamales para vender. (Cali, entrevista en profundidad)

### *Trabajo sexual*

Continuando con la subcategoría trabajo sexual, adicional a lo que se mencionó anteriormente, también se encuentra que, de las mujeres participantes, 12 de las mujeres trans, si bien en la actualidad no realizan trabajo sexual, manifiestan haberlo hecho en algún momento de su vida:

Ya llevo un año. Es que la verdad para yo retirarme de lo que fue la prostitución, eso fue duro ahí me tocó dormir en calle, hambre, uy no, fue algo terrible, pero bueno valió la pena... asistir a esos hogares donde va uno a que le den lo que es el desayuno... y para terminar el bachillerato... y ya

hoy en día, así como te digo yo no dependo de la prostitución y tengo más, tengo otra forma de ganarme el dinero. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Por otro lado, se evidencia que algunas personas pasan de ejercer trabajo sexual a acompañar a otras mujeres en este contexto, sirviéndoles de apoyo y manifestando que en su tiempo no había derechos humanos:

Yo ya me retiré de ser trabajadora sexual, ahora lidero a las muchachas de la calle, las trabajadoras sexuales de la calle. Las lidero porque las vivencias que yo tuve yo se las trasmite a ellas, con la gran diferencia de que en mi tiempo no había derechos humanos. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Pues algunas de estas mujeres ven el trabajo sexual como una actividad que les va a permitir a largo plazo cambiar su estilo de vida: “El trabajo sexual no lo veo, por el momento, como un trabajo. Lo veo como... la primera opción ¿cierto? Como para conseguir dinero, para conseguir mis cosas, empezar a comprar... dejar mi vieja vida y empezar una nueva vida” (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

En este punto se hace evidente la importancia de la red de apoyo, bien sea familiar o de pareja en el ejercicio de esta actividad laboral, como lo manifiesta una mujer trans de 18 años:

Era trabajadora sexual, hasta que yo conseguí a mi pareja, él me dijo que no hiciera más eso, que él quería algo conmigo y todo eso, y poco a poco fue surgiendo la relación, y ya yo tengo 8 meses que yo no sé qué es salir a la calle. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Ahora bien, de las participantes, seis de las mujeres trans, manifiestan que nunca han ejercido el trabajo sexual, sino que han dirigido su actividad laboral a otro tipo de oficios:

No, no he tenido esa oportunidad porque como te digo, he vivido, vivo como en una burbuja, o sea, mi vida se transcurre en eso, salgo a las 9 de la mañana a mi casa, llego a la peluquería a las 9:30, trabajo todo el día hasta las 7 de la noche, a las 7 de la noche llego a mi casa, como y me acuesto... Pero pienso que es algo muy difícil, algo muy terrible que cada uno permite, que sucede hasta cuando uno quiere. Y yo pienso que, si a ellas les gustan eso, es porque ya se acostumbraron a eso, a que, si un tipo viene y les da 50 mil, dicen, ya me hice lo del diario, no me constó nada, me bajé la ropa y ya. Y

no se dan cuenta que están perdiendo todo... como digamos la vergüenza.  
(Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Incluso, algunas de estas mujeres trans perciben los estigmas existentes en torno al trabajo sexual y manifiestan que pese a las circunstancias adversas que han atravesado a lo largo de su vida, no lo harían:

El tema que estaban tocando ahora afuera, de que el trabajo de nosotras es la prostitución, eso es mentira, yo a pesar de que mi mamá me golpeaba muy duro, a mí nunca me gustó, esta es la fecha que no sé qué es buscar la prostitución. (Cali, entrevista en profundidad)

También se hace evidente que la relación entre pares puede influir en la decisión de vida de algunas mujeres trans, tal como lo evidencia el discurso de una participante

Entrevistadora: ¿Y ha habido algún momento en el que... digamos, por ejemplo, alguna amiga te invite y te diga, vení, ahí ganas buena plata, bueno ingresos...?

Participante: Sí, sí me han dicho, pero a mí no me gusta, no es lo mío.  
(Cartagena, entrevista en profundidad)

### *Trabajo informal*

Esta subcategoría resalta en cuanto a los tipos de trabajo con los que cuentan las mujeres trans participantes de este estudio. De las participantes, 64 participantes mencionan que ejercen trabajo informal, una de ellas menciona: “En este momento como no tengo un trabajo estable, estoy cuidando a una señora que está recién parida, y estoy ganando 400.000 pesos mensuales” (Cartagena, entrevista en profundidad). “Pues yo ahorita soy comerciante. Trabajo en una chaza acá en Santa Fe... Una chaza es donde uno vende cigarrillos, dulces, cositas así... como vendedor ambulante, mejor dicho” (Bogotá, entrevista en profundidad).

Algunas incluso manifiestan no poder cubrir algunas necesidades básicas con la actividad que realizan:

Yo creo que lo fundamental es el trabajo porque al menos para cubrir las cosas básicas y elementales, yo tan vieja, ni siquiera poder llevar un mercado a mi

casa, nunca tener un trabajo, entonces es como demasiado frustrante... que uno a veces de tanto estudiar, uno cada vez más fórtese y fórtese y fórtese, y nada de productivo... El Estado no le da a uno trabajo y las poquiticas oportunidades que hay, entonces para qué. Yo me arrepentí tanto de no haber pedido una peluquería (risas). (Calarcá, entrevista en profundidad)

Pues ejercen sus actividades laborales sin las garantías mínimas que les permiten sentirse seguras. Tal como lo menciona una participante:

No te lo voy a negar, yo tengo como 10 años en las calles de estar trabajando, como trabajadora sexual. Yo no tengo una casa... ¿cómo decirte? Yo no dependo de nadie, yo dependo de mí misma, de lo que consigo, de lo que me ahorro, de lo que me tengo guardadito; porque eso sí, para qué, me guardo mis tres pesitos y eso... para cuando me pueda enfermar o cuando me pase algo grave y me toque irme de acá, ¿ya me hago entender? (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

### *Trabajo formal*

A pesar de que las participantes de este estudio no identificaron la existencia de esta categoría como tipo de trabajo, si expresan lo difícil que es tener un trabajo estable dada las condiciones de discriminación a las que están expuestas, la cual las lleva a optar por un trabajo informal ejemplo de esto es lo que se evidencia en el siguiente discurso:

Yo era muy amanerada, muy delicada, entonces esto, fue muy difícil eso, el hecho de conseguir un trabajo estable y de poderme costear una carrera universitaria, entonces yo le dije a mi mamá, no pues entonces voy a hacer el curso de peluquería y lo hice y así pude hacer mi tránsito tranquilamente. Sin esperar nada de nadie, sin que nadie me señalara ni me molestara la vida, porque la verdad que las mujeres trans vivimos muy señaladas y estigmatizadas. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Por otro lado, en el discurso de 21 de las participantes entrevistadas no se logra evidenciar esta subcategoría. Teniendo en cuenta lo anterior, no se podría categorizar con exactitud si cumplen o no con las condiciones para que una actividad pueda ser catalogada como formal o informal. Incluso, alguna de las mujeres trans que se incluyen en este grupo laboran en instituciones del sector público,

“Bueno trabajo como abogada desde enero desde este año, hasta la fecha” (Cartagena, entrevista en profundidad).

Es menester resaltar que, el hecho de que las mujeres trans cuenten con estudios profesionales, no las hace exentas de la ardua situación que deben atravesar al momento de querer conseguir un trabajo de tipo formal, como lo señala una participante:

Psicóloga... yo cuando salí de la universidad, con mi tarjeta profesional mi pago era un mínimo. Yo no podía pedir ni exigir más nada, saber que era una mujer trans, apenas estaba tocando las primeras puertas, la plata que yo me ganaba era para arriendo y comida, no tenía a veces para transporte, era complejo. Comencé a tocar puertas, obviamente se me cerraron porque cuando yo a veces presentaba mi documentación, todos los cursos que yo había hecho, mis diplomados... mis certificados decían otro nombre, yo salgo de la universidad como otro, entonces eso me costaba plata y muchas cosas infelizmente se perdieron. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Sin embargo, hay otras mujeres que han logrado ejercer su profesión de forma independiente, por ejemplo:

Yo soy cantante de una discoteca de aquí en Bucaramanga... y yo canto los sábados, soy artista santandereana, y aparte de eso soy administradora de bienes propios, eso hizo que yo estudiara derecho, para conocer lo de los contratos de arrendamiento y para que manejara todo lo que tiene que ver con eh... pues con terminaciones de contrato, con desalojos, con todo ese montón de cosas. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

## Discusión y conclusiones

Es evidente en los resultados presentados en el apartado anterior, que las oportunidades laborales de las mujeres trans son limitadas y peor aun cuando se reconoce el tipo de trabajo ejercido que para la mayoría de los casos es informal.

Debido a lo anterior, se retoma que entre las actividades laborales que las mujeres trans han desempeñado a lo largo de su vida con el fin de satisfacer sus necesidades, se menciona el trabajo sexual, pues según ellas, esta es la actividad laboral en la que pueden adquirir ingresos, considerando que permanecen dentro de un contexto laboral que se percibe como discriminatorio, permeado por estigmas y prejuicios, que limita el acceso a otras actividades laborales, aspecto que va en

contraposición de la garantía del derecho al trabajo, pues las Naciones Unidas (2018), afirma que para todas las personas, se hace necesario un ambiente laboral en el que pueda expresar su identidad de género sin sufrir violencia, discriminación u opresión por ello; lo cual parece una utopía, considerando que se ha planteado (Mejía Cortés et al., 2018) que la inclusión para una mujer trans en el campo laboral en el contexto colombiano es discriminatoria, pues generalmente, dados los estereotipos, las mujeres trans tienden a ser discriminadas por su expresión de género, su forma de vestir, actuar y comportarse, siendo esto un limitante para el acceso a un trabajo decente en Colombia. Esto no solamente es un reto para el cumplimiento de esta política mundial, sino también para la salud mental, considerando que se ha encontrado en esta población, una relación positiva entre discriminación laboral y síntomas como hipervigilancia y rumiación del pensamiento (Thoroughgood et al., 2017).

Sumado a lo anterior, el bajo nivel de cualificación profesional da cuenta de algunas de las dificultades que tienen las mujeres trans, para acceder a un trabajo digno, pues los contextos discriminatorios y en repetidas ocasiones el autoestigma, tienden a limitar a dicha población para finiquitar sus estudios, dado que se genera una deserción académica, lo cual genera un limitante para el acceso a un trabajo formal.

Cabe resaltar que un país como Colombia, cuya cultura y creencias son de carácter conservador, se encuentra permeado por la presencia de modelos dominantes que determinan la forma en la que se organiza, distribuye y se representa el poder, generando una vulneración de derechos y perpetuando las brechas existentes en esta materia. Es por esto que, se hace evidente la desigualdad de oportunidades en algunos grupos sociales como las mujeres trans, pues en determinadas situaciones se entra en disonancia al momento de aceptar en un trabajo a una persona que no cumple con la expresión de género esperada de acuerdo con su sexo biológico y el rol de género (Mejía Cortés et al., 2018), es decir, la forma en que se comportan, se visten e interactúan socialmente.

Frente a lo anterior, muchas de estas mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, expresan que lo realizan desde temprana edad. Al hacer un análisis integral de los factores psicológicos que influyen en el bienestar, la determinación de la salud, la prevención del riesgo, la calidad de vida y la promoción de la salud en esta población, dado

que, la edad de inicio es un factor de riesgo que puede desencadenar violencia (física o psicológica), baja autoestima, condiciones de pobreza, problemáticas familiares y el ausentismo estatal (Morales Calatayud, 1997). Así pues, ante la necesidad, el cuerpo se vuelve un mecanismo de sobrevivencia, pues se interpreta como una herramienta de trabajo, el cual resuelve rápidamente la obtención de ingresos económicos (Posso y La Furcia, 2016).

En su mayoría, quienes realizan actividades laborales asociadas con el trabajo sexual, pueden verse expuestas a diferentes tipos de riesgos que afectan su integridad, como por ejemplo la salud, tanto física como psicológica. Las experiencias adquiridas en esta actividad y la familiaridad con la misma conllevan a las mujeres a la realización de nuevas prácticas sexuales y a la ampliación de conocimientos sobre ETS y sobre lo que se debería o no hacer para evitar diferentes tipos de enfermedades, no obstante, estos conocimientos, junto con las experiencias de pares, ocasionan una confianza que les hace desestimar dichos riesgos, por tanto, tiende a aumentar la probabilidad de contagio.

También existen riesgos relacionados con la violencia, la cual, para algunas de estas mujeres trans se ha ido normalizando e incluso se considera inevitable en el ejercicio del trabajo sexual; lo cual se puede atribuir a diferentes factores relacionados con la desigualdad de género y discriminación hacia este colectivo, así como el intento de posesión o control sobre estas por el hecho de ofrecer un servicio de tipo sexual. Esto no solamente es dramático socialmente, pues en el marco de un estado social de derecho, la violencia sugiere ser parte de la vida de las mujeres trans, que no solo es transversal a sus vidas, sino que es un riesgo al cual se ven expuestas por ejercer el derecho al trabajo, lo que evidencia la desprotección del estado al respecto, yendo esto en contraposición de la política de trabajo decente, respecto a la seguridad, sino también, a la afirmación que las mujeres trans merecen entornos laborales saludables, dignos, seguros y decentes, y esto significa, ausencia de violencia y discriminación en la ejecución de sus actividades de trabajo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016), aun cuando estas sean informales como el sexo comercial (Sentencia T-629/10).

En este punto se resalta que además del trabajo sexual, otras mujeres trans optan por desenvolverse en trabajos de tipo informal como en las ventas, oficios varios o en trabajos relacionados con la



estética y la belleza, usualmente labores transfeminizadas (García-Reyes, 2013), pues en la mayoría de los casos son unos de los trabajos bajo los cuales pueden acceder a ingresos económicos sin la exigencia de un documento de identidad que corresponda a su género o un documento que soporte estudios formales.

Al referirse a labores transfeminizadas, es importante resaltar que la ocupación en actividades como peluquería y trabajo sexual, está determinada por la historia, en donde ser mujer trans pasó de ser catalogado como trastorno mental, a la generación de políticas de inclusión social, laboral y de salud, en el marco de la defensa de los derechos humanos, y en este caso particular, en consonancia con la política de trabajo decente y los objetivos de Desarrollo Sostenible, lo que seguramente para las nuevas generaciones será diferente (Posso y La Furcia, 2016), aspecto que también es resaltado por las participantes, al referirse que anteriormente tenían menos derechos que ahora, los cuales han sido logrados a través de la participación social e incidencia política de las lideresas trans.

Las lideresas trans y pares de las mujeres trans, tienen un impacto muy positivo en el desempeño de actividades laborales distintas al trabajo sexual, pues las participantes manifiestan haber adquirido las habilidades por sus enseñanzas, sobre todo, en el ámbito de la peluquería. Asimismo, se logra percibir que las redes de apoyo, en la mayoría de los casos, amigas, vecinas y/o familiares cercanos, son quienes brindan oportunidades de vinculación laboral, posibilitando la adquisición de conocimientos y habilidades para el desarrollo de las mismas. De igual forma quienes tienen estudios profesionales, vinculan sus experiencias dentro del marco de lo aprendido desde la academia y de la praxis.

Considerando el tipo de actividades laborales que ejercen las mujeres trans entrevistadas, se puede evidenciar que prevalece el trabajo informal, considerado además como una forma de cubrir necesidades según la ausencia de empleo legal, incluso en algunos casos la persona, “viéndose supeditado a lo más inhumano que puede ofrecer la sociedad” (Vásquez Rizo et al., 2015, p.52), lo que se evidencia a través de los diferentes riesgos (violencia, comportamientos sexuales de riesgo), los cuales se encuentran las mujeres trans en el ejercicio del trabajo sexual.

En la investigación aquí presentada, se evidencia que más de la mitad de las mujeres trans al momento de la entrevista no cuentan

con un empleo de carácter formal, evidenciando unas formas de trabajo inestables, como aquellas que están realizando comercio independiente, ventas ambulantes, ventas por catálogo, oficios varios, cuidado de personas e incluso en algunos casos quienes ejercen la peluquería, quienes mediante el ejercicio de estas actividades no logran cubrir sus necesidades, no tienen cobertura en el sistema de seguridad social, carecen de estabilidad laboral, ganan menos de un salario mínimo mensual legal vigente, sin horas extras ni vacaciones, no cuentan con condiciones aptas para ejercer adecuadamente su labor, ni con actividades que les permitan desarrollarse personal y profesionalmente. Es por ello que, al no encontrar empleos formales, las mujeres trans, migran a actividades informales como las ya mencionadas aquí (peluquería, ventas), siendo incluso subcontratadas en condiciones precarias (Vásquez Rizo et al., 2015). Estas inequidades a nivel laboral a las cuales se ven sometidas dan cuenta de la necesidad que se tiene en la lucha del trabajo decente para esta población, pues claramente no hay ingresos justos, igualdad en oportunidades, trato digno, ni mucho menos seguro, como lo indica la política de trabajo decente establecida por la OIT (2015).

Lo anterior, es peor aún, cuando se evidencia que el tener una formación profesional, no las hace exentas de la ardua situación que deben atravesar al momento de querer conseguir un trabajo de tipo formal, aunque hay quienes sí han logrado ejercer su profesión de forma independiente.

Por las características del tipo de trabajo que tienen las mujeres trans, se puede decir que estas pueden pasar, por lo que Vásquez Rizo et al. (2015) mencionan como desempleo cíclico, pues en el discurso de las participante, se manifiesta que por épocas el trabajo puede no ser tan recurrente o fructífero y por esto es que tienden al rebusque; en este orden de ideas, los hallazgos evidencian que según la necesidad, fluctúan las ocupaciones, como es el caso de hacer en algunos momentos ventas o actividades relacionadas con la belleza y estética, y por otros momentos recurren al trabajo sexual, pues manifiestan que con una sola actividad no logran suplir sus necesidades básicas.

Ahora bien, también se evidencia el desempleo estructural, pues es común que exista un desajuste entre oferta y demanda de los servicios, por ejemplo en cuanto a peluquerías, que son más frecuentadas en fechas comerciales, lo cual provoca que un gran porcentaje de esta población no pueda considerar su empleo como

estable, o en casos como el trabajo sexual, en donde las mujeres al tener una baja en los clientes, deciden migrar, lo cual se relaciona también con el desempleo estacional, que hace referencia a aquel que varía con los cambios en la oferta y la demanda laboral en diferentes lugares geográficos (Vásquez Rizo et al., 2015); para el caso de las participantes de este estudio, esto se evidencia cuando rotan por las diferentes ciudades, según las festividades del año y eventos como ferias, carnavales entre otros, donde los servicios sexuales son más solicitados, convirtiéndolas de esta forma, en nómadas y por supuesto, no solo trayendo problemas sociales y de salud, sino también, promoviendo su inestabilidad laboral y problemas de salud mental, como la depresión, lo que genera un reto para el trabajo decente, en materia de igualdad de oportunidades, seguridad y salud (OMS, 2018).

Es importante además del acceso al trabajo, un empleo que más que un bien colectivo, juegue un papel importante en la vida y autonomía de las personas, pues además de obtener los recursos necesarios para sobrevivir, se alcanza la capacidad de apropiación de sí, trayendo consigo beneficios a nivel económico, psicológicos y sociales, tal como lo menciona Romero Caraballo (2017). En este orden de ideas, dado que el trabajo es considerado como una actividad fundamental para las personas, debe garantizar el bienestar y el desarrollo integral de las mismas, aspecto que se plantea como un reto para el trabajo decente en las mujeres trans.

Lo anterior, cobra aún mayor relevancia, considerando que las personas trans son las más desfavorecidas en comparación con el resto de la población LGBTIQ+ en cuanto al acceso y vinculación al mercado laboral, debido además por su identidad de género y el bajo nivel de cualificación profesional, por la falta de documentación de identificación (cédula o registro civil), pues el cambio de identidad en los documentos, además de tiempo requiere de altos costos y acceder a esto puede ser complicado (Galvis Ramos et al., 2019). En el discurso de la mayoría de las mujeres trans, se encontró que lo anterior es también percibido como un desafío, pues por miedo al rechazo, discriminación o prejuicios, la mayoría de estas mujeres presentan limitaciones para acceder o culminar estudios educativos, lo que se presenta como una dificultad para el ingreso al mercado laboral en todas las ciudades estudiadas, lo cual implica que no existen diferencias dependiendo de la localización de las mujeres trans, tal como se describió en el apartado de supuestos, aunque si

de las condiciones económicas de la población, pues las personas con mayor nivel educativo, contaban con mejores trabajos en términos de condiciones que les permitían desarrollar sus capacidades, habilidades potenciales, e incluso, seguir estudiando.

Ahora bien, estos contextos sociales permeados por problemáticas de exclusión, discriminación y vulnerabilidad de los derechos evidencian la desigualdad entre personas, la comunidad de mujeres trans se enfrenta a una reducción de oportunidades para el acceso a un empleo decente, por tanto, tienden a migrar sus actividades laborales a trabajos que para ellas son de fácil acceso, como los que se han mencionado. Lo anterior, junto con la poca oportunidad de vinculación laboral, asociado a la discriminación y estigmatización de las mujeres trans, convierte al país en un contexto en el que se refuerzan esquemas cisgéneronormativos y no se brinda una protección a los derechos de estas mujeres, pues esta situación se ha ido interiorizando y normalizando en las estructuras sociales, tal como se encontró en los antecedentes que preceden este estudio, generando limitación para el acceso a un trabajo formal, y a su vez, aumentando las posibilidades el trabajo informal e incluso sexual, como medios para subsistir en un mundo globalizado, impactando y desestabilizando el bienestar y calidad de vida de las mujeres trans (Correa García, 2015), lo que constituye un reto para el trabajo decente.

Esto puede ser visto como una limitación y desafío al momento de buscar el acceso a un empleo e incluso el acceso a la educación formal, pues al dar veracidad y asumir dichos estigmas, estas personas tienden a desistir de buscar un trabajo, abandonan sus estudios o renuncian a sus empleos, lo que restringe las posibilidades que tienen de acceder a un empleo formal, a educación de calidad, servicios de salud, y a hacer factible el cumplimiento de sus derechos, pues consideran que existen pocas posibilidades de contratación dada su identidad y expresión de género (Sears & Mallory, 2011). Además, el asumir dichos estigmas, según lo planteado por Livingston & Boyd (2010) impacta negativamente en el área psicológica, social, familiar y económica de la vida de estas mujeres, dado que influye significativamente en la toma de decisiones, autoestima, autoconcepto y formas de interacción.

De este estudio se concluye que en la actualidad colombiana, específicamente en estas siete ciudades y municipios aledaños analizados, es evidente una falta de oportunidades para el desarrollo

de actividades laborales distintas al trabajo informal en las personas trans, producto de los prejuicios y estigmas existentes que siguen teniendo como consecuencia la discriminación al momento de intentar vincularse laboralmente, que hacen limitadas las posibilidades de acceder a un empleo formal y la consecución de la efectividad de la política del trabajo decente en esta población. Por ende, se hace urgente la implementación efectiva de las normas y políticas establecidas de género, pues estas mujeres trans saben que existen, pero en la realidad no se aplican, generando experiencias laborales en su mayoría no gratificantes dado que sus actividades y condiciones de trabajo, según sus discursos, no se ajustan a la política de trabajo decente de la OIT (2015) en donde las garantías en materia de seguridad social, salud laboral, trabajo digno, ingresos justos y estabilidad, es nulo, lo que constituye un desafío tanto para la vinculación laboral de las mujeres trans, como para el desarrollo integral de las mismas.

También, se hace necesario considerar esta dimensión en las estrategias dirigidas a las mujeres trans, en consonancia con el proyecto de vida, pues toda esta situación tiene un impacto directo en el mismo, incluso se evidencia que algunas mujeres trans, pese a que son adultas jóvenes, ven sus posibilidades de desarrollo reducidas, es decir que no se logran proyectar en el futuro o aspirar otras cosas para sus vidas, por no tener en el momento como cubrir sus necesidades básicas y elementales, expresando cierta frustración frente al hecho de que el estado no haga cumplir sus derechos en cuanto al acceso al trabajo o vinculación al mismo, manifestando abiertamente que no consideran productivo invertir en la formación académica, pues no lo sienten valorado debido al estigma y la discriminación por su identidad de mujer trans.

Respecto al trabajo sexual, cabe resaltar que si en la sociedad actual la condición de trabajador otorga un reconocimiento, por tanto, si el colectivo trans no es reconocido en su identidad y tampoco en su actividad laboral formal, se podría decir que tienden a ser sometidas a un doble proceso discriminatorio, por lo que urge las acciones legales en esta actividad laboral, la cual tiene necesidades específicas de violación de derechos humanos, y se requiere la visibilización de las condiciones del colectivo trans, respecto al trabajo sexual e informal, usualmente en peluquerías (García-Reyes, 2013), pues las mujeres trans están sujetas a una constante lucha por el reconocimiento de su identidad de género frente a las normatividades sociales que tienden

a deslegitimarlas, estigmatizarlas y violentarlas, aprovechando la desprotección del estado en materia de derechos y que, por tener su sustento diario, se resignan a exponerse a estos actos (Gutiérrez Gamboa et al., 2018).

Finalmente, se concluye que los temas de investigación relativos a la diversidad de género y al trabajo decente son un reto a nivel de la academia desde lo teórico, metodológico, ético y político dado que se convierten en apuesta para visibilizar e incluso problematizar esta situación (Pérez et al., 2013), pues el trabajo decente hace referencia a un empleo que dignifique, sea bueno y permita el desarrollo de las capacidades y competencias de las personas, respetando los principios y derechos laborales, un ingreso justo y equitativo sin discriminaciones de ningún tipo (Levaggi, 2004).

## Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2018). *Informe resultados de la aplicación de la encuesta ALI en las 20 Alcaldías Locales*. Secretaría Distrital de Planeación Dirección de Diversidad Sexual. [http://www.fontibon.gov.co/sites/fontibon.gov.co/files/documentos/tabla\\_archivos/informe\\_resultados\\_encuesta\\_ali-alcaldias\\_localespdf.pdf](http://www.fontibon.gov.co/sites/fontibon.gov.co/files/documentos/tabla_archivos/informe_resultados_encuesta_ali-alcaldias_localespdf.pdf)
- Cedeño Barreto, M. A. (2019). Visión social: adultas mayores transgénero. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/06/vision-social-transgeneros.html>
- Correa García, M. N. (2015). *Trayectorias y relatos de personas trans en relación al mundo del trabajo* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4887/6/Tesis%20Noelia%20Correa%20Garc%c3%ada%2c%202015..pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Lanzamiento de la cartilla TransFormando derechos: derechos de las personas transgénero en Colombia*. [http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20TransFormando%20Derechos\\_compressed.pdf](http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20TransFormando%20Derechos_compressed.pdf)
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being Trans in the European Unión: comparative analysis of EU LGBT survey data*. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf)
- Freije, S. (2001). El empleo informal en América Latina y el Caribe: causas, consecuencias y recomendaciones de política [Seminario].

- Seminario Técnico de Consulta Regional sobre Temas Regionales.* Ciudad de Panamá, Panamá. [https://www.researchgate.net/publication/239926280\\_El\\_empleo\\_informal\\_en\\_America\\_Latina\\_y\\_el\\_Caribe\\_Causas\\_consecuencias\\_y\\_recomendaciones\\_de\\_politica](https://www.researchgate.net/publication/239926280_El_empleo_informal_en_America_Latina_y_el_Caribe_Causas_consecuencias_y_recomendaciones_de_politica)
- Galvis Ramos, J. F., Parra Agudelo, P. A. y Rocha Español, A. (2019). *Empleabilidad e inclusión laboral de personas transgénero en la ciudad de Bogotá* [Tesis de posgrado, Universidad Piloto de Colombia]. <http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/6204/Empleabilidad%20e%20inclusi%C3%B3n%20laboral%20de%20personas%20transg%C3%A9nero%20en%20la%20ciudad%20de%20Bogot%C3%A1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García Reyes, L. (2013). Putas y trans. ¿Están las mujeres trans en las narrativas sobre la prostitución? *Revista Educación y Humanismo*, 15(24), 54-77. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/educacion/article/download/2207/2099/>
- Godás, T. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 2(78), 21-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271438>
- Gómez Vélez, M. A. y Restrepo Restrepo, D. (2013). El trabajo precario, una realidad distante del trabajo decente. *Katharsis*, (15), 173-194. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5527438.pdf>
- Gutiérrez Gamboa, D. I., Evangelista García, A. A. y Anne Winto, A. M. (2018). Mujeres transgénero trabajadoras sexuales en Chiapas: las violencias del proceso de construcción y reafirmación de su identidad de género. *Sociológica*, 33(94), 139-168. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0187-01732018000200139&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-01732018000200139&lng=es&nrm=iso)
- Gutiérrez Izquierdo, M. A., Cacao Choez, S. A. y Ormaza Pincay, M. A. (2017). La inserción laboral de los transgéneros en la ciudad de Portoviejo. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 1-14. <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/03/insercion-laboral-transgeneros.html>
- Levaggi, V. (2004). *¿Qué es el trabajo decente?* Organización Internacional del Trabajo. [https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_LIM\\_653\\_SP/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang-es/index.htm)
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and metaanalysis. *Social Science & Medicine*, 71(12),

- 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Mejía Cortés, A. M., Sarmiento Muñoz, J. E., Cadena Chala, M. C., Reyes Jaime, J. M., Losada Posada, B., Cuenca Tovar, R. E. y Mendoza Ariza, J. N. (2018). *La mujer trans, vida y trabajo*. Universidad Manuela Beltrán. <https://es.scribd.com/document/412587111/La-Mujer-Trans-Vida-y-Trabajo>
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Editorial UNISON. [https://www.academia.edu/9509976/Francisco\\_Morales\\_Calatayud](https://www.academia.edu/9509976/Francisco_Morales_Calatayud)
- Morales Moscoso, C. A. y León Pacheco, J. F. (2018). *Percepción de personas transexuales y transgénero respecto al acceso al empleo formal en Cuenca* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/31698/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
- Naciones Unidas. (1984). *Declaración Universal de los derechos humanos*. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/>
- Naciones Unidas. (2018). *Un trabajo para todos y todas*. <https://naciones-unidas.org.co/>
- ONU Mujeres. (2017). *Transversalización de género en los objetivos de desarrollo sostenible. Agenda 2030*. <http://www.coespo.sonora.gob.mx/documentos/VioGenero/TransGeneroObjDesSostenible-Agenda2030.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2005). *Sindicatos, economía informal y trabajo precario: nuevas formas de organización*. <https://www.oit.org.pe/>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2015). *Trabajo decente*. <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *FAQ on Health and Sexual Diversity an Introduction to Key Concepts*. <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/20170329-health-and-sexual-diversity-faq.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ostmann, F., Corona, E. y Mazín, R. (2012). *Por la salud de las personas Trans*. <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Posso, J. L. y La Furcia, A. (2016). El fantasma de la puta-peluquera: Gé-



- nero, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (24). [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872016000300172#fn16](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000300172#fn16)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). *Transgender Health and Human Rights*. <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Trans%20Health%20&%20Human%20Rights.pdf>
- Rangel Jurado, D. A. (2015). Extendiendo el derecho a todos los derechos: la difusión transnacional del reconocimiento legal de la identidad de género. *Colombia Internacional*, (87), 173-198. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81245608008>
- Rigueiral, G. J. y Seidmann, S. (2019). Trayectorias de vida de personas trans en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Revista Interamericana De Psicología*, 53(2), 180-194. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1062>
- Romero Caraballo, M. P. (2017). Significado del trabajo desde la psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social. *Psicología desde el caribe*, 34(2), 120-138. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v34n2/2011-7485-psdc-34-02-00120.pdf>
- Sandoval Rebollo, R. (2010). Un lugar en el mundo. Condiciones de vida de personas transexuales y transgénero en la ciudad de México. *Trabajo Social UNAM*, (18), 112-125. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/un-lugar-en-el-mundo-condiciones-de-vida-de-personas-transexuales-y-transgenero-en-la-ciudad-de-mexico-49273?c=X1d-law&d=false&q=\\*&i=4&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/un-lugar-en-el-mundo-condiciones-de-vida-de-personas-transexuales-y-transgenero-en-la-ciudad-de-mexico-49273?c=X1d-law&d=false&q=*&i=4&v=1&t=search_0&as=0)
- Sears, B. & Mallory, C. (2011). *Documented Evidence of Employment Discrimination & Its Effects on LGBT People*. The Williams Institute. <https://escholarship.org/content/qt03m1g5sg/qt03m1g5sg.pdf?t=mccaje>
- Sentencia T-629/10. (2010, 13 de agosto). Corte Constitucional. (Juan Carlos Henao Pérez, M.P). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm>
- Skylar, D. (2016). Gender inequality: Nonbinary transgender people in the workplace. *Cogent Social Sciences*, 2(1), 1-12. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23311886.2016.1236511?needAccess=true>
- Thoroughgood, C., Sawyer, K. B. & Webster, J. R. (2017). What lies beneath: How paranoid cognition explains the relations between transgender employees' perceptions of discrimination at work and

- their job attitudes and wellbeing. *Journal of Vocational Behavior*, 103, 99-112. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001879117300684>
- Vásquez Rizo, F. E., Álvarez Padilla, L. M. y Mera Tapias, A. (2015). El trabajo informal en Colombia: Drama Social Humano. *Inclusión y Desarrollo*, 2(2), 52-61. <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/IYD/article/download/1069/1131/>
- Weller, J. (2006). Inserción laboral de jóvenes: expectativas, demanda laboral y trayectorias. *Boletín Redetis*, 2(49), 9-36. [https://www.oei.es/historico/etp/insercion\\_laboral\\_jovenes\\_weller.pdf](https://www.oei.es/historico/etp/insercion_laboral_jovenes_weller.pdf)
- Yang, M. F., Manning, D., Van den Berg, J. J. & Operario, D. (2015). Stigmatization and mental health in a diverse sample of transgender women. *LGBT Health*, 2(4), 306-312. [https://www.researchgate.net/publication/281112489\\_Stigmatization\\_and\\_Mental\\_Health\\_in\\_a\\_Diverse\\_Sample\\_of\\_Transgender\\_Women](https://www.researchgate.net/publication/281112489_Stigmatization_and_Mental_Health_in_a_Diverse_Sample_of_Transgender_Women)

# Capítulo 8. Estigma, discriminación y violencia: la situación de las mujeres trans en Colombia

## Introducción

Es frecuente encontrar que cuando se presentan cifras globales de violencia asociada al género, se hace referencia a las mujeres cisgénero, usualmente, identificadas como heterosexuales, lo cual excluye a otras construcciones identitarias femeninas y con otras orientaciones sexuales. De esta manera, las cifras presentan una invisibilización de las situaciones que viven las mujeres trans y sus múltiples vulneraciones.

Las violencias de género se pueden entender como “toda acción de violencia asociada a un ejercicio de poder fundamentado en relaciones asimétricas y desiguales entre hombres y mujeres; y en discriminaciones y desigualdades por razones de identidad de género y orientación sexual no normativas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.24). La prevalencia estimada en violencia género en población trans oscila entre el 7% y el 89% (Wirtz et al., 2020) En las minorías sexuales y de género se reportan prevalencias en violencia física entre 11.8% y 68.2%, y en violencia sexual entre 7% y 49.1% (Blondeel et al., 2018). El estigma y la discriminación en la población trans en Colombia presentan altas tasas en últimos años, se asocian a la vulnerabilidad permanente que las mujeres trans deben enfrentar en diversos contextos a lo largo de su vida. Similar a los hallazgos en estudios recientes, estas acciones se asocian a la no validación de su identidad de género, al rechazo de comportamientos sexuales que rompen la norma y que no corresponden a la heteronormatividad, y al señalamiento hacia las mujeres trans como propagadoras del VIH/SIDA (Colombia Diversa, 2021; Fournier Pereira, 2018; Ritterbusch et al., 2018).

En Colombia, las investigaciones sobre violencias en mujeres transgénero son escasas, se cuenta con documentos producidos por algunas Organizaciones no Gubernamentales y organizaciones colombianas que apoyan y hacen activismo en la comunidad LGBTI. En el año 2019 las cifras señalan que el 46% de las mujeres trans fueron víctimas de violencia policial, el 37% de homicidios y el 17% de amenazas. Para el año 2020 las cifras de violencia mostraron tendencias preocupantes en la comunidad LGBTI: el número de asesinatos fue el doble de los registrado en el año anterior en un +112.25%, las amenazas se triplicaron en un +216.98%, y el número de víctimas por violencia policial se incrementó en un 60.55%. Los departamentos donde se presenta el mayor número de víctimas son Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca. En relación con los datos de violencia a mujeres trans colombianas, se registran las siguientes cifras: 45 homicidios (21.95%), 89 amenazas (43.41%) y 71 (34.63%) relacionadas con la violencia policial (Colombia Diversa, 2021).

Los estudios internacionales reportan alta discriminación hacia las mujeres trans, la cual está asociada, además, a experiencias de violencia sexual en la infancia, nivel socioeconómico, migración, barreras de acceso a los servicios de salud, consumo de sustancias psicoactivas, violencia en relaciones de pareja; y carencia de apoyo familiar y redes sociales (Austin & Goodman, 2017; Bradford et al., 2013; Evens et al., 2019; Fernández-Rouco et al., 2017; Galvan et al., 2021; Gowin et al., 2017; Kattari et al., 2017; McCann & Brown, 2017; Murphy et al., 2019; Rodriguez, et al., 2015; Verbeek et al., 2020; Wirtz et al., 2020). Adicionalmente, es importante destacar que las mujeres trans defensoras de los derechos humanos en Colombia también han sido víctimas de violencia; durante el período 2017-2019 recibieron amenazas y hostigamiento 26 mujeres trans, se registraron 5 homicidios y 3 casos de violencia policial (Colombia Diversa, 2019).

El estigma es definido como la atribución de una característica deshonrosa a una persona, esta característica implica un efecto de inferioridad o peligrosidad, haciendo que se degrade su condición de ser humano. El uso de estigmatización a personas o grupos sociales de manera arbitraria implica una acción de control que se manifiesta con prejuicios, coerción y engaño para lograr una modificación en la dinámica social (García-López y Royo Bordonada, 2019). El estigma implica rechazo y desvalorización a una persona con características o comportamientos que son socialmente considerados indeseables y

que pueden generar desaprobación social y discriminación (Verbeek et al., 2020), y se compone de cinco características: (1) el etiquetado de las personas, con base a sus diferencias con respecto a otras; (2) los estereotipos negativos e indeseables asociados; (3) la separación o exclusión de esos individuos; (4) la pérdida de reconocimiento social; y (5) la discriminación (García-López y Royo-Bordonada, 2019; Link & Phelan, 2001).

El estigma y la discriminación coexisten a partir de juicios, prejuicios, estereotipos y etiquetas que se asignan a las personas, y que generan rechazo, conductas evitativas, negación del acceso a servicios de salud, barreras para acceder al trabajo, y obstaculización del acceso a sitios específicos. En el caso de las mujeres trans, la violencia por prejuicio y la transfobia, se relacionan con las actitudes, sentimientos y acciones violentas motivadas por el deseo de castigar a quienes se consideran que desafían las normas sociales de género y transgreden la heteronormatividad (Barrientos Delgado et al., 2019; Barrios-Klee y Vargas, 2018; Defensoría del Pueblo, 2018).

Con relación a lo anterior, la vulnerabilidad de las mujeres trans empieza con la exclusión de su núcleo familiar y la vivencia de diversos tipos de violencia en contextos como: el educativo, el laboral, en los servicios de salud, en sus relaciones de pareja y en la comunidad en general. La violencia hacia la comunidad LGBTIQ+ originada por la orientación sexual y/o por la identidad de género ha sido denominada como Violencia por Prejuicio, como una construcción social y cultural, que se enmarca en una sociedad, y que hace referencia a acciones que se ejercen en contra de cuerpos no normativos. Los tipos de violencia contra las mujeres trans se configuran en violencia física, psicológica, sexual, económica y policial, es un problema de salud pública y de derechos humanos, que tiene consecuencias a nivel físico, psicológico y social.

Estudios recientes permiten visualizar la realidad de las múltiples violencias relacionadas con las mujeres trans, algunos realizados en países de América Latina que muestran un panorama similar en cuanto al tipo de acciones violentas y, también, en las respuestas de los organismos del Estado. En efecto, una investigación cualitativa en América Latina y el Caribe tuvo como fin comprender la naturaleza y las consecuencias de la violencia de género experimentada por trabajadoras sexuales. Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y las mujeres trans, para informar a las políticas y a los programas

sobre el VIH y proteger los derechos humanos de estas poblaciones. Se entrevistaron 278 personas. El estudio encontró que la Violencia Basada en Género (VBG) se origina en los hogares, especialmente la infancia y adolescencia; en edades adultas se presenta en los contextos del trabajo sexual y se manifiesta en diferentes entornos y por parte de diversos actores (Evens et al., 2019).

Evens et al. (2019) identificaron, por medio de las narrativas de sus participantes, que los entornos de mayor VBG para estas poblaciones son: burdeles, bares y en la calle; lugares públicos como parques, calles y transporte público; los centros de salud y los hospitales y las comisarías de policía. Además, los participantes relataron que quienes ejercían la violencia eran generalmente: familiares; parejas y exparejas (por lo general varones) tal y como lo evidenciaron en sus estudios de Galván et al., 2021, Milner et al., 2019 y Miller et al., 2020; amigos, compañeros; vecinos y miembros de la comunidad; extraños (frecuentemente hombres que se encuentran en lugares públicos); en ocasiones otras personas LGBT; personas uniformadas como policías y soldados; y líderes religiosos.

Por su parte, en un estudio con 389 mujeres trans en Perú, se reportó 15.9% en violencia de pareja. La violencia física y verbal fue más común con parejas estables. La violencia física se asocia con coito anal receptivo y el consumo de alcohol por parte de la pareja; tiene relación con rechazar el uso del condón y se puede configurar como un acto abusivo. La violencia verbal se presenta en contextos de embriaguez por parte de ambos miembros de la pareja. El estudio concluye que se integran tres elementos que son relevantes en la infección por VIH en mujeres trans: violencia de pareja, consumo de sustancias y comportamientos de riesgo sexual (Murphy et al., 2019). En República Dominicana, las mujeres trans que realizan trabajo sexual presentan niveles más altos de estigma, discriminación, abuso sexual, violencia verbal y problemas con la policía, si se comparan con las que no trabajan sexualmente (Milner et al., 2019). Es importante destacar cómo la discriminación se relaciona con el acceso de las mujeres trans al trabajo sexual, al ser la única opción para sobrevivir económicamente, ante las pocas opciones laborales (Nadal et al., 2014), aspecto que es muy característico en el contexto de América Latina.

En un estudio realizado en Puerto Rico con 59 mujeres trans, se encontró que el 51% no tenía un empleo formal, el 11% señaló

que fueron discriminadas al acceder a servicios sociales y de salud. La violencia verbal la reportó el 35%, la violencia física el 25% y la violencia sexual fue de 16% (Rodríguez-Madera et al., 2017). Otro estudio en Ecuador, realizado con 2.801 personas del colectivo LGBT, encontró que el 75% de las personas transexuales reportó discriminación, el 35.8% exclusión y el 50.7% violencia física; señalando que la violencia física hacia los transexuales es mayor que en personas gay y bisexuales (Botello-Peñaloza y Guerrero-Rincón, 2018).

Un estudio etnográfico en Costa Rica indagó sobre las experiencias de violencia de 25 mujeres trans en la ciudad de San José. Las mujeres trans narraron sus experiencias desde 1970 hasta la actualidad: en los 70's la violencia surgió en los espacios públicos, solo por el hecho de ser trans podían ser detenidas en cárceles, en donde guardias y reclusos las violaban, vendían su cuerpo, jugaban al boxeo o al tiro al blanco con sus cuerpos; eran despojadas de su estatus de humanidad. En los 80's se les equiparó con las personas homosexuales (enfermas mentales y pecadoras), fueron estigmatizadas frente al trabajo sexual y al VIH. Entre los 70's y el 2000 se hizo más latente el rechazo y la violencia en el ámbito público, las mujeres se debían “paquetear”, es decir, pasar desapercibidas en diferentes contextos para no ser discriminadas o violentadas, esto es denominado cotidianamente como ‘el segundo closet’, en donde el cuerpo mismo es prohibido, rechazado y ocultado. La investigación reflexiona sobre estas situaciones que aún se viven en diferentes contextos. En los cuerpos que “se les nota” recae toda la violencia estructural (Fournier Pereira, 2018).

Respecto a la violencia hacia las mujeres trans en Colombia, en 2018 se realizó un estudio cualitativo con 28 mujeres de este colectivo, con el fin de identificar las barreras relacionadas con el estigma en la atención médica. Al respecto se encontró que la mayoría de participantes experimentó rechazo y violencia en espacios familiares y educativos, en consecuencia muchas aplazaron sus procesos de tránsito e incluso migraron a otra ciudad por esto; en cuanto al sistema de salud, se presentó discriminación anticipada, no asisten porque en estos entornos se presenta abuso verbal, lenguaje discriminatorio, barreras económicas y estigma relacionado con el VIH, por parte de los guardas de seguridad, el personal de salud y administrativo, y

otros usuarios; por tal razón, las mujeres trans optan por recurrir a la automedicación (Ritterbusch et al., 2018).

Frente a este panorama, en Colombia las cifras señalan que en el año 2019 se reporta 46% de violencia policial, 17% de amenazas y 37% en homicidios. En el caso de los homicidios, al contrastar con el colectivo LGBT se evidencia que las cifras más altas ocurren en hombre gay (44.34%) y mujeres trans (33.02%). En el caso de las mujeres trans, los homicidios ocurren en espacios públicos (40%), zonas de trabajo sexual (17%), en ríos y zonas baldías (14%) y en su vivienda (14%). Sin embargo, se reconoce que no todos los homicidios de mujeres trans se pueden configurar como violencia por prejuicio, no hay un sistema de información que permita precisar cuáles fueron las motivaciones o el móvil de las acciones violentas, ya que el estado presenta deficiencias en el registro, indagación e informe final que permita estas precisiones; también porque los reportes de la policía y la fiscalía se basan en hipótesis prejuiciosas que vinculan los actos con criminalidad o crímenes pasionales (Colombia Diversa, 2012; Colombia Diversa, 2019)

Para muchas mujeres trans el trabajo sexual se presenta como la única opción para sobrevivir económicamente, y a la vez es el escenario donde deben enfrentar altos niveles de violencia, incluyendo la violencia sexual; situación compleja que se relaciona con contextos sociales, culturales y económicos que inciden en su permanencia (Evens et al., 2019). Algunos estudios señalan como en el contexto del trabajo sexual las mujeres trans enfrentan la violencia transfóbica, violencia ante el descubrimiento de la identidad de género por parte de los clientes, y respuestas policiales tanto negativas como violentas. Adicionalmente son abusadas sexualmente y enfrentan intentos de homicidio (Lyons et al., 2017; Miller et al., 2020; Milner et al., 2019).

Al respecto, en un estudio realizado con mujeres trans latinas, se identificó que las trabajadoras sexuales son tres veces más propensas a ser discriminadas, tienen ocho veces más posibilidad a ser obligadas a tener relaciones sexuales y, a consumir drogas y beber en exceso; además, se asoció dedicarse al trabajo sexual con bajo apoyo social, baja calidad de vida y mayores experiencias de estigma, discriminación y abuso. Se identificó una relación con la identidad de género, el trabajo sexual y los factores sociodemográficos, por ejemplo: existe más vulnerabilidad cuando se es mujer trans, latina, trabajadora



sexual, con un nivel socioeconómico bajo, afrodescendiente y se vive con VIH (Galvan et al, 2021).

Las mujeres trans aparecen en los informes de las ONG colombianas como las personas que reciben más agresiones policiales en la comunidad LGBTIQ+. El lugar donde se ejecutan los actos de violencia es en los lugares donde ellas ejercen el trabajo sexual; reciben intimidación, hostigamiento, insultos y agresión física, las fuerzan a desplazarse de sus lugares de trabajo y algunas veces son víctimas de extorsión e intimidación con armas de fuego, además, se les impiden ejercer el trabajo sexual. Esta presión e intimidación les genera ansiedad, miedo y percepción de amenaza constante. A veces la situación se hace más violenta y compleja cuando son llevadas a las estaciones de policía, donde ve ven expuestas a agresiones físicas y violencia sexual. Estas acciones se asocian a la exclusión de las mujeres trans de determinados espacios públicos cercanos a zonas residenciales o turísticas y a restringirles la permanencia solo en las zonas de trabajo sexual. La violencia policial se incluye como violencia por prejuicio de tipo jerárquico (Colombia Diversa, 2012; Colombia Diversa et al., 2015; Colombia Diversa et al., 2017).

Los casos de violencia se ubican en dos categorías: detenciones arbitrarias y procedimientos irregulares por la policía, y agresiones físicas, actos de tortura o violencia sexual. No hay denuncias formales, se mantiene la impunidad y la mayoría de las veces las mujeres trans se sienten indefensas y vulnerables y optan por desplazarse a otros sitios de trabajo o cambiar de ciudad. En Colombia, las ONGs y fundaciones defensoras de los derechos humanos y activistas de la comunidad LGBTIQ+, son quienes han visibilizado estas situaciones de violencia (Colombia Diversa et al., 2015; Colombia Diversa, 2019).

Finalmente, diferentes estudios han reportado que situaciones de violencia se presentan constantemente entre pares, en este caso entre las mismas mujeres trans. Esto se ha definido en la literatura como endodiscriminación, referente a la discriminación ejercida por parte de personas pertenecientes a un grupo oprimido a otras del mismo grupo (Calvo Pérez y Agüero García, 2019). En el caso de las mujeres trans, la endodiscriminación se puede convertir en una barrera interpersonal, la cual se debe a varias razones, tales como: la competencia por la feminidad, las agresiones en contextos laborales por estar en espacios de otras mujeres trans, la discriminación socioeconómica, entre otras. Estas situaciones se pueden interpretar

como producto de la discriminación que reciben del entorno y la necesidad de ser aceptadas socialmente en el imaginario del género femenino binario de una cultura heteronormativa, en el marco de una idea de homogenización de los cuerpos de las mujeres (Orcasita-Pineda et al., 2021; Ospina Botero et al., 2020).

Con este panorama, el objetivo de este capítulo fue caracterizar el estigma, la discriminación y los tipos de violencias que deben afrontar las mujeres trans de siete ciudades colombianas; lo cual permitió una aproximación a la diversidad de violencias y al impacto que genera en su vida y su bienestar.

## Resultados

Teniendo en cuenta la amplitud del tema de violencia y sus diversas manifestaciones en el contexto de las mujeres trans, los resultados se presentan privilegiando los tópicos que fueron más relevantes y recurrentes en las narrativas de las participantes: discriminación y endodiscriminación; violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia policial. De acuerdo con las narrativas que se manifiestan y se hace visible la transfobia y la violencia por prejuicio. En el contexto de los servicios de salud también se presentan violencias, aspectos son abordados en otro capítulo del libro.

### *Discriminación y endodiscriminación*

Las participantes perciben con desesperanza las posibilidades de cambio en torno a la discriminación, de alguna manera han enfrentado a lo largo de su vida diversas situaciones marcadas por agresiones físicas, rechazo generalizado y violencia psicológica. Destacan algo que para ellas sería muy simple de asumir, y tiene que ver con llamarlas por su nombre. Es un acto que refieren como doloroso y ofensivo, y una forma de negar el reconocimiento de su identidad.

Sí, por lo menos yo, siempre he pensado que me duele más que me llamen por mi nombre, yo me he sentido herida cuando alguien me ha dicho mi nombre de pila, el que utilizaba antes. Más que me haya insultado, me siento como más herida, como más dolor, como... porque me dice ese nombre que a mí no gusta... Porque yo pienso que antes que ofenderme, está pisoteando mi dignidad como mujer. ¿Por qué igual si me ven con el cabello largo, en vestido, en falda, igual como me van a decir como a un

chico? No entiendo por qué la gente a veces se cierra en aprender eso. Eso es algo muy elemental. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Además de la discriminación y violencias que reciben las mujeres trans en el contexto familiar, desde la infancia y la adolescencia, también deben enfrentarlo en la escuela y en la universidad. Varias de ellas reportaron agresiones de compañeros, indiferencia de profesores y profesoras, y falta de protección por la institución. Algunas se vieron obligadas a abandonar la escuela y desarrollaron miedo y conductas evitativas que impidieron que continuaran su proceso educativo. Llama la atención como en el contexto universitario se presentan situaciones similares.

... en ese momento no era completamente una chica desde mi concepto, entonces un día fui vestida muy formal a la universidad, me llamaron mucho la atención, me dijeron “es que tú no puedes venir de mujer aquí si todavía no has cambiado los documentos”, y al momento de yo realizar mis prácticas profesionales tampoco me querían soltar a ninguna empresa, ni ninguna institución, sino que me dijeron “te vamos a tener aquí en la institución, te vamos a pagar, pero tú tienes que venir vestido de chico”, ya yo tenía el pelo largo, me tocó cortarme mi cabello y ponerme ropa de hombre. (Cartagena, Grupo de discusión)

Las participantes también hacen referencia a la discriminación y conductas agresivas que reciben e intercambian entre las mujeres trans. Destacando que no solo lo experimentan desde la familia, la escuela o la comunidad, sino también entre ellas mismas. Estas acciones se ven motivadas por competencia y descalificación entre ellas mismas, por su apariencia física, por defensa de sus zonas de trabajo y por celos ante la amenaza de infidelidad con una de sus compañeras. También señalan rechazo y discriminación por parte de los hombres gay.

Yo he tenido muchos fracasos con las relaciones amistosas con las chicas trans, con las personas que me he asociado de mí mismo género, me han tratado mal, me han faltado en muchas cosas, me han pisoteado. Entonces yo decidí no acercarme a cierto tipo de personas que estaban en ese momento relacionándose conmigo, porque no me servían, me estaban haciendo daño, me estaban llevando a un lugar donde yo estaba perdiendo mi autoestima, y debido a eso caí a las drogas, empecé a consumir y sentía que no valía, que me quería morir, todas esas cosas... muchas veces la discriminación no

viene por parte de los heteros, sino que la discriminación también muchas veces viene por nosotras mismas. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Usted entra a un bar hetero aquí y verá que entra como una reina. Usted se mete a una discoteca de gais y eso la miran así, todos los muchachos, los gais lo miran a uno como por debajo del hombro. Y siendo del mismo gremio, a mí eso me parece tan... Nos tratan como lo peor, como lo más bajo, de lo peor. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

### *Violencia física*

La violencia física en las participantes se manifiesta a través de golpes, puñaladas, uso de armas de fuego. Los actos violentos los ejecutan sus parejas, clientes, las compañeras trans que trabajan en la misma zona, y personas que las buscan en sus sitios de trabajo para violentarlas.

Pues hay unos hombres que son homofóbicos. Me han golpeado, me han insultado, todo. El otro día yo estaba parada y pasó un tipo con una pistola de esas de balines... de pintura, que son globos de pintura, o sea, eso impacta duro... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

... un tipo que un día se enamoró de mí me cortó, y un día me dijo, hasta aquí vamos y me cortó, me pegó una puñalada acá, tuve que huir de ahí, no volverlo a ver más nunca, ni a nombrar. En la calle, en el trabajo, siempre se ve violencia, a mí también me han dado tiros, cuando pasan en carros... a veces te quieren subir a la fuerza, siempre es así. (Armenia, Grupo de discusión)

Algunas de las participantes han viajado a otros países para realizar trabajo sexual, y relatan que han vivido experiencias similares. Se destaca una práctica que es muy común en Colombia, ejercida por hombres homofóbicos, que salen a la calle a agredir, insultar y violentar físicamente a las trans que trabajan en sitios públicos, calles o plazas.

En Europa que yo he trabajado, lo que dicen que es la prostitución y allá pasaban en verano los hombres tirándole huevos congelados. En Chile también pasaban los hombres en las camionetas con una manguera con agua, lo bañaban a uno y todo, uno quedaba nuevo. Imagínese uno parado ahí bello y trans, le tiraban el baldado de agua. Y en Colombia, estando parada

acá en mi Colombia, cuando uno sentía el olor a lata de cerveza completa, así, raaaa. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

En Venezuela me dieron tres (3) tiros, un balazo en la cabeza, un hombre me dio tres (3) martillazos en la cabeza, tengo muchas cicatrices en el cuerpo de golpes que me propiciaron los hombres en el trayecto de mi vida en la calle y me apuñalaron, de todo me ha pasado. Tengo muchas cicatrices de golpes que me dieron en las piernas, en los brazos; Sí, pero en el tiempo en el que tiraban esos balines en la calle me llegaron a pegar tres veces. (Armenia, Grupo de discusión)

Con base en las experiencias que han vivido otras mujeres trans en el trabajo en la calle, algunas manifiestan temor generalizado a movilizarse por la calle, para el ejercicio del trabajo sexual. Es generalizado en las participantes temores relacionados con la posibilidad de que un cliente, que no sabe su condición, descubra que son mujeres trans y puedan ser agredidas físicamente.

...tengo miedo de que yo pueda ir a una cita con un tipo, y que él no sepa que yo soy trans y que yo tenga mucha confianza porque pasé mucho tiempo con él, y que tal vez llegue a una situación sexual y cuando vea que soy trans, que tal que me golpee o me haga algo, eso me da mucho miedo. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

En cuanto a la violencia generada por sus pares, esta se vive en el contexto laboral, especialmente en el trabajo que se realiza en la calle o en zonas específicas que se reconocen en todas las ciudades. Existen zonas de trabajo que están apropiadas por algunas mujeres trans, que son lideradas por mujeres mayores a quienes llaman “madres”. Ellas son quienes regulan el ingreso y tránsito de quienes llegan por primera vez. Una de las razones para defender la zona de trabajo es la consecución de clientes. Hacen referencia a la situación de discriminación, rechazo y agresiones, a las migrantes venezolanas que trabajan en la calle.

Me golpeaban las otras trans ya viejas, porque si son dueñas de esta cuadra usted tiene que pagarles un impuesto por pararse en esta cuadra, si tú no tenías eso, ellas te pegaban, te hacían y deshacían. La ciudad más terrible que me pareció para trabajar fue como Pereira, las pereiranas son malas y Cali peor, en Cali los negros travestis son muchos negros travestis, y si

usted no les da el impuesto la sacan corriendo con machetes y cuchillos. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

A todas les digo, esto no se trata de quién tiene más fuerza que otras. Cómo va a ser posible que una niña venga a quitarle los pesos que la otra se consigue. Ahora, con el tema de las venezolanas, como estaba yo hablando, no es cuestión de ese gobierno que les dio vía libre para que trabajen en todas partes, en la 45 hay como 50 trabajando, cuando no, las atracan, les quitan la plata, las apuñalan, a una y la otra, no es justo. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

### *Violencia psicológica*

Las participantes refieren, como a largo de su vida han tenido que soportar amenazas e intimidaciones verbales relacionadas con su apariencia física, su amaneramiento, su fragilidad; y cómo esta historia de agresiones ha marcado sus vidas, las puso a la defensiva para poder sobrevivir e hizo que fueran rotuladas como mujeres agresivas y violentas. Les causó daño emocional, inseguridad personal y pérdida del valor como personas.

Porque si a usted todos los días le dicen fea, fea, fea, usted llega el día que se levanta y dice “¿cuál fea?” y eso era lo que me pasaba y por eso nos tildan a muchas transexuales de que somos agresivas, pero no es que seamos así, la gente misma lo vuelve a uno así. Mire, por ejemplo, usted va a pasar por una cuadra y usted va calladita y se arregla bien bonita y pasa por una calle y le dicen ¿Loca, no tenés huevas?, imagínese cómo va a responder usted... uno ya se vuelve agresivísima, porque una sola palabra, y esas son las que usan los hombres. La impotencia nos hacía volver así. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Sí, yo me retiré de estudiar porque resulta que cuando yo estudiaba, una vez nos dijeron que fuéramos a piscina del colegio y bueno, cuando yo me quité la ropa, y obviamente me puse traje de baño de hombre, pantaloneta de hombre, entonces mis compañeros ya vieron como que “uy no, pero este man tiene cuerpo como de mujer”... yo ya tenía cuerpo de mujer, yo ya tenía cintura, mi horma era de mujer, no era de hombre, yo no tenía vellos, tenía como 15 años, usted sabe que a los hombres les empieza a salir vellos después de los 18 o algo así. Entonces mis compañeros: “uy este man es marica, este man no sé qué” entonces me tiraron a la piscina, me

manociaron, me tocaron... cuando en el colegio al otro día en el baño, colocaron: “Edwin Ortíz es marica” grandísimo en el baño. Claro en el colegio todo el mundo, pues claro, eso me sacó de onda, Entonces decidí no volver. Decidí no volver y me retiré. (Cali, entrevista en profundidad)

### *Violencia sexual*

En la mayoría de las narrativas de las participantes relacionadas con violencia sexual, relatan experiencias tempranas de abuso sexual, antes de los diez años. En su mayoría los victimarios son personas de la familia, que para lograr el acceso sexual a las participantes hicieron uso de la intimidación. Se observa que la mayoría de ellas callaron, algunas refieren que eso “quedó en el pasado”, otras por el contrario han reactivado su resentimiento y después de muchos años quieren delatar al familiar.

Entrevistadora: ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

Participante: A los seis años. Fue violación por mi padrastro

Entrevistadora: ¿Alguien se dio cuenta?

Participante: Sí, mis tías, nunca pasó nada. Hubo mucho maltrato. El man era terrible conmigo, el man me azotaba después de... Son cosas que creo que ya pasaron, que quedaron en el pasado. (Bogotá, entrevista en profundidad)

... yo recuerdo que mi mamá nos dejó donde una tía de nosotros y yo recuerdo que el esposo de mi tía me manoseaba, pero como uno era niño y uno no sabe. Lo ponía a uno a chuparle la banana y luego que por detrás. Y empieza uno a sentir dolor, pero que no que eso es normal, ... eso fue una violación y abuso...él decía que si yo decía algo mataba a mi tía. Y ahora yo quiero confesarle a mi tía antes de que se muera que el esposo de ella fue quien me violó. Y que abusaba de mí.

Entrevistadora: ¿y para qué quieres hacer eso?

Entrevistada: para que ella se dé cuenta de la basura de marido que tiene. (Cali, entrevista en profundidad)

Las participantes diferencian sus experiencias sexuales tempranas en la infancia, algunas definiéndolas como ‘violación’, otras expresando que creían que no era una violación, porque ellas lo buscaron, porque les gustaba la persona y porque habían disfrutado de la experiencia.

... yo tenía nueve añitos, a mí tampoco me violaron ni nada. Yo di nalga porque me gusta dar nalga... y había un negro y entonces el negro... yo fui a estudiar y ese día no hubo colegio, me soltaron temprano y cuando yo llegué a la casa mi mamá rentaba un cuarto, el negro era chusco, alto, ya era grande, yo tenía nueve años y cuando yo entré él hombre estaba viendo revistas de porno y me llamó, claro a mí ya se me veía, y el hombre comenzó a mostrarme puras revistas de porno, cuando yo miré, y el hombre me dijo que tocara, entonces yo toqué... (Bogotá, Grupo de discusión)

Algunas participantes hacen referencia a características físicas, ademanes y amaneramiento, que tal vez incitaba a ser buscadas sexualmente, cuando eran niñas. Otras veces expresan haber sido sorprendidas en juegos sexuales con niños, lo cual desencadenaba el abuso sexual. Generalmente los agresores eran particulares, quienes las intimidaban para que no revelaran la situación a sus familiares. Ante el silencio de las víctimas, muchas veces se presentó recurrencia en el abuso sexual.

...Y nos fuimos los dos y estábamos ahí besándonos, tocándonos como un par de novicitos... cuando abrieron el maizal y al peladito le dijeron “usted se va y no vaya a contar nada porque le hacemos daño a su mamá” y sacaron el cuchillo que brillaba a la luz de la luna... me cogieron de pies y manos, 5 hombres, ya grandes, ya adultos, me metieron por ese maizal, y yo gritaba, me bajaron los pantaloncitos y los 4 hicieron lo que hicieron, el último fue el que me salvó, el que dijo “no ya déjela, déjela y váyase, pero eso sí, no vaya a contar ni le vaya a decir nada a la policía porque si no le matamos a su mamita”. Llegué violada a mi casa, no hice sino golpear la puerta de mi casa y gritar “mamá auxilio” ... Pero casi me muero Doctora, imagínese 7 años, violada de 7 años. (Bogotá, entrevista en profundidad)

... yo vengo de una familia que es de un pueblo, en mi niñez a mí me pegaban mucho porque yo era muy amanerado, y tenía ese peso encima de todo lo masculino de mis hermanos. En una ocasión yo estaba jugando con niñas y niños y alguien me dice, vamos me ayuda y esa persona me coge y me viola, y me dice “quédese callado porque si no le digo a su mamá que usted hizo eso, que usted buscó, que usted quiso, y usted sabe que en su casa le pegan”, y el miedo a que no me golpearan yo me quedé callado. Incluso no fue la única vez, yo fui violado como 4 veces en mi niñez, en el transcurso de los 10 años a los 13 años. Crecí un poco más y ya yo decidía por mí misma... por diferentes personas. Porque yo en mi pueblo soy conocida con el apodo de “cara de vieja” ... cara de mujer quiere decir. Entonces yo atraía muchísimo y se me notaba muchísimo lo que iba a ser, entonces en



ese momento hay muchísimos hombres que se aprovechan de eso, y yo fui violada muchas veces por eso. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

En el contexto del trabajo sexual las participantes refieren verse expuestas a diversas formas de violencia. Las participantes expresan que la sociedad las asume como seres hipersexuales, lo anterior está ligado al ejercicio del trabajo sexual, el cual no se entiende como una opción laboral que algunas deben ejercer por necesidad económicas o de falta de oportunidades laborales, sino solo por el deseo de tener sexo. Esto se hace más evidente cuando algunas de las mujeres trans experimentan episodios en los cuales se les insinúan tener relaciones sexuales a cambio de dinero, pero no se encuentran en el contexto o espacio donde se desarrolla el trabajo sexual. Asumiendo que cualquier mujer trans puede ser un objeto sexual, aspecto que configuran como una forma de violencia.

Qué día yo estaba en Jamar y estaba un señor con su esposa, un señor muy bien vestido y todo y me dice “me puede regalar su teléfono, cuánto me cobraría” así, y le digo “perdón, ¿por qué te voy a cobrar?” y entonces llega y me dice “no, es que me gustaría tener sexo contigo” y le digo “¿tú me ves un letrero que diga que soy prostituta? usted se está equivocando señor”. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Algunas de las participantes que trabajan en peluquerías comentan que incluso sus lugares de trabajo son asumidos como espacios dónde se ejerce el trabajo sexual. Solamente por ser trans, es un rotulo que les molesta porque se sienten estigmatizadas y les afecta el acceso a lugares de trabajo, como las peluquerías.

Sí, es que hay personas que se la pasan hablando en aquellito. Dicen “allá, uy no, en ese salón se la pasan es tócate que tócate” entonces por unas pagan todas también. Porque yo creo que en el salón de nosotras no es así. Como si percibieran que las mujeres trans son demasiado sexuales e hipersexuales. Sí, que son calentósísimas, pero terrible. Ven una peluquería de travestis y no ven una peluquería, sino una culoquería. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Ellas consideran, que, al ser consideradas como objetos sexuales, se afectan sus relaciones sociales, en la medida que las deshumanizan y dificulta que sean reconocidas por sus características personales, sus valores y potencialidades. “Desafortunadamente nos tienen como

objetos sexuales. Objetos que se usan como una servilleta y después de estar con usted, chao” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

...en nuestro caso como chicas trans estamos muy sujetas a este tipo de estigmas, porque igual nosotras no somos sexualizadas, simplemente la sociedad nos ve como tal. Entonces es muy difícil que nos miren como los seres que transformamos y que de alguna u otra forma educamos. (Cartagena, Grupo de discusión)

En los lugares donde ejercen el trabajo sexual, que usualmente es la calle y sitios de diversión como bares y discotecas, se presentan situaciones de alto riesgo para su seguridad personal. Refieren que son recogidas por supuestos clientes, quienes las llevan a las afueras de las ciudades o poblaciones para golpearlas y abusar de ellas. Esto lleva a que tengan que estar alerta y preparadas para responder a posibles agresiones y portar armas para defenderse.

... yo dejo que me lleven, porque yo siempre estoy armada entonces es “como es, me va a llevar o aquí nos vamos a morir los dos”. Claro, a mí me pueden llevar lejos, pero yo sabiendo que tengo mi navaja o mi cosa, entonces yo hago que me lleven. Una vez me estaba llevando uno para el río, y yo saque mi cosa y le dije “no, eche para atrás” por qué no, yo no iba a dejar, por allá es que lo llevan a uno para cogérselo y matarla. No, pues claro a mí me da miedo, yo tengo a mi mamá y a mi hija esperando en mi casa. (Armenia, Grupo de discusión)

Pues hay veces, hombres que quieren venir a abusar de uno, entonces como uno no se deja ni nada de eso, le quieren venir a hacer daño a uno, a hacerle maldades y todo eso. Hace mucho tiempo tuve un conflicto por un man, él me llevó como hacia la vía de Cali, hacia la salida, me llevó a un monte prácticamente, entonces ahí él quiso abusar de mí y todo eso y como yo no me dejé, lo único que hice fue defenderme. (Jamundí, entrevista en profundidad)

Otro aspecto que les genera sensibilidad y molestia es que las asocien a la infección por VIH-SIDA. Hacen referencia a experiencias pasadas, donde recibieron agresiones verbales y físicas, fueron excluidas y estigmatizadas por considerarlas una amenaza para la salud de la

comunidad. Refieren, que esa estigmatización se traduce en actos violentos, discursos de odio e incluso asesinatos.

... voy a contar una anécdota, resulta que cuando el VIH recién salió en Bucaramanga y de que la gente no sabía nada y todo se lo atribuían a los homosexuales, en dos noches mataron a 41 niñas, ahora, hasta el hijo del coronel le puede dar VIH. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

... dejamos atrás ese estigma que nos tenía la gente porque antes era horrible, yo me acuerdo cuando la época cuando salió el Sida todo el mundo me gritaba “sida”, en la calle, era horrible y mire, superamos todas esas barreras. (Cali, Grupo de discusión)

... sí, en cuanto al VIH somos una población totalmente estigmatizada, y toda la sociedad en general nos asocia directamente con el tema del VIH... Mucha gente lo dice “no vayamos a peluquería de homosexuales porque de pronto nos contaminan”. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

En el medio en que se desenvuelven las mujeres trans que trabajan sexualmente, también existe el mercado de sustancias psicoactivas, muchas de ellas son consumidoras frecuentes, y refieren los sitios de expendio, como lugares donde ellas se ven expuestas al abuso sexual por expendedores o consumidores de estas sustancias.

Entonces yo miré muchas veces que muchas chicas, ahí donde nosotras vivimos, venden droga, en una olla por decirlo así, y llegaba mucha chica porque la homosexualidad y todo eso se relaciona con la droga, y llegaban chicas a comprar baretos, a comprar marihuana y había chicos que las cogían, o sea, peladas que estaban ahí, las intimidaban, les quitaban sus cosas. Había por lo menos chicas muy bonitas y las ponían a... en pocas palabras violadas. ¿Violadas por qué? porque las sometían a aberraciones que una mujer no debería pasar y entonces claro, yo crecí con todos esos espejos y dije Dios mío yo no puedo, porque el día que a mí me hagan eso .... que alguien me obligue a tener sexo con una persona que yo no conozco... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

### *Violencia policial*

En casi todas las ciudades las participantes hicieron referencia a las agresiones y violencia que reciben de la policía. Refieren acciones como: intimidación, golpes, amenazas, intentos de abuso sexual,

insultos, hostigamientos, entre otros. Estas acciones se realizan especialmente en sitios públicos; y en sus lugares de trabajo que usualmente son calles, parques, y zonas específicas para trabajo sexual. No se sienten protegidas por la policía, los perciben como sus agresores y como cómplices de las agresiones que reciben en la calle.

... Yo pienso que, no sé con quién, a quién le toca, pero en realidad me parece que es un atropello, y no sé quién puede hacer algo con la policía. Yo estuve en Manizales la semana pasada y la policía tiene el atrevimiento de pegarle a las chicas por estar en la plaza de Bolívar. Estoy hablando de Manizales, y a veces la policía acude muy poco a los llamados que uno hace. Hace poco tuvimos el caso de un señor que andaba con un cuchillo por el sector donde trabajamos y correteándonos con palos y piedras, pasó la policía en el carro e hicieron caso omiso. Entonces dónde están las garantías de nosotras... No, a mí me gasearon en estos días, me echaron gas pimienta. (Armenia, Grupo de discusión)

Yo conozco un caso aquí en Armenia, en un cierto parque, donde el comandante de la estación se involucra para que se lo chupara y las que no lo hacíamos... pero las que no queríamos le clavaba el palo. O sea, las golpeaba si no querían, o nos decía que nos iba a cargar con droga. (Armenia, Grupo de discusión)

## Discusión

En esta investigación se escucharon las voces de las mujeres trans, para conocer cómo viven y enfrentan las múltiples violencias que hace parte de su historia de vida, y que la mayoría de las veces es omitida o invisibilizada en los diferentes contextos en que desarrollan su día a día.

Aunque se evidencian progresos en materia de la normatividad y la legislación que busca la protección de derechos en el colectivo LGBTQ+, los resultados de esta investigación refuerzan la señal de alerta y preocupación, sobre los resultados de las políticas y acciones que el estado colombiano ha desarrollado en los últimos años, en relación con la violencia motivada por prejuicios hacia la orientación sexual o la identidad de género. Las participantes del estudio señalan como continúan expuestas a diversas formas de violencia, en diversos contextos, y con percepción de abandono por parte de las entidades

que supuestamente deben velar por su protección. Situación que les genera múltiples temores, desesperanza y afectación en su calidad de vida. Estos resultados coinciden con estudios internacionales, en especial de América Latina, realizados en República Dominicana, Guatemala, México, Ecuador, Perú y Chile (Barrientos Delgado et al., 2019; Botello-Peñaloza y Guerrero-Rincón, 2018; Evens et al., 2019; Houghton et al., 2020; Martínez-Guzmán & Johnson, 2020; Milner et al., 2019; Miller et al., 2020; Murphy et al., 2019; Rodríguez-Madera et al., 2017; Wirtz et al., 2020).

Los resultados coinciden con los hallazgos que han sido reportados por Colombia Diversa, una organización que de forma sistemática ha venido realizando un proceso investigativo permanente y riguroso, a lo largo de 15 años, y aporta información que permite evaluar las tendencias en la violencia hacia la comunidad LGBTIQ+. Estas publicaciones son de gran importancia para visibilizar la realidad de la violencia en cifras, como soporte para las acciones que debe tomar las entidades del estado y para el diseño de programas de carácter preventivo orientado a regiones específicas del país (Colombia Diversa et al., 2017; Colombia Diversa, 2019; Colombia Diversa, 2021).

La discriminación marca la vida de las mujeres trans desde edades muy tempranas, es transversal a lo largo de sus vidas; y esta realidad es expresada por las participantes con desesperanza y resignación, como una realidad difícil de modificar. El trasegar por acciones discriminatorias en su familia, en la escuela, para acceder al trabajo y en los espacios sociales determina aprendizajes de resiliencia y afrontamiento, que favorece la sobrevivencia en una sociedad transfóbica (Martínez-Guzmán & Johnson, 2020). Diversas formas de discriminación y violencia deben enfrentar las mujeres trans; y son el resultado de procesos históricos, políticos, sociales y culturales que generan determinantes estructurales que mantienen las condiciones de desigualdad social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014). Aún bajo estos determinantes, la violencia hacia las mujeres trans se puede prevenir y eliminar, es un desafío, que requiere mayores esfuerzos de las instituciones del Estado para dimensionar a partir del análisis de determinantes sociales, acciones concretas de prevención.

La violencia sexual es reportada por las participantes desde temprana edad, muchas veces en el marco del inicio de su vida sexual,

y en forma recurrente el abuso sexual en infancia y adolescencia. Los agresores han sido familiares y personas cercanas a sus familias. La mayoría de las veces hay ocultamiento por la intimidación de los agresores y el miedo a las reacciones en sus familias. Esta violencia se extiende a lo largo de su vida en otros contextos, con su parejas, clientes, personas conocidas y extraños. Estos hallazgos han sido reportados en estudios de América Latina, asociados a condiciones sociales, culturales (Galvan et al., 2021; Milner et al., 2019).

Las mujeres trans se mueven laboralmente en la informalidad. El trabajo sexual es la única opción de sobrevivencia para muchas mujeres trans. Las participantes refieren cómo ellas han sido rotuladas y señaladas con estereotipos que las muestra como “proveedoras de placer”, ellas mismas refieren que despiertan en otros cierta “morbosidad malsana” que genera atracción y a la vez hostilidad y rechazo. De acuerdo con lo planteado por Vidal-Ortiz (2014) el trabajo sexual posibilita en las mujeres trans la validación y aprobación de su identidad de género. Como expresan las participantes, los halagos y reconocimiento por parte de sus clientes sobre su atractivo físico y su feminidad, reafirman y validan su condición de “ser mujer” y poder despertar erotismo en los hombres. Sin embargo, sus lugares de trabajo, que usualmente es la calle, las plazas públicas y los centros comerciales, son escenarios de alto riesgo para violencia física y sexual, están expuestas a las agresiones de sus clientes, transeúntes, de los dueños de los negocios (bares, discotecas, casas de citas) y de la policía (Nadal et al., 2014; Milner et al., 2019; Vidal-Ortiz, 2014).

Un aspecto interesante en los grupos de discusión fue la revelación de muchas mujeres trans, en especial las que viven en ciudades capitales, del tránsito que a raíz de la pandemia por COVID-19 tuvieron que realizar para el trabajo como modelos Webcam. Fue la alternativa, ante la imposibilidad de continuar realizando el trabajo sexual. Se identificaron entre los aspectos positivos de esta opción, la reducción de las posibilidades de violencia, amenazas e intimidación; menor riesgo de infección por VIH/SIDA, además de un mayor nivel de ingresos.

La violencia policial es referida por las participantes, como un aspecto muy sensible y que les genera preocupación y temores. Ellas perciben cierta ambivalencia en los policías, los perciben como protectores y a la vez como agresores, y ejecutores de acoso, violencia y detenciones arbitrarias (Martínez-Guzmán & Johnson,

2020). Sin embargo, tienen claro, que corren más riesgos de maltrato cuando están bajo custodia de la policía. Han sido víctimas de detenciones arbitrarias y procedimientos irregulares, que afrontan con indefensión. Adicionalmente, se perciben vacíos y ambigüedades en la normatividad, lo cual facilita la toma de decisiones basadas en prejuicios. Estas situaciones que han sido recurrentes han sido denunciadas en los últimos años por las organizaciones defensoras de derechos (Colombia Diversa et al., 2015; Colombia Diversa et al., 2017)

Tal vez la intimidación y las amenazas sean consideradas como acciones violentas de menor gravedad, razón por la cual la mayoría de las veces son omitidas o minimizadas por las mujeres trans, quienes no denuncian este tipo de violencia; es posible que este comportamiento se haya normalizado para ellas, por la recurrencia a lo largo de sus vidas, y ahora se le reste importancia (Colombia Diversa, 2021). Las participantes del estudio refieren, como la mayoría de las veces no denuncian las agresiones, debido a la falta de confianza que tienen en las instituciones. Según sus narrativas, prefieren asumir conductas evitativas, para no tener que enfrentar mayores agresiones y para no exponerse a detenciones judiciales que consideran riesgosas para su integridad física y emocional.

Un aspecto interesante en la investigación fue la posibilidad de conversar con mujeres trans de diversos sitios de Colombia, lo cual permite dimensionar de qué manera los aspectos sociales y culturales, propios de cada región, y los avances en materia de derechos influyen en las posturas y los comportamientos de las autoridades y de la comunidad en general. El estudio se realizó en ciudades capitales del país (Bogotá, Cali, Bucaramanga, Cartagena) una ciudad intermedia (Armenia) y dos poblaciones (Calarcá y Jamundí). Se pudo identificar a partir de las narrativas de las participantes, que algunas de ellas provienen de zonas rurales y han tenido que desplazarse a las ciudades huyendo de la discriminación y exclusión. Se pudo comprender las diferencias en el nivel de riesgo, en las formas de violencia y en la respuesta de las autoridades ante los hechos; cuando se contrasta los grandes centros urbanos, las poblaciones pequeñas y las zonas rurales. Por lo tanto, no es lo mismo ser mujer trans en Bogotá que en Calarcá, por ejemplo.

Las violencias también son experimentadas y vividas día a día por las mujeres trans en los contextos de atención en salud. Las

participantes se sienten violentadas y agredidas en las instituciones de salud: al no ser llamadas por sus nombres, al ser indagadas y confrontadas al ingreso por su identidad de género; y en las posturas negativas y negligentes del personal de salud. El estigma y la discriminación en los servicios de salud podría ser el mayor obstáculo para facilitar el acceso de las mujeres trans a la atención primaria, los tratamientos hormonales y los procesos de cambio corporal; asimismo motivar en ellas la automedicación, que tiene consecuencias negativas para su salud (Hernández y Arredondo, 2020; Martínez y Arredondo, 2021).

Este estudio permitió una percepción realista y clara de las situaciones de violencia que viven las mujeres trans en las ciudades colombianas, más allá de cifras, experiencias y vivencias desde sus propias voces; también muestra la recurrencia de vacíos jurídicos, normatividad ambigua, ausencia de documentación que soporte las denuncias, procesos archivados e impunidad. De allí la desesperanza de las mujeres trans que participaron en el estudio, con relación a la respuesta y protección que podrían obtener de las autoridades del Estado. Las omisiones, los aplazamientos y la respuesta ambigua de las entidades gubernamentales también puede verse como transfobia.

Colombia es un país marcado por la violencia, la cual se hace extensiva al contexto de las minorías sexuales. Intervenir en la discriminación es una tarea preventiva en los casos de violencia hacia las mujeres trans. Se requiere capacitar y sensibilizar los funcionarios judiciales en aspectos relacionados con la violencia de género, más allá de ofrecer información sobre la normatividad y aspectos legales, es importante propiciar espacios de reflexión e interacción con personas del colectivo LGBTIQ+, que faciliten la desmitificación y la reestructuración de sus prejuicios hacia la orientación sexual o la identidad de género de las víctimas.

Muchas facetas de la discriminación y la violencia hacia las mujeres trans no se visibilizan o se comprenden plenamente. Son múltiples las formas de violencia y los contextos en que se ejerce; se requieren acciones comunitarias más ambiciosas y contundentes. Se evidencia la necesidad urgente de articular la academia, las instituciones gubernamentales, las instituciones del estado, las ONG



y las lideresas trans, en una acción conjunta que permita erradicar el estigma, la discriminación y la violencia.

## Referencias

- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The Impact of Social Connectedness and Internalized Transphobic Stigma on Self-Esteem Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825-841. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Barrientos Delgado, J., Espinoza-Tapia, R., Meza Opazo, P., Saiz, J. L., Cárdenas Castro, M., Guzmán-González, M., Gómez Ojeda, F., Bahamondes Correa, J. y Leonor Lovera Saavedra, L. (2019). Efectos del prejuicio sexual en la salud mental de personas transgénero chilenas desde el Modelo de Estrés de las Minorías: Una aproximación cualitativa. *Terapia Psicológica*, 37(3), 181-197. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v37n3/0718-4808-terpsicol-37-03-0181.pdf>
- Barrios-Klee, W. y Vargas, P. (2018). *Violencia ejercida contra las personas LGBTI: el caso de ciudad de Guatemala*. Flacso-Usaid.
- Blondeel, K., De Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M. & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791869/>
- Botello-Peñaloza, H. A. y Guerrero-Rincón, I. (2018). Incidencia de la violencia física en la población LGBT en Ecuador. *Civilizar*, 18(35), 129-138. <https://doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2018.2/a10>
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A. & Xavier, J. (2013). Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103, 1820-1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
- Calvo Pérez, M. y Agüero García, M. (2019). Estereotipos, prejuicios y discriminación. En *Una guía para prevención de la discriminación LGBTIfóbica y machista. Conceptos y actividades de diversidad afectivo sexual y de género para el equipo educativo* (pp. 23-24). Fundación Triángulo Comunidad de Madrid. [https://www.researchgate.net/publication/340818915\\_Una\\_guia\\_para\\_prevenccion\\_de\\_la\\_discriminacion\\_LGBTIfobica\\_y\\_machista\\_Conceptos\\_y\\_activida](https://www.researchgate.net/publication/340818915_Una_guia_para_prevenccion_de_la_discriminacion_LGBTIfobica_y_machista_Conceptos_y_activida)

des\_de\_diversidad\_afectivo-sexual\_y\_de\_genero\_para\_el\_equipo\_educativo\_1\_ed

- Colombia Diversa, Caribe Afirmativo y Santamaría Fundación. (2015). *Cuerpos excluidos, rostros de impunidad. Informe de violencia hacia personas LGBT en Colombia*. [https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/01/Cuerpos\\_-excluidos\\_rostros\\_impunidad\\_Informe-Violencia-LGBT-Colombia-DDHH-2015.pdf](https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/01/Cuerpos_-excluidos_rostros_impunidad_Informe-Violencia-LGBT-Colombia-DDHH-2015.pdf)
- Colombia Diversa, Caribe Afirmativo y Santamaría Fundación. (2017). *Entre el miedo y la resistencia. Informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans*. [https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/01/Entre-el-miedo-y-la-resistencia\\_asesinatos\\_lgbt\\_DDHH\\_Violencia.pdf](https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/01/Entre-el-miedo-y-la-resistencia_asesinatos_lgbt_DDHH_Violencia.pdf)
- Colombia Diversa. (2012). *Cuando el perjuicio mata. Informe de derechos humanos de lesbianas, gay, bisexuales y personas trans*. <https://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/informes-dh/colombia-diversa-informe-dh-2012.pdf>
- Colombia Diversa. (2019). Más que cifras. Informe de derechos humanos de personas LGBT en Colombia 2019. <https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/03/Mas-Que-Cifras-2019.pdf>
- Colombia Diversa. (2021). *Nada que celebrar. Informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en Colombia 2020*. [https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/06/Nada\\_que\\_celebrar\\_cifras-asesinatos\\_personas\\_-LGBT\\_2020.pdf](https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2021/06/Nada_que_celebrar_cifras-asesinatos_personas_-LGBT_2020.pdf)
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Transformando derechos: derechos de las personas transgénero en Colombia*. [http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20Trans-Formando%20Derechos\\_compressed.pdf](http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20Trans-Formando%20Derechos_compressed.pdf)
- Evens, E., Lanham, M., Santi, K., Cooke, J., Ridgeway, K., Morales, G., Parker, C., Brennan, C., De Bruin, M., Chladni Desrosiers, P., Díaz, X., Drago, M., McLean, R., Mendizábal, M., Davis, D., Hershov, R. B. & Dayton, R. (2019). Experiences of gender-based violence among female sex workers, men who have sex with men, and transgender women in Latin America and the Caribbean: a qualitative study to inform HIV programming. *BMC Int Health Hum Rights*, 19(9), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0187-5>
- Fernández-Rouco, N., Fernández-Fuertes, A. A., Carcedo, R. J., Lázaro-Visa S. & Gómez-Pérez, E. (2017). Sexual violence history and welfare in transgender people. *J Interpers Violence*, 32(19), 2885–2907.

<https://doi.org/10.1177/0886260516657911>

- Fournier Pereira, M. (2018). La voluntad de existir: Historias de violencia en una colectividad de mujeres trans. *ex aequo*, (38), 67-82. <https://exaequo.apem-estudios.org/files/2019-01/05-mar-fournier-pereira.pdf>
- Galvan, F., Chen, Y., Contreras, R. & O'Connell, B. (2021). Violence Inflicted on Latina Transgender Women Living with HIV: Rates and Associated Factors by Perpetrator Type. *AIDS and Behavior*, 25, 116–126. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02751-x>
- García-López, F. J. y Royo-Bordonada, M. A. (2019). Medidas de salud pública y estigma. *Revista de Bioética y Derecho*, (45), 73-87. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n45/1886-5887-bioetica-45-00073.pdf>
- Gowin, M., Taylor, E. L., Dunnington, J., Alshuwaiyer, G., & Cheney, M. K. (2017). Needs of a silent minority: Mexican transgender asylum seekers. *Health Promotion Practice*, 18(3), 332-340. <https://doi.org/10.1177/1524839917692750>
- Hernández Valles, J. y Arredondo López, A. (2020). Barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad transgénero y transexual. *Horizonte Sanitario*, 19(1), 19-25. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-19.pdf>
- Houghton, N., Bascolo, E. & Del Riego A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Panamerican Journal of Public Health*, 44(11), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>
- Kattari, S. K., Walls, N. E, Whitfield D. L. & Landerderfer Magruder, L. (2017). Racial and ethnic differences in experiences of discrimination in accessing social services among transgender/gender-non-conforming people. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 26(3), 217-235. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1242102>
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lyons, T., Krüsi, A., Pierre, L., Kerr, T., Small, W. & Shannon, K. (2017). Negotiating violence in the context of transphobia and criminalization: the experiences of trans sex workers in Vancouver, Canada. *SAGE Journals*, 27(2), 182-190. <https://doi.org/10.1177/1049732315613311>
- Martínez Vargas, L. y Arredondo López, A. A. (2021). Barreras de acceso a

- los servicios de salud para mujeres transgénero. *Horizonte Sanitario*, 20(1), 11-22. 10.19136/hs.a20n1.3654
- Martínez-Guzmán, A. & Johnson, K. (2020). Narratives of transphobic violence in the Mexican province of Colima: A psychosocial analysis. *Revista Internacional de Salud Transgénero*, 22(3), 253-268. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1760164>
- McCann, E. & Brown, M. (2017). Discrimination and resilience and the needs of people who identify as transgender: a narrative review of quantitative research studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4080-4093. <https://doi.org/10.1111/jocn.13913>
- Miller, W. M., Miller, W. C., Barrington, C., Weir, S. S., Chen, S. Y., Emch, M. E., Pettifor A. E. & Paz-Bailey, G. (2020). Sex work, discrimination, drug use and violence: a pattern for HIV risk among transgender sex workers compared to MSM sex workers and other MSM in Guatemala. *Global Public Health*, 15(2), 262-274. 10.1080/17441692.2019.1671984
- Milner, A. N., Hearld, K. R., Abreau, N., Budhwani, H., Rodríguez-Lauzurique, R. M. & Paulino-Ramirez, R. (2019). Sex work, social support, and stigma: Experiences of transgender women in the Dominican Republic. *International Journal of Transgenderism*, 20(4), 403-412. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1596862>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Guía metodológica de la Línea de Violencias de Género LVG*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-observatorio-violencia-genero.pdf>
- Murphy, E. C., Segura, E. R., Lake, J. E., Huerta, L., Perez-Brumer, A. G., Mayer, K. H., Reisner, S. L., Lama, J. R. & Clark, J. L. (2019). Intimate Partner Violence Against Transgender Women: Prevalence and Correlates in Lima, Peru (2016–2018). *AIDS and Behavior*, 24, 1743-1751. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02728-w>
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C. & Fujii-Doe, W. (2014). Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *J Trauma & Dissociation*, 15(2), 169-183. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.867572>
- Orcasita-Pineda, L. T., Tamayo-Isaziga, M. C. y Díaz-Lara, E. D. (2021). Significados de la identidad de género en un grupo de mujeres trans en la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 13(1), 139-159. <http://vip.ucaldas.edu.co/>

revlatinofamilia/downloads/Rlef13(1)\_8.pdf

- Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). *Informe Mundial sobre la Situación de Prevención de la Violencia 2014*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO\\_NMH\\_NVI\\_14.2\\_spa.pdf;jsessionid=3347D1255DFC7F0D0B5A9BC0E565501F?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf;jsessionid=3347D1255DFC7F0D0B5A9BC0E565501F?sequence=1)
- Ospina Botero, M., Carmona Castilla, C. y Mogollón Sarmient, M. P. (2020). Discursos excluyentes: un mundo de sufrimiento. En *Familias y diversidades sexuales: caminos para seguir construyendo* (pp. 303-335). Universidad Católica de Pereira. [https://editorial.unicatolica.edu.co/omp/index.php/Sello\\_Editorial/catalog/view/97/120/509](https://editorial.unicatolica.edu.co/omp/index.php/Sello_Editorial/catalog/view/97/120/509)
- Ritterbusch, A. E., Correa Salazar, C. & Correa, A. (2018). Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. *Global Public Health, 13*(12), 1831-1845. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1455887>
- Rodríguez, L.M., Carrera, M.V., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2015). Violencia en parejas transexuales, transgénero e intersexuales: una revisión bibliográfica. *Saúde Soc. Sao Paulo, 24*(3), 914-935. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134224>
- Rodríguez-Madera, S. L., Padilla, M., Varas-Díaz, N., Neilands, T., Vasques Guzzi, A. C., Florenciani, E. J. & Ramos-Pibernus, A. (2017). Experiences of Violence Among Transgender Women in Puerto Rico: An Underestimated Problem, *Journal of Homosexuality, 64*(2), 209-217. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174026>
- Verbeek, M. J. A., Hommes, M. A., Stutterheim, S. E., Van Lankreld, J. J. D. M. & Bos, A. E. R. (2020). Experiences with stigmatization among transgender individuals after transition: A qualitative study in the Netherlands. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 220-233. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1750529>
- Vidal-Ortiz, S. (2014). Corporalidades Trans: algunas representaciones de placer y violencia en América Latina. *Interdisciplina, 2*(3), 109-133. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/inter/article/download/47789/42972>
- Wirtz, A. L., Poteat, T. C., Malik, M. & Glass, N. (2020). Gender-Based Violence Against Transgender People in the United States: A Call for Research and Programming. *Trauma, Violence & Abuse, 21*(2), 227-241. <https://doi.org/10.1177/1524838018757749>



# Capítulo 9. Salud mental de mujeres trans en Colombia

## Introducción

Cuando se hace referencia a la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la define como un “estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Muñoz et al., 2016, p. 166); por tanto, para hablar de salud mental en mujeres trans, es preciso retomar, desde sus voces, las diversas experiencias que la configuran, profundizando en los factores que la potencializan, así como aquellos que la ponen en riesgo.

Definirse como mujer trans, implica enfrentar múltiples cambios, que parten del reconocimiento propio de su identidad, su expresión de género, sumado a cambios físicos, que en algunos casos requieren la hominización, cirugías, o incluso la reafirmación del género (American Psychological Association [APA], 2015; Davidson, 2007; Valentine, 2007). El proceso de transición se convierte entonces en un proceso individual, que despliega múltiples emociones, pensamientos y comportamientos, donde los recursos personales juegan un papel importante para enfrentar los cambios individuales, al igual que las reacciones que emergen en quienes las rodean, como lo son la familia, amigos, y la misma comunidad. Por tanto, la salud mental se convierte en un proceso transversal, donde la historia, la cultura, las relaciones interpersonales, incluso los antecedentes familiares y aspectos biomédicos tienen una alta influencia.

Igualmente, hacer referencia al reconocimiento de una identidad de género que no corresponde con el sexo asignado, como lo es el caso de las mujeres trans, ha generado diversas posturas, entre ellas la psicopatológica, que la aborda como un trastorno mental, donde el Manual Estadístico de Diagnósticos de Trastornos mentales DSM-5, se clasifica en la categoría disforia de género, haciendo referencia al malestar persistente con el género asignado, criterio que ya venían

utilizando psicólogos y psiquiatras para otorgar el diagnóstico (Coll-Planas, 2010). Sin embargo, la realidad es que muchas mujeres trans no identifican que dicha categorización esté presente en sus vidas, pues si bien el proceso de transición trae múltiples cambios y requiere estrategias de afrontamiento, no experimentan su género como un aspecto angustiante, por el contrario consideran que en muchos casos, lo que más genera desequilibrio en sus estados emocionales es la ausencia de apoyo, la violencia a la que se ven expuestas y la falta de recursos a las que se ven enfrentadas, por tanto se cuestiona el hecho de que las mujeres trans deban ser abordadas desde una mirada patológica, ya que perpetúa la estigmatización de que todas tienen un trastorno mental (Aristegui, 2014; Basante Ballesteros y Ortiz Quevedo, 2021; Martínez Vargas y Arredondo López, 2021; Mas Grau, 2017; Robert & Fantz, 2014).

De esta manera, abordar la salud mental de las mujeres trans requiere considerar múltiples factores, que trascienden la mirada psiquiátrica y que permiten brindar una mayor comprensión de las estructuras de pensamientos, sus vivencias emocionales y comportamientos de manera compleja e integral.

Estudios dan cuenta de que dentro de los factores externos que afectan la salud mental de las mujeres trans, las constantes manifestaciones de discriminación y estigma que aún siguen presentes, donde el modelo hegemónico y cisgénero-heteronormativo sigue prevaleciendo, disminuyendo la posibilidad de que las mujeres trans puedan encontrar una red de apoyo en la sociedad y continúen viviendo múltiples estresores producto del rechazo y la dificultad que tienen para ser reconocidas, y seguir identificándolas desde una mirada patológica (Martínez Vargas y Arredondo López, 2021). El Modelo de Estrés de las Minorías ha planteado cómo dicha situación tiene un impacto negativo en la salud mental de la población trans (APA 2008; 2009; Aristegui, 2014; Feldmand & Golber, 2006; Valentine & Shipherd, 2018) y cómo ello las expone a múltiples formas de violencia que incluye la física, psicológica, sexual, económica y pueden incluir hasta crímenes de odio (Martínez Vargas y Arredondo López, 2021). Se conoce que entre 2008 y 2016 se registraron 2.115 asesinatos de personas trans en todo el mundo y es probable que fuesen más, y que se tenga un subregistro (Mediavilla, 2016).

Igualmente, a nivel social se encuentran estigmas culturales asociados a las personas trans, como lo es la asociación que se hace



con que la mayoría de ellas ejercen el trabajo sexual o que viven con VIH (Jefferson et al., 2013; Reisner et al., 2015; Sevelius, 2013). Esto trae consecuencias negativas, ya que disminuye las posibilidades laborales, educativas y sociales e incluso afecta su acceso al servicio de salud, tal como lo muestra el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (UNFPA, 2011), donde se evidencia la discriminación por parte del personal de la salud y en términos del acceso y la atención; igualmente, en Colombia un estudio realizado en el 2012, refuerza que las mujeres trans no accedieron al sistema de salud, ya que el 10% refirieron no creer que fueran a ser atendidas, esto unido a que el 21,5% no estaban afiliadas al Sistema de salud (Mecanismo de Coordinación de País [MCP], 2013).

A lo anterior se suma el rechazo que muchas mujeres trans experimentan por parte de su núcleo familiar, que, al reconocerse como mujer trans, refieren no contar con el apoyo familiar durante el proceso de transición. Esto se ha relacionado con cuadros de depresión y sufrimiento, conllevando incluso al abandono de los diferentes sistemas (escolar, hogar, laboral).

Como se ha desarrollado con mayor amplitud en los capítulos anteriores, la literatura reporta que la ausencia de apoyo familiar está relacionada como factor protector o de riesgo en la salud mental de una persona, y es este sistema el que desarrolla y favorece los estados emocionales, los roles en las relaciones, la conducta social, el establecimiento de relaciones, la identidad sexual, de género y, en general, el desarrollo psicológico (Basante Ballesteros y Ortiz Quevedo, 2021). Específicamente en las mujeres trans, se ha encontrado que muchas de ellas al no contar con la aceptación de su familia, existe una mayor probabilidad de desencadenar dificultades en la salud mental, tales como constantes sentimientos de culpa, aislamiento social, depresión e intentos suicidas (Bockting et al., 2005; Bockting y Katley, 2011; Lamb, 2008; Factor & Rothblum, 2007), al igual que el aumento de una transfobia internalizada, autoexclusión, y conductas de hipervigilancia, unido a los pensamientos catastróficos o anticipatorios (Valentine & Shipherd, 2018). Así mismo, la ausencia de apoyo familiar conlleva a mayores niveles de depresión y a desarrollar comportamientos de riesgo, como lo es el mantenerse

en el trabajo sexual, al ser la única fuente de apoyo instrumental y afectivo (Mediavilla, 2016).

Considerando lo anterior, pese al rechazo familiar muchas mujeres trans experimentan el apoyo social de otras redes, las cuales son un eje fundamental (pareja, amigos, otros familiares) (Budge et al., 2014; Gorman et al., 2020), ya que se ha reconocido en la literatura, que, al contar con otras redes, puede derivar a una salud mental positiva (González, 2012; Matsuno & Israel, 2018; Testa et al., 2015), ya que se convierten en reforzadores que contribuyen al bienestar psicológico y fomentan las relaciones interpersonales cuando experimentan estrés (Matsuno & Israel, 2018; McConnell et al., 2018).

James et al. (2016), en su estudio reveló que el 53% había experimentado un rechazo familiar significativo, contrario al que reciben de la comunidad y amigos, y ello conlleva a que pueda aumentar la sintomatología depresiva y ansiosa, y contribuye a que se disminuya los intentos suicidas (Moody & Smith, 2013). Igualmente, Rojas (2018) encontró que las mujeres trans tienen menos apoyo social a comparación de los hombres trans (FTM), haciendo relación a los diferentes ámbitos (laboral, social, afectivo) donde se ha encontrado que los hombres trans tienden a tener relaciones sentimentales más estables, pueden exponer con mayor facilidad sus relaciones de pareja, y la adaptación a los contextos laborales.

Desde una mirada integral de la salud mental, se hacen análisis de cómo la falta de oportunidades laborales también impacta la vida de las mujeres trans. Un estudio realizado por Jäggi et al. (2018), reporta mayor sintomatología depresiva cuando no se cuenta con una estabilidad en el área laboral y es una de las razones por las cuales muchas mujeres trans reconocen en el trabajo sexual, un medio no solo para subsistir, sino que es un medio donde logran reconocimiento y reforzar su autoestima (Salazar y Villayzan, 2009; White Hughto et al., 2015), pese a que se conoce que es en este mismo medio, donde son expuestas a situaciones de violencia, vulneración a su salud mental y física, y un mayor consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el aumento de la probabilidad de muerte (McCann & Brown, 2018; Reisner et al., 2016). Específicamente, en el trabajo sexual se evidencia que trae consigo riesgos que impactarán la salud mental, donde se ha encontrado mayor prevalencia de ansiedad, depresión, estrés, problemas dermatológicos, nutricionales, dentales y del sueño

(Bockting y Katley, 2011; Hernández et al., 2010; Hernández, 2009; García, 2009; Albarracín Caballero y Noguera Rojas, 2007).

No se debe desconocer, que igualmente la salud mental se puede ver afectada por el consumo de sustancias psicoactivas, partiendo del hecho conocido de la alteración bioquímica que estas traen sobre la salud mental y el bienestar, esto relacionado con los reportes que se han realizado, como lo es el del Proyecto VIH Fondo Mundial y Global (2016), donde encontraron en mujeres trans que el mayor consumo es de marihuana, cocaína, Rohipnol y el Rivotril, en ciudades como Medellín registra los consumos más altos, marihuana con un 59,2% y cocaína en un 31,1%, 9,2% para “popper y éxtasis”. El bazuco fue inferior al 8% en todas las ciudades. Por su parte en Bogotá 5 de las entrevistadas habían reportado haberse inyectado.

Igualmente, otro factor importante en la salud mental es el peso que tiene la genética, y los antecedentes familiares, aspecto que debe profundizarse, ya que se reconoce que no todas las dificultades de la salud mental en mujeres trans se deben exclusivamente a los factores externos o a los cambios propios del proceso de transición (Basante Ballesteros y Ortiz Quevedo, 2021).

Partiendo del panorama anterior, la salud mental en mujeres trans se ve afectada de múltiples maneras, tanto por factores internos como externos, desencadenando que diferentes estudios concluyan que las personas trans tienen casi tres veces más riesgo de padecer un trastorno de ansiedad que el resto de la población (Bouman et al., 2016; Budge et al., 2013; Dhejne et al., 2016; Su et al., 2016, Aristegui et al., 2020). Se ha relacionado que la sintomatología ansiosa se presenta por los miedos que tienen a la exposición social, producto del estigma y la discriminación, unido a reportes de presencia de ansiedad generalizada, específica, fobias a la exposición social como las más común en población trans y cogniciones relacionadas con la anticipación (Campo et al., 2017; Basante Ballesteros y Ortiz Quevedo, 2021). Unido a lo anterior, algunos autores plantean que aquellas personas que aún no han revelado su identidad de género pueden tener mayores alteraciones a nivel emocional, repercutiendo en que pueda aumentar el aislamiento social y se genere una pérdida de motivaciones personales y, por ende, del proyecto de vida (Basante Ballesteros y Ortiz Quevedo, 2021).

Las personas en tránsitos de género también están propensas a desarrollar cuadros depresivos, trastornos bipolares e intentos suicidas

(Lehavot et al., 2016; McDowell et al., 2019; Reisner et al., 2014; NuttBrock et al., 2009; Mallon y DeCrescenzo, 2006; Bockting y Katley, 2011; APA, 2011; Rubio, 2008; Dhejne et al., 2016; Bockting et al., 2016; Restrepo et al., 2017; Basante Ballesteros y Ortiz Quevedo, 2021). A nivel internacional se reconoce una prevalencia de depresión que oscila entre 33% y 66% (Hepp et al., 2005; Hoffman, 2014). Igualmente, se ha notificado la presencia de estrés postraumático por las diferentes exposiciones que tienen al estigma y la discriminación (Austin et al., 2017; Reisner et al., 2016). En cuanto a la edad, se ha reportado que las mujeres trans más jóvenes tienden a tener menor angustia de aquellas que son mayores (Tan et al., 2020).

Lo mencionado anteriormente, si bien presenta un panorama de riesgo en la salud de las mujeres trans, también es una realidad que, en los últimos años, se ha estudiado y se han encontrado resultados que evidencian de la misma manera, la presencia de resiliencia y estrategias de afrontamiento en la población trans, donde se debe reconocer, desde sus experiencias, que han contado con recursos internos que han permitido hacer frente a los obstáculos presentes a lo largo de su vida y su proceso de transición.

Se debe partir de la definición dada por Lazarus y Folkman (1986) quienes refieren las estrategias de afrontamiento entendidas como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Lazarus (2006) relaciona estos esfuerzos con los procesos emocionales y adaptativos, estos últimos son una amalgama compleja de pensamientos y comportamientos, y clasifican las estrategias de afrontamiento en dos tipos de acuerdo con las formas de evaluación y reevaluación de la relación persona-entorno: centradas en el problema, que es cuando las personas mediante la acción modifican su relación con el entorno; y centradas en la emoción, que se refiere al cambio que la persona hace del significado de la relación con su entorno, pero sí tomar acciones frente a este (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1999).

Se podría pensar que tener estrategias de afrontamiento centradas en el problema es mejor que tener estrategias centradas en la emoción, sin embargo, ninguna de los dos es mejor que la otra,

pues, así como es importante tomar acciones frente a las situaciones desafiantes, también lo es la regulación emocional (Lazarus, 1999).

Son pocas las investigaciones que se han enfocado en comprender las estrategias de afrontamiento relacionadas con el estrés minoritario a causa de la expresión del género (Freese et al., 2018), y las investigaciones que lo han hecho tienen limitaciones en la generalización de los hallazgos, muestras no representativas o recolecciones de información con grupos de apoyo que limitan la interpretación de los resultados (Aristegui et al., 2017; Hwahng et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Scandurra et al., 2020).

Entre los hallazgos más relevantes en el tema, se encuentra la relación positiva entre el apoyo familiar y la resiliencia. Varias investigaciones afirman que la familia y los pares son una red de apoyo fundamental para afrontar el estigma interno y externo, cuando las personas TNCG perciben apoyo familiar y tienen herramientas de resiliencia hay una mejora en su salud mental, así, la resiliencia familiar e individual mitigan el impacto producido por el estigma y la discriminación cotidiana (Aristegui et al., 2017; Scandurra et al., 2017); de lo contrario, aparecen factores de riesgo como el estrés, la depresión y/o la ideación o intento suicida (Katz-Wise et al., 2018). En relación con lo anterior, Katz-Wise et al. (2018) encontraron que, en jóvenes trans, una mejor comunicación familiar se relaciona con menos autolesiones, síntomas depresivos y ansiosos, mayor autoestima y resiliencia.

Por su parte, Aristegui et al. (2017) exponen que los recursos de las mujeres trans para hacer frente al estigma y la discriminación se relaciona con procesos: personales (aceptación propia identidad), interpersonales (apoyo familiar y de los pares) e institucionales (el papel de los cambios socio políticos). Hwahng et al. (2019) señalan que en migrantes trans latinas los grupos de apoyo de pares contribuyen a la resiliencia, puesto que se consolidan estructuras de parentesco alternativas que propicien el bienestar psicológico y son red de apoyo en los procesos de transición; además de contribuir a la disminución factores de riesgo como el consumo de SPA. Estos autores también encontraron que la aceptación de la identidad contribuye al desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Si bien una de las funciones más importantes de las estrategias de afrontamiento es amortiguar los efectos del estrés, un estudio cuantitativo encontró que el afrontamiento evitativo no propicia

un buen proceso adaptativo, pues a futuro este modo de hacer frente puede generar una angustia depresiva previa, a causa de los pensamientos sobre las posibles situaciones de victimización que se presenten en el entorno (White Hughto et al., 2017). En relación con esto, Fernández-Rouco et al. (2019) encontraron que las mujeres transgénero que emplean un afrontamiento evitativo, para responder al estigma internalizado con respecto a su imagen corporal, presentaban síntomas depresivos

Teniendo en cuenta el panorama descrito, se considera necesario profundizar en las experiencias de las mujeres trans frente a su salud mental, pues se ha descrito que existen cambios importantes en el afrontamiento de la población trans ante las adversidades que han estado presentes durante años y es por ello que se debe tener una mirada integradora, preventiva y enfática en los recursos personales con los cuentan las mujeres trans (Bith-Melander et al., 2010; Graham, 2014).

## Resultados

Como lo evidencian los antecedentes expuestos, los determinantes de la salud mental en mujeres trans son múltiples, y específicamente, en la presente investigación se pretende ampliar la mirada, para lograr tener mayor claridad tanto de los factores protectores y resilientes que contribuyen positivamente en la estabilidad de la salud mental, reconociendo que igualmente existen factores de riesgo que aún están presentes y que requieren de la atención oportuna.

De esta manera, se exponen los resultados que evidencian las percepciones entre las mujeres trans de diferentes ciudades, partiendo de sus experiencias, luchas, y proyectos personales. Dentro de las categorías contempladas para el análisis de la información se establecieron: estados emocionales, estrategias de afrontamiento y proyecto de vida. De esta manera, inicialmente se hará alusión a las principales dificultades que perciben las mujeres trans frente a su salud mental, los determinantes y los recursos que se consolidan como favorecedores, partiendo de una mirada constructiva y resiliente, como lo dejaron ver las mujeres trans para esta investigación.

Dentro de las dificultades percibidas por las mujeres trans en las diferentes ciudades, se encuentra como punto en común la presencia de cambios emocionales, que definen como tristeza, depresión, ansiedad y

estrés, asociándose a aspectos personales, sociales, familiares, históricos y con ello igualmente al proceso de transición vivido.

... tengo momentos tristes, como el resto de las personas, porque tengo días muy pesados, días tristes, días en los que recibo acoso sexual, días en los que voy desmotivada a casa, porque me llaman y me dicen “encontramos a una chica trans muerta”, “mataron a un chico gay”, “apuñalaron a un chico gay”, “le arrancaron la cara a una chica”. Yo soy un ser humano, y como psicóloga, el psicólogo recibe todo, van las chicas a mi oficina golpeadas, maltratadas, van mujeres que el esposo las dejó sin oreja, que les cortaron un brazo, y ahí está XXX para todo mundo. (Cartagena, entrevista en profundidad)

De pronto en mi estado de salud mental es que he sufrido depresiones y cuando empecé la transición sufría mucho de ansiedad y me daban ataques de pánico. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Teniendo en cuenta lo anterior, la mayoría de las mujeres hacen alusión a las repercusiones que tiene el apoyo familiar sobre los estados emocionales, ya que muchas de ellas reconocen que contar o no contar con el apoyo tiene un impacto en sus dinámicas de vida. Muchas de ellas, refieren que, en algún momento de la etapa de transición, para la familia ha tenido un impacto negativo su decisión de ser mujer trans, donde ha sido fuente de discriminación. En una minoría han recibido aceptación y apoyo de su familia:

Yo pienso que a veces he tenido momentos de tristeza, depresión no puedo decir por qué, no sé qué se siente la depresión, pero si he sentido como tristeza y he tenido esos estados emocionales tristes, porque todas no tenemos la suerte de contar con nuestra familia, que es lo principal y lo primordial en una sociedad. Entonces cuando la familia rechaza discrimina, yo no he tenido esa suerte con la familia, pero sigo siendo fuerte luchadora y sigo para adelante. (Cartagena, Grupo de discusión)

El rechazo de mi familia, porque creo que fue un proceso duro, al ver que tu propia familia te rechazara por tu orientación, por la sexualidad, tú no te lo esperas, tú esperas apoyo o una voz de aliento de esas personas que crees tú que son tú familia, y no es eso, tu propia familia es como si fuera tu enemigo. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Actualmente, me siento muy bien, e incluso cuando tengo mis bajones y mis depresiones, pues mis papás me apoyan y me dicen que “no se quede

callada, no se ponga a llorar sola, o sea, cuéntenos” y mi hermano mayor en segundo grado es quien más me apoya y quien siempre está a mi lado y con el que más discuto sobre temas personales y cosas así es un gran apoyo. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Igualmente, las mujeres trans refieren la importancia de la aceptación social y necesidad de construcción de redes, donde rescatan el rol de pares, comunidad trans, e incluso pareja cuando esta es estable. Ellas recalcan y refuerzan la importancia de poder tener mayor aceptación y apoyo por otros actores para favorecer la salud mental.

Actualmente, como te venía contando, me siento a veces impotente. Hay mucha gente que nos miran a nosotros como un juguete sexual, como si fuéramos el baño público de esta ciudad. Me siento muchas veces impotente por las consecuencias que me han pasado por mi cambio de vida, para mí es difícil asimilar, todavía, esta nueva vida porque lo que estoy haciendo acá es comenzar desde cero otra vez, por ratos he estado por botar la toalla, pero me tengo y vuelvo y me levanto otra vez. Muchas veces no soy feliz, y nosotros generalmente no somos felices, por falta de afecto, de cariño. (Cali, entrevista en profundidad)

...y aparte ese sentimiento en la conciencia de “soy diferente”, aparte de eso, tras de que te sentís así le pasa lo uno, le pasa lo otro y estoy en esto y lo otro y si no veo la diferencia, porque me siento diferente, como un arranque, se siente de una como menospreciadas. (Jamundí, Grupo de discusión)

Es posible, pero al estar rodeada de mucha gente entonces ya como que el pensamiento ya se aleja, cuando estoy rodeada de gente. Ahora, si estuviera sola en mi cuarto, que a veces me toca encerrarme un rato como a desestresarme, porque eso sí me pasa, que me estreso demasiado por cualquier cosa, entonces ahí sí me toca como buscar gente, no importa que la gente hable o no hable conmigo, con tal de sentirla que está ahí, entonces ya eso me mantiene como más tranquila. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

me desahogo con mi pareja, me llama todos los días, hablamos todos los días, me desahogo con él y lloro hasta que me canso y ahí ya me pasa un poco y me fumo un cigarrillo. (Cali, Grupo de discusión)

Igualmente, las mujeres trans relacionan las complicaciones en la salud mental producto de las dificultades a nivel económico. Se reconoce que este es uno de los aspectos afectados en las mujeres



trans, donde la mayoría laboran en peluquería o trabajo sexual y están dentro del estrato 0 a 2, donde sus recursos no pasan el salario mínimo. “Pues hay días que amanezco bien, hay días que amanezco con depresión porque tengo bastantes problemas económicos en mi casa, si desayunamos no almorzamos, si almorzamos no desayunamos y así...” (Cartagena, entrevista en profundidad).

Entonces también con la prostitución y todo eso llega plata, pero también llegan las enfermedades, la salud se ve comprometida, llega la drogadicción, ¿sí?, y todo ese tipo de cosas son las que lo van a uno hundiendo, yo llegué a ese punto de estar en la calle, de dormir en la calle... pero entonces por cuestiones de salud, tengo cosas buenas, porque todas saben que yo soy, pal trago y pa la rumba, ya más de una... todas me han visto borracha, estoy en esa lucha, mermar eso, estoy trabajando en eso, que más que con el estudio, tener la cabeza ocupada. (Bogotá, Grupo de discusión)

Es importante mencionar que los cambios en los estados emocionales también son relacionados por las mujeres trans como producto de los procesos de hormonización, y con sus antecedentes familiares. Al respecto es preocupante que no todas las mujeres trans tienen orientación y seguimiento médico y psicológico, sino que la información parte de los diálogos que tienen con pares. “Emocionalmente, vamos a ver, yo vengo de una familia donde mi padre tenía muchos antecedentes de depresión, mi padre, la mamá de mi padre y casi toda la familia de mi padre...” (Calarcá, entrevista en profundidad).

... en este momento me siento cogida por las hormonas, en una depresión total, a veces siento ganas de matarme y a veces me pongo como peor, yo le he dicho al endocrino y él dice que son cambios con los que toca lidiar, que lo mismo sienten las mujeres cuando menstrúan. (Armenia, entrevista en profundidad)

... Entonces es como un revuelto de emociones, porque hay días en los que me encuentro sola y hay días en que me siento una guerrera, hay otros días en los que quiero chillar y hay otros días en los que estoy cagada de la risa por todo, no sé si también sea la hormona, pero es un desequilibrio terrible, un desequilibrio emocional. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Teniendo en cuenta lo anterior, aunque se presenta en la minoría de las mujeres trans, es importante no descuidar lo que respecta

a la presencia de intentos suicidas, como resultado del cúmulo de situaciones que amenazan la salud mental y el poco apoyo recibido, así como por la disminución de las estrategias de afrontamiento:

No, mis pensamientos eran... yo soy samaria, yo soy costeña, en el mar, irme para el mar y tirarme por allá y hundirme, otro era tirarme de un edificio, pero eh... hubo una vez que sí tuve una depresión grande, que sí me tiré de un tercer piso, ¡me tiré de un tercer piso!, no me pasó nada gracias a Dios, porque había mucha basura en la parte de abajo, pero sí me alcancé a hacer cortaditas, y eso, con botellas que había abajo, pero ahí fue por la depresión que me dio; yo si vi que eso fue depresión, de tantas cosas que le dicen a usted, cómo lo tratan, le insinúan cosas, como lo mira la sociedad, todo te lleva a ti a concluir a una sola cosa, ¿a qué? A tomar la decisión que yo tuve que tomar, pero no la tomé, que gracias a Dios estoy viva y la estoy contando. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

De intentos de suicidio, *sí*. *Precisamente tuve tres intentos* de suicidio, el primero fue...me inyecte 4 gramos de heroína y el cuerpo me lo asimilo y me indujo a un semi coma, duré casi como dos días... ehh la segunda vez fue... yo traté de ahorcarme también y sí, sí, yo me corté, traté de cortarme las venas de los pies. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Dentro de las estrategias usadas para regular las emociones se reconoce un afrontamiento centrado en la emoción, donde se encontró que, para hacer frente a la tristeza, la depresión y los problemas, las mujeres trans usan como medios de expresión emocional: llorar, dormir, comer en mayores cantidades o dejan de comer, escuchan música, sea aíslan y no hablan con nadie, hacer ejercicio, o aferrarse a sus creencias espirituales: “Escucho música, salgo a caminar, me pongo a hacer oficio, soy una chica bastante femenina en la casa, de tener la casa arreglada, mi cama tendida, mi cocina limpia, soy muy meticulosa” (Bucaramanga, entrevista en profundidad). “No, no fumo, me gusta hacer ejercicio, descubrí que, pues, en el ejercicio hay algo muy bueno para uno, entonces me gusta, ya estoy, trato de tomar esos hábitos saludables” (Cali, Grupo de discusión).

... la dama de hierro, se lo juro que sí, no me, o sea, soy frágil susceptible en su momento y también lloro, pero lloro cuando ya el alma me lo pide, cuando tengo que soltar esas lágrimas, es como cuando uno va a la iglesia que sale livianita, tengo que llorar, ahí es...sí, claro, católica, todas, todas son para mí con la misma, el espíritu santo es Dios, padre, hijo y espíritu

santo, eso es nada más después de ello, encima de ello no hay nada. (Cali, entrevista en profundidad)

La soledad es una categoría emergente y se define como recurso personal que sirve como estrategia de afrontamiento centrada tanto en la emoción como en el problema. Muchas mujeres trans para enfrentar sentimientos de tristeza narran que se encierran en su casa y no hablan con nadie, consideran que no tienen amigas sinceras y prefieren no contar sus problemas. En varias ocasiones la soledad es vista como el primer y último recurso para afrontar los problemas: “Yo he sido muy cerrada, porque no me gusta contarle mis problemas a nadie, yo siempre he sido mi psicóloga, mi psiquiatra. Hay momentos que entro en depresión, pero lo resuelvo yo misma” (Cali, Grupo de discusión). “Por lo menos yo amo, adoro y no saben lo feliz que me hace, amo la soledad, no saben cuánto.” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

Dentro de las estrategias basadas en la emoción también se encuentra el consumo de SPA, como un medio para regular las emociones, ya bien sea marihuana, alcohol, cigarrillo o cocaína, refieren que dentro de las razones más frecuentes se encuentran: evitar ideas suicidas, dejar de pensar en los problemas, olvidarse del sentimiento de tristeza:

“... cuando estoy un poco depresiva o un poco estresada, requiero un poco lo que vulgarmente... la marihuana, pero, no en todos los casos, es muy extraño que lo haga, pero, sí siempre y cuando este muy estresada, me relaja...”. (Cartagena, entrevista en profundidad)

... cuando me siento así aburrida, pensativa o así, lo primero que hago es fumar marihuana, yo cigarrillo fumo es cuando estoy metiendo otras sustancias. Entonces yo lo primero que hago es fumar y así, elevar la mente. (Calarcá, Grupo de discusión)

Hay muchas maneras de desahogarse, yo creo, digamos, unas buscamos en el alcohol, otras buscamos en las drogas, otras buscamos llorar, otras buscamos digamos una compañía o alguien para, como dice el cuento, desahogarse. (Bogotá, Grupo de discusión)

... Por ejemplo, lo que dices de toda la parte de sentimentalismo, en este caso la depresión, también influye mucho la parte de drogas, pues uno que solo consume marihuana... entonces es también, no solo el tema de trabajo

sexual, sino de consumo, que eso ayuda mucho al estado de depresión, porque usted no va a trabajar igual periqueado o no. (Armenia, Grupo de discusión)

Se reconoce entonces que las mujeres trans, al igual que el resto de la población atraviesan por procesos emocionales cambiantes, pero se resalta en la presente investigación que, dentro de las narrativas, las mujeres trans pese a su historia, inequidades a las que se ven enfrentadas, las pocas redes de apoyo y el estigma y la discriminación, evidencian herramientas que están utilizando para avanzar en su proceso y generar resiliencia, buscando sobrepasar los obstáculos en la salud mental. De esta manera, la visión que tienen muchas mujeres trans de sí mismas, resaltan sus recursos personales, la valentía y valores que las llevan a configurar su identidad.

No, el trastorno que generalmente nos ven a nosotros es que nosotros somos locos. No, nosotros no somos locos, nosotros somos las personas más cuerdas de la vida, y somos muy inteligentes y tenemos talento, diseñadores, peluqueros, modistas, de todo, no solamente la calle. Ante la sociedad a nosotros nos miran como típico bicho raro, pero en realidad tenemos muchos más valores que la gente de afuera. (Cali, entrevista en profundidad)

Ehhh, pues, o sea, autocuidado es tanto en la parte física de uno, bañarse, a veces que uno se deja, que ni se baña, ni se arregla, porque uno de pronto está en depresión o algo, pero uno debe aprender que, a pesar de todo, uno debe cuidarse, arreglarse, debe valorarse, debe sentirse importante. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

¡No, yo creo que yo vivo siempre presente, yo el pasado es pasado y no me quedo en eso, sino que voy siempre adelante, “llorar sobre la leche derramada”, porque es que obvio todas hemos pasado por momentos difíciles, pero quien más sino para nosotras para superarlo, yo creo que nosotras somos las más fuertes para superar muchas cosas y para voltear siempre a mirar el pasado, pues yo creo que no es el hecho, o sea ha habido muchos episodios difíciles, pero no, no han sido como impedimento para salir adelante, nunca han sido impedimento como para mirarme al espejo y quererme más no? (Cali, Grupo de discusión)

Se encontró para hacer frente en a las situaciones emocionalmente significativas las mujeres buscan estrategias de cambio como lo es la búsqueda de grupos de apoyo y empezar un proceso terapéutico: “...

un día decidí buscar ayuda profesional y yo creo que, cada persona hay un día que lo necesitamos... para ser uno feliz, para encontrarse con uno mismo, es lo mejor que le puede pasar a un ser humano” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

No, o sea, yo trato de ocupar la mente en algo, y el activismo me sirve muchísimo, muchísimo, cuando yo veo así, que estoy estresada o algo... pero así etapas de depresión no, yo creo que no, yo trato de salir trato de divertirme, trato de ir a un cine, ir a un parque, compartir con las amigas, y el activismo me ocupa todo el tiempo libre, o sea.... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Igualmente, entre más aceptación propia de la identidad las mujeres trans poseen más estrategias para hacer frente centradas en el problema, algunas mujeres han realizado procesos de aceptación a través del perdón y el reconocimiento de sus habilidades, refieren que el diálogo es una herramienta para hacer frente a la discriminación social en diferentes contextos:

La discriminación nunca va a acabar, la homofobia tampoco, la etnofobia tampoco, todas hemos pasado por procesos de discriminación... yo pienso que nosotras mismas debemos de cuidarnos en ese aspecto, saber escoger los sitios, saber llegar a las personas, saber dialogar. (Cartagena, Grupo de discusión)

Esta forma de hacer frente se relaciona con los procesos de resiliencia de las mujeres trans, muchas narran que hay que ser positivas, enfrentar la discriminación sabiendo quiénes son, luchar por sus sueños, cuidar se su aspecto físico y quererse así misma: “Siempre me lo digo “motívate” y algo que aprendí también es a ser resiliente, porque esa es la palabra que en estos momentos más como que llevo... uno tiene que aceptar, sobrellevar y de alguna u otra forma seguir.” (Cartagena, entrevista en profundidad). “me siento muy tranquila, muy serena, también busco estar con la gente que me apoya mucho, en cuanto a lo positivo, salir adelante” (Cali, Grupo de discusión).

... yo creo que a todas nos ha pasado lo mismo, porque todas pasamos esa transición de hombre a mujer y todas vivimos lo mismo, porque ya cuando uno se decide a dar el paso de ser ya transgénero, este, uno empieza a cambiar su aspecto, su pensamiento y demostrar a las personas que uno sea como sea, uno va a salir adelante, porque hay personas que te señalan porque tú estás haciendo ese cambio y se burlan, “ay que mira la marica si es payasa

que está haciendo esto” y lo hacen y lo ofenden a uno, pero uno con tal de sentirse seguro y hacer lo que uno quiere, pues salir adelante, pues que más, toca. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Finalmente, se evidencia un grupo de mujeres trans luchadoras, con metas y proyectos personales que trascienden su proceso de identidad de género, donde se identifican motivaciones por avanzar y sobrepasar las barreras sociales, crear proyectos laborales, educativos y poder consolidar relaciones estables en todos sus ámbitos: “Poco a poco nosotras nos fuimos empoderando, poco a poco nosotras nos fuimos como ...proyectando” (Bogotá, Grupo de discusión).

¿Qué debemos tener todas las mujeres trans? Determinación, eso es una de las cosas importantes que debemos tener para sacar adelante todos los proyectos de vida. Y aparte de eso, ser seguras, la seguridad es una de las cosas más importantes que podemos atesorar, porque si somos seguras, si nos conocemos, si sabemos quiénes somos, vamos a tener la posibilidad de sacar adelante todos los proyectos de vida. Y el liderazgo es algo que siempre he tenido, que siempre he querido hacer y que voy a seguir haciéndolo. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

O, por ejemplo, en este caso aprovechar a TranSER para organizarnos como red y formar una unidad productiva, como a través de diferentes enfoques podamos implementar todo este tipo de red y volvernos una unidad productiva. Que no solo nos reunamos para mirar todo ese tipo de estados, sino que también podamos crear un proyecto, vamos a buscar inversiones, vamos a gestionar, vamos a tocar puertas (Armenia, Grupo de discusión)

No, yo estoy de capacitadora ahora, compañeras, pero soy una mujer trans, soy trabajadora sexual, yo vivo en la lucha por ustedes, vivo en el día a día porque de alguna manera, desde Transmujer, no he podido conseguir ningún proyecto que me saque a mí de la calle, yo trabajo para poder invertir en mi fundación y para seguir aportando para el trabajo social y comunitario... (Calarcá, Grupo de discusión)

## Discusión

Hablar de salud mental en mujeres trans requiere reconocer sus experiencias, historias, percepciones y ahondar no solo en sus procesos de tránsito, sino partir de una mirada integral que va más allá de lo

psicológico y que incluye sus diversas áreas de funcionamiento (social, laboral, educativo, pareja, familiar).

Se puede concluir, según los resultados, que la mayoría de las mujeres trans han atravesado con mayor prevalencia episodios de ansiedad, depresión y estrés, y en algunos casos, aunque mínimos, han tenido intentos suicidas. Muy pocas mujeres han recibido acompañamiento por especialistas debido al poco acceso que tienen a los servicios de salud o a las dificultades que tienen para ser atendidas por un equipo interdisciplinarios, o por la presencia de estigma y discriminación por parte del personal y profesionales de la salud (Aristegui, 2014; Austin & Craig, 2015; Chárriez Cordero y Seda Ramírez, 2015; Domínguez et al., 2017; Geist et al., 2020; Kattari et al., 2020; Malta et al., 2019; Martínez Vargas y Arredondo López et al., 2021; Rider et al., 2018; Robert & Fantz, 2014; ). Sin embargo, uno de los principales puntos identificados en la presente investigación, es que los resultados también permiten reafirmar que la salud mental de las mujeres trans no está determinada únicamente por los procesos de transición o el reconocerse como mujer trans, pues como se evidenció en los resultados, muchas de las experiencias que marcan la salud mental están sujetas a variables comunes a la de la población general (problemas económicos, ausencia de apoyo, baja escolaridad).

Las variables que tienen mayor peso con relación a la identidad como mujeres trans y la salud mental, es el poco apoyo familiar y social, marcado por el estigma y la discriminación, las pocas oportunidades laborales en otros ámbitos que no sean de peluquería y trabajo sexual y el bajo acompañamiento en términos de la salud, por el poco acceso y las dificultades en la atención que reciben las mujeres trans (Posso y La Furcia, 2016; MPS y UNFPA, 2011; Basantes 2021; Gorman 2020).

Lo anterior permite replantear la mirada patológica a la que muchas veces se ha asociado el ser una mujer trans, pues muchas de ellas, a pesar de las dificultades experimentadas en sus diversas áreas de funcionamiento, continúan teniendo proyectos personales, enfrentando las múltiples inequidades a las que se ven expuestas, y consolidando no solo su bienestar, sino el de su comunidad, lo cual está asociado a la definición de salud mental dada por la OMS (Aristegui, 2014; Coll-Planas, 2010). A lo anterior la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (World Professional Association of Transgender Health, WPATH) sugiere que,

si bien los diagnósticos son útiles para poder identificar la presencia o no de trastornos psiquiátricos, y favorecen la oportunidad para el acceso a tratamientos, procedimientos o medicamentos, se hace una invitación a evitar la rotulación y cualquier práctica que perpetue la patologización. Al respecto se requiere de acciones orientadas a favorecer una mirada integral (Aristegui, 2014; Feldman & Golber, 2006).

Es por ello por lo que, dentro del acompañamiento a las mujeres trans, la atención no solo debe estar orientada desde el área médica, sino que es importante incluir a profesionales de trabajo social, psicología y psiquiatría, nutrición y endocrinología, desde una mirada de la salud con abordajes integrales y en clave de bienestar (Aristegui, 2014; Geist et al., 2020). Por tanto, se requiere de un esfuerzo por parte de los profesionales, para capacitarse y desarrollar habilidades humanizadas en su trato, pues son ellos en muchos casos la red informativa y de acompañamiento en los procesos de transición (Austin et al., 2017; Lasso Báez, 2014; Oransky et al., 2019; Pachankis et al., 2020).

A partir de lo anterior, realizamos una invitación a consolidar en nuestro país, la construcción de Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia que constituya una herramienta para orientar y facilitar los procesos de atención de las mujeres trans, donde se incluya no solo el componente médico, sino también psicosocial (Lasso Báez, 2014). El diseño de estas guías debe incluir la expansión de los discursos tradicionales centrados en los modelos biomédicos y acoger la diversidad de saberes y prácticas científicas legitimadoras de saberes locales, ancestrales y populares. De esta manera, las experiencias de vida trans en estas Guías deben incorporarse a partir de las voces de las mujeres como protagonistas y como parte de un ejercicio transdisciplinar, participativo y colaborativo en la construcción de ciencia y conocimiento pertinente y sensible a las necesidades de las comunidades.

Se reconoce igualmente la importancia de intervenciones individuales, pero a la vez grupales. Dentro de las individuales se considera importante retomar el acceso a procesos terapéuticos, psicoeducación, asesorías psicológicas que a su vez fomentan el fortalecimiento de recursos personales y la construcción de redes, favoreciendo la salud mental (Austin & Craig, 2015; Basante Ballesteros, y Ortiz Quevedo, 202; Morenz et al., 2020; Turban et



al., 2018;). ya que como lo muestran los resultados, es necesario un mayor acompañamiento en la sintomatología depresiva, ansiosa, pero también en otros aspectos como la orientación en la autoestima, la sexualidad, la aceptación familiar, el estigma y discriminación, la violencia (Kaplan et al., 2019; Sloan et al., 2017), y uno de los aspectos importantes a reforzar es el trabajo que debe realizarse entorno al consumo de SPA y su asociación con el estado emocional, con el objetivo de desarrollar habilidades que les permitan hacer frente a dichos problemas, ya que como lo muestran los resultados de la presente investigación, se asocia el consumo como estrategia de regulación emocional (Cakmak et al., 2020; Drydakis, 2019; Glynn et al., 2016; Sloan et al., 2017; Valentine & Shirped, 2018; Walton y Baker, 2017; White Hughto et al., 2017).

Intervenciones cognitivo-conductuales han evidenciado su efectividad y a ello se une la importancia de incluir intervenciones desde el contexto transafirmativo (Austin & Craig, 2015), partiendo de las necesidades propias de cada mujer (violencia, discriminación, estigma, victimización, transfobia internalizada, intentos suicidas, entre otros) (Austin & Craig, 2015; Austin et al., 2017; Oransky et al., 2019; Pachankis et al., 2020). Unido a ello otros modelos se han consolidado, como lo es el Modelo Baynetna (modelo afirmativo de género de Kaplan et al., 2019), el Modelo de Humildad Cultural (Cakmak et al., 2020) y la psicoterapia afirmativa (Budge et al., 2020).

Por su parte, dentro de las intervenciones grupales, se reconoce la importancia del trabajo en redes, donde el rol de las lideresas y la participación activa de la comunidad se ha convertido en un eje fundamental para consolidar el apoyo social, y ha permitido mitigar los efectos del estigma y la discriminación, esto reforzado por lo propuesto por el Modelo Fenway Health que busca el bienestar de la población trans desde un enfoque comunitario (Gorman et al., 2020; Puckett et al., 2019; Reisner et al., 2015). Por tanto, fomentar las intervenciones con enfoque afirmativo y participativo, basado en la comunidad y en el reconocimiento de los saberes y experiencias de las mujeres trans, contribuye a consolidar propuestas psicosociales que favorezcan la salud mental. Se ha notificado que cuando las mujeres trans participan del activismo y promueven la educación a otros, tiene un efecto positivo en su bienestar emocional (Budge, Katz-Wise et al., 2013; Gorman et al., 2020; Valentine & Shirped, 2018).

Por otro lado, en lo que respecta a los factores asociados a la salud mental de las mujeres trans, se encontró el bajo apoyo o discriminación dentro de las familias, lo cual refuerza la necesidad de incluir dentro de las intervenciones una mirada integradora del sistema familiar, para orientar, acompañar y educar en los procesos de tránsito, ya que se conoce que el apoyo familiar es una variable directamente relacionada con la salud mental (Nemoto et al., 2011; Graham et al., 2014; Valentine & Shipherd, 2018). Este aspecto se ha desarrollado con mayor suficiencia en el capítulo correspondiente a la familia.

A pesar de los cambios que se han dado en los últimos años, el estigma y la discriminación continua prevalente, por tanto debe continuarse desarrollando una cultura y políticas que incluya una mayor aceptación de la diversidad sexual en los diferentes frentes (social, educativo, laboral) pues se sigue reconociendo que este es un factor que de no cambiar, continuará afectando pensamientos y comportamientos preventivos en las mujeres trans por las múltiples violencias a las que se ven expuestas, reforzando el aislamiento social (Drydakakis, 2019).

Se requiere especial atención a las dificultades que atraviesan las mujeres trans en su área económica, producto de la exclusión de oportunidades laborales, lo cual conlleva a mayor probabilidad de sufrir depresión, tener pensamientos suicidas, y afectan los procesos de proyección personal (Drydakakis, 2019; Glynn et al., 2016; Grant et al., 2010; Köllen, 2016; Norton & Herek, 2013; Reisner et al., 2016; Sevelius, 2013; White Hughto et al, 2015;) lo cual hace un llamado a los frentes educativo y de trabajo a considerar la posibilidad de generar estrategias de inclusión que favorezcan el acceso continuo a la educación, e igualmente a oportunidades laborales donde se reconozcan las habilidades con las que cuentan las mujeres trans, para desempeñarse en otros ámbitos diferentes a la peluquería y a la prostitución si así lo eligieran (Gorman et al., 2020; Matsuno & Israel, 2018).

Con todo lo anterior, se resalta igualmente que en las mujeres trans de la presente investigación también quedó claro la importancia de rescatar los factores resilientes y las estrategias de afrontamiento, donde se rescata las potencialidades, habilidades y recursos con los que ellas cuentan, para poder tener mayores oportunidades, enfrentar las dificultades sociales o familiares. Se ha encontrado que la resiliencia

disminuye la tasa de angustia psicológica y favorece el proyecto de vida (Austin & Craig, 2015; Lazarus 2006). Estudios afirman este resultado ya que identifican investigaciones que rescatan igualmente los factores protectores en población trans y como lo muestra el presente estudio, muchas han alcanzado estudios de educación superior y desempeñarse en otras labores diferentes a la peluquería y el trabajo sexual, apoyando así los resultados de Valentine & Shirped (2018).

De esta manera, se reconoce la importancia de que las mujeres trans sean visibilizadas, no como objetos de estudio, sino como participantes centrales y protagonistas de sus vidas. Al respecto es importante generar espacios para ser escuchadas, orientadas y acompañadas. Se reconoce que la salud mental está ligada fuertemente al despliegue de factores resilientes, y es por medio de sus historias que se puede dar cuenta que realmente asumir la identidad de género como mujer trans, ya es en sí una fortaleza que designa la valentía y fortaleza emocional con la que cuentan la mayoría de las mujeres trans, pues enfrentar no solo a sus familias, sino a una sociedad contenida de estereotipos hegemónicos respecto al género y con dificultades para aceptar la diversidad humana, ya es un reto superado en las participantes, sin desconocer las secuelas emocionales impregnadas en sus vidas.

## Referencias

- Albarracín Caballero, M. y Noguera Rojas, M. (2007). *Derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia: 2006-2007*. Colombia Diversa. <https://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/informes-dh/colombia-diversa-informe-dh-2006-2007.pdf>
- American Psychological Association [APA]. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2008). *Resolution on transgender and gender identity and gender expression non-discrimination*. <http://www.apa.org/pi/lgbt/programs/transgender/index.aspx>
- American Psychological Association. (2009). *Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance*. Washington, DC.
- Aristegui, I. (2014). Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en

- población transgénero. *Psicodebate*, 14(1),85-100.<https://doi.org/10.18682/pd.v14i1.336>
- Aristegui, I., Radusky, P. D., Zalazar, V., Lucas, M. & Sued, O. (2017). Resources to cope with stigma related to HIV status, gender identity, and sexual orientation in gay men and transgender women. *Journal of Health Psychology*, 23(2), 320-331.
- Aristegui, I., Zalazar, V., Radusky, P.D. y Cardozo, N. (2020). De la Psicopatología a la Diversidad: Salud Mental en Personas Trans Adultas. *Perspectivas en psicología*, 17(1), 21-31. [https://www.researchgate.net/publication/342720821\\_De\\_la\\_Psicopatologia\\_a\\_la\\_Diversidad\\_Salud\\_Mental\\_en\\_Personas\\_Trans\\_Adultas](https://www.researchgate.net/publication/342720821_De_la_Psicopatologia_a_la_Diversidad_Salud_Mental_en_Personas_Trans_Adultas)
- Austin, A. & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21-29. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0038642>
- Austin, A., Craig, S. L. & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics*, 40(1), 141-156. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X16300697?via%3Dihub#:~:text=https%3A//doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Basante Ballesteros, M. S. y Ortiz Quevedo, J. P. (2021). Paradoja transgénero: Alteraciones emocionales más frecuentes durante la transición. *Revista Derecho y Realidad*, 19 (37), 211-227. <https://doi.org/10.19053/16923936.v19.n37.2021.13015>
- Bith-Melander, P., Sheoran, B., Sheth, L., Bermudez, C., Drone, J., Wood, W., & Schroeder, K. (2010). Understanding sociocultural and psychological factors affecting transgender people of color in San Francisco. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 207–220.<https://doi.org/10.1016/j.jana.2010.01.008>
- Bockting, W. O., Huang, C., Ding, H., Robinson, B. E. & Rosser, B. R. S. (2005). Are transgender persons at higher risk for HIV than other sexual minorities? A comparison of HIV prevalence and risks. *International Journal of Transgenderism*, 8(2), 123-131.
- Bockting, W. y Katley, J. (2011). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral en personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 1-186. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JQ81.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf)
- Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I.,

- Meyer, W., Reisner, S., Sevelius, J. & Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 188-197. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000232>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F. & Arcelus, J. (2016). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism* 18(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Budge, S. L., Adelson, J. L. & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 545-557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>
- Budge, S. L., Rossman, H. K., & Howard, K. S. (2014). Coping and psychological distress among genderqueer individuals: The moderating effect of social support. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 8, 95-117. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2014.853641>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2020). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy* 58 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Cakmak, L., Bauermeister, J., Cutler, J. & Loveluck, J. (2020). The Health Access Initiative: A Training and Technical Assistance Program to Improve Health Care for Sexual and Gender Minority Youth. *Journal of Adolescent Health* 67(1), 115-122.
- Campo, A., Vanegas, J. y Herazo, E. (2017). Orientación sexual y trastorno de ansiedad social: una revisión sistemática. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(2), 93-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000200004>
- Chárriez Cordero, M. y Seda Ramírez, J. (2015). Los servicios de apoyo a las personas transgénero: Una realidad imperceptible. *Revista Griot*, 8 (1). 73-84.
- Coll-Planas, G. (2010). Introducción. En Missé, M. & Coll-Planas, G. (Eds.). *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 15-28). Madrid: Egalet.
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(4), 60-80. <https://doi.org/10.1525/>

srsp.2007.4.4.60

- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G. & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Drydakís, N. (2019). *Trans People, Transitioning, Mental Health, Life and Job Satisfaction*. Springer. <https://docs.iza.org/dp12695.pdf>
- Factor, J. R. & Rothblum, E. (2007). A study of transgender adults and their non-transgender siblings on demographic characteristics, social support, and experiences of violence. *Journal of LGBT Health Research*, 3, 11–30. <http://dx.doi.org/10.1080/15574090802092879>
- Feldman, J.L. & Golber, J.M. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9, 3–34
- Fernández-Rouco, N., Carcedo, R. J., López, F. & Orgaz, M. B. (2019). Mental Health and Proximal Stressors in Transgender Men and Women. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3) 1-15. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fjcm8030413>
- Freese, R., Ott, M. Q., Rood, B. A., Reisner, S. L. & Pantalone, D. W. (2018). Distinct Coping Profiles Are Associated with Mental Health Differences in Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 136–146. 10.1002/jclp.22490
- García, A. (2009). *Tacones, siliconas, hormonas: Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá]. Repositorio Institucional - UNAL. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/6773>
- Geist, C., Greenberg, K., Luikenaar, R. & Mihalopoulos, N. (2020). Pediatric Research and Health Care for Transgender and Gender Diverse Adolescents and Young Adults: Improving (Biopsychosocial) Health Outcomes. *Academic Pediatrics*, 21(1):32–42
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., and Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336–344. <https://psycnet.apa.org/buy/2016-21290-001>
- Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A., & Salamero, M. (2008). MMPI–2 characteristics of transsexuals requesting sex reassignment: Comparison of patients in pre-hormonal and presurgical phases. *Journal of Personality Assessment*, 90(4), 368–374. <https://doi.org/10.1037/a0012900>

org/10.1080/00223890802108022

- Gonzalez, C. A., Bockting, W. O., Beckman, L. J. & Durán, R. E. (2012). Agentic and communal personality traits: Their associations with depression and resilience among transgender women. *Sex Roles, 67*, 528–543. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-012-0202-y>
- González-Polledo, E. (2010). “No sé otra cosa podría ser”: Medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En Missé, M. & Coll-Planas, G. (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 67-77). Madrid: Egales.
- Gorman, K., Shipherd, J., Collins, K., Gunn, H., Rubin, R., Rood, B. & Pantalone, D. (2020). Coping, Resilience, and Social Support Among Transgender and Gender Diverse Individuals Experiencing Gender-Related Stress. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000455>
- Graham, L., Crissman, H., Tocco, J., Hughes, L., Snow, R. & Padilla, M. (2014) Interpersonal Relationships and Social Support in Transitioning Narratives of Black Transgender Women in Detroit. *International Journal of Transgenderism, 15*(2), 100-113. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.937042>
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J. & Keisling, M. (2010). National transgender discrimination survey report on health and health care. <https://www.researchgate.net/profile/Muhammad-Shoaib-Qaisrani-2/post/Im-a-business-student-doing-research-on-transgender-LGBT-community-and-toilet-issues-Any-research-papers-preferably-with-questionnaires-done-on-this/attachment/59d64d3b79197b80779a6d56/AS%3A487399898783748%401493216599911/download/National+Transgender+Discrimination+Survey.pdf>
- Hepp, U., Kraemer, B., Schnyder, U., Miller, N., & Delsignore, A. (2005). Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 259–261. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1332>
- Hernández, F. M., Guardado, M. E. y Paz-Bailey, G. (2010). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC) Subpoblación transgénero, transexual y travesti. *UVG/Tephinet, 12*, 1-56. [http://www.mcrcomisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/ECVC\\_El\\_Salvador\\_trans\\_trav\\_2010\\_0.pdf](http://www.mcrcomisca.org/sites/all/modules/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/ECVC_El_Salvador_trans_trav_2010_0.pdf)
- Hernández, I. (2009). *Caracterización de la vulnerabilidad individual y grupal*

- de personas trans de la Región Metropolitana, con énfasis en aquellas que ejercen el Comercio Sexual.* Centro de Estudios de la Sexualidad (ONG CES) y Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS). [http://www.criaps.cl/download/rpp\\_03\\_2486CaracterizaciondelaVulnerabilidad.pdf](http://www.criaps.cl/download/rpp_03_2486CaracterizaciondelaVulnerabilidad.pdf)
- Hoffman, B. (2014). An overview of depression among transgender women. *Depression Research and Treatment*. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/394283>
- Hwahng, S. J., Allen, B., Zadoretzky, C., Barber, H., McKnight, C. & Des Jarlais, D. (2019). Alternative kinship structures, resilience and social support among immigrant trans Latinas in the USA. *Journal Culture, Health & Sexuality*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1440323>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A. & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>
- Jefferson, K., Neilands, T. B. & Sevelius, J. (2013). Transgender women of color: discrimination and depression symptoms. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 6(4), 121–136. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205968/pdf/nihms594631.pdf>
- Kaplan, R.L., El Khoury, C., Lize, N., Wehbe, S. & Mokhbat, J. (2019). Feasibility and Acceptability of a Behavioral Group Support Intervention Among Transgender Women: A Sexual and Mental Health Mixed-Methods Pilot Study in Beirut, Lebanon. *AIDS Education and Prevention*, 31(3), 246-258. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6594385/pdf/nihms-1034414.pdf>
- Kattari, S., Bakko, M., Hecht, H. y Kattari, L. (2020). Correlaciones entre las interacciones de los proveedores de atención médica y la salud mental entre adultos transgénero y no binarios. *SSM Population Health*, 10, 1-7.
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Veters, R., Forcier, M. & Austin, S. B. (2018). Family Functioning and Mental Health of Transgender



- and Gender-Nonconforming Youth in the Trans Teen and Family Narratives Project. *Journal of Sex Research*, 55(4/5), 582–590.
- Köllen, T (2016). *Sexual Orientation and Transgender Issues in Organizations: Global Perspectives on LGBT Workforce Diversity*. New York: Springer.
- Lamb, A. (2008). Transgender Women in Latin America and Asia. For International HIV/AIDS Alliance: Buenos Aires.
- Lasso Baéz, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *Psicología CES*, 7(2), 108-125.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S. (2006). Emociones y relaciones interpersonales: hacia una conceptualización de las emociones y el afrontamiento centrada en la persona. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *The Concept of Coping. Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lehavot, K., Simpson, T. L. & Shipherd, J. C. (2016). Factors associated with suicidality among a national sample of transgender veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 507-524. doi: 10.1111/sltb.12233
- Mallon, G. y DeCrescenzo, T. (2006). Niños y jóvenes transgénero: una perspectiva de la práctica del bienestar infantil. *Bienestar infantil*, 85(2), 215-41.
- Malta M., Silva A.B., LeGrand S., Whetten K., Wells S. (2019). HIV/AIDS, human rights, and transgender people in Latin America. *Lancet Public Health*; 4 (6): e279. [http://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30082-9](http://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30082-9)
- Martínez Vargas, L. y Arredondo López, A. A. (2021). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres transgénero. *Horizonte Sanitario*, 20(1), 11-22
- Mas Grau J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 2-12.
- Matsuno, E. & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender Resilience Intervention Model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46,

- 632–655. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000018787261>
- McCann, E. & Brown, M. (2018). Vulnerability and psychosocial risk factors regarding people who identify as transgender. A systematic review of the research evidence. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 3-15. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1382623>
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips, G. I. I., Truong, R. & Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5, 1–12. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000265>
- McDowell, M. J., White Hughto, J. M. & Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(16), 1-12. doi: 10.1186/s12888-018-2008-0
- Mecanismo de Coordinación de País–MCP. (2013). *Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012*. <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Informes%20Trimestrales%20VIH/2012/Prevalencia%20VIH%20Trans%202012.pdf>
- Mediavilla, D. (2016, junio 28). El 60% de las personas transgénero sufren de depresión. *El país*. [https://elpais.com/elpais/2016/06/27/ciencia/1467025701\\_741836.html](https://elpais.com/elpais/2016/06/27/ciencia/1467025701_741836.html)
- Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2011). Estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia, protocolo del estudio.
- Moody, C. & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 739–752. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Morenz, A.M., Goldhammer, H., Lambert, C.A., Hopwood, R., & Keuroghlian A. S. (2020). A Blueprint for Planning and Implementing a Transgender Health Program. *The Annals of Family Medicine*, 18(1), 73-79.
- Muñoz C. O., Restrepo D. y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-173.
- Nemoto, T., Bodeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgenderwomen with a history of sex work.

*American Journal of Public Health*, 101, 1980–1988.

- Norton, A. T. & Herek, G. M. (2013). Heterosexuals' attitudes toward transgender people: Findings from a national probability sample of U.S. adults. *Sex Roles*, 68 (11-12), 738–753.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Marci, M. & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: A life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy* 24(2), 108- 125.
- Oransky, M., Zacher, E. & Steever, J. (2019). Interdisciplinary Model for Meeting the Mental Health Needs of Transgender Adolescents and Young Adults: The Mount Sinai Adolescent Health Center Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26 (4), 603-616. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.002>
- Pachankis, J. E., McConocha, E. M., Clark, K. A., Wang, K., Behari, K., Fetzner, B. K. & Lehavot, K. (2020). A transdiagnostic minority stress intervention for gender diverse sexual minority women's depression, anxiety, and unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 613–630. <https://doi.org/10.1037/ccp0000508>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33, 954–964. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000561>
- Reisner, S. L., White Hughto, J. M., Gamarel, K. E., Keuroghlian, A. S., Mizock, L. & Pachankis, J. E. (2016). Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 509–519. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4981566/pdf/nihms748995.pdf>
- Reisner, S. L., White, J. M., Bradford, J. B. & Mimiaga, M. J. (2014). Transgender health disparities: Comparing full cohort and nested matched-pair study designs in a community health center. *LGBT Health*, 1(3), 177–184. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219512/pdf/nihms577059.pdf>
- Reisner, S.L., Bradford, J., Hopwood, R. et al. (2015). Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92, 584–592. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456472/>

- pdf/11524\_2015\_Article\_9947.pdf
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marín, J., Martínez, L. y Gallego, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf>
- Rider, G.N., McMorris, B.J., Gower, A.L. (2018). Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: *A Population-Based Study. Pediatrics*, 141(3), 1-8. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5847087/pdf/PEDS\\_20171683.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5847087/pdf/PEDS_20171683.pdf)
- Roberts, T.K. & Fantz, C.R. (2014). Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, 47 (10-11), 983-987. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802845/pdf/nihms767277.pdf>
- Rojas, M. (2018). *Relación entre el apoyo social percibido y los síntomas de ansiedad y depresión en población transexual/transgénero* [Trabajo fin de master, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/31728>
- Salazar, X. y Villayzan, J. (2009). <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/IESSDEH-Lineamientos-Trabajo-Multisectorial.pdf>
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V. & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/josi.12232>
- Scandurra, C., Dolce, P., Vitelli, R., Esposito, G., Testa, R. J., Balsam, K. F. & Bochicchio, V. (2020). Mentalizing stigma: Reflective functioning as a protective factor against depression and anxiety in transgender and gender nonconforming people. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1613–1630. <https://doi.org/10.1002/jclp.22951>
- Sentencia T-629/10. (2010, 13 de agosto). Corte Constitucional. (Juan Carlos Henao Pérez, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm>
- Sevelius, J. M. (2013). Gender affirmation: A framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles*, 68(11-12), 675–689. doi:10.1007/s11199-012-0216-5
- Sierra Alarcón, C., Useche Aldana, B. y Botero, S. (2016). *Resultado del estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia*. Mecanismo de coordinación del país, Colombia. <https://www.researchgate.net/>

profile/Bernardo\_Useche/publication/314295349\_Resultados\_del\_estudio\_de\_vulnerabilidad\_al\_VIH\_y\_prevalencia\_de\_VIH\_en\_mujeres\_trans\_en\_Colombia\_-\_2016/links/59513002a6fdcc28d24bba1/Resultados-del-estudio-de-vulnerabilidad-al-VIH-y-prevalencia-de-VIH-en-mujeres-trans-en-Colombia-2016.pdf

- Sloan, C. A., Berke, D. S. & Shipherd, J. C. (2017). Utilizing a dialectical framework to inform conceptualization and treatment of clinical distress in transgender individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(5), 301-309.
- Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Rogel Mendoza, D. A. & Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1, 12-20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>
- Tan, K., Ellis, S., Schmidt, J., Byrne, J. & Veale, F. (2020). Mental Health Inequities among Transgender People in Aotearoa New Zealand: Findings from the Counting Ourselves Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(8), 2-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082862>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K. & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 65-77. <http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000081>
- Turban, J., Shadianloo, S., Vries, A., & Zucker, K. (2018). Transgénero y jóvenes no conformes con su género. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente. Otros trastornos Cap. 3, pp. 1-30. <https://iacapap.org/content/uploads/H.3-gender-identity-Spanish-2018.pdf>
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Duke University Press.
- Valentine, S. & Shipherd, J. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, 66, 24-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6663089/pdf/nihms-1028731.pdf>
- Walton, H. M., & Baker, S. L. (2017). Treating Transgender Individuals in Inpatient and Residential Mental Health Settings. *Cognitive and Behavioral Practice* 24 (4),
- White Hughto, J. M., Pachankis, J. E., Willie, T. C. & Reisner, S. L.

- (2017). Victimization and Depressive Symptomology in Transgender Adults: The Mediating Role of Avoidant Coping. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 41-51. DOI: 10.1037/cou0000184
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147(1), 222-231. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.010

# Capítulo 10. El proyecto de ser mujer trans en Colombia: necesidades convertidas en sueños

## Introducción

Las identidades de género transfemeninas están expuestas a múltiples problemáticas que pueden constituirse en un riesgo para su sobrevivencia. Las violencias a las cuales se encuentran expuestas, la escasez de recursos económicos, la urgencia de suplir sus necesidades básicas, las condiciones de trabajo precarias, la falta de acceso a los servicios de salud, entre otras dificultades diarias, hacen que expongan su vida constantemente. Sin embargo, las mujeres trans no solo viven de su presente para gestionar su existencia, sino también, desarrollan sueños para crear un proyecto de vida, el cuál en ocasiones debe ser construido alrededor de la ausencia de derechos y de su ocultamiento. Por ejemplo, aunque es un escenario correspondiente a la orientación sexual y no a la construcción de identidad, se ha encontrado en casos de personas homosexuales, que deben vivir su orientación desde lo heteronormativo, con el fin de garantizar o acceder a lo que correspondería como ciudadanos, poniendo en riesgo su libertad civil (González-Escallón, 2017).

El punto de partida del proyecto de vida, además de la garantía de los derechos humanos, es la construcción de la identidad (González-Escallón, 2017), la cual para muchas mujeres consiste en la transición corporal (Portuondo del Pino y Lam Peña, 2019); y expresión de género, que además se construye con las experiencias que se viven con otras personas (González-Escallón, 2017). Es así como en las relaciones que se establecen, el individuo se comporta de acuerdo con su imaginario personal sobre lo que considera que debería ser y hacer en el futuro, según sus anhelos, necesidades y experiencias, y en consonancia con las condiciones propias y del entorno que lo permitan. Estos aspectos son los que configuran el proyecto de

vida, el cual comprende las dimensiones del ser humano como las físicas, culturales, “emocionales, intelectuales, sociales y espirituales” (D’Angelo Hernández, 2000, p.271), y se construye durante el curso de vida.

Un ejemplo de la dimensión emocional del proyecto de vida de las mujeres trans, es el deseo de tener una relación con una pareja sexoafectiva (Portuondo del Pino y Lam Peña, 2019) y de tener hijos, el cual ha sido manifestado mayormente, entre quienes son más jóvenes (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Riggs et al., 2016; Wierckx et al., 2012). Riggs et al. (2016) encontró que el porcentaje de quienes quieren tener hijos es bajo (18%), aunque exista apoyo familiar, lo que conlleva a pensar, que esta, podría estar permeada por los diferentes obstáculos a nivel social, cultural y de salud, propios de un sistema heterosexista y cisgénero normativo (Von Doussa et al., 2015).

En el estudio de De Sutter et al. (2002) con mujeres trans, se evidenció que aunque existe un alto porcentaje en el deseo de ser mamás (40%), lamentan no poder tener un hijo concebido en su propio vientre, y manifiestan que congelar esperma o tener un hijo con su pareja femenina, bien sea con su esperma y/o un donante, generaría un conflicto con su identidad de género. No obstante, las mujeres heterosexuales prefieren un donador de esperma, mientras que las homosexuales, prefieren que sea con el propio. Ante esto, en la mayoría de los casos de las mujeres transexuales, se considere congelar el esperma, como una opción antes de iniciar su tránsito, aspecto que, aunque se contemple (76.1%), se da en muy bajo porcentaje (9.6%) en las mujeres trans (Auer et al., 2018).

Otras necesidades identificadas en las mujeres trans, se dan en materia de educación, pues al carecer de estudios, genera insatisfacción con su vida (Hernández de Armas y Rivero Pino, 2017) y se ha evidenciado que uno de los factores que permite el acceso a la formación, es tener un documento de identificación que corresponda con su identidad de género (Rigueiral y Seidmann, 2019). Este proceso está influenciado por “el contextos socio-culturales y políticos” (Ahumada Alvarado et al., 2018, p.238), lo cual resulta muy importante, pues el no tener acceso a la educación, puede repercutir en las condiciones económicas de esta población.

De esta forma, la suficiencia económica que permita la cobertura de las necesidades básicas es un anhelo para las mujeres trans, pues las condiciones de trabajo, son un limitante, y resalta el deseo por un



trabajo en donde no sean rechazadas (Rigueiral y Seidmann, 2019), considerando que se ha encontrado que las personas LGBT que han sido empleadas, perciben que el ascenso laboral en una organización, tener una evaluación de desempeño honesta y ser respetado por sus superiores, está más lejos de lo anhelado, y peor aún, cuando no sienten la tranquilidad de reportar dichas arbitrariedades para la exigencia de sus derechos (Cech & Rothwell, 2020).

Del mismo modo, las mujeres trans consideran la necesidad de que aquellos trabajos a los que puedan acceder, correspondan con su formación, sus preferencias, capacidades y les apasione, ya que en la mayoría de los casos, esto no es más que un anhelo, pues se ha encontrado que a pesar que las mujeres y hombres trans tengan una formación universitaria (21%) o técnica (62%), no tienen empleo (51%) (Hernández de Armas y Rivero Pino, 2017); esto hace visible que dentro de las necesidades por las que pasan las personas trans, está el acceso a un trabajo con garantías en materia de derechos laborales, que dignifique su vida y les permita suplir sus necesidades básicas, dado que producto del estigma, la discriminación, la correspondencia entre su identidad de género y el sexo biológico asignado al nacer, el cual se registra en sus documentos legales, hace que sus oportunidades laborales se reduzcan y por tanto, realicen actividades lucrativas informales, como el comercio sexual.

En general, los trabajos informales generan una precarización de las condiciones de vida de las mujeres trans, en particular, las dificultades para el aseguramiento en salud, el cual hace evidente una de tantas necesidades de esta población que, a su vez, se convierte en su proyecto de vida; lo que conlleva a la reflexión sobre las inequidades en materia de salud que viven las mujeres trans (Hernández de Armas y Rivero Pino, 2017), a pesar que constitucionalmente como seres humanos, son sujetos de derecho y esto visibiliza la violación a otros derechos fundamentales, pues el acceso a la salud, se relaciona de forma directa con el derecho al trabajo, la educación, la no discriminación, la igualdad y la participación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Si bien es cierto que hasta aquí se ha abordado el proyecto de vida como un aspecto individual, en el caso específico de las mujeres

trans, también se construye desde lo colectivo, siendo este definido por D'Angelo Hernández (2000) como:

Un proyecto de vida colectivo (de grupo, de institución, de comunidad o de nación) cuando es realmente integrado no es más que el fruto de esta concertación construida desde el sentir, el pensar y el actuar, (dialogada, razonable y basada en el respeto) en el campo de los valores esenciales, las expectativas, aspiraciones, metas y programas de acción de los diferentes grupos sociales. expresa, de esta manera, las coincidencias básicas, dentro de la diversidad, de aquellas expresiones de lo imaginario y lo real social que orientan las perspectivas de desarrollo en diferentes campos (p. 273).

Con el fin de lograr un proyecto de vida colectivo en las mujeres trans, se reconoce que tener empleos en instituciones públicas, les acerca a visibilizar su realidad y gestionar los mecanismos de prevención frente a la misma, exponiendo las diferentes situaciones de violencia que viven a diario, así como su exposición a infecciones de transmisión sexual, entre otras situaciones que se evidencian a través del diálogo comunitario (Pulgarín Arias, 2014).

Todo lo anterior, refleja los deseos de las mujeres trans desde todas sus dimensiones como ser humano; no obstante, los diversos obstáculos que se presentan en el camino a su cumplimiento a causa de su identidad de género, pueden conllevar a serios problemas de salud pública como enfermedades, físicas y mentales, pobreza, entre otros, generando incluso, suicidio, puesto que según la OMS (2018), las dificultades económicas, relacionales, de salud, violencia, entre otras situaciones que son comunes en esta población considerada como comunidad vulnerable a causa de su identidad de género, puede conllevar a este tipo de actos. Al respecto, estudios han encontrado que el porcentaje de intento suicida en personas trans, está entre el 40% y 50% (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

Lo anterior cobra relevancia, considerando que la expectativa de vida de una mujer trans son 35 años (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2018), es decir, casi la mitad de lo que se estima en Colombia para la población en general según el Banco Mundial (2019), por lo que surge el interés de conocer las necesidades de las mujeres trans en Colombia, que impactan en este indicador de esperanza de vida. Pues, como se ha mencionado hasta aquí, es evidente las carencias por las que atraviesan, las cuales van en contra de los derechos humanos a la vida, a la salud, al empleo y a la educación,

y que no las dignifica como persona. Por tanto, este capítulo pretende exponer el proyecto de vida construido por las mujeres trans de siete ciudades de Colombia, a partir de sus necesidades.

### Resultados

Considerando que el proyecto de vida es multidimensional, a continuación, se procederá a presentar los resultados, de acuerdo con la dimensión laboral, educativa, económica, familiar y colectiva.

#### *Análisis de contenido cuantitativo*

De acuerdo con las categorías de análisis, se encontró que la dimensión laboral del proyecto de vida fue aquella con mayor referenciación en el discurso de las participantes (F=129), seguido de las oportunidades colectivas (F=117) y el aspecto económico (F=114). Por su parte, la dimensión de tener un proyecto de vida familiar (F=34) fue la categoría menos mencionada.

Al respecto es importante mencionar que de las 139 mujeres participantes de TranSER, 129 fueron las que dieron cuenta de dicha categoría, por tanto, en este apartado haremos referencia a ellas.

**Tabla 11**

*Resultados por categorías del proyecto de vida*

Categoría del proyecto de vida	Total N	Total, Frecuencia por Regiones						
		Armenia	Calarcá	Bogotá	Bucaramanga	Cali	Jamundí	Cartagena
Laboral	129	32	8	24	13	20	5	27
Educativo	89	14	7	12	14	5	15	22
Familiar	34	10	1	0	7	3	2	11
Económico	114	26	5	17	10	16	8	32
Oportunidades Colectivas	117	27	9	22	17	12	2	28

*Nota.* La tabla 11 muestra los resultados según las categorías del proyecto de vida.

Con relación a la categoría de proyecto de vida laboral, las mujeres trans expresan un recurrente deseo de cambiar su situación actual, en especial aquellas que se dedican al trabajo sexual, sin embargo, existen una serie de condiciones sociales que limitan el

acceso a puestos de trabajo esperados. Entre los distintos tipos de trabajos proyectados por las mujeres, sobresalen aquellos relacionados con apoyo social a otras mujeres trans, incidencia política con fines de abrir espacios de participación para su comunidad y otras comunidades con las cuales se identifican en función de la inequidad social que experimentan.

### *Proyecto de vida laboral*

El trabajo sexual se evidencia como uno de los oficios más frecuentes en las mujeres trans, sin embargo, se reconoce como una dimensión prioritaria en el proyecto de vida, cuyos discursos están planteados en la mayoría de los casos, en prescindir de esta labor como se evidencia a continuación.

... uno se cansa, uno se cansa a veces de ser mercado, de ser... más que bella porque cualquiera puede ser bella mor, es la capacidad que uno tiene. ¿Si me entiendes? Es lo que yo te decía ahora, la capacidad de... de que podemos ser abogadas, doctoras y todo... Hay muchísimas maricas que se están matando una noche fría, se están matando en las drogas por lo mismo. (Armenia, entrevista en profundidad)

Entre los motivos por los cuales las mujeres ven como necesidad un cambio de proyecto de vida laboral, son las precarias condiciones de seguridad y salud a las que se ven expuestas a diario, la baja estabilidad salarial y laboral que les permita cubrir sus gastos a corto y largo plazo, afectación a su salud mental en la medida que lo consideran como una labor que puede llegar a desvalorizarlas y conllevarlas al consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) como recurso de afrontamiento.

Mor, pues yo creo que los más pronto, porque es que yo ya estoy cansada de la misma rutina, y es que pararse en una esquina no es nada fácil, uno tener que aguantarse a un hombre y esas cosas, un hombre borracho o alguien que a uno no le guste. Entonces no, lo que yo quiero es cambiar eso, hacer algo, meterme a estudiar, meterme a trabajar, claro que no es nada fácil una chica trans trabajar, pero sí... (Calarcá, entrevista en profundidad)

Entonces, también con la prostitución y todo eso llega plata, pero también llegan las enfermedades, la salud se ve comprometida, llega la drogadicción, ¿sí?, y todo ese tipo de cosas son las que lo van a uno hundiendo yo llegué a

ese punto de estar en la calle, de dormir en la calle, ya yo estaba así, estuve muchas veces en hospitales. (Bogotá, Grupo de discusión)

Aunque la mayoría de las mujeres que actualmente laboran en este oficio desea cambiarlo, no rechazan que sus pares lo realicen, pero solo en las condiciones donde sea ejercido desde la elección personal y libre y no desde la obligación por limitaciones de acceso a otras oportunidades profesionales: “soy defensora del trabajo sexual, pero que rico que el día de mañana nosotras podamos, que el trabajo sexual sea una opción no una obligación, como es en este momento, o somos peluqueras o somos putas” (Cali, entrevista en profundidad).

Las participantes concuerdan que hay varios obstáculos en la consecución de sus proyectos de vida laborales, como por ejemplo la discriminación por su identidad de género, la poca apertura a contratación de mujeres trans por parte de las empresas y la falta de preparación académica que les hace menos competitivas para su ingreso en el empleo deseado:

Hace 25 años lo de estilista. Yo empecé siendo peluquera, corte de cabello para hombre, que era lo que se podía hacer en el entonces, porque yo por lo menos, no estudié, no porque no tuviera la capacidad, sino porque en ese entonces a las mujeres transexuales nos tenían cerradas las puertas en colegios, escuelas y en muchos sitios públicos también. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

... esa es la queja de muchas mujeres trans que se han formado, han hecho carrera o han hecho carreras como chicos, porque ahí demostramos que el género o la necesidad de hacer un tránsito, ellos lo han hecho por ejemplo en su juventud 17, 18 años y son profesionales, reciben su cartón, pero, comienzan su proceso y su carrera se le queda ahí, su cartón lo tiene que archivar porque como mujer trans no le dan, como chico gay si le pueden dar... no hay ofertas laborales para nosotras. (Cali, Grupo de discusión)

Algunas participantes comentan que han estimado no exponerse públicamente como mujer trans y así tener una mayor probabilidad de emplearse; aún más cuando lucen como una mujer cisgénero. En otros casos, se considera incluso asumir el rol y la vestimenta de hombre, de acuerdo con su sexo, con el fin de lograr acceder al trabajo:

Uno tiene que mirar otras posibilidades a futuro, porque uno, por ejemplo, como trans, no lo dejan entrar, no lo dejan trabajar en un restaurante,

no puede trabajar en una empresa de aseo, nada de eso, porque usted vestida de mujer no lo van a aceptar, si ve, entonces qué toca, ir haciendo el proceso, al menos ya no tener ese concepto de tener los senos, porque ese es el problema de ellos (haciendo referencia a las mujeres que tiene implantes de senos), yo no tengo eso, por ejemplo, me corté mi cabellera ya y voy con ese proceso así. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

El bullying sí se sigue sintiendo desafortunadamente, sí, es cierto porque si tengo gente trans que su figura es muy completa y pasan en un almacén como vendedoras, que pasan desapercibidas, porque se incluyen dentro de la sociedad y pueden pasar como heterosexuales, pero apenas se dan cuenta que este, comienzan a hacerle bullying y son despedidas, porque como la gente no quiere ser atendida por una mujer trans, porque supuestamente, si llegó la señora que es rica con su marido y con su hijo, no quiere ese ejemplo para su hijo entonces, inmediatamente las despiden. (Cali, Grupo de discusión)

Las áreas o profesiones que figuran entre las nombradas como trabajos deseados por las participantes son: gastronomía, diseño y confección de ropa, preparación de reinas, enfermería, ventas, secretaria, atención al cliente, psicología, comunicación social, docencia, actuación, baile de espectáculos. Aunque el trabajo sexual, el de maquilladoras y estilistas sea frecuentemente referenciado como las actividades laborales que deben asumir, casi que de manera obligatoria para poder generar ingresos económicos, hay mujeres que los consideran como oficios posibles y deseados en su plan de vida: “Sí, quiero irme para España, pero ya diferente, planes diferentes, quiero irme a trabajar peluquería, pero tampoco descarto la idea de prostituirme por allá, irme mejor presentado, algo que no sea como en la calle como por allá expuesta” (Cali, entrevista en profundidad).

Me gusta desde que empecé a trabajar en la peluquería, pues es lo que me ha gustado, nunca he tomado otro tipo de trabajos, o sea, no que no me sienta capaz, sino que es lo que me gusta ahorita, me gusta la belleza, me encanta aprender cada día más de lo que sale de la belleza, para darle eso bonito a las personas. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

En el proyecto de vida de algunas de las mujeres trans, está la ocupación de puestos políticos y/o de liderazgo social que directamente impacten en la mejoría de condiciones de vida para sus pares u otras

comunidades que comparten situaciones similares de discriminación e inequidad social:

Sí, la verdad, aunque lo que yo en este momento quiero es... sería rico, primero ser concejal porque abriría muchas puertas de trabajo, podría participar en la política pública del municipio y podría formar a las chicas, las capacitaría y que ellas dejen de hacer el trabajo sexual. (Calarcá, entrevista en profundidad)

Me veo a futuro como una persona profesional y poder crear una fundación para poder así ayudar a chicos y, o sea, en general a toda la comunidad porque vivimos... bueno aquí hay barrios vulnerables y de bajos recursos, donde hay chicos que sufren mucho, no tienen para comer, hay mujeres en la calle como se venía diciendo y hay personas simplemente, que por su condición sexual te echan de su casa, siendo su misma familia, que no debe ser así, entonces más o menos me visualizo en un futuro poder brindar mi mano de apoyo, porque, ya que nunca he sufrido eso, no me gustaría que otra persona lo pase. (Cartagena, entrevista en profundidad)

### *Proyecto de vida educativo*

En la dimensión de educación como proyecto de vida, se evidencia que las mujeres trans participantes consideran dar continuidad de sus estudios básicos y medios, para luego poder acceder a estudios superiores. Así, las metas educativas están estrechamente conectadas con la apertura de sus posibilidades laborales y el impacto social que implica que una mujer trans pueda educarse y laborar en espacios distintos del comercio sexual. Elementos como escasos recursos económicos y la expresión de la identidad de género trans son reportados como razones para la deserción escolar.

### **Continuidad educativa.**

La mayoría de las participantes manifiestan un deseo de poder culminar sus procesos de educación como la primaria y secundaria como se menciona: “Yo hice hasta quinto. Con ganas de querer terminar el bachillerato” (Armenia, entrevista en profundidad).

Por su parte, el inicio y culminación de estudios tecnológicos y profesionales universitarios también hacen parte de este proyecto de

vida: “El regreso a la universidad y, si Dios lo permite, la culminación de mi carrera, para poderle decir a todo el resto de las personas de mi población: si yo pude, ustedes pueden” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Dentro de las carreras profesionales y técnicas que las participantes expresan tener interés están: la gastronomía, el diseño gráfico, economía, psicología, medicina veterinaria, diseño de modas, comunicación social, enfermería, salud ocupacional, derecho, estética, idiomas, Administración de empresas y botánica. Al igual que el proyecto de vida profesional, muchas de las mujeres vinculan su desarrollo académico como vehículo para poder impactar positivamente en las condiciones de vida de sus pares.

Quiero estudiar mi maestría en Barcelona en Investigación e intervención psicosocial, creo que ese es mi campo, mi área, mi alma entera está ahí puesta, el trabajo por la gente, el trabajo por las comunidades. Yo me he sentido vulnerada, sé cómo se siente la gente, no necesito que alguien me lo explique, yo lo vivo a diario, y eso me motiva a mí, que yo en realidad quiero aportarle a esa gente, a esos grupos, sin importar absolutamente nada, incluso a veces pienso más en el resto de las personas que en mí. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Una de las motivaciones para continuar con la formación académica es la posibilidad de ser competitivas laboralmente y en diversos contextos lejos del comercio sexual, identificando que esto no solo puede impactar positivamente a nivel individual, sino colectivo en el caso de aquellas mujeres que no ven el trabajo sexual como parte de su plan de vida:

En todo, en que puede terminar sus colegios, en que pueden terminar sus estudios, que pueden ingresar a universidad, porque yo sé que hay chicas súper inteligentes, capacitadísimas para poder ejercer una carrera o ejercer un cargo público, ¡eh!, muchas cosas, gorda. Hay chicas que les gusta la belleza, el SENA ofrece muchos cursos de eso... o sea, hay muchas cosas que se pueden enseñar, o sea, no vamos a acabar con la prostitución porque eso nunca se va a acabar, pero si es una opción. (Armenia, Grupo de discusión)



## **Obstáculos para la formación educativa.**

Cuando se identifican las causas más frecuentes para la deserción escolar en las participantes, se mencionan que las condiciones económicas fueron y son muy limitadas. “Yo quería seguir estudiando, incluso yo tengo, yo quería estudiar ingeniería allá en Venezuela, pero lo dejé por el problema económico, por eso fue por lo que me vine y ya...” (Jamundí, entrevista en profundidad)

Si bien la situación económica actual no les permite tener flexibilidad para elegir los gastos que van a cubrir, muchas mujeres argumentan que deben priorizar el pago de sus arriendos, alimentación y servicios, entre otros. Para algunas participantes, estudiar implicaría reducir sus tiempos de trabajo o incluso dejar de cubrir gastos de su transición corporal para costear la educación. No obstante, se evidencian casos en los que se ha asumido dichas consecuencias, para alcanzar su proyecto de vida educativo:

La verdad para yo retirarme de lo que fue la prostitución, eso fue duro, ahí me tocó dormir en calle, hambre, uy no, fue algo terrible, pero bueno valió la pena... asistir a esos hogares donde va uno a que le den lo que es el desayuno... y para terminar el bachillerato... yo iba a los hogares y allá conocí que yo podía validar el bachillerato, porque si no es así, pues no lo logro, porque yo intenté acá en el (XXX) pero cuando eso me tocaba putiar, pagar arriendo, buscar comida, entonces me quedó difícil. Entonces cuando yo vine, claro, no pude y me retiré... estaba como tan aburrida, decepcionada, no quería, yo dije, así me toque dormir en la calle voy a buscar la manera de retirarme de eso, porque estaba tan aburrida, tan decepcionada, entonces así lo hice, me fui para un hogar de esos, pues la verdad es bueno, porque a uno le dan su comida y muchas cosas, pero no es igual a uno comerse algo que le guste, pero entonces me sirvió, terminé mi bachillerato en los hogares y eso me ayudó mucho y ya hoy en día, así como te digo, yo no dependo de la prostitución y tengo otra forma de ganarme el dinero. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Otra participante expresa: “hay cosas mucho más importantes, incluso hasta más que mis senos. Yo estoy invirtiendo más en el tema de que quiero comenzar mi maestría y cosas así” (Cartagena, entrevista en profundidad).

En otros casos, la falta de apoyo familiar y del plantel educativo en su proceso de identificación y tránsito como mujer trans, las sitúa

en un dualismo entre continuar sus estudios como hombres cisgénero o abandonarlos, como se menciona:

Pero como te digo, fue una disyuntiva donde tuve que escoger, o sigues estudiando con la ayuda de tu hermano y sigues siendo un niño con tu pensamiento de niña, o vienes y te esfuerzas por ti misma y sales adelante y puedes ser lo que tú eres. Entonces me decidí por esa, por la segunda, por la que pensé que era la mejor, pero ahora me cuestiono, pienso, que bonito que en este momento yo hubiera sido una persona profesional, y en ese momento de mi vida, poder haber hecho la transición. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

### *Proyecto de vida familiar*

#### **Relación de pareja.**

En la subcategoría de proyecto de vida familiar las mujeres trans mencionan la posibilidad de tener o continuar con su relación de pareja, pero el tipo de vínculo es variado, desde algo casual hasta el del matrimonio. Manifiestan que poder llevar este deseo a la realidad puede ser complicado por su identidad de género.

Yo creo que todos en algún momento queremos hacer una vida con una pareja que quiera y valore y tenga el conocimiento de lo que uno es. Pero me parece que se ha tornado como difícil, eso de tener una pareja completamente, que sea con uno consecuente, o que lo apoye a uno de lleno. Pero sí, sí me gustaría, me gustaría casarme, tener una pareja. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Yo por lo menos, como dice el dicho, matrimonio y mortaja del cielo baja, de pronto uno tiene su pareja y quiere convivir, pero casarse no.

Yo sí, creo que es el sueño de todas, por ahora frustrado porque no ha llegado, pero creo que me estoy encaminando a eso. (Cartagena, Grupo de discusión)

Otra parte de las mujeres trans no incluyen una pareja en su plan de vida. Aunque tengan el deseo de tener una relación no la ven viable, los motivos referidos son, experiencias negativas con sus anteriores parejas y temores sobre las verdaderas intenciones que pueda

tener un hombre. Explican que ser mujeres trans puede dificultar que un hombre las respete, acepte y/o las considere más allá de una fuente económica.

Hoy en día es muy poquito el hombre que la tome en serio a uno, que no le importa lo que diga aquel, porque me han tocado hombres así. O me han tocado hombres que dicen quererlo a uno, pero solo vienen por trin (sexo).

O que las quieran explotar, que uno se convierte como en el cajero de ellos. (Calarcá, Grupo de discusión)

Desafortunadamente muchos hombres piensan que las mujeres transgénero tenemos la obligación de ser la solvencia económica en un hogar, ser el sostén, entonces muchos hombres buscan tener una mujer transgénero para suplir sus necesidades sexuales y aparte sus necesidades de bolsillo. (Armenia, Grupo de discusión)

## Hijos.

Tener hijos también hace parte del proyecto de vida de algunas de las participantes, deseando ejercer su rol de madres, no obstante, hay preocupación sobre la responsabilidad y respuesta social que esto implique, pues consideran la discriminación que pudiese vivir ese hijo (a). “En hijos no pienso todavía, porque tendría que enfrentarme a una comunidad completa que todavía no termina de asimilarnos a nosotras y que tengamos hijos como que es más fuerte todavía” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Cambio de sexo, ese sería uno de mis sueños, de mis proyectos, a mí me gustaría, o sea, si no tuviera que trabajar, o sea, si tuviera una estabilidad económica que no tuviera que trabajar, yo lo haría porque a mí me gustaría ser una mujer... ser por ejemplo cuando hablamos lo de los hijos, ser yo la mamá no el papá, todo eso (risas)... eso sería uno de mis sueños. (Cali, Grupo de discusión)

Entre las estrategias que se consideran como posibles vías para tener hijos, es la conformación de coaliciones con hombres trans,

mujeres cisgénero lesbianas y/o mujeres que se sientan atraídas por ellas, sin que esto implique establecer una relación sexoafectiva:

¿qué es lo que están haciendo las chicas trans ahora? las chicas trans ahora están conociendo hombres trans, están logrando eso para poder tener hijos... hay un poco que ya he visto en eso... ahora hay hombres trans que se ven como muy hombres, pero son mujeres entonces la mujer trans coge al hombre trans y tienen un hijo. (Cali, Grupo de discusión)

A uno también le pasa todo eso por la mente. Uno dice “tan rico” porque hay personas homosexuales, una mujer y un hombre, que se alían para tener hijos, o también hay mujeres que uno les gusta y también le pueden dar un hijo a uno y todo, pero eso siempre da temor porque un hijo es como una responsabilidad muy inmensa, grande. (Armenia, entrevista en profundidad)

### **Familia de origen.**

En cuanto a la relación con su familia biológica, el proyecto de vida individual también está mediado por las necesidades de sus madres, padres, hermanos (as) y el deseo y responsabilidad de poder apoyar económicamente, aportando bienes y garantizando algunas condiciones de vida para ellos: “Mi familia es la prioridad... mi madre ha luchado mucho y merece mucho, merece todo” (Armenia, entrevista en profundidad). Otra participante expresa: “mi mamá se quedó sin trabajo entonces yo le dije “bueno vente para acá” ... le compré un mercado, a veces colaborarles a mis hermanos porque ellos tienen hijos, yo no tengo hijos. Entonces ellos tienen otros más gastos” (Cartagena, entrevista en profundidad).

En algunos casos este compromiso y anhelo de apoyar a su familia, puede significar aplazar deseos personales que requieren de una inversión económica:

Yo trabajo... yo no me he operado todavía por que vea, yo vivo con mis dos hermanitos, y yo trabajo más que todo es para ayudarles a mis hermanitos, porque yo no quiero que mis hermanos vayan a vivir lo que a mí me tocó; obvio que a mí me tocó salir de muy temprana edad. Yo tengo una hermana de diez (10) años y yo no quiero que a mi hermana le vaya a tocar que salir a lo mismo que uno, yo quiero que ellos se preparen, estudien y a mí no me importa si tengo que trabajar todos los días para ayudar en mi casa o así no

me quede plata a mí, con tal de yo ayudar a mis hermanos y a mi mamá, normal. (Armenia, Grupo de discusión)

### *Proyecto de vida económico*

Esta dimensión del proyecto de vida de las mujeres trans, evidencia que, en la mayoría de los casos, sus discursos van más enfocados en suplir las necesidades diarias esenciales y/o estéticas, que en proyectarse financieramente.

Yo soy una que ya estoy cansada, pero cansada, amor, porque uno quiere que hormonizarse... que un arriendo, que una comida, y no puede porque el puteo a veces ni siquiera te permite tener esa estabilidad. Porque hay días de 100 y 200 y hay días de nada como anoche... (Armenia, entrevista en profundidad)

En esta misma línea, pareciera que tener un contrato de trabajo con un sueldo establecido, se interpretará como un alivio para las necesidades económicas básicas, aunque no es explícito en los discursos de las mujeres trans, el anhelo de contar con dichas condiciones, como se menciona a continuación.

En nosotras hay una necesidad que es lo económico, si yo no salgo a una calle, no como, si yo no me paro en una esquina, no pago el hotel, no desayuno y no almuerzo. Es muy diferente cuando yo tengo un sueldo, un contrato, que ese sueldo me llena a mí, mis necesidades económicas... (Bogotá, Grupo de discusión)

En el proyecto de vida económico de algunas mujeres se contempla emprender negocios de acuerdo con sus competencias comerciales, estéticas, entre otras.

Cómo te digo... solamente puedo hacer lo que te digo, en este momento quiero es enfocarme en mi proyecto de vida, que es ya sentirme realizada con lo mío, con mi patrimonio, llegar por ahí hasta los 50 bien divina, ehh, con mi negocio, si Dios lo permite, con un hombre que me aprenda a querer tal cual soy, quiero reafirmarme, siendo esa necesidad, más que digamos,

es algo con lo que digamos, yo lucho todos los días ¿ves? (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Sí, estabilizarme ya, como, no sé, me gusta como atender al cliente, comerciar cosas, vender, comprar, invertir, todo eso, negocios, me gusta emprender, no depender de solamente de estar en una esquina esperando 20 mil pesos o no sé... sí, a mí me gustaría atender, no estar ahí varada... (Bogotá, Grupo de discusión) Otro proyecto de vida sería, “tener mi propio negocio como cosmetóloga, como fisioterapeuta, ¿Qué más sería? Tener mi estabilidad económica, para mí, para mis papás también, porque me gusta ayudarlos mucho. (Cartagena, entrevista en profundidad)

### *Oportunidades Colectivas*

Como parte de la categoría Proyecto de vida, se evidenció en el estudio la proyección de las mujeres trans en actividades enfocadas en la comunidad, a partir de las necesidades identificadas, experimentadas y visibilizadas en esta población, que no solo las afecta a ellas, sino también a otras comunidades vulnerables. Dicha representación, tiene el propósito de contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida. Las experiencias negativas personales y de sus pares son la motivación principal para poder gestar una transformación en su entorno.

Si me viniera a vivir del todo a Colombia, me gustaría trabajar por los derechos de nosotras las mujeres transexuales, y brindarles muchísima ayuda a mujeres transexuales que, de pronto por miles de cosas, han caído en que solamente las entiende una persona como yo, que le tocó vivir muchísimas cosas, la discriminación, el alejamiento de la familia, el desplazamiento, todas esas cosas. Entonces trabajar por ellas para que ellas en un momento no caigan en la droga y se queden ahí, tratar de brindarles una ayuda emocional o lo que estuviera a mi alcance, eso me gustaría hacer por mis mujeres transexuales. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Algunas chicas trans han incorporado esta vocación por mejorar las condiciones de vida de las demás mujeres trans, dentro de sus proyectos de vida laborales. Hay una relación estrecha entre el deseo por ejercer cargos políticos y públicos y la expectativa de poder generar

mejoría en las garantías y calidad de vida de sus pares, junto con la renovación del imaginario social que se tiene sobre las mujeres trans.

Política, me encantaría. Estar en un puesto público, poder hacer valer nuestros derechos, poder formular proyectos que se vean, sería como ese sueño hecho realidad. Pero, a mí me encantaría, por ejemplo, el día de mañana tener el cargo de secretaria de desarrollo social. Una cosa loca es lo que yo aspiro. Y que vayan a la oficina de la secretaria social y sea una chica transexual, que tenga el conocimiento y pa pa pa. Todo lo que pueda defender con conocimientos y con criterio, lo haga. Ya. (Armenia, entrevista en profundidad)

Yo quiero y yo me voy a encargar...hacer que un pedacito de cada historia, de cada niña llegue a todo a todo el mundo, a cada colombiano, a cada persona que quiere llenarse y enriquecerse, un poquito de lo que es la vida porque sí en realidad la gente se tomara el trabajo de escuchar, se darían cuenta que la vida no es tan fácil y que pueden aprender mucho de esto, porque es un ejemplo de historias de vida muy cambiantes y que son muy reales. (Armenia, entrevista en profundidad)

En la actualidad algunas de las mujeres trans participantes ya se encuentran vinculadas con el activismo, desarrollando propuestas y buscando mejorar las garantías de las condiciones de vida de sus compañeras, y trabajando en conjunto para lograr motivar a otras chicas trans a ser multiplicadoras.

Estoy trabajando con la fundación de chicas trans, llevo con ese proyecto ya un año, sobre el desplazamiento, sobre el cambio de nombre y estamos ahoritica para las reuniones para, otra vez, hacer nuevas presentaciones acá y en otras partes y mi propósito, pues seguir trabajando y seguir luchando por los derechos de las chicas trans. (Bogotá, Grupo de discusión)

En la actualidad tenemos un grupo de trabajo que se llama “Red de apoyo y afecto de mujeres y gente diversa” este grupo tiene alrededor de cuatro o cinco años funcionando aquí en el barrio y en la localidad, nuestro principal trabajo es el empoderamiento de personas trans, porque la idea no es que seamos siempre las mismas cabezas visibles, sino que salgan nuevas chicas, que haya chicas que se empoderen de lo que nosotros venimos haciendo desde hace muchos años atrás; nuestros procesos comenzaron empíricos, simplemente porque era la reunión del parche de amigas y de ahí tuvimos la necesidad, desde mucho antes, de comenzar a organizarnos, así sea de

forma, como decirlo... a tener un proyecto porque lo necesitamos. (Bogotá, Grupo de discusión)

Hasta aquí, los resultados del proyecto de vida de las mujeres trans en Colombia, se presenta con las dimensiones transversales al ser humano como educación, trabajo, familia y comunidad, en donde hay una articulación entre cada una de ellas, siendo determinantes en sus condiciones de vida.

## **Discusión y conclusiones**

Los resultados de esta investigación dan cuenta que ser mujer trans afecta su desarrollo como persona con derechos humanos al trabajo, a la salud, a la educación, a la libre elección de pareja y la igualdad de género. No obstante, esta realidad, está permeada por el miedo y las injusticias en materia política. Una sociedad que no es protectora y donde el nombre de “estado de derecho” pareciera no incluyente para esta población que ha sido estereotipada, discriminada y estigmatizada por los sectores educativos, laborales, de salud, entre otros entornos, que no solo generan una violación a los derechos humanos, sino también impactan negativamente en su bienestar psicológico, afectando a los individuos, las comunidades y sociedades (OMS, 2017; Zucchi et al., 2019).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante recordar, que el trabajo es un derecho fundamental para todas las personas, y esto incluye a aquellas con orientación sexual e identidad de género distinta a la heteronormativa. Como se ha evidenciado en los resultados, esta categoría, fue la más mencionada en los discursos de las participantes como parte de su proyecto de vida, lo que sugiere que es un aspecto prioritario para la inclusión y atención a esta población, brindando oportunidades para el desarrollo de una labor libre de violencia, estigma y discriminación, pues estudios han encontrado en mujeres transexuales, que cuando se obtienen dichas oportunidades, se obtiene mayor bienestar psicológico (Zucchi et al., 2019), es por esta razón que se requiere la garantía de las políticas de enfoque diferencial y afirmativas del género, además del desarrollo de normas que permitan a las mujeres trans desarrollar un trabajo justo, en el que sus derechos sean respetados, y en el que tengan mejores condiciones



laborales, incluso, ejerciendo el trabajo sexual (Ministerio del Trabajo [MinTrabajo], s.f.).

Gran parte de las participantes de este estudio se dedican al trabajo informal a través de la comercialización de las prácticas sexuales y la peluquería, actividades que hacen parte de la identidad laboral de las mujeres trans, y permiten la expresión de su identidad de género, por lo que urge nuevas oportunidades laborales que les permita tener una mejor posición social, sin tener que ocultar su identidad de género (Posso y La Furcia, 2016); aspecto que en los resultados de este estudio, se evidencia como una proyección de las mujeres trans, respecto a desempeñar trabajos que les permita apoyar a otras pares o miembros de comunidades vulnerables ejerciendo actividades como la incidencia política y el liderazgo social, con fines de abrir espacios de participación para la comunidad.

Resulta confrontador -por ser un derecho humano-, que las participantes de este estudio aspiran ser aceptadas y no discriminadas en un empleo con condiciones laborales justas, que entre otras cosas, permitan estabilidad económica, afiliación a seguridad social, pero sobre todo, que las dignifique, y así, cambiar la historia de ocupaciones asociadas y determinadas cultura y socialmente, para su identidad de género; no obstante, esto en muchas ocasiones, se ve obstaculizado por la falta de formación académica.

Al respecto, resultados de esta investigación evidencian la ausencia de oportunidades para el acceso a la educación de las mujeres trans, presentando la academia como un entorno excluyente que pareciera no estar preparado para la educación basada en género; lo que es preocupante por la falta de oportunidades de acceso a la educación básica y superior, puesto que se ha encontrado en población trans, que el tener menos educación, impacta negativamente en el bienestar psicológico de la (Zucchi et al., 2019). De esta misma forma, el acceso a la educación permitiría, que las mujeres trans pudieran ejercer un tipo de trabajo distinto al comercio sexual, tal como lo plantean en su proyecto de vida.

Otro de los factores referidos en el proyecto de vida educativo de las mujeres trans que participaron en este estudio, es la continuidad en su formación académica, la cual en ocasiones se ve limitado por procesos administrativos, en donde emergen dificultades para el cambio de nombres en los documentos de identificación y de los certificados de estudio cuando estos son obtenidos antes de su tránsito.

Esto también se ha encontrado en un estudio en Brasil, en donde más del 80% de la muestra, no lo ha intentado o lo han realizado sin tener un resultado exitoso (Zucchi et al., 2019). Lo anterior, es una necesidad expuesta de intervenir en los entornos de formación para lograr una educación inclusiva, libre de violencia a causa de la identidad de género, basada en el respeto y el reconocimiento de los derechos humanos (Jiménez Quenguan y Galeano Barbosa, 2020).

La violencia a la cual se ve expuesta las participantes por su familia de origen y pareja, les permite considerar la familia como parte de un proyecto de vida, en donde, en algunos casos, se desea consolidar una relación de pareja basada en el respeto y la valoración de quienes son como persona, y no como quien les satisface necesidades personales y económicas. Abordar este aspecto cobra relevancia, considerando que cuando se busca aceptación, y en este caso particular, construir una relación de pareja, puede producir angustia y sufrimiento en la persona, debido al miedo a vivir esta nueva situación (OPS, 2013). En esta misma línea, el deseo de tener pareja y de formar una familia, así como las decepciones que se han tenido en esta dimensión, pueden impactar negativamente en el bienestar psicológico de esta población (Zucchi et al., 2019).

Por su parte, dentro del proyecto de vida familiar, se menciona por parte de las participantes, el deseo de apoyar económicamente a su familia; no obstante, este se ve limitado por el déficit de ingresos. Al respecto, las mujeres trans participantes de este estudio, evidencian como proyecto de vida la estabilidad económica, entre otras cosas, para realizarse las transformaciones corporales que anhelan y que permiten la reafirmación de su identidad de género, aspecto que impacta en el bienestar psicológico de forma positiva o negativa, según puedan lograrlo o no.

Para las participantes, su proyecto de vida económico depende de las oportunidades de trabajo, por tanto, va de la mano con el proyecto de vida laboral que incluye no solamente el acceso a un empleo, sino también la oportunidad de emprendimiento, pues para las mujeres trans, tener un contrato de trabajo y un sueldo, está relacionado con tener una calidad de vida, lo que equivale con lo estudiado respecto a que tener ingresos más altos, conlleva a tener un mayor bienestar psicológico (Zucchi et al., 2019).

Aunque el proyecto de vida económico es transversal a las otras áreas de la vida de las mujeres trans como lo educativo, la pareja, la

construcción de identidad de género y las condiciones de trabajo, en esta investigación la proyección al respecto, se centra en suplir las necesidades básicas e inmediatas. La falta de ingresos es una variable que afecta el establecimiento de límites, exponiéndolas a conductas sexuales de riesgo y consumo de SPA en el ejercicio del trabajo sexual, convirtiéndose esto en un problema de salud pública que hace necesario su intervención.

Finalmente, todo lo anterior está relacionado con las necesidades colectivas identificadas por las mujeres que participaron en este estudio, y que lo proyectan como una oportunidad, en relación al respeto de sus derechos, de una atención diferencial y el cumplimiento de las políticas públicas enfocadas en esta población, lo que las ha llevado a la participación social y la incidencia política para gestar cambios en su comunidad; lo que resulta muy importante, considerando que este tipo de acciones impactan de forma positiva en la valoración que les dan a sus vidas, a través de su reconocimiento social (Zucchi et al., 2019), resaltando además la importancia de ello en la vivencia, desarrollo y construcción de comunidad, que impactan otras mujeres e invitan a su vez a liderar estos procesos, desde la resiliencia asociada a procesos familiares, económicos, entre otros (Stone et al., 2019).

En los resultados de este estudio, llama la atención el empeño, la proactividad, el empoderamiento y las ganas de salir adelante como mujeres trans, que tienen las participantes, defendiendo su identidad y estando convencidas que es un camino para alcanzar las metas, pero una vez ha pasado el tiempo y no se evidencia el cumplimiento de las mismas, surge el cuestionamiento sobre ser quienes desean y los planes educativos y laborales, es como si ser mujer trans las pusiera en una postura de estudiar o ser trans, tener un trabajo formal como hombre o ser trans. Ser trans significa asumir, arriesgar, renunciar a tener una mejor calidad de vida o ser ellas mismas, vivir su identidad, a cualquier costo.

Pareciera entonces, que ser mujer trans, significa que, debido a la falta de acceso a la educación, hay menos posibilidad de tener un trabajo con condiciones dignas y justas, que a su vez impactan en tener ingresos reducidos para esta población, factores que se interrelacionan entre sí, pues la deficiencia económica es un limitante para el acceso a la educación, cuando quieren continuar con su formación académica. En algunos casos, lo anterior es determinado por la expulsión de sus familias a causa de su identidad de género; adicionalmente, el estigma

y la discriminación en todos los entornos en los que interactúan las mujeres trans se considera un eje transversal a su vida, derivando esto en otras consecuencias como violencia, problemas de salud y muerte a temprana edad, lo que demuestra que ser mujer trans en Colombia, no solo es un riesgo, sino que ser reconocidas como un sujeto social de derecho, se convierte en su proyecto de vida. Esta explicación, es correspondiente al modelo que se presenta a continuación en la Figura 2, en donde se evidencian las necesidades manifiestas en las participantes, derivadas de su identidad de género, en donde se expone que ser mujer trans más que un proyecto de vida, debe ser una identidad con el reconocimiento de sus derechos, con igualdad de oportunidades, justicia, inclusión y equidad en los entornos con los que interactúan los seres humanos a lo largo de su vida; por esta razón, es necesario que los escenarios de cambio, se gesten desde la comunidad académica, social, política, laboral y todos aquellos actores involucrados en este proceso, pues se requiere dejar de normalizar, frases como: “vivir como una persona trans, a menudo, requiere de esfuerzos para enfrentar entornos discriminatorios y hostiles” (OPS, 2013, p.31).

Figura 2

*Ser mujer trans en Colombia: necesidades para la construcción de un proyecto de vida.*

<b>Ser mujer trans</b>
Estigma, discriminación, expulsión de los hogares
<b>Violencia</b> <b>Problemas de salud</b> <b>Muerte a temprana edad</b>

La figura muestra las necesidades manifiestas en las participantes de la investigación. Como conclusión, se considera que la salud sexual y reproductiva requiere un abordaje desde los diferentes contextos de interacción del ser humano, y de forma específica, trabajar el tema de género es prioritario, iniciando en las familias y las instituciones educativas, para poder impactar en la sociedad en general, la cultura y las políticas, para una humanidad más incluyente en donde ser mujer trans, por ejemplo, no sea un objeto de discriminación, considerando que el género es un determinante para las condiciones laborales y económicas, impactando negativamente en aspectos como la salud; pues tener un proyecto de vida laboral fuera del trabajo

sexual, como lo mencionan las participantes de esta investigación, permitiría posiblemente la disminución del consumo de SPA, tener mayor acceso a los servicios de salud; aspectos que sin duda alguna, aportaría a tener un mejor bienestar y calidad de vida, meta establecida dentro de los objetivos de desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2015; OMS, 2018).

## Referencias

- Ahumada Alvarado, M. F., Wozny, M., Grzona, S. C. y Zúñiga, M. J. (2018). Narrativas de construcción identitaria de mujeres trans. *Revista Digital de Ciencias Sociales*, 5(9), 227-256. <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/1361>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W. & Hildebrandt, T. (2018). Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *The journal of sexual medicine*, 15(5), 757-767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Banco Mundial. (2019). *Esperanza de vida al nacer, total (años) - Colombia*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CO>
- Cech, E. A. & Rothwell, W. R. (2020). LGBT workplace inequality in the federal workforce: intersectional processes, organizational contexts, and turnover considerations. *ILR REVIEW*, 73(1), 25-60. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0019793919843508>
- D'Angelo Hernández, O. S. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270-275. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v17n3/08.pdf>
- De Sutter, P., Verschoor, A., Hotimsky, A. & Kira, K. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3).
- González-Escallón, J. D. (2017). Ciudadanía liberal, proyecto de vida y autodeterminación: Los derechos individuales como camino o como límite de la construcción de la identidad. *Universitas*, 66(135), 165-192. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj135.clpv>
- Hernández de Armas, Y. y Rivero Pino, R. (2017). Acompañando la construcción de proyectos de vida de personas trans que practican el sexo transaccional en Cuba. En A. C. Alfonso Rodríguez y M. Castro

- Espín. (Ed.), *Violencia de Género, Prostitución y Trata de Personas* (pp. 207-226). Editorial Cenesex.
- Jiménez Quenguan, M. y Galeano Barbosa, D. J. (2020). La necesidad de educar en perspectiva de género. *Revista Educación*, 44(1), 1-19. <https://doi.org/10.15517/revedu.v44i1.38529>
- Ministerio del Trabajo [MinTrabajo]. (s.f.). *Derechos fundamentales del Trabajo*. <https://www.mintrabajo.gov.co/relaciones-laborales/derechos-fundamentales-del-trabajo>
- Naciones Unidas. (2015, 25 de septiembre). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2018, 29 de marzo). *Con el motivo del Día Internacional de la Visibilidad Transgénero, la CIDH y experto de la ONU urgen a los Estados a garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas transgénero*. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/069.asp>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *FAQ on Health and Sexual Diversity an Introduction to Key Concepts*. <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/20170329-health-and-sexual-diversity-faq.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018, 28 de agosto). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JQ81.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf)
- Portuondo del Pino, D. y Lam Peña, R. (2019). El empleo digno de las personas transexuales en Cuba. Análisis a la luz de la nueva Constitución de la República de Cuba. *Conciencia Digital*, 2(4), 27-42. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v2i4.850>
- Posso, J. L. y La Furcia, A. (2016). El fantasma de la puta-peluquera: Género, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), 172-214. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.08.a>
- Pulgarín Arias, G. E. (2014). Concepciones y prácticas de socialización política de un grupo de personas con identidad transgénero. *Revista Académica e Institucional de la UCPR*, (96), 83-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5249829>
- Riggs, D. W., Power, J. & Von Doussa, H. (2016) Parenting and Australian

- trans and gender diverse people: An exploratory survey. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 59-65. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149539>
- Rigueiral, G. J. y Seidmann, S. (2019). Trayectorias de vida de personas trans en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Revista Interamericana de Psicología*, 53(2), 180-194. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1062>
- Stone, A. L., Nimmons, E. A., Salcido, R. & Schnarrs, P. W. (2019). Multiplicity, Race, and Resilience: Transgender and Non-Binary People Building Community. *Sociological Inquiry*, 90(2), 226-248. <https://doi.org/10.1111/soin.12341>
- Von Doussa, H., Power, J. & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P. & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487. <https://academic.oup.com/humrep/article/27/2/483/2919320>
- Zucchi, E. M., dos Santos Barros, C. R., Redoschi, B. R. L., Alves de Deus, L. F. & de Sousa Mascena Veras, M. A. (2019). Psychological well-being among transvestites and trans women in the state of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 35(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00064618>





# Capítulo 11. Salud percibida de las mujeres trans en el contexto de la hormonización, sustancias psicoactivas y su relación con algunos factores biomédicos

## Introducción

El conocimiento del ser humano, en su concepción integral permite el eficiente ejercicio médico. En medicina no todo es ley, por lo que la respuesta a muchas preguntas es *depende*. Depende de quien está enfrente de mí, quién es este individuo, cuál es su historia, cuál es su contexto, qué factores están influyendo en su contexto y, por supuesto, todos estos aspectos tienen una implicación directa en su salud. Ante ello, se retoma el concepto de la misma, desde la mirada del modelo biopsicosocial como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006, p. 1) concepto aún vigente según la OMS, que evolutivamente reconoce en este, más un proceso que un estado, dinámico y cambiante sujeto a determinantes que la modifican e impactan, por ejemplo; el cuidado; un acto que, mantenido en el tiempo, instaura hábitos de vida orientados hacia la salud; la supervivencia y el bienestar (Guerrero y León, 2008).

La admisión de una definición de salud influye en la percepción individual de la misma, así la sensación de completo bienestar estará también sujeta a la percepción de salud. Este concepto de salud tiene, a su vez, una mirada subjetiva y multidimensional en el que cada persona define cómo se encuentra de acuerdo a los parámetros personales. En palabras de Cordero y Cesani (2018) esto se conoce como salud percibida, que es la descripción de la manera en que el estado de salud actual interviene en las capacidades individuales, y

permite alcanzar y mantener un nivel global de funcionamiento para la realización de actividades que resultan importantes y que repercuten en el bienestar; incluyendo así la visión holística y sistémica del modelo biopsicosocial que considera que la salud es el resultado también de la interacción y adaptación del ser humano a su entorno físico y social. De ahí que en palabras de Ibáñez (2004) las conductas (decisiones) de un individuo están determinadas por las personas que le rodean y el contexto en el que se desenvuelven. Por eso, no siempre sentirse bien es equiparable a estar sano.

En el presente capítulo se evidencia la situación en salud percibida por las mujeres trans que participaron en el *Proyecto TranSER* y cómo esta influye en su salud reuniendo la información necesaria para comprender y fortalecer la atención en salud acorde a sus necesidades, desde el modelo biopsicosocial de la medicina familiar, incorporando la historia de las mujeres, a partir de la integración de las diferentes experiencias de vida que las pueden llevar al desarrollo de hábitos y conductas de riesgo.

La población trans experimenta complejidades y dinámicas circulares, particularmente, en sus situaciones de salud, que deben ser atendidas de manera integral identificando los factores que las suscitan con el propósito de poder ser modificados, acompañados y garantizar la salud de esta población.

La comunidad trans está integrada por un universo de tránsitos donde encontramos personas en un proceso exhaustivo de reafirmarse como seres humanos en libertad de identidad. La inconformidad con el sexo al nacer genera un malestar persistente en la persona, lo cual lo lleva a estados de ansiedad y deterioro en áreas del funcionamiento social, laboral y familiar. Siendo así, la mayoría busca cambiar sus características físicas más acorde a lo que la sociedad considera como femenino, senos, voz, rasgos, mediante tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas. De esta necesidad surge la terapia hormonal como una alternativa dentro del proceso de tránsito en la mayoría de las mujeres (Aduy et al., 2018a).

La terapia hormonal consiste en el uso de hormonas capaces de inducir cambio con el fin de aproximar lo más posible las características físicas a las del género deseado. En general, en las mujeres transgénero, el más común es el uso de estrógenos, que pueden combinarse con progestágenos o antiandrógenos (Fernández & Tannock, 2016). Actualmente, no existe una terapia hormonal

óptima o protocolos únicos, ya que depende de las necesidades y condiciones fisiopatológicas del individuo, con el fin de prever en la mayor medida los efectos adversos (Adaury et al., 2018b). Sin embargo, si existen recomendaciones de su administración, en una revisión de la literatura Salomon & García (2020) hacen un recorrido por las recomendaciones encontradas de varios países, encontrando diversidad en la elección del estrógeno, en la combinación con progestágenos, así como en la dosificación y vía de administración, sin correlación entre estos, haciendo una salvedad para evitar el uso del etinilestradiol, ya que este se asocia con una mayor riesgo de presentar eventos tromboembólicos.

En Cali, un estudio con mujeres transgénero se encontró que el 91% de ellas utilizan hormonas, de ellas solo el 6% está en atención médica y el 98% no lo hace como parte de sus servicios de salud, por su parte, 109 mujeres trans, muestra que no reciben acompañamiento médico para sus procesos de transformación corporal (Domínguez et al., 2017). Los procesos de hormonización deben ser acompañados por profesionales en el tema y de esta manera incidir en su bienestar; sin embargo, siguen implicando un riesgo para la salud (Estrada-Montoya y García-Becerra, 2010).

Debido a la falta de evidencia de los efectos adversos a largo plazo de la hormonización en personas trans, no se establece una duración segura ni un adecuado monitoreo de estos procesos, lo cual debe ser fortalecido, con el fin de guiar una adecuada atención para esta población (Tangpricha & den Heijer, 2016) y disminuir los riesgos de mortalidad temprana. Según la investigación realizada por Lozano-Beltrán (2018), los efectos iniciales de la hormonización permiten que se visibilicen cambios en la apariencia: vello facial, mejorar la apariencia de la piel, redistribución de la grasa; sin embargo, trae también consigo disminución de la libido, o erecciones espontáneas lo cual puede afectar el desempeño sexual de las mujeres trans, deformar o degenerar los tejidos, causando repercusiones a nivel físico y psicológico, por tanto, dichos cambios requieren de un acompañamiento profesional y una orientación continua, a la cual no está accediendo la mayoría de la población trans.

La mayoría de las personas en su tránsito reconocen la necesidad de hormonización, manifiestan de manera tangible su identidad y al no tener acceso a un proceso de hormonización como parte de sus servicios de salud, algunas de ellas lo hacen desde la automedicación,

en su mayoría asesoradas por pares, así como las transformaciones corporales en lugares clandestinos, convirtiéndose esta acción en un riesgo alto para su salud, lo cual puede conllevar incluso a la muerte (Caribe Afirmativo, 2019).

Según Loyola Filho et al. (como se citó en Larias Montosa et al., 2017):

La adquisición de fármacos sin receta médica, recuperación de medicación utilizada anteriormente, obtención de fármacos de círculos sociales cercanos, utilización de medicamentos acumulados en los domicilios, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir la dosis del tratamiento prescrito. (p.85).

Este fenómeno trae adicionalmente los riesgos de los efectos secundarios entre los cuales se encuentra una mayor incidencia de eventos tromboembólicos asociados a la automedicación (Ocampo-Serna et al., 2020) además de riesgo para el surgimiento de la depresión, la osteoporosis y algunos cánceres sensibles a hormonas (Tangpricha & den Heijer, 2016), así como el riesgo de desarrollar patologías de origen cardio metabólico, como hipertensión, diabetes, dislipidemias y obesidad (De Freitas Bernardes et al., 2020; Fergusson et al., 2018; Rahman & Linsenmeyer, 2019; Weinand & Safer, 2015).

Las personas trans recurren a la administración de hormonas como parte de las transformaciones corporales a través del uso estético de inyecciones de rellenos para modificar partes de sus cuerpos. La información disponible sugiere que las mujeres trans utilizan sustancias para alterar la forma de sus mamas, nalgas, piernas, labios o mejillas. Dentro de las sustancias usadas están aceites minerales de linaza o parafina y la más comúnmente usada, la silicona líquida (Bockting et al., 2013). Ahora bien, esta práctica tiende a ser realizada de manera clandestina por lo que las condiciones de asepsia, el personal que lo aplica y las consecuencias derivadas de la contaminación química del relleno mismo y el inyectarlo directamente sobre el tejido puede tener graves consecuencias médicas como: infecciones, embolismo graso hacia los pulmones con consecuencias fatales cercanas al 25% de las personas afectadas. Otras consecuencias incluyen: úlceras, celulitis, la migración de productos, cicatrices y abscesos. Los problemas sistémicos, además de la embolia pulmonar,

incluyen la hepatitis granulomatosa y la insuficiencia renal aguda (Bockting et al., 2013).

Esta falta de acceso a los servicios de salud y todo lo relacionado con los procesos de tránsito impactan en la salud mental de las personas. Las comunidades trans que asisten a los servicios de salud (en el momento del primer contacto con el servicio) refieren problemas de salud mental (específicamente ansiedad, depresión y estrés) más altos en comparación con las personas cisgénero (Arcelus et al., 2016; Bouman et al., 2016; Dhejne et al., 2016; Millet et al., 2017; Wolford-Clevenger et al., 2018). A su vez, la automedicación, la hormonización y sus efectos fisiológicos secundarios, generan desbalances que irrumpen en su estabilidad mental y las predispone a depresión y ansiedad y una mayor tendencia al suicidio (Adaury et al., 2018a; Adaury et al., 2018b; Adaury et al., 2017; Rahman & Linsenmeyer, 2019; T'Sjoen et al., 2019). De acuerdo a las cifras encontradas, las personas trans tienen una tendencia del 10% mayor al suicidio, comparado con la población general (Wolford-Clevenger et al., 2018; Zapata Pizarro et al., 2019). Por su parte, una revisión sistemática en base a un metaanálisis de estudios de 39 países con un promedio de 464.000 participantes evidencia que existe una incidencia mayor de trastornos del estado mental en la población trans, 29,2% para una alteración del estado del ánimo 12,9% para la ansiedad y un 10,7% para el uso de sustancias psicoactivas (De Freitas et al., 2020).

Transitar, en su sentido más amplio y no solo relacionado con el género, tiene un gran precedente en la vida del individuo, desde la segregación social, el rechazo de la familia, los amigos y la pérdida de la pareja, puede llevar a desarrollar alteraciones en la conducta social, y generar ansiedad y depresión. Conociendo esto, se puede impactar positivamente para tener poblaciones emocionalmente fuertes, sanas y un impacto en la salud pública fomentando la prevención desde unas bases sólidas de la de identidad sexual y de género, contribuyendo a la disminución de las conductas de riesgo como la automedicación y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (Alcaldía de Bogotá, 2019).

Se conoce como SPA a aquellas que tienen la capacidad de alterar la conducta al actuar sobre mecanismos cerebrales que normalmente regulan las funciones del estado de ánimo, el pensamiento y la motivación de las personas (OPS, 2021). Se reconocen en nuestro medio el alcohol, el tabaquismo y las drogas ilícitas como la cocaína,

la marihuana entre otras. Estudios en Colombia presentan datos de la encuesta nacional de salud mental de 2015 donde se describió información de 408 adolescentes entre 12 y 17 años que reportan consumo de sustancias psicoactivas por lo menos una vez en la vida, siendo una muestra representativa a nivel nacional. Se encontró que la sustancia de mayor consumo fue el alcohol con una prevalencia de 16,6% (IC95% 14,2-19,2), Bogotá constituye la región con mayor consumo de sustancias con una prevalencia de 33,8% (Carrasco-Cifuentes et al., 2020; Cruz-Ramírez et al., 2018).

En otro resultado se mostró que el 21,9 % ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva y 12,4 % reporta haberlas consumido simultáneamente con alcohol (Córdoba Paz et al., 2017; Restrepo-Escobar y Sepúlveda Cardona 2021) La marihuana es la droga más consumida (11,2 %), seguida de cocaína (9,1 %). La Marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo entre los colombianos (Ministerio de Justicia y del Derecho [MinJusticia], 2019). El consumo de sustancias psicoactivas se asoció significativamente con la actividad sexual (Córdoba Paz et al., 2017).

Por otra parte, los estudios sobre el consumo de sustancias y las adicciones entre las personas trans son escasos. En personas trans se sugiere que el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas es diario y está fuertemente asociado a las que realizan trabajo sexual. (Bockting et al., 2013) y entre ellas pareciera ser significativamente mayor entre las mujeres trans VIH positivas que entre otras personas VIH positivas (Toibaro et al., 2009)

En otros aspectos sobre el consumo son Bockting et al. (2013) quienes nos dejan saber las razones por la cuales esta población presenta estos factores de riesgo para el consumo de SPA y es que lejos del uso recreativo que pueda coexistir en el desempeño de la actividad sexual, está la necesidad de hacer más llevaderas las diferentes situaciones que conlleva el trabajo sexual y las situaciones asociadas a este, como por ejemplo, clientes indeseables o violentos, así como también se ven obligadas a consumir alcohol y otras sustancias a demanda y satisfacción del servicio sexual. Además, con el fin de reducir los efectos del alcohol, recurren a la cocaína u otras sustancias estimulantes. Este contexto pone de manifiesto la poca posibilidad de negociar un encuentro sexual, aumentando la vulnerabilidad y el riesgo de infección por VIH y otras ITS. En este sentido sobre la calidad de vida de la población trans, deja ver el consumo de SPA como

mecanismo de afrontamiento ante ciertas situaciones que permitan soportar las diversas realidades.

De esta manera, se puede observar cómo ante dos aspectos como el consumo de SPA y la hormonización, la percepción de la salud claramente está movida y determinada por los aspectos sociales, que a su vez obligan a la realización de conductas, posibilitando riesgos potencialmente negativos para la salud física y mental de la población de mujeres trans, facilitando así, el desarrollo o manifestación de enfermedades crónicas y agudas de gran impacto en la morbilidad. A todos estos riesgos se les llamará factores biomédicos por el poder de modificar biológicamente la salud de un individuo, pero reconociendo el impacto que el entorno tiene en este proceso.

Retomando entonces el objetivo, identificar y ser consciente de esos factores biomédicos, tener en cuenta el contexto familiar, social y laboral de las mujeres trans, de reconocer la complejidad de los procesos psicológicos, físicos y sociales que incrementan la alteración de su estado físico y mental; se hace importante establecer el riesgo psicosocial (Zapata Pizarro et al., 2019). Para ello se requiere de la identificación temprana de cualquier situación que pueda afectar negativamente y generar un impacto en su curso de vida (Safer & Tangpricha, 2019). De esta manera, se espera comprender el universo de realidades y cómo podemos cuidar su integridad biopsicosocial desde ese contexto de la hormonización y el consumo de SPA y los factores biomédicos asociados a estos.

A continuación, se hace integración entre los resultados obtenidos en los encuentros con las mujeres participantes durante estos tres años del Proyecto y la discusión a partir de los referentes científicos y el lugar disciplinar de las investigadoras. Se considera que para este capítulo la forma más integrada y coherente es tejer estos escenarios de encuentros de saberes que permitan abordar de forma más integrada las experiencias de vida trans.

Como advertencia es preciso resaltar que en ningún momento se pretende hacer algún diagnóstico clínico o caer en la patologización de las experiencias, al contrario, como parte de esta investigación desde lo transdisciplinar, se legitiman e integran los diferentes saberes en

pro de fortalecer la salud y el bienestar, el cual es el interés que nos ha congregado el *Proyecto TranSER*.

## Resultados y discusión

A continuación, se muestran los resultados que evidencian algunos aspectos de la situación de salud percibida por algunas de las mujeres participantes, a partir de las categorías que se presentan a continuación. En ellas se resaltan el impacto en la salud integral como una manera de dejar un precedente y de generar una mejor calidad y acompañamiento en todo su proceso de atención; se lleva la mirada sobre el concepto de salud en mujeres trans y cómo es percibido desde: los procesos de transformación corporal con énfasis en la hormonización y los procedimientos estéticos, el consumo de SPA y su relación con algunos factores biomédicos detectados para otorgar una línea de base para el diseño de intervenciones que puedan llegar a impactar esas necesidades que son percibidas por las propias mujeres.

Se espera además resaltar la necesidad de realizar ajustes en el sistema de salud como, por ejemplo, en la calidad de atención, tanto en los aspectos clínicos como en el humanitario. Es de notar, que muchas de las situaciones de salud o ámbitos a las que las participantes están expuestas, se asocian a variables multifactoriales que a su vez parecen interrelacionarse entre ellas, constituyéndose en factores de riesgo mutuos, lo que converge en un ciclo que, a simple vista, parece perpetuar la condición de vulnerabilidad y de estigma en las mujeres trans, lo que se ha normalizado para esta población. Ajustes desde una atención humanizada como ya se mencionó, podrían hacer la diferencia. Puesto en sus palabras:

... El tratamiento hormonal también influye mucho en los estados de ánimo de las chicas trans, más cuando en ese momento no tiene como un procedimiento con un médico que las está supervisando, sino que se auto medican, y fuera de eso, transversal a todo, los estados emocionales por la familia o la pareja, y en este caso con la parte de las hormonas, fuera de eso con los SPA, las sustancias psicoactivas... (Armenia, Grupo de discusión)

Se encuentra un sentir y un deseo para ellas desde el deber ser; cómo poder participar de los mismos derechos en materia de salud, pudiendo garantizarles un mínimo de bienestar (Domínguez et al., 2017) salvaguardando el libre desarrollo de sus identidades y en ese



proceso conservar su salud. No obstante, esto parece ser una realidad aún distante desde su perspectiva. Dicho esto, el principal proceso al que desean acceder es el de tránsito asociado a la transformación corporal con hormonas o a través de procedimientos estéticos y/o quirúrgicos.

### *Transformación Corporal, Hormonización y procedimientos estéticos, realidades y retos*

Para hablar de los procesos de transformación es hablar sobre ser congruente con la identidad de género, que es tal vez, el deseo y objetivo común que logra captarse en las narrativas de las participantes. Para hacer realidad ese deseo, inician procesos de transformación corporal, que en la mayoría de los casos no suelen estar orientados por profesionales o profesionales formados para tal fin. Y, una de las razones principales que ya se han mostrado, es que muchas de ellas se enfrentan a limitaciones de acceso a la salud (Domínguez et al., 2017).

... Me metí a una página de Facebook y ahí me decían que tenía que tomar, dosis, parecía una receta. Con médico ninguna, porque aquí tengo los exámenes, y eso se vuelve así, es sumamente complicado, porque si no es un médico de una EPS, eso es súper engorroso. (Cartagena, Grupo de discusión)

La narrativa anterior deja en evidencia no solo la falta de oportunidad en las citas médicas, sino que también muestra los retrasos en los procesos, a pesar de tener cobertura por el sistema de salud. Se observa con esto la insuficiencia de programas creados para la atención idónea de esta población; los que a su vez pueden tener una escasa socialización y, por tanto, que las mujeres trans tengan falta de garantías en el desarrollo y construcción de sus identidades, poniendo en riesgo su salud. (Estrada-Montoya y García- Becerra, 2010; Lozano-Beltrán, 2018).

... ah! pues me han orientado, pero no sé qué tanto enredijo, eso me mandan a tal parte a sacar cita, que, de la cita a sacar la autorización, que de la autorización sacar la cita, ay no, no, a mí no me gusta ese reguero. (Jamundí, entrevista en profundidad)

En contraste, podemos encontrar a aquellas mujeres trans con otras oportunidades: "... Hoy en día no me hormonizo, pero estoy en el proceso de hormonización con la EPS, Comfandi, es

espectacular como me atienden, allá súper y he tenido asesoramiento súper espectacular, la doctora, los doctores, el trato es espectacular...” (Bogotá, entrevista en profundidad).

Como mencionan las mujeres que ya llevan años hormonizándose o tienen mayor edad; los procesos de antes y las oportunidades que ellas tienen ahora son diferentes y, sin embargo, como se ha ido mostrando sigue habiendo una brecha por cubrir.

Para mí algo súper interesante, que estoy viendo hoy, es la forma en como hablan ellas: mi endocrinólogo, mi EPS, las hormonas que pedí, que solicité, que no sé qué no sé cuándo... que somos de una época diferente a las de ustedes, me siento feliz de escucharlas de ustedes, lo que están diciendo ahí: “es mi EPS, mi médico, me atiende”... en cambio, nosotras no tuvimos la oportunidad de decir mi endocrinóloga, mi médico, nosotras lo tuvimos que guerrear, si nos tocaba automedicarnos y preguntarle a las que le veíamos los senos bonitos... (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Las mujeres participantes en sus deseos de expresarse y lucir en congruencia con su identidad de género; como lo ejemplifican estas narrativas al no recibir apoyo o información adecuada encuentran soporte y valor para iniciar su tránsito en sus pares.

... eso fue cuando yo ya me volví trans, yo había acabado de salir del colegio y yo salí con ese estigma de que, de pronto, no podía estar como yo me sentía, caminar así, hablar... o sea, todo lo femenino, no, entonces una compañera del colegio mío me dijo “¿Por qué no tratas de conocer gente que tenga tu misma orientación o que sientan lo mismo para ver qué es lo que te gusta? Ahí fue que yo empecé a conocer y bueno... ahí conocí a las torres, a una chica de la peluquería de ese barrio y ahí fue cuando yo llegué la vi, y tomé la decisión de transformarme, porque yo ya vi otras personas que sentían lo mismo que yo. (Cali, entrevista en profundidad)

Muchas pueden ser las motivaciones por las que una mujer trans decide iniciar un proceso de tránsito con las hormonas, pero la razón principal radica en obtener congruencia con su género sentido y su imagen corporal y que esta a su vez responda a las construcciones hegemónicas de lo que significa ser mujer en nuestra sociedad, lo que genera una autopercepción de la imagen corporal que termina por influir en el sistema de creencias y prácticas que una persona adopte, para sentirse satisfecho/a con su imagen corporal (Soto Ruíz et al., 2015). “Para que me cambie más el cuerpo, para verme más

mujer” (Jamundí, entrevista en profundidad). “...porque queremos ser bellas... esa es la base, hormonizarse, porque un marica sin hormonas...” (Armenia, Grupo de discusión). “Para feminizar mi piel, la voz, salen un poquito de senos” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Otra diferencia la encontramos cuando se trata de tomar la decisión de hacer el tránsito y lo que este podría modificar; lo que en algunos casos representaría un retraso en la decisión o una negativa ante la posibilidad de la transformación corporal, tales son las preocupaciones con respecto al resultado final y si el aspecto físico les favorecerá ante diversas situaciones como, por ejemplo: la posibilidad de ser contratadas laboralmente o si las van a seguir buscando como pareja. Otras mujeres simplemente no consideran necesario realizar transformaciones tan radicales, como la vaginoplastia para sentirse o expresarse como mujeres, como veremos en las siguientes participantes.

... porque hay miedos, miedos que todos tenemos, obvio... es más, aún tengo miedos... sí, tengo miedo en el aspecto cuando yo termine de estudiar psicología, si me van a contratar, si no, si me va a tocar luchar mucho en este aspecto. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Participante: Digo, “si yo me cambio de órgano sexual, ¿será que un hombre me va a seguir viendo como una mujer más?”, entonces yo creo que si buscan a una trans es por algo...

Participante: Me mandaría a hacer solamente el busto, no más, y la rinoplastia, no más, pero el sexo de vagina no es como conveniente para mí porque, no sé, no me sentiría bien porque pues, tanto para mí como para los clientes, porque uno trabaja también en la calle y pues hay muchos clientes que no la quieren a uno así, con vagina.

Participante: Yo sí me quiero hacer nariz y tetas, pero no me quiero hacer vagina y no me quiero inyectar biopolímeros... (Armenia, Grupo de discusión)

Estas diversidades en las motivaciones dejan entrever el sinnúmero de posibles causas para elegir el tránsito o no optar por este, condicionantes como el asociado a la manera en que generan sus ingresos, al concepto y satisfacción con la expresión de su género, por ejemplo. Esto indica, que no todas comparten la necesidad de transitar

al cambio físico para sentirse o reconocerse como mujeres, aun teniendo la posibilidad económica de acceder a una transformación corporal.

Las personas trans no siempre presentan una identidad de género fija, sino que esta puede ser fluida y cambiante a lo largo de sus vidas. Por ejemplo, las identidades de las personas que participaron en el estudio de Lucas-Carr & Krane (2012) fueron diversas. El estudio de Semerjian & Cohen (2006) también revela cómo las personas participantes mostraban identidades maleables.

Algunas personas trans pueden optar por cambiar su rol social de género, pero no necesariamente se someten a tratamientos médicos que confirmen el género (por ejemplo, hormonas de sexo cruzado, cirugía de reafirmación de género) (Beek et al., 2015; Coleman et al., 2012; Van de Grift et al., 2018; Wylie et al., 2014).

... para ser mujer no necesitamos tener tetas, ni tener un culo inmenso, no, la mujer trans es por su condición y por su forma de pensar, así; yo me siento mujer desde niña por mi forma de pensar. A mí, por ejemplo, nunca me gustó ser voluptuosa o tener un cuerpo exótico... O sea, la construcción mía es más allá de lo estético, es, primero que todo, sentirme yo mujer, al sentirme mujer voy a expresar ser una mujer, mi feminidad... Entonces es eso, para mí lo femenino puede ser lo que significa para mí la sexualidad, el vestirme, el sentirme mujer, ponerme unos tacones, colocarme un baby doll, colocarme unas tanguas, verme en un espejo... Eso es para mí ser mujer. (Armenia, Grupo de discusión)

Como ya se mencionó en otro apartado, a pesar de la amplitud y lo complejo del tema, todas estas mujeres están en búsqueda de la congruencia de su identidad que logran según la expresión con la que se encuentren satisfechas. Es importante hacer un énfasis en aquellas que encuentran en la inmediatez la guía de sus pares para iniciar el tránsito desde la transformación corporal, ya que alentadas en el logro de los resultados físicos obtenidos, no ven la necesidad de consultar a profesionales de la salud desconociendo dosis y posibles efectos secundarios de la terapia hormonal poniendo en riesgo su vida; lo que entre líneas nos alerta sobre el estado de conciencia en cómo se aborda el tema: "... No, yo misma dije que necesitaba las hormonas y ya, entonces fui a la droguería y allá mismo me las aplican sin ir a ningún médico y sin ir a ningún lado." (Jamundí, entrevista en profundidad). Otra participante agrega: "Me orientó el internet.

Porque como yo era hija única y en esa familia no tenía contacto con nadie del exterior, entonces en mi vida yo no había conocido a una transexual...” (Jamundí, entrevista en profundidad).

... Sí, empecé a inyectarme hormonas y me decían “las hormonas que te debes inyectar son estas y estas, así que pruebe una a ver cómo le va y se queda con la que más efecto le haga”. Entonces yo hice eso, llegué al punto de inyectarme 4 veces al mes para acelerar supuestamente el efecto. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Al leer estas narrativas puede palpase un sentido de urgencia que demanda resultados a corto plazo con el uso de hormonas y aunque hoy en día existen en el sistema de salud alternativas en la atención a la población trans, sigue presentándose estadísticas de morbilidad asociada a la toma automedicada que al omitir antecedentes clínicos tanto personales o de familia, como los hábitos o factores de riesgo personales, eligen sin criterio medicamento, dosis, frecuencia y vía de administración en todas muy variables y cumplimiento irregular, que sumado a la ausencia de seguimiento o control médico contribuye al aumento de dichas estadísticas. Algunos de los efectos secundarios destacados son los circulatorios, entre ellos se encuentran, aumento de la presión arterial, el riesgo de trombosis lo que puede llevar a trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular isquémico todos ellos potencialmente fatales o con secuelas (Fergusson et al., 2018; Rahman & Linsenmeyer, 2019; Weinand & Safer, 2015).

Participante: ¿Por qué?, porque yo estoy en una condición, que tengo una enfermedad que se llama la tensión alta, entonces con las hormonas se me sube más la tensión y pues me tuvieron que suspender la hormona...

Participante: ... me hormoné mucho, lo que estamos hablando ahora, bueno, me es difícil un poquito para hablar porque el año pasado me dio trombosis y este año pues estoy en recuperación. (Bogotá, Grupo de discusión)

... yo me hormonizaba antes, el médico, pues, me dijo que no debía hormonizarme tan seguido por el problema de la circulación (...) la hormona le empieza a afectar en otras cosas y más con el problema que

tengo de la circulación, es terrible. Me toca obedecer. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Otro de los efectos descritos son las alteraciones del metabolismo del calcio asociado a la toma de estrógenos y por tanto al riesgo a largo plazo de osteoporosis. “Con las hormonas también hay riesgo de osteoporosis a largo plazo, y si uno no tiene la alimentación adecuada, ni hace ejercicio, los huesos se van a quedar muy débiles y se van a quebrar con nada” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

Los demás efectos de la hormonización, están muy ligados también a causas frecuentes que llevan a la suspensión de la administración de las hormonas, pues sus síntomas terminan siendo muy molestos o incapacitantes para asumir la vida diaria; impresión de esto, se recoge de las narrativas, esto efectos son: las alteraciones endocrinas u hormonales, por ejemplo: la galactorrea, que es la secreción de leche por la glándula mamaria, alteraciones de la tiroides, alteraciones del ánimo y entre estas, el aumento de peso, como la causa más frecuente de deserción. “por ahí, hay una amiguita mía que está así de gordota, ¿por qué? Porque esas son hormonas que le inyectan a las vacas, ¿sí? (Bucaramanga, entrevista en profundidad). Además, “había unas hormonas que me hacían botar leche, entonces las ubres eran llenas de leche. Entonces yo dije no, ya no quiero más de esto” (Bucaramanga, entrevista en profundidad). Y “¿la tiroides? Pues como me apliqué tanta hormona en mi juventud, entonces por eso sufro... yo tengo por ahí 20 años de tomar pastas para eso.” (Cali, entrevista en profundidad).

... se me ha manchado la piel y pienso que es de eso, de los estrógenos, que me los pongo cada 28 días, entonces es muy complicado, encontrar un producto o una droga que me haga el efecto que yo necesito en mi cuerpo y que no me perjudique... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Es de resaltar que, aunque sigue existiendo la brecha entre la automedicación y sus consecuencias y el acceso a un programa de tránsito asistido por personal calificado; se ha ido levantando sobre todo entre las mujeres de mayor edad, un nivel de conciencia que en apariencia se apertura a crear una cultura para las nuevas generaciones de mujeres trans. Como se pudo apreciar anteriormente es a través de las pares, que actuando también como red de apoyo; guían y orientan los procesos de las mujeres que desean iniciar su tránsito, tratando de

evitarles los riesgos y consecuencias asociados a una hormonización sin control médico e invitándoles a seguir la ruta apropiada de consulta profesional (Caribe Afirmativo, 2019).

Me estaba hormonizando, pero como le contaba al endocrinólogo, las hormonas yo me las colocaba sin un control, sin revisarme, y eso me estaba causando como daños, me generaban dolores de cabeza, como cansancio y agotamiento. Entonces las suspendí porque no me quiero enfermar... Voy a sacar una cita con el endocrinólogo. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Entrevistadora: Si llegara el caso de que una chica le dijera: “esto sirve, funciona 100%”, ¿lo realizaría?

Participante: No creo, porque pues cada cuerpo es diferente, y pues hay dos amigas que toman el mismo medicamento, a una le ha funcionado muy bien y a la otra le ha dado muchas várices. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Pero sí, brindo apoyo a las chicas que están en transición, les digo que hagan las cosas correctamente, como deben ser, que acudan a un médico, pida su cita, como debe ser, que acudan y hagan el conducto regular que es el médico general y que los remitan a un endocrinólogo para que ellos mismos digan qué hormonas deben tomar cada una, ¿por qué? Porque no me ha pasado a mí personalmente, pero hay muchos casos de chicas trans, aquí en la ciudad de Bucaramanga, que han pasado, que nos auto medicamos y los efectos secundarios son catastróficos... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Todas estas experiencias recogidas nos hablan de una realidad que es necesario enriquecer en pro de contribuir al mejoramiento de la salud integral y bienestar de las mujeres (Van de Grift et al., 2016; Van de Grift et al., 2018; Zucchi et al., 2019). Informar, educar o culturizar toma tiempo, por eso es importante encontrar alianzas que fortalezcan los escenarios donde las mujeres se sienten confiadas y bien recibidas en su vida diaria, facilitando la comunicación y escucha, pero sobre todo donde quienes tengan a su cargo la atención personalizada, se encuentren no solo preparados profesionalmente sino ante todo sensibilizados con sus historias y recorridos de vida,

que generen el tacto y la mirada compasiva y no solo inclusiva, que es requerida por ellas.

Entrevistadora: “¿Qué fue lo más complicado desde que iniciaste la transición?”

Participante: La aceptación, de que la gente entienda de que esto yo no lo hago por capricho, ni por negocio, ni porque la gente me acepte, es porque yo lo siento así, me siento así”. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Esta mirada previa invita y reta a construir y trabajar en redes, principalmente entre pares, familias y sistema de salud que aprovechando las ventajas legislativas que se disponen hoy en día podrían ofrecer un mejor tránsito a esta comunidad tan vulnerada hasta ahora. Y es que como lo dicen las mujeres trans más experimentadas, contar con esos tipos de apoyo, hace la diferencia en la presentación de riesgos desde lo biopsicosocial que se ha abordado.

Entrevistadora: ¿Hubieras querido recibir asesoría?

Participante: Eso si es verdad, hay ciudades, lugares o chicos muy afortunados que cuentan con el apoyo de las familias desde muy pequeños y pueden llevar un proceso de transformación porque, a parte de la hormonización, es un proceso muy largo y tiene que ver hasta con la alimentación; y sí, hay niñas que en verdad las forman y ahora son unas mujeres hermosas... (Armenia, Grupo de discusión)

El doctor que nos estaba mirando ahora me remitió a un hospital en Bogotá, que es un hospital donde hay muchos especialistas en cuanto a personas trans... me ha preguntado que si me he quiero hacer el cambio de sexo... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

### *Transformación Corporal desde los procedimientos estéticos*

Es evidente que en el proceso de tránsito la mayoría de las mujeres trans buscan ser congruentes con el género sentido, siendo diversas también las formas de hacerlo. Ya tratamos algunas motivaciones que influyen en el inicio del tránsito. Recordemos que ellas además de sentirse y expresarse como mujeres, comparten el sueño en común de verse y lucir, como una, siendo poseedoras de atributos físicos que les permitan catalogarse como tal. Lo que se convierte además en un



reto, pues como hemos visto, en términos de oportunidades, como el acceso a salud y los costos de los tratamientos o procedimientos; hace que vayan a ritmos y por rutas diferentes, siendo para algunas más amigables que para otras, debido a las inequidades y determinantes sociales de esta población. Es esta la principal razón que induce a muchas de ellas a tomar los caminos que acorten el logro de dicho objetivo accediendo a la realización de procedimientos quirúrgicos y estéticos no siempre en manos expertas, para el contexto, comúnmente hecho por pares; que como se encontró en una narrativa previa, suele poner en riesgo la vida de nuestra población participante.

Considerando lo anterior, es importante que se retome de forma puntual las diferencias con el proceso de hormonización; la principal; es que realizar un procedimiento puede llevar minutos u horas, pero los resultados de un procedimiento estético o quirúrgico se puede apreciar de inmediato. Contrario como sería en el tratamiento hormonal en el que se debe invertir tiempo para ver un resultado.

En ese sentido el hallazgo que más llama la atención es la variabilidad en los motivos para elegir ciertos atributos físicos, específicamente en la posibilidad de reafirmación de género o no; que van desde motivos económicos vinculado al trabajo sexual, o porque existe satisfacción con sentirse y aceptarse como mujer desde el aspecto psicológico, ya comentado previamente.

... siempre estuvo de que yo era mujer, que yo soy mujer, me siento mujer, y de que en algún momento me iba a hacer la reasignación de sexo, porque no, la verdad no me sentía bien con lo que tenía ahí. Yo sabía que lo usaba porque me daban ganas de hacer chichí, solamente para eso, sabía que si iba como a ducharme no me iba a gustar lo que yo veía ahí, entonces siempre tuve eso en mi mente, hasta que Dios me dio como la fuerza, no solo de poder tener el dinero, sino la fuerza para yo ser lo que quería. (Cali, entrevista en profundidad)

... cirugías sí me he hecho, reasignación de sexo no, porque no quiero ser transexual, estoy identificada como mujer transgénero... ehh me he hecho el cuerpo, tengo dos rinoplastias, mentón y vine precisamente a Cartagena para poderme operar el busto. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Estas historias, deja ver diversidad en la construcción de sus identidades, por la manera como se concibe, se percibe o se significa ser mujer. En ese orden, están también; las mujeres que necesitan un

proceso completo que incluya la reafirmación de género para sentirse plenas, lo que contribuye a su bienestar y entra en congruencia con su identidad de género, como nos lo cuenta la siguiente participante.

Entrevistadora: ¿Y qué cambió en ti desde la mujer que eras antes de la operación a la mujer que eres después de la operación?

Participante: Todo, ahora estoy mejor, estoy más feliz, creo que ya me siento completa, me siento como lo que yo quería ser y creo que fue algo complementario para mi vida y para mi cuerpo. (Cartagena, entrevista en profundidad)

En medio de todas las razones psicológicas por las que una mujer trans decide realizarse o no un procedimiento, encontramos una situación que parece estar muy presente y de la que nuevamente se puede abstraer entre líneas, la necesidad de creación, fortalecimiento y crecimiento de programas de atención específica para población trans y sus requerimientos, que puedan estar al alcance de estas.

Esta situación nos habla de la igualdad de oportunidad en los procesos de tránsito que, ofreciendo una ruta en salud apropiada, puede llegar a impactar en las cifras de procedimientos con eventos adversos. La situación se presenta cuando ante la comparación de mujeres trans con procesos de tránsito más avanzados que el de otras que persiguen los mismos cambios corporales; se toman decisiones de forma apresurada, en un intento por acortar camino, siendo seducidas por procedimientos estéticos con técnicas y sustancias no avaladas; exponiéndose a infecciones u otras morbilidades (Bockting et al., 2013).

Pero yo creo que, en medio de toda esta situación de la transformación corporal, no, es que nuestro afán de transformación no es solamente por nuestra identidad propia, por nuestro físico propio, por nuestra figura propia, sino que, también es como una competencia en la que estamos constantemente. Desafortunadamente, muchas mujeres trans siempre se sienten afectadas al ver que algunas son más femeninas, o que tienen diferentes cuerpos, que están más trabajados que otras y en búsqueda de esa necesidad de conflicto, porque finalmente eso es un conflicto de

comparación, se prestan a buscar espacios o técnicas que desafortunadamente afecta mucho su cuerpo. (Armenia, Grupo de discusión)

Los procedimientos que incluyen el material inyectable tienen por preferencia ser realizados en los labios, glúteos, piernas y caderas, zonas característicamente de formas más voluptuosas y llamativas acorde a la anatomía femenina y a la preconcebida dentro de sus expectativas, ya que no necesariamente optan por modificarse todo. Lo que nuevamente obedece en respuesta a la construcción individual de la identidad de género, pero también a las exigencias sociales o constructos hegemónicos de ser mujer, a la exigencia de sus clientes o parejas, incluso a la posibilidad de mayores oportunidades laborales.

Algunos de los materiales usados para lograr la transformación corporal según sus narrativas, son el aceite de panadería, los biopolímeros y el silicón líquido (Bockting et al., 2013). “... yo me metí aceite de panadería en los senos y eso se está filtrando en lo que son las fibras XXX, me está molestando mucho...” (Bogotá, Grupo de discusión).

Por tanto, se evidencian los riesgos y efectos secundarios a los que se han expuesto, como lo cuentan algunas mujeres en sus relatos, al aplicarse dichos materiales, en manos no profesionales

Entrevistadora: La silicona en la cola, ¿hace cuánto te la pusiste?

Participante: Uy hace muchos años, hace como 16 años, pero entonces el problema es en la pierna, no me molesta atrás, porque a mí me hicieron muchos procedimientos atrás... pero yo sufro de la circulación, entonces todo eso se me complicó. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Bueno, yo voy a decir algo respecto a los biopolímeros... hay una vanidad, que me puse los glúteos, entonces los quiero más grandes entonces se vuelven a poner y ahí es donde está el peligro de morirse, porque se les va a los pulmones ese líquido... (Armenia, Grupo de discusión)

Cabe señalar, que, así como en la hormonización, en estos procedimientos sigue siendo usualmente un par quien acompaña esta transformación y realiza las recomendaciones respectivas.

Participante: Me quiero inyectar silicón fluido.

Entrevistadora: ¿Pero has consultado antes con el médico eso?

Participante: No, porque los médicos no lo hacen. Lo hacen las mismas maricas... Es que las prótesis se ven horribles... es mejor el silicón fluido, se ve más natural. (Calarcá, entrevista en profundidad)

Sí, con una trans, yo llegué comí papitas y todo mientras esperaba, luego la gorda llegó y yo bueno... me operó, le hacen a uno acá con una venda, te ponen venda aquí y empiezan en un vaso a vaciar un líquido, y entonces ya con la jeringa te va inyectando. (Armenia, Grupo de discusión)

En este punto, se debe recordar que transitar produce y moviliza emociones con grandes precedentes en la vida de la persona trans, desde la segregación social, el rechazo de la familia, amigos y la pérdida de la pareja lo que puede llevar a desarrollar alteraciones en la conducta social, y generar ansiedad y depresión además de la asociación que tienen estas con los efectos secundarios de la hormonización. Es por eso importante hablar de las mismas.

### *Depresión y ansiedad como manifestación multifactorial*

Al recoger las narrativas de las chicas trans no se puede establecer la depresión y la ansiedad incluso el pánico como un factor único común de su causa. Lo que aquí encontramos es un universo de situaciones que convergen en el no reconocimiento de las necesidades de las mujeres trans por parte de los profesionales de la salud, por tanto, pueden pasar por alto los riesgos a los cuales están expuestas, y es por ello por lo que el sistema de salud sigue sin responder asertivamente a sus múltiples necesidades (Lozano- Beltrán, 2018). Una de ellas es poder detectar y establecer los riesgos asociados a lo psicosocial y emocional de las participantes, algunos estudios con mujeres trans, reportan un 39% con grave malestar psicológico versus un 5% en la población general lo que representa para ellas 9 veces más

riesgo de intentos suicida (Wolford-Clevenger et al., 2018; Zapata Pizarro et al., 2019).

Para la población participante he aquí algunas de las razones y factores asociados constantes y percibidos por ellas como causas estados emocionales como: las que van desde solo la sensación de tristeza por solas en el proceso, por efectos secundarios de la hormonización, o como efecto adverso del uso de sustancias psicoactivas, pasando incluso por hasta la ideación e intento suicida.

Entrevistadora: ¿Ustedes han tenido momentos de tristeza, ¿en qué momentos o cuáles son los momentos más difíciles de tristeza o rabia para las mujeres trans?

Participante: La soledad, uno da mucha mente a las cosas.

Participante: Porque uno vive solo.

Participante: Sí, cuando uno se queda más solo...

Participante: Yo hablo por mi parte, nosotras las trans manejamos muchas hormonas, mucha drogadicción; a nosotras nos varía mucho el genio, entonces le echamos mucha mente y ahí es donde viene la depresión.

Participante: Y aparte, ese sentimiento en la conciencia de “soy diferente”, aparte de eso, tras de que te sentís así, le pasa lo uno, le pasa lo otro y estoy en esto y lo otro y si no veo la diferencia, por qué me siento diferente, como un arranque, se siente de una como menospreciada. (Jamundí, Grupo de discusión)

La posible dependencia a las SPA y los efectos secundarios se manifiestan prolongando los estadios emocionales o agravándose, como se podrá observar cuando se hable de las sustancias psicoactivas, otros son producto de su proceso de hormonización en la mayoría de los casos asesorado por pares y sin vigilancia médica; factor que también se suman a los riesgos biopsicosociales de esta población trans para los diagnósticos de estrés, ansiedad y depresión como consecuencia de un sistema poco oportuno y carente de atención integral, diferencial y/o afirmativa de género dignas (Aisner et al., 2020).

En los siguientes resultados se pone de manifiesto los síntomas percibidos como depresión y ansiedad con un origen multifactorial fuertemente asociado al contexto ya descrito, en el que convive la

población trans en una relación bidireccional entre sus orígenes, resaltando sus riesgos y vulnerabilidades.

... En este caso la depresión, también influye mucho la parte de drogas, pues uno que solo consume marihuana, pero las personas que consumen pepas, que consumen heroína, entonces cada droga asemeja diferentes tipos de circunstancias, entonces es no solo el tema de trabajo sexual, sino de consumo, que eso ayuda mucho al estado de depresión, porque usted no va a trabajar igual periqueado o no. (Armenia, entrevista en profundidad)

... este tipo de SPA, entonces de cierta forma eso también puede ser un elemento que puede también causar que la emoción de la persona, en este caso las chicas trans a través de los procesos, “¡ah! que como estoy aburrida, entonces me voy a fumar un bareto, hay momentos en que ya no hace efecto el bareto, entonces consumen otras cosas. Entonces hormonas, pepas y al otro día quiere morirse. El hecho de no tener plata... (Calarcá, Grupo de discusión)

... el tratamiento hormonal también influye mucho en los estados de ánimo de las chicas trans, más cuando en ese momento no tiene como un procedimiento con un médico que las está supervisando, sino que se auto medican y fuera de eso, transversal a todo, los estados emocionales por la familia o la pareja, y en este caso con la parte de las hormonas, fuera de eso con los SPA (...) también influyen en que la persona pueda caer en un estado de depresión o algo psicológico, (...) Sí, las hormonas lo vuelven a uno muy sentimental, porque yo lo he vivido. (Armenia, Grupo de discusión)

Además, en sí la hormona causa depresión, la bipolaridad en nosotras tiene que ver mucho con la hormona. Entonces miren, las hormonas, las drogas, el estado en que esté, porque acepto lo que tú dices, el entorno en que uno viva, el entorno en que amanecemos xxx, entonces tiene que ver mucho lo emocional con lo económico también. (Calarcá, Grupo de discusión)

El escenario previamente desarrollado visibiliza la necesidad de gestionar programas donde se les pueda permitir a las mujeres trans un abordaje, acompañamiento y tratamiento clínico integral (Zapata Pizarro et al., 2019) en vista del modelo multifactorial asociado a los síntomas depresivos y ansiosos como los predominantes en la esfera psicosocial algunas reportaron salir adelante gracias a sus parejas, al apoyo de sus familias o a la comunidad de mujeres trans que las acoge dando a entender que se podría esperar una implementación de

grupos de apoyo que incluya estos contextos con la idea de impactar en la calidad de vida, disminuir los riesgos de estas mujeres desde lo psicosocial que llegue a fortalecer los vínculos con sus entornos, empoderándose y acompañando en todo momento sus procesos.

Por otra parte, cabe mencionar el impacto sobre la salud mental para aquellas que presentan carencias en estos sentidos, debido a la falta de acceso a los servicios de salud y todo lo relacionado con sus procesos de tránsito, muchas de las mujeres trans refieren experimentar altos niveles de problemas de salud mental (específicamente ansiedad, depresión y estrés) de esta manera acceder al consumo de PSA parece hacer más soportables las dificultades y es por eso que debemos explorar este tema como un factor de riesgo psicosocial.

### *Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)*

Recordando que hay estudios que señalan a esta población con un mayor riesgo para el uso de sustancias psicoactivas (Weinand & Safer, 2015), estas se convierten en un factor importante que, en conjunto con las conductas sexuales, actúa como un riesgo que conlleva a otros riesgos. Es necesario entonces, invitar a hacer una mirada que, al integrar los aspectos complejos de las realidades de esta población, ya que estas son dinámicas, dialécticas, de causalidad circular y de movimiento multidimensional (Breilh, 2020) que sirva para comprender las razones de su marcada vulnerabilidad y las razones que motivan el consumo de sustancias psicoactivas; para desarrollar el abordaje que facilite su aproximación e intervención y; contribuir a la desestigmatización de las identidades trans para dejar de verlas como una población que tiene mayor riesgo de; y acoger modelos que aborden los procesos de salud y enfermedad que permitan reconocer cómo el ser trans al no usar una construcción de género hegemónica, las excluye de ciertos escenarios de participación social, laboral y educativo e incluso familiar. Esto ha sido desde la historia de la humanidad donde no se encuentran reportes claros de estas comunidades y sus procesos de vida, porque han sido invisibilizadas. También al generar exclusión y rechazo y exposición a violencias. Esta mirada entonces permitirá resignificar a las mujeres trans ya no

como una población de riesgo sino como una población con riesgo de padecer una situación de salud.

Entrevistadora: Lo que tú dices es que, ¿si la mujer trans tiene un problema en la calle, es más predispuesta al consumo de sustancias?

Participante: No todas, pero la mayoría sí, las que están más predispuestas en las calles, porque yo estoy en la calle y yo estoy predispuesta. (Jamundí, Grupo de discusión)

Según definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), llamaremos sustancias psicoactivas a los diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. En las descripciones de las mujeres hacen su aparición: el cigarrillo, el perico, el bazuco, el popper, la cocaína, el pegante, la heroína, anfetaminas y con mayor frecuencia la marihuana (MinJusticia, 2019) al parecer por ser la de más fácil obtención; encontrando a el alcohol como el psicotóxico con el que suelen acompañar o mezclar el consumo de las demás sustancias (Córdoba-Paz et al., 2017; Restrepo-Escobar y Sepúlveda Cardona 2021) con una frecuencia de consumo diario lo que correlaciona con estudios en comunidades trans.

Entrevistadora: *¿Y el licor cada cuánto?*

Participante: *También, porque yo eso no lo hago como por deporte por ahí debajo de un árbol, no. Tiene que ser que yo esté consumiendo.* (Armenia, entrevista en profundidad)

Así como se presentan de forma multifactorial las manifestaciones mentales en este grupo; de esta misma manera podemos decir que se da el consumo de SPA. En los relatos podemos ver los diversos modos de vivir y afrontar la vida y es tal vez este último lo que determina la necesidad de su consumo. Recordando los efectos que sobre las funciones del sistema nervioso realizan las SPA; las mujeres trans amparadas en sentir “alivio” en su modo de vida y de encontrar en este, un soporte, se muestran tentadas a iniciar su consumo. no obstante, aunque en sus narrativas si bien la asociación del consumo es multicausal, su mayor incidencia la encontramos como mecanismo o estrategia de afrontamiento emocional, ligado a la tristeza, la ansiedad,



el miedo y el estrés de su vida diaria (Bockting et al., 2013). “Hay muchas maneras de desahogarse, yo creo, digamos unas buscamos en el alcohol, otras buscamos en las drogas, otras buscamos llorar, otras buscamos digamos una compañía o alguien para, como dice el cuento, desahogarse” (Bogotá, Grupo de discusión). Otra participante expresa: “yo siempre he dicho es que no me considero adicta, porque cuando quiero la consumo, cuando no quiero no la consumo, para mí es un relajante, para mí es el mejor relajante que pueda existir” (Cali, entrevista en profundidad).

Participante: ¿Qué nos lleva a consumir? ¿solamente es el hecho de ejercer nuestro trabajo?

Participante: No, a veces es el gusto, también el cansancio, la soledad de no estar con las familias, el rendir en el trabajo... (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Como ellas lo mencionan, el espectro del porqué se induce al consumo de SPA es amplio; sobresaliendo ciertas características que están enmarcadas principalmente por su entorno social y que de manera particular desembocan en eventos de tipo emocional. La condición social que de manera consistente se menciona es atribuida al trabajo sexual. Esta actividad es considerada por algunas, como poco gratificante y digna y a la que recurren por la necesidad de sustento y falta de oportunidades salariales; encontrando entonces en el consumo de SPA y sus efectos una manera de afrontar la situación (Bockting et al., 2013) que, a pesar de ser de índole sexual, dista de ser placentera para una parte de ellas.

Entrevistadora: ¿Y por qué en la noche? ¿para estar más relajada?

Participante: Porque odio mi trabajo, entonces así me siento como más, me relaja más, en mi trabajo. (Armenia, entrevista en profundidad)

Participante: ... ellos pagan a un privado para consumir lo que les gusta o a veces les da por sacar la loca que llevan escondida y como ellas son niñas complacientes, pues toca, porque ese es el trabajo

Participante: Y no lo niego, si yo no salgo, no tengo la necesidad de consumir coca, pero cuando salgo eso no falta y, por ejemplo, si voy 8 días a la casa

de mi mamá ni tengo la necesidad. Es como algo mental de que si salgo a la calle a trabajar tengo que consumir. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Dicho esto, parece que el consumo, en este caso estuviera condicionado al desempeño de su trabajo, a que la conciencia de su consumo estuviera racionalizada, más que a un claro factor de dependencia, por lo menos no en todos los casos.

Entrevistadora: ¿Y cuánto consumes?

Participante: Lo que se dé en la noche (risas). Lo que sea. Más que todo en las noches cuando estoy trabajando. O sea, salgo, empiezo, en la mañana, termino y ya. (Armenia, entrevista en profundidad)

En medio de este escenario del trabajo sexual, que como lo han manifestado no suele ser de su agrado, sufren también la presión de las exigencias de sus clientes, que, como parte del servicio, les solicitan participen del consumo, decisión supeditada como ya vimos por la necesidad del dinero y la posibilidad de ganar un poco más si responden afirmativamente al pedido: "... pero lo hacemos por la necesidad que tenemos de ese bendito dinero, y poder aguantar por que pararse en una calle no es fácil, pararse en una calle es muy hijueputa y uno se arriesga mucho" (Calarcá, Grupo de discusión).

... la mayoría de los clientes son muy drogadictos, entonces yo estoy consumiendo demasiada droga, sí, lo admito, lo estoy consumiendo demasiado. Quiero buscar un medio para poder alejar, quiero otra clase de trabajo, y no es por depresión, es porque las circunstancias me llevan a hacerlo... (Armenia, Grupo de discusión)

... Pues, eh... no es que uno quiera consumir, es que llega el cliente que te dice: "¿tú quieres algo más de dinero? Drógate conmigo, me gusta verlas drogadas" al ver usted que el cliente apenas le ha dado cien mil pesos y le va a dar cuatrocientos mil más, pues usted mete de esa droga, ¿qué droga es? Es: Marihuana, Perico, Bazuco, Popper, hay muchos vicios, hay muchas drogas, no te voy a negar, la droga que yo he metido". (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Se evidencia entonces que el trabajo sexual sería un primer motivo asociado al consumo. Se observa así, que esta es la principal fuente de ingresos que se menciona en las experiencias de vida de las

mujeres trans, intuyendo que hay una frecuencia ligada al consumo de SPA atribuible a la necesidad de cubrir sus gastos del día a día, es decir, que la frecuencia del consumo puede variar en la población y tener un comportamiento diario, o solo reservado para los fines de semana o a veces ser simplemente ocasional:

Entrevistadora: ¿Y con qué frecuencia lo haces? Participante: No pues a ver, es todos los días y a veces de vez en cuando (Armenia, entrevista en profundidad).

Otro motivo que se puede observar en el consumo de SPA es el de uso recreativo. Dado el estilo de vida de algunas mujeres trans, el uso de SPA es habitual como un medio de disfrute y relajación.

A mí me gusta fumar de manera recreativa, yo fumo cannabis de manera recreativa, pero lo hago solamente en las noches. Cuando termino mi jornada laboral, cuando ya llego, me desinhibo de mi trabajo, me quito mis ataduras de mi trabajo y me pongo mi ropa bien así, salgo y me fumo mis porros. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Aparte de las razones encontradas para el consumo de SPA, se describen otras condiciones que suman a la variabilidad de la frecuencia y tipo de sustancia de consumo, dependiendo del objetivo por el que son consumidas. Es así como además de asociarse al trabajo sexual y al uso recreativo, se encuentran otras razones adicionales, como: la búsqueda de sensación de hambre o como una forma para dormir mejor.

Entrevistadora: Sí, pero ¿cada cuánto lo haces? Participante: Todos los días y cada momentico porque si yo no meto un baretto, no duermo, no desayuno no me da hambre” “Fumo por ahí cigarrillito, me fumo por ahí dos o tres en el día. Y el licor cuando hay festividades, pero festividades como diciembre, de resto ya, no me veo borracha todos los días, ya no me gusta. (Calarcá, entrevista en profundidad)

Teniendo en cuenta lo anterior y acorde a las narraciones de las mujeres trans, el consumo de SPA es algo casi permanente, aunque variable en frecuencia. Se puede estimar que al aumentar la misma o estar siempre presente en ciertas circunstancias, termina por asociarse al fenómeno de dependencia o psicológica o biológica por los efectos que generan; lo que como se desglosa en la experiencia de ellas, termina por normalizar el consumo de forma regular; al menos para algunas

(Bockting et al., 2013). “Marihuana, eso sí es constante, es algo que ya nos da como igual” (Calarcá, Grupo de discusión) Otra participante menciona: “Uno debe acostumbrar al cuerpo a tomar de todo. Y los psicoactivos es de lógico, que... quién gay no ha fumado marihuana, quién no ha metido perico, eso se ha llegado a hacer” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

Es entonces que, en la regularización de ese consumo, algunas mujeres trans tienen un reconocimiento de este como una adicción. Lo que nos comienza a hablar sobre sus estados de conciencia sobre el tema, al parecer no tan desconocido. “La marihuana me relaja, me hace ver como la vida distinta, me hace sentir bien emocionalmente, aunque a veces también me fumo uno estando triste, pero eso como que me alivia, es mi adicción en estos momentos” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Yo digo que yo he creado como una dependencia con la marihuana y lo he comprobado porque en las noches cuando me voy a dormir, puede que tenga sueño y si no fumo no soy capaz de dormir, o sea, me sumo como en un insomnio super... Fumo por ahí cigarrillito, me fumo por ahí dos o tres en el día. Y el licor cuando hay festividades, pero festividades como diciembre, de resto ya, no me veo borracha todos los días, ya no me gusta. (Calarcá, entrevista en profundidad)

Es importante mencionar que existe, otro grupo de mujeres trans que no son inducidas o tentadas por las condiciones del trabajo sexual, las presiones de grupo, la recreación o incluso como estrategia de afrontamiento, a usar las SPA. Esto da cuenta de un nivel de conciencia y en el caso que se expone a continuación, de autocontrol ante su uso. Notándose una intención por discernir, en qué momentos consumir.

En toda mi trayectoria de vida yo no he consumido drogas, pero resulta que ahora, porque me estreso demasiado y cuando las niñas llegan “madre ¿se va a pegar un pase?” entonces yo lo he hecho, pero no porque el cuerpo me lo pida, sino porque es el momento. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Aquí podemos retomar esos factores psicosociales que se han ido abordando, especialmente en este grupo de mujeres cuya problemática es importante. Muchas de ellas no se pueden dar el lujo de decir que no, ante sus pares, recordando que, para muchas, esos pares son el único apoyo que tienen. De esta manera, en un intento

por pertenecer y ser aceptadas, bajo un instinto de conservación más allá del raciocinio o conciencia, responden positivamente ante las demandas de su entorno; mientras se fortalecen en su identidad y construyen o acceden a otros caminos para facilitar la toma de otras decisiones. Es así; como este grupo de mujeres trans son confrontadas constantemente entre consumir o no.

Participante: Que, si un cliente te ofrece una cantidad de dinero sin preservativo, ahí es donde tú te quedas entre la espada y la pared, me quedo con el dinero o me cuido. Yo lo vivo todo el tiempo, porque he estado drogada y sin plata y hombres me han ofrecido mucho dinero, entonces uno lo piensa.

Participante: ¿Y cómo es llegar a esa decisión? ¿cómo yo elijo entre dos cosas tan difíciles como el cuidado y mi plata? (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Nuevamente aparecen estos condicionamientos psicosociales con múltiples variables, marcando fuertemente la elección de consumir o no las SPA, y aunque pareciera que el consumo de estas fuera indiscriminado, lo que se observa es que a pesar de que los riesgos y sus efectos son conocidos por esta población como se nota en los siguientes comentarios; esos factores psicosociales terminan por definir el tipo de consumo, por encima de los riesgos (Lozano-Beltrán, 2018) o efectos secundarios que cada SPA pueda generar. Entendiendo que hay otro sector de mujeres, que definitivamente como vimos en los factores biomédicos, por salud, autocuidado, pero sobre todo por la experiencia de los años, ya no los consumen o no ven la necesidad de hacerlo.

Los relatos que siguen dan cuenta de las reflexiones basadas en la experiencia de algunas mujeres trans en el consumo de SPA y los efectos perjudiciales que han motivado a suspender o dejar ese consumo que establecen su nivel de conciencia y la asociación con esos factores biomédicos, en otro apartado.

Siempre me han pedido que baje al alcohol y al cigarro. Y un ... pero sí. También tengo ganas de bajarle a la coca, sino que ¡ay!, usted sabe que en las noches y el trabajo y todo. Eso me decía yo anoche, porque ay no, yo si siento, que la salud me está afectando mucho en ese sentido. (Armenia, entrevista en profundidad)

Entrevistadora: ¿Cuáles son los motivos por los que ha decidido tener hábitos y evitar tomar alcohol o fumar cigarrillo?

Participante: En el pasado sí consumí alcohol, pero actualmente me he regenerado en muchas cosas y ya eso no es que me llame la atención, no lo necesito. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Pues, a mi ese pedacito me afecta a veces en cuestión de que yo consumí drogas y consumí alcohol, yo era muy borrachina y debido a eso toqué fondo en la vida, pues por las sustancias que casi me matan. (Cali, Grupo de discusión)

Yo siempre rumbeé, la única droga que llegué a consumir fue la marihuana, duré 18 años fumando marihuana, hoy en día tengo como 2 años y medio que la dejé, ya me aburrí, me estaba haciendo daño y preferí dejarla... (Cartagena, Grupo de discusión)

Ahora, dentro de esos factores biomédicos, y el consumo de SPA, sorpresivamente en cuanto a riesgos se refieren, dentro nuestra población de mujeres trans se observa que es más importante dar cuenta, de los riesgos que se comportan como conductas que conducen a situaciones que quebrantan el bienestar biopsicosocial de nuestras participantes, demostrando que se puede afectar no solo su salud, sino también su entorno. Algunos ejemplos de estos riesgos asociados se describen en estas narrativas.

Pues es que es todo tan diferente porque yo la verdad ya he probado de todo, desde lo que son inyectables hasta lo que es inhalado, yo fui consumidora de heroína por mucho tiempo, yo por la heroína perdí un apartamento, mi carro, lo perdí todo, entonces pues yo ahí mismo la dejé. Salí de eso sola, encerrada, 4 meses en mi casa, también he olido perico, popper, tusi, pepas, en fin. Actualmente no consumo nada. (Cartagena, Grupo de discusión)

... la mayoría de nosotras somos consumidoras, muchas veces cometemos un error y conseguimos una pareja que consume más que nosotras(...), ¿sí ven?, el tener que salir a la calle y de pronto aceptar, tener una relación desprotegida porque el estómago no aguanta. (Bogotá, Grupo de discusión)

... necesitaba alcohol, entonces ahora como no lo hago, yo me siento responsable por eso, pero si yo tomara licor o consumiera drogas, obvio mi

rumba sería diferente, terminaría quien sabe haciendo, quien sabe qué cosas, no hay como el mismo pensamiento de cuidarse, todo eso uno enrumbado, uno hace lo que sea. (Cali, entrevista en profundidad)

Se podría pensar que, por la frecuencia del consumo de SPA, los efectos secundarios son desconocidos para esta población y que esa es la razón principal del porque se perpetúa dicho consumo. Se debe recordar que las condiciones biopsicosociales de las mujeres trans es una compleja red de circunstancias, como se ha mostrado y que son estas condiciones las que plantean una puerta de entrada permanente hacia la dependencia de este, pero como podemos notar las experiencias de estos efectos si son percibidas por nuestra población.

Entrevistadora: ¿Has sufrido alguna depresión, ansiedad o estrés alguna vez?

Participante: Sí, cuando me drogaba, cuando consumía coca.

Participante: Por lo menos cuando meten hasta pegante, ellas ni te conocen ni nada, ellas te pasan por el lado y te pegan porque no te conocen ni nada, y te dan tu cachetada y te quedas con tu cachetada. (Bogotá, Grupo de discusión)

Retomando entonces el objetivo, de identificar y ser consciente de esos factores biomédicos, para establecer el riesgo psicosocial (Zapata Pizarro et al., 2019) comprender el universo de realidades y cómo podemos cuidar su integridad biopsicosocial desde ese contexto de la hormonización y el consumo de SPA y los factores biomédicos asociados a estos; aquí se ve algunas de estas asociaciones según los hallazgos más frecuentes, relevantes y trascendentes que, según sus narrativas, se comportan como factores de riesgo en el impacto de la morbimortalidad de dicha población.

Aunque ya se han tocado previamente, en el presente; serán mencionados a razón de la relación existente entre ellos, integrándose como multicausales de los temas tratados desde la mirada crítica y reflexiva, y biopsicosocial.

Se empieza por abordar aquellos resultados, que demuestran influir en los riesgos de esta población. Algunos de estos, hablan de las historias personales y familiares, y de cómo impactan directamente la salud mental. Estos nos marcan el camino para identificar los factores de riesgo expresados a través de las narrativas de las mujeres trans;

llamando la atención sobre la importancia de las redes de apoyo y el factor psicológico que trataremos más adelante.

Otras de estas historias están ligadas a lo que les acontece a las mujeres trans, en su vida diaria o a lo largo de estas; situaciones que también, como se nota, generan un impacto sobre su salud y donde podemos identificar algunas conductas de riesgo como es el consumo de sustancias psicoactivas y de hormonas; haciendo evidente esa multicausalidad. “ver tantas chicas trans con tanto dinero y muriendo en el andén con las nalgas acá y las tetas acá, en la ruina completamente por el bazuco y contagiadas con VIH” (Cali, entrevista en profundidad). También expresan que “en este mundo que nosotras llevamos conocemos mucha, mucha, mucha droga, o sea, para... o sea, hormonal, mucha droga hormonal que nosotras mismas nos las recomendamos” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Otro factor influyente, es lo relativo al concepto de salud dentro de su entorno, dejando ver los diferentes estados de conciencia y autocuidado y las diferentes motivaciones que llevan a ejercer estos mismos, teniendo en cuenta el significado que le dan a estar sanas. Reconociendo las exposiciones a cierto grupo de padecimientos como: la mala nutrición o el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), hace que algunas de ellas, acudan a chequearse de manera periódica. Denotando una preocupación particular por las ITS/VIH y enfatizando la ausencia de estas como un sinónimo de salud. “Participante: ¿Qué nos chequeamos? ¿Qué debemos chequearnos cada seis meses? Todo, sobre todo porque nosotras estamos muy expuestas, la alimentación, caminar” (Armenia, Grupo de discusión). Entrevistadora: ¿Qué los llevó a querer realizarse la prueba? Participante: Yo lo obligué, porque yo tenía cierta desconfianza, porque uno siempre escucha que el VIH, porque hay otras enfermedades, pero esa es como la que más miedo me da (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Hasta el momento, se evidencian dos factores que afectan la salud de las participantes: los asociados a la salud mental y al valor del significado de salud. Otros de los factores que se pueden encontrar en estas narrativas, son los factores hereditarios y los asociados a los hábitos y/o conductas de riesgo, que favorecen la aparición de enfermedades crónicas.

Teniendo en cuenta el contexto de las participantes, otro factor de riesgo es el proceso de tránsito corporal y las consecuencias del



uso de las hormonas. Algunos de los posibles efectos secundarios son osteoporosis, tromboembólicos y la hipertensión, los metabólicos como las dislipidemias y con ella la resistencia a la insulina y riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y los trastornos del afecto como la depresión (Bockting et al., 2013; Weinand & Safer, 2015).

En la siguiente narrativa se evidencia el deseo de prevención y cuidado para así, cubrir los riesgos desde los estilos o hábitos de vida saludables: “Con las hormonas también hay riesgo de osteoporosis a largo plazo, y si uno no tiene la alimentación adecuada, ni hace ejercicio los huesos se van a quedar muy débiles y se van a quebrar con nada.” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

### *Factores Biomédicos y su relación con la población trans*

A lo largo de lo que se ha desarrollado se evidencia la construcción del eje multicausal (trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, uso de hormonas y conciencia de cuidado). Se hace énfasis en los componentes de este eje multicausal, como factores de riesgo para la salud de las mujeres trans, ya que cada uno de estos se interrelacionan y tienen el poder de influenciar o modificar los resultados de salud, estos son los factores biomédicos (Calonge Pascual et al., 2016).

En este punto algunos factores biomédicos fueron evidenciados, tal vez el factor del cual se desprenden los demás, sea el concepto de salud que las participantes tiene del mismo y que se valora a través de la percepción del autocuidado y este a la luz de su estado de conciencia, conocimientos y oportunidades (Lozano-Beltrán, 2018).

Uno de los hallazgos que paralelo a sus contextos llama la atención es notar cómo desde su nivel de conciencia algunas mujeres trans han decidido cuidarse haciendo uso del sistema de salud; asistiendo a controles o chequeos médicos regulares, motivadas por salud, como decisión personal, por el grado de exposición al que se enfrentan o como parte del manejo o control de sus factores de riesgo o morbilidades. De allí; la variabilidad de la frecuencia con la cual asisten, en algunos casos logrando mantenerse saludables a pesar de todo y adoptando las recomendaciones de estilo de vida y hábitos saludables por parte de los profesionales de la salud.

Por dirección de los nutricionistas y la doctora, porque resulta que la doctora me mandó, no sé qué vio y me dijo que había que hacerme un examen de la tiroides... pero se puede disparar y puedo correr el riesgo de que me puedo poner obesa. (Bogotá, entrevista en profundidad)

... nos cuidamos haciéndonos chequeos cada cierto tiempo (...)sobre todo que nosotras estamos muy expuestas, la alimentación, caminar, (...) La actividad física también. (Armenia, Grupo de discusión)

Si, yo me cuido demasiado porque igualmente la salud es lo primordial ¿claro no? O sea, sin salud uno es nadie. Uno puede tener los millones del mundo, pero sin salud de que te vale la plata si no estás bien, no te sientes bien. Igual de nada sirve. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

La principal razón que refieren las mujeres para la asistencia a los servicios de salud radica en la probabilidad y riesgo de contraer el virus del VIH o cualquier otro tipo de infección de transmisión sexual (ITS) asociado a las prácticas sexuales, al uso concomitante de sustancias psicoactivas (SPA) y al trabajo sexual, principalmente, al menos en el caso de quienes lo realizan o lo han hecho en algún momento de sus vidas. Por supuesto, también se incluye a las patologías crónicas no transmisibles, pero de estas se hablará aparte como problemas médicos más comunes en las mujeres. "... me exigen un examen del médico, VIH no me lo exigen, pero sí me exigen serología y todo eso, pero se le da uno como temor, como miedo, porque como uno lleva una vida promiscua, sin cuidado" (Bucaramanga, entrevista en profundidad). Además, "las sustancias psicoactivas son desventajas ¿por qué? porque no tenemos muchas veces consciencia de cómo ofrecemos y eso es un riesgo ante las enfermedades de transmisión sexual, es un riesgo el estarnos hormonizando y metiendo tanta sustancia" (Calarcá, Grupo de discusión).

Otras mujeres, aunque identifican limitaciones en el acceso a salud siguen siendo conscientes de su autocuidado y deciden adquirir, desarrollar o acatar recomendaciones de hábitos saludables, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, algunas a manos de profesionales de la salud otras reciben la información por su pares, para que les ayuden a establecer una mejor condición, procurando la salud como un valor y un medio para tener calidad de vida, reconociendo también las conductas de riesgo además de las

halladas en las prácticas sexuales, las que fueron encontradas también dentro de los factores emocionales que se abordarán posteriormente.

Con respecto a estos temas algunas ya se han mencionado en otras citas. En las siguientes narrativas se pueden evidenciar algunas conductas de autocuidado y hábitos de vida saludable.

Aquí me siento bien, me siento que tengo calidad de vida porque me gusta, por ejemplo, hacer ejercicio, no me gusta salir de rumba, no me gustan bebidas alcohólicas, ni cigarrillo, ni nada de drogas y mantengo sí, pues juiciosa, me gusta ese estilo de vida...

Para mí es algo muy sagrado, cada mes voy donde el médico a recibir mi tratamiento hormonal, mis preservativos, porque cuento con ellos porque de alguna u otra manera la EPS donde estoy entrega unos preservativos de buena marca, o sea que...y soy de las pocas personas que les dan más preservativos porque socialicé que era trabajadora sexual, entonces me dan bastantes preservativos. (Cali, entrevista en profundidad)

Si bien algunas mujeres trans se muestran activamente informadas con respecto a su autocuidado, participando de algunos grupos; hay otra porción que presenta como se menciona, un cierto nivel de desinformación que, en búsqueda de respuestas, suele ir hacia lo conocido, accediendo a fuentes de información casi siempre inadecuadas como internet o en este caso, a la más cercana y tal vez para ellas la más confiable y única red de apoyo; la propia comunidad trans o pares. Entonces, las más jóvenes, amparadas en la experiencia de las de mayor edad, da origen a un fenómeno muy reconocido e identificado en las narrativas como lo es la automedicación. Y esta; trae a su vez otras cargas biopsicosociales; que se abordan después.

El problema que aparece con la esperanza de ser orientadas por pares; es que algunas no dan relevancia a algunos síntomas, por no ser considerarlos en su momento como graves o ser tan comunes en el día a día como lo puede ser padecer gripe o un dolor de cabeza; al hacer esto, niegan la posibilidad de ser tratadas por un profesional de la salud; trayendo consigo otros riesgos o morbilidades a razón de sus propios riesgos y exposiciones. “Las amigas, y yo empecé sola a automedicarme, me empecé a aplicar la inyección y empecé a ver efectos (Armenia, entrevista en profundidad). Otra participante dice “Cuando me siento algo mal, que es muy raro cuando me da algo, una gripe, pues yo misma me auto médico” (Bucaramanga, entrevista

en profundidad). Y otra agrega “Nos recomendamos entre nosotras mismas, entre las chicas trans” (Cali, entrevista en profundidad).

*Problemas médicos comunes, detectados como factores biomédicos en la población de mujeres trans y algunas de sus causas*

Dentro de los factores biomédicos que se ha mencionado previamente están aquellos que, por la historia familiar, los hábitos y/o conductas de riesgo, podrían dar origen a la aparición de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. Este es el caso de las enfermedades crónicas, otras hacen un pico de aparición como la condición de VIH u otras ITS dada la constante exposición en la que se encuentran las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, en sus narrativas se evidencia la pobre oportunidad de elegir, como ejemplo; lo es la posibilidad de alimentarse adecuadamente, la limitación del acceso a la salud o el hecho de aceptar riesgos en las prácticas sexuales evitando el uso del preservativo para poder percibir un ingreso económico que muchas veces es intermitente.

Las patologías más reportadas por las participantes son: infecciones virales, genitourinarias, enfermedades cardiovasculares como hipertensión, metabólicas y endocrinas como diabetes, dislipidemias o alteraciones de la tiroides asociada a hormonización, las de carácter emocional y las que son consecuencias de la exposición a riesgos o a estilos de vida no saludables como el consumo de sustancias psicoactivas. “yo voy al médico para que me mande cosas para la gastritis, para el colon, normal eso. Yo ahora estoy sufriendo porque se me sube la presión.” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Me trataron para colesterol y triglicéridos y fui al médico no por tema trans sino por temas de salud, y me dijeron que debía tomar leche deslactosada, que debía comerme una sola fruta al día, que debía bajarle al azúcar, que debía bajarle a la sal, cosas de esas. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Soy diabética, pero gracias a dios la llevó controlada, eso es lo que más me preocupa, no tanto lo del VIH, porque esto es positivo y está muy bien, mi

carga viral está altísima y todo, pero el problema de la diabetes sí, porque no tengo control. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Yo sufro de hipertensión y los dolores de cabeza es lo que más me tiene mal, pero para ser sincera, me suelen dar más cuando dejo de tomar porque en realidad tomo bastante trago, roncito, más que todo cerveza. (Cali, entrevista en profundidad)

En esta gama de patologías crónicas, llama la atención la referencia a las enfermedades de tipo gastrointestinal (gastritis, alteraciones del colon, reflujo gastroesofágico). Desde el enfoque biopsicosocial estos síndromes están relacionados con las emociones, preocupaciones o angustias, lo cual se evidencia en los estudios sobre el eje intestino cerebral (Pérez de Arce et al., 2021) no ajenas a los efectos emocionales de todas las situaciones que viven las mujeres trans. Cabe la pena sugerir ante la variabilidad de las etiologías de los síntomas mencionados, la pertinencia en la ampliación o caracterización de las enfermedades crónicas y la asociación con determinantes sociales tras, como los cuales hemos ligeramente abstraído de las narrativas y que puedan convertirse en estrategias de intervención integrales.

La gastritis se activa porque me he alimentado mal y por tanto consumir medicamentos en pastas, por eso soy más... y también por la situación económica porque pues yo, de alguna u otra manera eso es lo que lo descontrola porque pues no tengo trabajo y hay cosas que cumplir, como es el arrendo, servicios, comida. (Cali, entrevista en profundidad)

En esta medida, los estados de conciencia de autocuidado juegan un rol como factor epigenético en la aparición de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, debido a que en algunos casos pueden agravar o retrasar el proceso de recuperación, aminorando su calidad de vida y aumentando los riesgos biopsicosociales, alterando otras funciones como el sueño, dados algunos hábitos como lo es el uso concomitante de sustancias psicoactivas, la exposición a conductas de riesgo a nivel sexual, es decir, un comportamiento dual, como factor de riesgo y como consecuencia del riesgo. “Tuve problemas de anorexia, primero fui bulímica y luego fui anoréxica, pero esa etapa la superé hace muchos años” (Armenia, entrevista en profundidad).

No me gusta hacer sexo oral sin condón. No me gusta que me penetren sin condón, y bueno diciéndolo vulgarmente, que me metan el dedo tampoco

me gusta. Entonces digo que, si lo van a hacer, listo, pero se tiene que poner el preservativo en el dedo... (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Porque no sé, es como satisfactorio como sentir que se viene el tipo y todo eso, digamos que lo siento como: tener sexo con condón es chévere, rico, pero tener sexo sin condón es mucho mejor. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Cúdense, protéjense, usen preservativo que se consiguen hasta de mil pesos; o sea, es cuidarse... llevar esta cruz no es tan fácil. Es más fácil conseguirte un preservativo y cuidarte... Es difícil, pero si tú lo asumes de una manera responsable te puedes cuidar, lo puedes llevar con medicamentos. (Armenia, entrevista en profundidad)

Además de las patologías mencionadas, las relacionadas con la salud mental tienen alta prevalencia. Es difícil establecer un único origen a las alteraciones mentales, entre algunos que se pueden mencionar está la soledad, falta de apoyo percibido por parte de sus familias y una red de apoyo débil en su proceso de tránsito. Esta percepción de apoyo insuficiente presentada por ellas como la ausencia y aceptación de la familia están relacionadas con estados emocionales y algunas conductas de riesgo como lo es el consumo de SPA, siendo el alcohol la sustancia de mayor elección; es importante resaltar que un escaso sector de mujeres trans tiene tratamiento psiquiátrico. "... es también no solo el tema de trabajo sexual sino de consumo, que eso ayuda mucho al estado de depresión, porque usted no va a trabajar igual periqueado o no" (Armenia, Grupo de discusión).

¡Ah! que como estoy aburrida entonces me voy a fumar una bareto, hay momentos en que ya no hace efecto la bareto entonces consumen otras cosas. Entonces hormonas, pepas y al otro día quiere morirse. El hecho de no tener plata... (Calarcá, Grupo de discusión)

Como se ha mencionado previamente en la literatura, la población trans es víctima al sufrir presión en la toma de decisiones que atentan contra su cuidado. Lo cual se evidencia en contextos de limitadas opciones en los cuales algunas de ellas deciden aceptar ser trabajadoras sexuales teniendo que acceder a las demandas de sus clientes a consta de su propia salud para percibir un ingreso que les permita pasar muchas veces el día y al día siguiente levantarse y enfrentar la misma situación, prolongando la lucha entre las

alteraciones nutricionales y/o gastrointestinales y la posible adquisición de infecciones de transmisión sexual.

La gastritis se activa porque me he alimentado mal y por tanto consumir medicamentos en pastas, por eso soy más... y también por la situación económica porque pues yo, de alguna u otra manera eso es lo que lo descontrola porque pues no tengo trabajo y hay cosas que cumplir, como es el arrendo, servicios, comida... (Cali, entrevista en profundidad)

Que, si un cliente te ofrece una cantidad de dinero sin preservativo, ahí es donde tú te quedas entre la espada y la pared, me quedo con el dinero o me cuido. Yo lo vivo todo el tiempo, porque he estado drogada y sin plata y hombres me han ofrecido mucho dinero, entonces uno lo piensa. (Bucaramanga Grupo de discusión)

De esta manera los factores biomédicos encontrados a la luz de la hormonización y el consumo de SPA deja en evidencia el impacto biopsicosocial que ejercen en el contexto de la población trans.

## Conclusiones

La salud es una construcción social que ha sido asociada al todo, a lo fuerte a lo sagrado (Marks, 2008), y se considera como una dimensión fundamental para promover el desarrollo económico y social de los países (Tovar et al., 2018). De esta manera, y en diálogo con las experiencias de vida trans de las participantes, reconocemos que la salud debe ser abordada en perspectiva de procesos de salud y enfermedad y en diálogo con el bienestar. Por tanto, deben acogerse en clave del período histórico en el que vive una persona, su curso de vida y el curso de sus antepasados (Organización Panamericana de la Salud, 2021) en relación con los entrelazamientos entre sistemas duraderos de desigualdades sociales como la clase, el género, la raza y el orden colonial (Abadía-Barrero y Melo-Moreno, 2014).

Si bien el modelo hegemónico es el biomédico para abordar la salud y los procesos de salud y enfermedad, sigue siendo un desafío para este modelo superar sus limitaciones, ampliamente reportadas en la literatura, como, por ejemplo, sus abordajes reduccionistas, ahistóricos, biologicistas, medicalizados, verticales y centradas en la enfermedad (Breilh, 2019). Por tanto, acoger o integrar los modelos complejos, como lo planeta Breilh (2020) desde la epidemiología

crítica de la determinación social de la salud, cuyo fundamento es el realismo crítico (García, Breilh y Lourdes, 2017) requiere una perspectiva de la realidad y del ser humano.

Es por esto que podemos decir que la salud de las mujeres trans puede ser percibida a través de los factores biomédicos encontrados, toda esa asociación con el consumo de SPA y los procesos de transformación corporal, se comportan entonces como un fenómeno multicausal, desde el enfoque biopsicosocial; que invita a ver a esta población lejos del estigma, de manera integral y en todo su contexto; cambiando la concepción de verlas como una población de riesgo, teniendo en cuenta la condición de vulnerabilidad que padecen y reconociéndolas como una población con riesgos de padecer ciertos eventos y situaciones en salud y comprendiendo que, para el abordaje de esta población, exige que sean miradas desde modelos que permitan comprender sus complejidades, dinámicas, dialécticas, de causalidad circular y de movimiento multidimensional.

Además; se debe reconocer, que los procesos de tránsito son individuales y graduales, que dependen de muchos factores y procesos paralelos. Asimismo, no todas desean realizar las transformaciones corporales, pues estas construcciones de identidad y congruencia de género también son diversas. De ahí que se requiere mayor acompañamiento desde lo jurídico, médico y psicológico de manera simultánea e integral.

Dadas las complejidades que caracterizan a la población trans y los pocos estudios relacionados con los factores biomédicos encontrados y la relación multicausal entre estos, se hace importante la formulación de estudios de caracterizaciones, dinámicas familiares, en enfermedades crónicas y las asociadas a los procesos de tránsito, así como al consumo de SPA que permitan predecir los riesgos de esta población y fortalecer sus procesos de salud y bienestar integral.

Es necesario educar, capacitar y formar a nuestro personal de salud para la atención, seguimiento y manejo integral de la población trans que oriente y acompañe los diferentes procesos de esta población a través de la creación y diseño de guías, protocolos o consensos para la atención idónea y humanizada de la población trans de nuestro país. Al respecto es importante que las universidades y demás instituciones de formación en temas de la salud incorporen de manera transversal el abordaje del género desde modelos no hegemónicos y que generen dinámicas de aprendizaje y docencia soportada en el modelo científico que este en diálogo de saberes y en respuesta a las necesidades e injusticias sociales.



Es necesaria también la creación y visibilización de redes de apoyo, así como centros de capacitación técnica que les permita aprender otras formas de ganarse la vida, y garantice el trabajo digno.

## Referencias

- Abadía-Barrero C, Melo-Moreno M. (2014). Repensar la salud desde una Academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 41-57. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.rsd>
- Adaury Eneros, A., Sandoval Zamorano, J., Ríos Salazar, R. y Cartes Lagos, A. (2017). Introducción a la Hormonoterapia en personas transsexuales. Objetivos de la terapia y transición en la adolescencia. Parte I. *Revista SOGIA*, 24(1), 7-17. [https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2017/Sogia\\_1\\_2017\\_1.pdf](https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2017/Sogia_1_2017_1.pdf)
- Adaury, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A. y Salinas, H. (2018a). Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (ftm), androgénica, para transmascuino o para hombre transgénero. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 318-328. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000300318](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300318)
- Adaury, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A. y Salinas, H. (2018b). Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) y guías clínicas de la endocrine society. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(4), 426-441. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000400426](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000400426)
- Aisner, A. J., Zappas, M. & Marks, A. (2020). Primary care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning (LGBTQ) patients. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(4), 281-285. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415519310712>
- Alcaldía de Bogotá. (2019). *Línea de base de la política pública para la garantía plena de derechos de las personas de los sectores LGBTI*. <http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/publicacion-linea-base-politica-publica-lgbti.pdf>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E. & Bouman, WP. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402-412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26944465/>
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T. & Steensma, T. D.

- (2015). Partial treatment request and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201-2205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26553507/>
- Bockting, W., Keatley, J. y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Por la Salud de las personas Trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JQ81.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf)
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L. & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31 (3), 357-373. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681994.2016.1184754>
- Breilh, J. (2019). Ciencia crítica frente al exterminio en la 4ta Revolución industrial capitalista. En P. Polo-Almeida, A. Carrión y M. F. López-Sandoval (coord.). *Debates actuales de la geografía latinoamericana: visiones desde el XVII Encuentro de Geógrafos de América Latina* (pp. 173-176). Asociación Geográfica del Ecuador. <https://bit.ly/3pDrpcW>
- Breilh, J. E. (2020). COVID-19: determinación social de la catástrofe, el eterno presente de las políticas y la oportunidad de repensarnos. *Andina*, (2), 8-14. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7396>
- Calonge Pascual, S., Cañada López, D. y González-Gross, M. (2016). *Plenificar 6 Educación Nutricional en la Actividad Física. Tema 1 Beneficios de la actividad física para la salud*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [https://www.academia.edu/32381822/TEMA\\_1\\_BENEFICIOS\\_DE\\_LA\\_ACTIVIDAD\\_F%C3%8D-SICA\\_PARA\\_LA\\_SALUD](https://www.academia.edu/32381822/TEMA_1_BENEFICIOS_DE_LA_ACTIVIDAD_F%C3%8D-SICA_PARA_LA_SALUD)
- Caribe Afirmativo. (2019). *Informe ¡Es Ahora! Investigación de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de personas afrodescendientes e indígenas LGBT, en cinco municipios de Colombia*. [https://colombiadiversa.org/colombiadiversa2016/wp-content/uploads/2019/05/Informe\\_Es\\_Ahora\\_2019\\_alta\\_fin-1.pdf](https://colombiadiversa.org/colombiadiversa2016/wp-content/uploads/2019/05/Informe_Es_Ahora_2019_alta_fin-1.pdf)
- Carrasco-Cifuentes, A. C., Gutiérrez-García, R. A., Cudris-Torres, L., Concha-Mendoza, C. C. y Barrios-Núñez, Á. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas, factores psicosociales y rendimiento académico en adolescentes colombianos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3), 279-284. <https://nebulosa.icesi.edu.co:2583/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=145354132&lang=es&si>

te=ehost-live

- Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G.R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Cordero, M. L. y Cesani, M. F. (2018). Sobre peso, obesidad y salud percibida en contextos de pobreza de Tucumán, Argentina. *Salud Colectiva*, 14(3), 563-578. <https://www.scielosp.org/article/scol/2018.v14n3/563-578/es/>
- Córdoba-Paz, E. G., Betancourth-Zambrano, S. y Tacán-Bastidas, L. E. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319. <https://nebulosa.icesi.edu.co:2144/10.17081/psico.20.38.2552>
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C. y Rincón, C. J. (2018). Salud Mental Y Consumo De Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Colombianos. *Health and Addictions*, 18(1), 97-106. <https://nebulosa.icesi.edu.co:2144/10.21134/haaj.v18i1.363>
- De Freitas Bernardes, A. I., Da Fonseca Passos, E. M. G. & Da Fonseca Passos, T. G. (2020). Alterações metabólicas em indivíduos transgêneros submetidos a terapias hormonais. *Uma revisão de literatura*, 1-19. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14417/1/Ana%20In%c3%aas%20e%20Eva%20Passos.pdf>
- De Freitas, L. D., Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S. & Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(2), 99-104. doi: 10.1111/pcn.12947
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G. & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Domínguez, C. M., Ramírez S. V. y Arrivillaga Quintero, M. (2017). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali,

- Colombia. *Revista MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2404>
- Estrada-Montoya, J. H. y García-Becerra, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 90-102. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2636>
- Fergusson, P., Greenspan, N., Maitland, L. & Huberdeau, R. (2018). Towards providing culturally aware nutritional care for transgender people: Key issues and considerations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 79(2), 74-79. <https://doi.org/10.3148/cjdp-2018-001>
- Fernández, J. & Tannock, L. (2016). Metabolic effects of hormone therapy in transgender patients. *Endocrine Practice*, 22(4), 383-388. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26574790/>
- García, C., Breilh, J. y Larrea, M de Ls. (2017). La interacción entre la exposición a agrotóxicos y componentes relevantes del sistema inmune en comunidades de La Paz Bolivia: una mirada desde la epidemiología crítica. *Revista Facultad Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 35(2), 39-47.
- Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud: Revisión Histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Ibáñez, T. (2004). El cómo y el porqué de la psicología social. En T. Ibáñez, M. Botella, M. Doménech, J. Feliu, L. Martínez, C. Pallí, M. Pujal y F. Tirado (Eds.), *Introducción a la psicología social* (pp. 19-23). UOC. <https://books.google.com.pe/books?id=-n33QfqZa9Y-C&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Larias Montosa, M. J., Sel Escalante, C. y Ayudarte Romero, V. (2017). Automedicación: Fármacos más utilizados en nuestra sociedad. En M. M. Moreno, M. C. Pérez-Fuentes, J. J. Gázquez, A. B. Barragán, Á. Martos y M. M. Simón. (Eds). *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud Volumen I*. ASUNIVER. [https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO\\_3.pdf](https://formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_3.pdf)
- Loyola Filho, A. I., Lima-Costa, M. F. & Uchôa, E. (2004). Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de Saude Publica*, 20(6), 1661-1669. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15608869/>
- Lozano-Beltrán, J. A. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres

- transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/revlatinofamilia/article/view/3057>
- Lucas-Carr, C. & Krane, V. (2012). Troubling sport or troubled by sport. *Journal for the Study of Sports and Athletes in Education*, 6(1), 21-44. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/ssa.2012.6.1.21>
- Marks D.F., Murray M., Evans B., Willig C., Woodall C. y Sykes C.M. (2008). La psicología de la salud como un nuevo campo de la investigación. En S. Viveros (Editor de la traducción). *Psicología de la salud. Teoría, Investigación y Práctica* (p. 3 – 28).
- Millet, N., Longworth, J. & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27-38. <https://psycnet.apa.org/record/2017-09296-004>
- Ministerio de Justicia y del Derecho [MinJusticia]. (2019). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2019*. <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019.pdf>
- Ocampo-Serna, S., Gutiérrez-Segura, J. y Vallejo-González, S. (2020). Distorfia de género en el adulto con enfermedad coronaria. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 211-215. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745018300982>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Constitución de la organización mundial de la salud. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Políticas De Salud Pública Sobre El Consumo De Sustancias Psicoactivas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53947>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pérez de Arce, E., Quera, R., Beltrán, C. J., Madrid, A. M. y Nos, P. (2021). Síndrome de intestino irritable en la enfermedad inflamatoria intestinal. ¿Sinergia en las alteraciones del eje cerebro-intestino? *Gastroenterología y Hepatología*. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.02.022>
- Rahman, R., & Linsenmeyer, W. R. (2019). Caring for transgender patients

- and clients: nutrition-related clinical and psychosocial considerations. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(5), 727-732. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.03.006>
- Restrepo-Escobar, S. M. y Sepúlveda Cardona, E. A. (2021). Campañas educativas y de prevención. Una revisión sobre el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios de Colombia. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 199-208. <https://nebulosa.icesi.edu.co:2144/10.16888/interd.2021.38.2.13>
- Safer, J. D. & Tangpricha, V. (2019). Care of transgender persons. *The New England Journal of Medicine*, 381(25), 2451–2460. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1903650>
- Semerjian, T. Z., & Cohen, J. H. (2006). “FTM means female to me”: transgender athletes performing gender. *Women in Sport & Physical Activity Journal*, 15(2), 28-43. <https://www.semanticscholar.org/paper/%27FTM-means-female-to-me%27%3A-Transgender-athletes-Semerjian-Cohen/c302dcc6961ecf092421b82a0d6e920f72481c28>
- Soto Ruiz, M., Marín Fernández, B., Aguinaga Ontoso, I., Guillén-Grima, F., Serrano Monzó, I., Canga Armayor, N., Hermoso de Mendoza Cantón, J., Stock, C., Kraemer, A. y Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015000500048](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000500048)
- T’Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T. & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97-117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30307546/>
- Tangpricha, V. & Den Heijer, M. (2016). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9)
- Toibaro, J. J., Ebensrtejin, J. F., Parlante, Á., Burgoa, P., Freyre, A., Romero, M. y Losso, M. H. (2009). Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. *MEDICINA (B. Aires)*, 69(3), 327-330. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v69n3/v69n3a07.pdf>
- Tovar, L. M., Perea, L. N., Tovar, J. R., Zúñiga, C. L. (2018). Determinantes sociales de la salud autor reportada: Colombia después de una década. *Mundo saúde*, 42(1), 230-247
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T.

- & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(2), 138-148. 10.1080/0092623X.2017.1326190
- Van de Grift, T.C., Cohen-Kettenis, P. T., Elaut, E., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R. & Kreukels, B. P. C. (2016). A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria. *Body Image*, *17*, 184–190. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S174014451630153X> doi:10.1016/j.bodyim.2016.04.002
- Weinand, J. D. & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision. A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of clinical & translational endocrinology*, *2*(2), 55-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28090436/>
- Wolford-Clevenger, C., Frantell, K., Smith, P. N., Flores, L. Y. & Stuart, G. L. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clinical Psychology Review*, *63*, 93-105
- Wylie, K., Barrett, J., Besser, M., Bouman, W. P., Bridgman, M. A., Clayton, A., Green, R., Hamilton, M., Hines, M., Ivbijaro, G., Deenesh, K., Lawrence, A., Lenihan, A., Loewenthal, D., Ralph, D., Stevens, J., Terry, T., Thom. B., Thornton, J... y Rathbone, M. (2014). Directrices de buenas prácticas para la evaluación y el tratamiento de adultos con género. *Sexual and Relationship Therapy*, *29*(2), 154-214. <https://experts.umn.edu/en/publications/good-practice-guidelines-for-the-assessment-and-treatment-of-adul>
- Zapata Pizarro, A., Díaz Díaz, K., Barra Ahumada, L., Maureira Sales, L., Linares Moreno, J. y Zapata Pizarro, F. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*, *147*(1), 65-73. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100065>
- Zucchi, E. M., dos Santos Barros, C. R., Redoschi, B. R. L., Alves de Deus, L. F. & de Sousa Mascena Veras, M. A. (2019). Psychological well-being among transvestites and trans women in the state of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, *35*(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00064618>





# Capítulo 12. Percepción de actividad física en población de mujeres trans <sup>1</sup>

## Introducción

El presente capítulo tiene como fin explorar las percepciones, creencias y estados de conciencia que se articulan alrededor de la actividad física en las mujeres trans participantes del *Proyecto TranSER*. A partir de lo anterior, se identifican las motivaciones, las barreras y las preferencias de la actividad física en esta población, así como, describir cómo realizan actividad física y el reconocimiento de los posibles beneficios asociados a sus riesgos particulares. Estos temas son abordados a través de las narrativas de las participantes a lo largo del presente capítulo y ayudan a la elaboración de las recomendaciones para orientar el acceso a la información sobre actividad física, como estrategia preventiva en el estímulo del autocuidado de la población de mujeres trans.

La actividad física es cualquier actividad que involucre el movimiento de un grupo muscular con el consecuente consumo de energía por encima de su nivel basal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020) y que es vital para promover el bienestar físico y mental (Lee et al., 2012), ya sean actividades programadas en el contexto de las actividades diarias, familiares o comunitarias (López Cañada, 2018), por ejemplo, caminar de la casa al trabajo, la jardinería, el baile o la danza, tareas del hogar, el uso de la bicicleta como medio de transporte, sacar a pasear al perro, pedalear, actividades ocupacionales, subir escaleras o cualquier tipo de actividad lúdica o recreativa como los juegos al aire libre o práctica ocasional de un deporte (Posadzki et al., 2020; Pescatello et al., 2021; Varela et al., 2011).

Realizar actividad física de forma regular permite prevenir algunas enfermedades como: la hipertensión, la obesidad, el estrés,

---

<sup>1</sup> Este capítulo es en coautoría con Clara Astudillo

el tabaquismo, las dislipidemias, la inactividad física o sedentarismo. El sedentarismo equivale a estar sentado por más de 8 horas al día y por cada 4 horas sentado se aumentan los riesgos adicionales de la inactividad (Calonge Pascual et al., 2016). Por su parte, la inactividad física, también se puede entender como la cantidad de actividad realizada en mínimo de minutos al día; cuando el movimiento diario no alcanza un mínimo de 25 a 30 minutos, produciendo un gasto energético mayor al 10% del que se realiza en las actividades diarias (Varela et al., 2011). Este factor de riesgo presenta la posibilidad más alta de desarrollar una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) como la enfermedad cardiovascular. De hecho; junto con la hipertensión, los niveles elevados de glucosa en sangre y el tabaquismo; son los responsables de la cuarta parte de la mortalidad global. El sedentarismo y la inactividad física se asocian a la obesidad y todas ellas están reconocidas como una de las principales causas de riesgo cardiovascular. Precisamente, la enfermedad isquémica cardiaca y la enfermedad cerebrovascular suponen un 60 % de todas las muertes de este tipo (Calonge Pascual et al., 2016).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) define a las ECNT como el grupo de enfermedades no derivadas de infección aguda por sus consecuencias para la salud creando la necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Las estadísticas establecen que las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ECNT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial (De Dienheim-Barriguete et al., 2020). En el mundo, la inactividad física causa el 6 % del total de la carga de enfermedades de corazón, el 7 % de enfermedades relacionadas con la diabetes tipo 2, el 10 % de los casos de cáncer de mama y colon (OMS, 2020) y un riesgo del 60 % de desarrollar este último tipo de cáncer (Koelwyn et al., 2015)

Es así como las ECNT se convierten en un problema de salud pública global que presenta retos económicos, sociales y de salud por el impacto que genera en estas áreas, representando una gran carga principalmente para el sistema de salud; la calidad de vida y la percepción de bienestar, gracias a la morbimortalidad asociada a la misma siendo el 63,1% de los 57 millones de muertes ocurridas atribuidas a estas causas, en el año 2008. Cifras comunes para países latinoamericanos donde la mortalidad por ECNT es una de las

principales causas, alcanza porcentajes hasta del 80%. A pesar de la evidencia del control preventivo y terapéutico de estas enfermedades, se espera un aumento de su prevalencia en futuros años (González et al., 2014) y un incremento de la exposición a los factores de riesgo y de sus consecuencias (Muñoz-Rodríguez et al., 2018). Por lo que son consideradas también como causa principal de muerte prematura y prevenible (De Dienneim-Barriguete et al., 2020).

Colombia presenta cifras asociadas a un aumento de los factores de riesgo derivados de conductas inadecuadas de estilo de vida como lo es la actividad física. Según la OMS (2020) la inactividad física o sedentarismo, asociado a otros comportamientos de riesgo como la alimentación inadecuada y el consumo y abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco, ha hecho que la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en nuestro país aumente en los últimos años en un 10% (Colmenares-Pedraza y Herrera-Medina, 2018) aumentando el riesgo de morir a causa de una de las ECNT. Cifras de prevalencia sobre inactividad física para Colombia oscilan entre el 70 al 80% de la población adulta.

En el tema de las mujeres trans, pocos son los datos específicos que se encuentran sobre la salud general de esta población a nivel global y en nuestro país. Algunos estudios concuerdan con que los pocos datos obtenidos, son sobre grupos LGB en los que se reconoce una mayor prevalencia de ciertos problemas de salud comparado con la población heterosexual (Fredriksen-Goldsen et al., 2013) En la población trans esa prevalencia se relaciona especialmente con ansiedad, depresión, baja autoestima, desórdenes alimenticios, mala imagen corporal, autolesiones y suicidios (Davey et al., 2016; Dhejne et al., 2016; Marshall et al., 2016; Millet et al., 2017; Reisner et al., 2016; Van de Grift et al., 2016; Witcomb et al., 2015). Aparte están las conductas adictivas, como es el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas no legales (Reisner et al., 2016) y las consecuencias derivadas de estas.

En población de mujeres trans, además de los factores de riesgo de la población general, se suman los secundarios a su proceso de tránsito, principalmente de hormonización; en el cual se ha identificado el fenómeno de la auto formulación o automedicación como la forma más frecuente de inicio del proceso, impactando directamente en la morbimortalidad de las mujeres, aumentando los riesgos de presentar algunas alteraciones asociadas a los efectos

secundarios de la hormonización como lo son, la presentación de dislipidemias, el aumento de la presión arterial o el riesgo de tromboembolismo, cambios en la composición corporal y en la ósea y otras alteraciones metabólicas (Rahman & Linsenmeyer, 2019), así como de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 por aumento en la resistencia a la insulina o alteración de la glicemia en ayunas (Fergusson et al., 2018; Weinand & Safer, 2015; De Freitas Bernardes et al., 2020). Lo que pone a las mujeres trans en un riesgo cardiovascular y dentro de las ECNT. Esto nos lo confirman Weinand & Safer (2015) en un estudio que estableció una mortalidad del 51% en esta población, asociado a un aumento en la tasa de suicidio, consumo de sustancias Psicoactivas (SPA), VIH y enfermedad cardiovascular como se había mencionado, fuertemente asociada a la hormonización. Por estas razones, es también importante promover la actividad física entre la población trans (Jones et al., 2017b).

Tras más de 60 años de investigación se ha podido establecer que la actividad física regular ofrece una respuesta fisiológica a través de mecanismos metabólicos y hemodinámicos que puede ayudar a prevenir la génesis de la enfermedad cardiovascular y con ella algunos padecimientos crónicos reduciendo la mortalidad prematura (Arem et al., 2015; Ekelund et al., 2020). Los riesgos de mortalidad se reducen un 20% (Calonge Pascual et al., 2016), tal como lo expresan Guthold et al. (2018) y Ozemek et al. (2019), al coincidir en mencionar la amplia evidencia que existe sobre los efectos benéficos de la actividad física (AF) sobre la salud (Ruegsegger & Booth, 2018) en la reducción de diversas enfermedades crónicas: retrasa la aparición de la hipertensión arterial, previniendo o disminuyendo los valores de tensión arterial hasta un 50% de la tensión arterial en reposo (Calonge Pascual et al., 2016), mejora la fuerza muscular y estructura y función de las articulaciones, favorece la densidad mineral del hueso y provoca mayor rigidez y volumen, previene y reduce la inflamación y mejora el rango de amplitud articular, reduciendo los dolores, la sarcopenia y con ello la disminución del riesgo de caídas y fracturas (Calonge Pascual et al., 2016), ayuda a conciliar y mejorar el sueño actuando como hipnótico, al aumentar los niveles de melatonina (Atkinson & Davenne, 2007; Scherder et al., 2007), ayuda a combatir la ansiedad y la depresión y la pérdida de memoria o la demencia tipo Alzheimer (Scherder et al., 2007), ejerce una función protectora a nivel neuronal, participando de la neurogénesis y la plasticidad cerebral, previene

estrés oxidativo del cerebro, previniendo el Alzheimer y el Parkinson (Ma, 2017; Spielman, 2016), mejora los estados cognitivos como la atención, la concentración y la memoria, mejorando el desempeño académico, mejora la imagen corporal a través del control del peso y el apetito al actuar además como anorexígeno y manteniendo un balance adecuado entre la ingesta y el gasto calórico, reduciendo el porcentaje de grasa corporal, produciendo un impacto sobre la composición corporal, previniendo la obesidad y reduciendo la respuesta simpática al estrés liberando tensiones y mejorando el desempeño sexual, así como la función pulmonar (Calonge Pascual et al., 2016).

De esta manera, la OMS, la OPS y el Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) en asocio con los países que hacen parte de los acuerdos para el control de las ECNT, como una estrategia para el fomento de conductas saludables como la realización de la AF (Muñoz Rodríguez et al., 2018) y hacer frente a las ECNT, lanza el plan para la recomendación y promoción de la actividad física a través del tratado sobre recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, en búsqueda de la prevención de las ECNT mediante la práctica de esta actividad, recomendando que para lograr beneficios sustanciales en la salud los adultos deberían realizar al menos 150 minutos de AF, de moderada a vigorosa intensidad, acumulables durante la semana en periodos mínimos de 10 minutos continuos o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas y a fin de obtener mayores beneficios para la salud, aumentar hasta 300 minutos semanales (OMS, 2010). A pesar de esto, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (Ministerio de Salud [MinSalud], 2015), solo el 51,3% de la población cumple con el mínimo de actividad física recomendada entre los 18 y 64 años siendo realizada en un 23,5% en el tiempo libre.

Según el Observatorio Nacional de Salud (ONS, 2015) el 21% de la población de 18 a 64 años realizó por los menos 150 minutos semanales de AF en tiempo libre, 34,3% cumplió los criterios de AF como medio de transporte y 54,8% lo hizo para AF global (AF en tiempo libre y AF como medio de transporte). Esto representa un problema para la salud pública, pues al ser la actividad física un factor protector contra las ECNT y este no cumplirse, abre la puerta a que la inactividad física se comporte como un factor de riesgo. Cifras del

año 2012 estimaron que solo el 50% de la población cumple con estas recomendaciones de 150 minutos a la semana, en cualquiera de sus equivalentes de tiempo e intensidad. Datos estadísticos para América latina dicen que el 43,0 % de la población es inactiva. En Colombia, para el 2015, la prevalencia nacional de cumplimiento de las recomendaciones fue de 51,3 % (MinSalud, 2015)

Estas cifras llaman la atención, ya que sabiendo que la actividad física (AF) es un factor protector un número significativo de personas no la practica. De esta manera, se encontró que existen ciertos determinantes para la AF. Los principales determinantes en Colombia corresponden a variables socioeconómicas como ingreso, educación, zona de residencia, la disponibilidad de tiempo, el estado civil. Por otro lado, el uso del tiempo, el conocimiento de programas de AF dirigida, la autopercepción y el IMC también constituyen influencias importantes sobre la probabilidad de realizar AF y de cumplir con las recomendaciones de salud de la OMS (Muñoz-Rodríguez et al., 2018) siendo evidentes las desigualdades por sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo. Las prevalencias de inactividad física en el dominio de tiempo libre son mayores en las mujeres 33,9 Vs. 27,9 % en la población con menor nivel socioeconómico y educativo (González et al. 2014). En resumen; ser mujer, a mayor edad y de menor nivel socioeconómico, se tiene menos probabilidad de cumplir con las recomendaciones de actividad física (ONS, 2015)

Estos determinantes actúan entonces como condicionantes a la hora de realizar o no la actividad física; razón por la cual, aunque las personas conozcan sobre los beneficios de la misma, algunos de estos determinantes se comportan como barreras para establecerla como un hábito saludable. De esta forma, las razones para incumplir las recomendaciones de actividad física son diversas, encontrando un común denominador en la población general que impide tener una vida más activa y es la ausencia o falta de tiempo (Alsubaie & Omer, 2015; Strazdins et al., 2011).

Para el caso de la población trans, no son muchos los estudios realizados sobre actividad física como factor protector, de autocuidado, estilo de vida o estrategia de disminución de riesgo en las ECNT. Los pocos estudios existentes que se han realizado sobre actividad física se basan en submuestras de población LGBTI (National Union of Students [NUS], 2012) o muy pequeñas muestras de población trans (Muchicko et al., 2014) que tratan sobre la participación de

esta población en la actividad física (Pérez-Samaniego et al., 2019) o sobre prácticas deportivas en competición (Jones et al., 2017b) de los que cerca del 59% han sido publicados apenas en los últimos 4 años (López Cañada, 2018) todos ellos de corte cualitativo, encontrando las mismas citas dentro de los mismos autores, lo que evidencia la necesidad de más investigaciones en este ámbito.

En este sentido, vamos a rescatar algunas estadísticas que nos permitirán ir ubicando el papel de la actividad física dentro de la comunidad trans y encontrar evidencia que nos hable acerca de sus motivaciones, barreras o preferencias de actividad física y las razones asociadas a estas. De esta manera, comenzaremos a hablar de la evidencia del nivel de actividad física en población trans; existen estudios que revelan un nivel bajo de actividad física aeróbica, fuerza y flexibilidad en personas trans comparado con las personas cisgénero (Jones et al., 2017a; Jones et al., 2018). En contraste en otro estudio realizado en España (López Cañada, 2018), se encontró que el porcentaje de práctica física, de personas trans es del 75.5% y de la población española del 76.1%, en edades entre los 15-24 años (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [MECD], 2016) se sabe que las personas trans a medida que avanza la edad disminuyen la preferencia por hacer actividad física. Jones et al. (2017a) y Rodríguez Romo et al. (2018) así lo demuestran, argumentando que a medida que la edad avanza lo hace también la motivación de hacer actividad física por su impacto en la salud, mientras que para los adultos jóvenes los motiva la apariencia.

Estudios nos muestran algunas estadísticas, uno en Reino Unido confirma la baja elección de las personas trans para hacer actividad física (NUS, 2012) y de aquellos que hacen actividad física se estima que cerca del 60% no alcanza las recomendaciones. Por su parte un estudio australiano Symons et al. (2010) dice que solo el 33,3% de esa población cumple con las recomendaciones de actividad física. Datos que llaman la atención por los altos niveles de inactividad física en esta población.

Recientes investigaciones señalan a la actividad física con un rol potencial y activo en el desarrollo y afirmación de las diversas identidades de género (Elling-Machartzki, 2017; Gleaves & Lehrbach, 2016) como lo pueden ser algunas actividades y ejercicios que favorecen la transición cuando se inicia el tratamiento hormonal. Según Schrock et al. (2005) se puede obtener beneficios adicionales de

la actividad física, pues esta puede acelerar los efectos del tratamiento hormonal y disminuir los efectos secundarios del mismo como los cardiovasculares (Wierckx, et al., 2012). contrarrestando además los efectos sobre la densidad mineral ósea como otro efecto secundario de la hormonización y actuando como un factor protector previniendo la osteoporosis en la población trans (Abdala et al., 2020). Cabe recordar que, como hemos descrito antes, estos colectivos tienen un riesgo más elevado de sufrir trastornos mentales por lo que un beneficio de la actividad física es el bienestar psicológico (Dhejne et al., 2016; Millet et al., 2017). Otro aporte, es que en su proceso de transformación corporal la actividad física ayuda en el control del peso (Coleman et al., 2012) posibilitando un balance sobre la posible ganancia de peso asociada al uso de las hormonas en el proceso de tránsito.

Estos son algunos de los beneficios encontrados de la actividad física en la población trans. Ahora, es importante también conocer las motivaciones, las barreras y preferencias que se asocian a la participación en la actividad física. Dados los pocos estudios que exploran estos temas en la población trans, nos lleva a recordar las razones que aparecen en estudios de la población general como motivadores de actividad física. En un estudio en Colombia los beneficios de la salud y la imagen corporal se encontraron como los principales motivadores, añadiendo otros que comparten, como el mantenimiento de la salud y la recreación como medio de relajación y señalando la pereza como la principal barrera. (Varela et al., 2011). En otros estudios, se muestran que la falta de tiempo y de interés son las principales barreras, seguidos de alteraciones en la salud, la edad, los motivos económicos, la falta de instalaciones adecuadas, de la sensación de cansancio posterior a los estudios o el trabajo, el desgano o pereza (Cambroner et al., 2015).

Cabe mencionar que Jones et al. (2017a) en un estudio reciente sobre barreras y facilitadores de la actividad física en personas jóvenes trans muestra que son insuficientemente activas por diversas razones. Algunos datos recogidos mencionan que la experiencia de las personas trans en el desempeño de la actividad física no es agradable, por lo que es posible que se encuentren algunas barreras; según se identifica, estas se relacionan en mayor medida, al temor de la relevación de su identidad de género, al hacer uso de instalaciones inadecuadas como los vestuarios, el uso de ropa deportiva o el uso de trajes de baño, razón por la que evitan los espacios abiertos antes de reconocerse



públicamente y por consiguiente evitando la exposición a la violencia por discriminación o miedo al rechazo. Otra barrera es la falta de conciencia de las personas trans sobre la necesidad de la actividad física.

Diferentes aspectos entonces parecen participar en la elección de la actividad física. Uno de ellos es el proceso de transición o transformación corporal, debido a la insatisfacción de dicha imagen, ligado a la identidad de género: La actividad física juega un papel en la (re)construcción de esa identidad que va tras los cambios corporales para obtener la congruencia de género, al tiempo que al obtener esa identidad, la personas trans se aceptan y se sienten cómodas con sus cuerpos disminuyendo la sensación de vergüenza y por lo tanto facilitando la exposición a la actividad física (Elling y Machartzki, 2017). Estos motivos en la población trans son fluctuantes, pueden ir desde el desinterés pasando por el goce o disfrute propio de la actividad como en la población general pero variables como la edad, el tipo de actividad, factores socioculturales y económicos y claramente el género suelen afectar estos motivos (Jones et al., 2017a).

A la luz de estas revelaciones, se retoma el concepto de la prevención mediante la actividad física sobre la expresión de las ECNT asociadas a factores de riesgo y estilos de vida inadecuados. Se hace necesario evaluar dichos factores y comportamientos relacionados con la salud, que en ciertos grupos vulnerados o minorías por tener desventajas sociales pueden representar mayores riesgos (Fredriksen-Goldsen et al., 201; González et al., 2014) como lo puede ser nuestra población trans. La mayor prevalencia en trastornos mentales y suicidio y las consecuencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas que se presenta en la población trans (Davey et al., 2016; Dhejne et al., 2016; Marshall et al., 2016; Millet et al., 2017; Reisner et al., 2016; Van de Grift et al., 2016; Witcomb et al., 2015). Así como los efectos secundarios del proceso de hormonización sobre la salud cardiovascular (Abdala et al., 2020). Todos estos son modificables a través de la actividad física. Por lo tanto, es pertinente identificar dichos factores, en este caso desde una mirada biopsicosocial, con el fin de abordarlas y contribuir a la planeación de intervenciones que puedan llegar a reflejar un mayor bienestar y calidad de vida en la salud de la población trans.

Dados los pocos referentes y escasez de datos en general y en especial para Colombia, estos serán entonces, los primeros pasos para lograr visualizar las necesidades de nuestra población para

que se puedan concretar en una política pública que garantice la participación de esta población en la actividad física, como parte de las recomendaciones de un estilo de vida saludable impactando favorablemente sobre sus riesgos y comportamientos y de estos sobre su salud.

## Resultados y discusión

A continuación, se muestran los resultados que evidencian algunos aspectos de la situación de salud percibidos por algunas de las mujeres participantes, a partir de las categorías que se presentan a continuación para el diseño de futuras intervenciones y de generar una mejor calidad y acompañamiento en todo su proceso de atención. Se resalta la mirada sobre el concepto de salud en estas poblaciones de mujeres trans y cómo es percibido desde la actividad física, como se encuentra en la vida diaria de esta población, algunas preferencias, barreras o motivaciones que influyen en el autocuidado.

### *Actividad física como parte de la vida diaria*

En primer lugar, se mostrarán los resultados sobre lo que las mujeres trans consideran que es actividad física y bajo qué modelo de la misma la realizan, cuál es la más mencionada por aquellas que han aceptado a la actividad física como parte integral de su salud. Recordando que actividad física puede ser cualquier actividad realizada dentro de la rutina habitual (OMS, 2020) la familiar o la comunitaria, incluso laboral (López Cañada, 2018), como lo es caminar de la casa al trabajo como medio de transporte (Posadzki et al., 2020; Pescatello et al., 2021; Varela et al., 2011).

Se observa que caminar es la actividad de mayor preferencia, dicha elección está ligada en su mayoría por ser parte de su rutina diaria, reemplazando a otros medios de transporte convencionales, aprovechando subir y bajar gradas a su alcance en vez de usar un ascensor; esas y otras actividades que pueden ser generadas por la oportunidad, como la posibilidad de brincar obstáculos en la calle, por ejemplo un muro o simplemente decidir realizar la actividad por el simple gusto, ya sea que salga a disfrutar de un paisaje o saque a la mascota; motivo ligado al goce o disfrute de la actividad física escogida (Jones et al., 2017a) lo que la hace de fácil acceso económicamente

favorable, agradable y lo que facilita la adherencia y continuidad de la misma.

Estos resultados concuerdan con las recomendaciones a nivel mundial sobre prescripción del ejercicio (OMS, 2018) que catalogan a la caminata como la actividad física más recomendable para iniciar una modificación de estilo de vida o nuevo hábito saludable ya que no representa mayores contraindicaciones físicas, para realizarla, no requiere equipos (solo ropa y calzado adecuado), no requiere experiencia ni habilidad previa, tampoco acondicionamiento previo, es gratis, se puede hacer en compañía, realizable en cualquier momento (Duperly y Lobelo, 2015) y tiene impacto positivo sobre la salud principalmente cardio metabólica y en la salud en general, tanto como en la mortalidad por cualquier causa (Van der Ploeg et al., 2012). Según todos esto son ejemplos de mujeres trans activas físicamente las siguientes:

Entrevistadora: *¿Practicas algún ejercicio?*

Participante: Sí, camino mucho. Súper camino, yo camino de esta zona hasta el antiguo Hilton, y subo del 6 hasta el 24 a pie, y vuelvo a bajar a pie, subo y bajo. Corro también.

Entrevistadora: *¿Todos los días haces eso?*

Participante: Sí, todos los días. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Participante: Yo brinco, yo brinco las barras esas que ponen para que no se pasen en los Transmilenio, entonces yo hago mucho esas cosas y cuando yo camino, yo camino rápido y fuerte y me gusta correr y me gusta, o sea, porque soy así y me encanta y siempre lo hago. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Participante: Caminar, me voy, me voy y no me pongo a pagar bus, no mi amor, yo me voy es así, yo voy es y cuando me toca caminar el camino, cuando me toca trotar la troto. (Bogotá, Grupo de discusión)

Entrevistadora: *¿Tú haces ejercicio físico?*

Participante: Yo creo que todos los días la subida y bajada del trabajo a la casa, qué más ejercicio.

Entrevistadora: *¿Más o menos del trabajo a tu casa cuántas cuabras hay?*

Participante: Yo creo que unas 20 cuabras. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

## *Actividad física, preferencias y motivaciones*

La caminata no fue la única actividad referida dentro de la elección, otras actividades gozan de igual aceptación dentro de la comunidad trans donde priman según sus descripciones los gustos, las habilidades y las motivaciones. Estas sirven en el marco de la consejería o educación para incentivar y promover la actividad física como estilo de vida saludable. En la literatura la elección de la actividad física en la población trans parece estar determinada por el objetivo que se busca con esta. Hay que recalcar cómo la población trans encuentra sentido y significado en su proceso de tránsito en la actividad física, pues esta participa activamente como parte del reconocimiento de su identidad y construcción de su cuerpo (Salvatierra Acosta y Canon-Buitrago, 2020) siendo así la congruencia e identidad de género la principal razón de realizar actividad física o ejercicio, pues se considera a estos como un medio que puede ayudar a obtener la imagen corporal acorde a la identidad y a la expresión de género (Elling-Machartzki, 2017; Jones et al., 2017a) escogiendo entonces aquellas actividades o ejercicios que les provean esa satisfacción corporal.

Es por esto que encontramos una variedad de actividad física así como de diversidades de género, encontrando en nuestra población otras actividades identificadas y mencionadas por la mujeres trans, en menor grado de desempeño por diversas condiciones y factores son: trotar, el uso del gimnasio, ciclismo, natación; otro grupo aprovecha las actividades al aire libre o recreativas ocasionales o de fin de semana como bailar, juegos en parques y canchas, juegos de competencias, senderismo, deportes extremos o prácticas como la gimnasia rítmica y porrismo. Todas validadas como actividad física según Varela et al. (2011), Posadzki et al. (2020) y Pescatello et al. (2021), que soportadas por la referencia en sus narrativas dan cuenta del grado de compromiso en la frecuencia en la que programan los ya mencionados tipos de actividad física, que oscilan entre 2-5 veces por semana para las más habitadas, contra las ocasionales o de menor frecuencia. Evidencia que muestra que parte de nuestra población cumple con las recomendaciones internacionales (OMS, 2018) sobre actividad física, al menos en la frecuencia en la que se realizan estas actividades.

Ante la pregunta de si realizan ejercicio, algunas participantes responden: “Uy, yo camino mucho, yo troto, ¡me fascina!” (Bogotá, entrevista en profundidad). “A veces juego baloncesto cuando puedo

con un grupo de chicas trans que tengo (...) a veces cada 8 días” (Calarcá, entrevista en profundidad). “Bastante, tengo rutina de casi toda la semana, de lunes a viernes, Me gusta mucho la natación entonces estoy practicando en la Liga Vallecaucana” (Cali, entrevista en profundidad). “Sí, de vez en cuando voy con unos amigos a hacer aeróbicos, a veces nos vamos a correr, a trotar, y a veces nos metemos a un gimnasio, pagamos una hora, hora y media, a hacer ejercicio con máquinas” (Cartagena, entrevista en profundidad).

Estas descripciones previas, resaltan también la intención y el compromiso de la mujeres trans que realizan actividad física, pues a pesar de las limitantes de tiempo o económicas que hemos visto pueden ser barreras que impidan su realización (Cambroner et al., 2015) buscan opciones dentro de sus gustos y posibilidades para mantenerse físicamente activas, incluyendo búsquedas de rutinas de ejercicio en internet y de manera jocosa referido por un grupo pequeño, a las actividades propias del hogar reconocida en el concepto de actividad física, y a la sexual como las únicas que realizan dentro de esta categoría.

Hablando de la actividad sexual como actividad física, se debe decir que en este aspecto es debatida, y aunque en el estricto rigor del concepto podría aplicar; los beneficios de la actividad sexual contra el ejercicio no son reemplazables. Además, la obtención de los beneficios de la actividad sexual equiparable a la de la actividad física dependerá de algunas variables, como tiempo estimado de duración del encuentro sexual, las posiciones, el rol activo o pasivo y la intensidad realizada durante el mismo. Dadas las anteriores consideraciones se realizó un estudio que pretendía examinar el gasto de energía durante la actividad sexual y compararlo con el ejercicio de resistencia, encontrando diferencias entre hombres y mujeres. Se observa que la actividad sexual tiene un gasto de 101 kcal o 4,2 kcal/min para hombres y 69 kcal o 3,1 kcal/min para mujeres con una intensidad medida en METS que, según el colegio americano de medicina deportiva, al oscilar entre 3-6 METS, en este caso 6,0 METS para hombres y 5,6 METS para mujeres, representan una actividad de moderada intensidad (Frappier et al., 2013). Dicho esto, la actividad sexual podría ser considerada como un ejercicio significativo, lo que requiere de mayores y más específicos estudios, sobre todo teniendo

en cuenta nuestra población trans. Frente a la pregunta de actividad física, algunas participantes respondieron:

“Nada... qué más ejercicio que subir y bajar escaleras todos los días y hacer aseo” (Cali, entrevista en profundidad). “Todo eso lo compenso con un ejercicio sexual (risas), la sexualidad es ejercicio, porque, cuando estás en el acto sexual, tu cuerpo se exige físicamente, tú misma te das cuenta, la respiración agitada... Por eso no me preocupo tanto” (Calarcá, entrevista en profundidad). “Yo por lo menos, hago a diario en mi casa mucha sentadilla, zancadillas, a veces pongo gimnasio virtual, que conecto el celular al televisor, la buena alimentación es muy básica para mí” (Cartagena, Grupo de discusión).

Ahora bien; la actividad física hace parte de los factores modificables de los estilos de vida (Calonge Pascual et al., 2016) por eso cuando se habla de la instauración de un estilo de vida saludable es importante tener en cuenta los factores que puedan generar barreras o motivaciones. Este puede ser el insumo para ayudar a la toma de decisiones en el proceso de recomendar una actividad física como una modificación al estilo de vida que pueda contribuir al manejo de diversos factores de riesgo dentro de la población o simplemente como un factor preventivo.

Estos relatos dejan ver entonces una coincidencia con la población general acerca de las limitantes y/o motivaciones (Jones et al., 2017a) para iniciar una actividad física, así como también la percepción de autocuidado y la conciencia sobre la importancia de la actividad física sobre la salud, siendo esta una motivación que no se aleja mucho de las principales razones por las que se toma la iniciativa de establecer la actividad física como hábito, de mantenerlo y en ocasiones como una razón para no hacerlo (Jones et al., 2017a) dato que encontramos tanto dentro de la población general (Varela et al., 2011) como de la población trans (López Cañada, 2018).

Por otro lado, se muestra en los resultados las barreras que las mujeres trans expresan, identificando a la pereza (Cambronero et al., 2015; Varela et al., 2011) como la mayor condición limitante, por encima del tiempo o el factor económico (Jones et al., 2017a), seguido de la falta de atracción de este tipo de actividad. Esto se correlaciona con un estudio en población universitaria colombiana (Varela et al., 2011) que nos dice que a pesar de ser una población con situaciones especiales siguen guardando relación con la población general pues como nos lo muestra Jones et al. (2017a) variables como la edad, el

tipo de actividad, factores socioculturales y económicos, y claramente el género, pueden llegar a afectar los motivos por los cuales se elige realizar o no actividad física. No obstante, estas son variables comunes para toda la población. Se hace la precaución que el estudio donde se menciona a la pereza como una barrera, es un estudio realizado en población joven lo que podría desestimar otros posibles resultados al extender los estudios en población de mujeres trans y a otros rangos de edad dentro de la misma.

Otros resultados con respecto a las barreras están más asociados a la aceptación con la imagen corporal, al atuendo usado durante la actividad física, al miedo a no ser aceptados como comunidad trans y a la falta de sitios adecuados para cambiarse (Jones et al., 2017a). Por el miedo a la transfobia las personas trans suelen evitar la actividad física y deporte (Hargie et al., 2015; Muchicko et al., 2014), siendo la insatisfacción corporal en este sentido, la barrera más significativa (Elling-Machartzki, 2017) y dentro de los motivos para la realización de actividad física de la población trans, López Cañada (2018) recuerda que son: hacer ejercicio, el mejoramiento y mantenimiento de la salud, la recreación, para lograr mayor masa muscular, para desestresarse, como medio para socializar y para mantener la condición física e imagen corporal.

En las participantes estos fueron algunos de los resultados que coinciden con los hallazgos mencionados, ante la pregunta de si realizan ejercicio físico, estas fueron algunas respuestas: “¡No! Pagué el mes de gimnasio y eso quedó pago porque no, que pereza. No... falta de compromiso” (Amenia, entrevista en profundidad). “*No porque el tiempo tampoco me alcanza, me la paso trabajando, usted sabe, el diario vivir*” (Bucaramanga, entrevista en profundidad). “No porque no me guste, la verdad, ya... ya eso fue una etapa, tú sabes que la vida de una tiene etapas, tiene ciclos y eso fue un ciclo de mi infancia” (Cartagena, entrevista en profundidad).

Participante: No, no me gusta (...)

Entrevistadora: Eso te ayudaría para tu cuerpo.

Participante: Si, pero... (risas) no me gusta, yo soy muy perezosa; y como en mi casa me alchahuetean todo y no me exigen nada, pues soy más perezosa.

No me gusta el ejercicio, me gusta más comer. (Calarcá, entrevista en profundidad)

En contraste con las barreras; se observa una población trans, mayoritariamente comprometida con la realización de la actividad física, por razones de salud y por razones de congruencia física, como el mayor deseo y motivación de la expresión de género y satisfacción corporal (Jones et al., 2017a) dato que ya ha sido tratado en párrafos anteriores. Consideran además que este tipo de actividad les ayuda a combatir el estrés y estados mentales como la depresión y la ansiedad. Trastornos que como ya se conoce, además de ser frecuentes en la población trans, afectan su autoestima y están asociados a la mala imagen corporal y el aumento de las tasas de suicidio (Dhejne et al., 2016; Millet et al., 2017; Davey et al., 2016; Marshall et al., 2016; Van de Grift et al., 2016; Witcomb et al., 2015; Reisner et al., 2016) también se sabe que a través de la actividad física se puede prevenir los trastornos mentales como ansiedad y depresión (Scherder et al., 2007)

Muchos son los beneficios que se obtienen con la realización de actividad física y como se vio en las participantes, además de la imagen corporal, es una de las razones por las cuales parte de esta población opta por iniciarla además como un acto de conciencia sobre su cuidado. En estas narrativas se ilustran algunas de esas razones: “Con las hormonas también hay riesgo de osteoporosis a largo plazo, y si uno no tiene la alimentación adecuada, ni hace ejercicio, los huesos se van a quedar muy débiles y se van a quebrar con nada” (Bucaramanga, Grupo de discusión).

Yo estoy en control médico todo el tiempo porque soy diabético, y ahorita me estoy volviendo hipertenso, entonces a mí ya me mandaron la droga y me mandaron a caminar, camino 45 minutos. Pero yo sí me mantengo mucho en el médico. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

En el cuidado en la alimentación sí me cuido muchísimo, me gusta, toda la vida me ha gustado cuidarme. Hacer ejercicio, correr, eh, hacer deporte.

Actualmente entreno y es muy indispensable tener una vida balanceada, para así llegar a una buena vejez, por ejemplo, tener una alimentación muy buena, eso le deja a uno tener una piel bonita, más, más jugosa... Más femenina. Más radiante, el cabello, todo, viene de la alimentación. Pienso



que la persona que se cuida en la alimentación se cuida físicamente en muchas cosas. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Entrevistadora: ¿Por qué decidiste hacer ejercicio físico en el gimnasio ahora?

Participante: Porque eso me ayuda para tener una vida saludable, para cambiar la rutina, para botar el estrés, las rabias, uno se descarga. Entonces yo siento que a mí me da rabia por algo, o me pasa algún problema entonces voy y lo descargo allá. (Armenia, entrevista en profundidad)

Con todo este argumento sorprende que clínicamente existe un grupo que, pese a tener condiciones de salud que se favorecen de este hábito saludable, como lo son las personas con riesgos o enfermedades cardio metabólicas, las que padecen de osteoporosis o sufren de trastornos mentales secundarios a la hormonización o de disfunciones sexuales, aun así, no se motivan para realizar este tipo de práctica. Todas estas condiciones muestran fuerte evidencia como beneficio en la modificación de su expresión, a través de la actividad física, esto nos lo muestran las siguientes historias narrativas.

Yo también me he hecho controles de hipertensión y de diabetes y todo eso, sin embargo, manejo el sedentarismo por mi trabajo, no camino mucho, no hago mucho ejercicio y aparte de eso, comer sano, sano, no. Me gusta lo que dice ella, yo también como brócoli y todo eso, pero también como hamburguesa y como perro y como pincho y todo eso, y tomo mucha gaseosa, coca cola por montón. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Participante: ... no tengo ninguna dieta, tengo que empezar a hacer gimnasia, desde el ejercicio, lo que sea, porque soy muy pesada. Y fuera de eso, tengo que hacer por lo del derrame que me dio, tengo que hacer gimnasia.

Entrevistadora: ¿Pero no lo haces?

Participante: No...

Entrevistadora: ¿Y qué te lo impide?

Participante: La pereza, porque yo quiero estar en la cama, quiero estar en la casa. Yo no quiero salir. No quiero verle la cara a nadie. (Cali, entrevista en profundidad)

Como ya se observó, hay poblaciones que practican actividad física por diferentes motivos, idealmente debe realizarse bajo las recomendaciones de expertos para el logro de las metas en cada individuo. Sin embargo; llama la atención que son muy pocas las que reciben una recomendación apropiada para la realización correcta del ejercicio o la actividad física. Muchas de ellas reconocen y saben de la importancia sobre la salud por lo que reconociendo en ellas este beneficio, acuden por iniciativa propia a hacer algún tipo de actividad física como ya se mencionó, dependiendo de sus motivaciones y bajo el espectro de sus posibilidades y condiciones como ya se demostró; lo que deja un campo abierto para la educación dentro de la atención integral de la comunidad trans que pudiera recibir los beneficios de la actividad física como parte del manejo coadyuvante a sus cuadros clínicos cómo lo vemos en el siguiente relato.

Entrevistadora: ¿Haces ejercicio?

Participante: Resulta que eso fue lo que el médico me mandó, que caminara y a mí no me gusta la calle.

Entrevistadora: ¿Y te mandaron a que caminaras un poco más?

Participante: Sí, pero yo no salgo. O sea, por lo mismo depresiva que soy yo, y como yo tengo un genio fuerte, yo en el momento en que salgo a la calle y veo que alguien está robando a alguien o alguien está haciendo algo, yo me lleno de rabia, porque yo soy de las que me agarro con todo mundo, porque no acepto lo que veo que está mal. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

## Conclusiones

La percepción de la actividad física en mujeres trans es concebida como una oportunidad para mejorar su apariencia física mejorando su imagen corporal y por tanto aportando a la congruencia de su género y a la construcción de su identidad. No obstante, en

este contexto la pereza parece ser la barrera más limitante para su ejecución, constancia y permanencia.

Las participantes demuestran conciencia sobre la importancia de su autocuidado y su relación con la salud y el bienestar. Ellas reconocen el impacto que sobre su salud tiene la actividad física principalmente contrarrestando los efectos de la hormonización, como la osteoporosis y los cardiovasculares, como los eventos trombóticos. Las participantes se muestran inquietas y activas en la búsqueda de formas para mantenerse activas a pesar de las otras limitaciones de tiempo y dinero, así como la percepción de poco acceso a entornos donde se sientan seguras y aceptadas. En conclusión, por diversos motivos, la población trans participante puede decirse que es físicamente activa.

## Referencias

- Abdala, R., Nagelberg, A. y Brance, M. L. (2020). Salud ósea en personas transgénero. Actual. *Osteol*, 16(3), [http://osteologia.org.ar/files/pdf/rid66\\_2020-14-abdala-brance-cc.pdf](http://osteologia.org.ar/files/pdf/rid66_2020-14-abdala-brance-cc.pdf)
- Alsubaie A. S. R. & Omer E. O. M. (2015). Physical Activity Behavior Predictors, Reasons and Barriers among Male Adolescents in Riyadh, Saudi Arabia: Evidence for Obesogenic Environment. *International journal of health sciences. International Journal of Health and Sciences*, 9(4), 400-408. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682594/>
- Arem. H., Moore, S. C., Patel, A., Hartge, P., Berrington de Gonzáles, A., Visvanathan, K., Campbell, P. T., Freedman, M., Weiderpass, E., Olov Adami, H., Linet, M. S., Lee, M. I. & Matthews, C. E. (2015). Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Internal Medicine*. 175(6), 959-967. 10.1001/jamainternmed.2015.0533
- Atkinson, G. & Davenne, D. (2007). Relationships between sleep, physical activity and human health. *Physiology & Behavior*, 90(2-3), 229-235. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782301/>
- Calonge Pascual, S., Cañada López, D. y González-Gross, M. (2016). *Plenufar 6. Educación Nutricional en la Actividad Física. Tema 1 Beneficios de la actividad física para la salud*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [https://www.academia.edu/32381822/TEMA\\_1\\_BENEFICIOS\\_DE\\_LA\\_ACTIVIDAD\\_F%C3%8D-SICA\\_PARA\\_LA\\_SALUD](https://www.academia.edu/32381822/TEMA_1_BENEFICIOS_DE_LA_ACTIVIDAD_F%C3%8D-SICA_PARA_LA_SALUD)

- Cambronero, M., Blasco, J. E., Chiner, E. y Lucas-Cuevas, Á. G. (2015). Motivos de participación de los estudiantes universitarios en actividades físico-deportivas. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 179-186. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311137747002.pdf>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G.R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Colmenares-Pedraza, J. A. y Herrera-Medina, R. (2018). Prevalencia de actividad física y beneficios y barreras en trabajadores de Villavicencio, Colombia. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud UIS*, 50(1), 37-45. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n1-2018004>
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C. & Bouman, W. P. (2016). Self injury among trans individuals and matched controls: prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485-494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>
- De Dienheim-Barriguete, P. J., Silva De Dienheim, R. & Silva De Dienheim, I. S. (2020). Evolución de las enfermedades no transmisibles en el mundo. *Milenaria, Ciencia y Arte*, 9(15), 9-11. <http://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/86>
- De Freitas Bernardes, A. I., Da Fonseca Passos, E. M. G. & Da Fonseca Passos, T. G. (2020). Alterações metabólicas em indivíduos transgêneros submetidos a terapias hormonais. Uma revisão de literatura, 1-19. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14417/1/Ana%20In%20c3%aas%20e%20Eva%20Passos.pdf>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G. & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International review of psychiatry*, 28(1), 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Duperly, J. y Lobelo F. (2015). *Prescripción del ejercicio*. Ediciones de la U.
- Ekelund, U., Dalene, K. E., Tarp, J. & Lee, I. M. (2020). Physical activity and mortality: what is the dose response and how big is the effect? *British Journal of Sports Medicine*, 54(19), 1125-1126. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsm-2020-101911>

org/10.1136/bjsports-2019-101765

- Elling-Machartzki, A. (2017). Extraordinary body-self narratives: Sport and physical activity in the lives of transgender people. *Leisure Studies*, 36(2), 256-268. 10.1080/02614367.2015.1128474
- Fergusson, P., Greenspan, N., Maitland, L. & Huberdeau, R. (2018). Towards providing culturally aware nutritional care for transgender people: Key issues and considerations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 79(2), 74-79. <https://doi.org/10.3148/cjd-pr-2018-001>
- Frappier, J., Toupin, I., Levy, J. J., Aubertin-Leheudre, M. & Karelis, A. D. (2013). Energy Expenditure during sexual activity in young healthy couples. *Journal PLOS ONE*, 8(10), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079342>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A. & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809. 10.2105/AJPH.2012.301110
- Gleaves, J. & Lehrbach, T. (2016). Beyond fairness: The ethics of inclusion for transgender and intersex athletes. *Journal of the Philosophy of Sport*, 43(2), 311-326. <https://doi.org/10.1080/00948705.2016.1157485>
- González, S., Sarmiento, O. L., Lozano, Ó., Ramírez, A. y Grijalba, C. (2014). Niveles de actividad física de la población colombiana: Desigualdades por sexo y condición socioeconómica. *Biomédica*, 34(3), 447-459. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i3.2258>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet. Global Health*, 6(10), 1077-1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- Hargie, O., Somerville, I. J. A. & Mitchell, D. (2015). *Social Exclusion and Sport in Northern Ireland*. Ulster University. <https://www.executiveoffice-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/ofmdfm/social-exclusion-and-sport-in-ni-main-report.pdf>
- Jones, B. A., Arcelus, J., Bouman, W. P. & Haycraft, E. (2017a). Barriers and facilitators of physical activity and sport participation among young transgender adults who are medically transitioning. *International Journal of Transgenderism*, 18(2), 227-238. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101765>

- g/10.1080/15532739.2017.1293581
- Jones, B. A., Arcelus, J., Bouman, W. P. & Haycraft, E. (2017b). Sport and transgender people: a systematic review of the literature relating to sport participation and competitive sport policies. *Sports Medicine*, 47(4), 701-716. 10.1007/s40279-016-0621-y.
- Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P. & Arcelus, J. (2018). The levels and predictors of physical activity engagement within the treatment-seeking transgender population: a matched control study. *Journal of Physical Activity and Health*, 15(2), 99-107. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0298>
- Koelwyn, G. J., Wennerberg, E., Demaria, S. & Jones, L. W. (2015). Exercise in Regulation of Inflammation-Immune Axis Function in Cancer Initiation and Progression. *Oncology*, 29(12), 908-920. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26676894/>
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet*, 380(9838), 219-229. 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- López Cañada, E. (2018). La actividad física y el deporte en personas trans: la participación, los motivos y los factores socioecológicos [Tesis doctoral, Universitat de València]. Archivo digital. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/68314/Tesis%20Doctoral%20Elena%20L%20c3%b3pez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ma, C. L., Ma, X. T., Wang, J. J., Liu, H., Chen, Y. F. & Yang, Y. (2017). Physical exercise induces hippocampal neurogenesis and prevents cognitive decline. *Behavioural Brain Research*, 15(317), 332-339. 10.1016/j.bbr.2016.09.067
- Marshall, B. D. L., Socías, M. E., Kerr, T., Zalazar, V., Sued, O. & Arístegui, I. (2016). Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *Journal of homosexuality*, 63(7), 955-967. 10.1080/00918369.2015.1117898
- Millet, N., Longworth, J. & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27-38, <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [MECD]. (2016). *Datos y cifras del sistema universitario español. Curso 2015-2016*. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:6a538b72-1866-4100-b1b7-b3fd26bb8191/datos-y-cifras-sue-2015-16-web-.pdf>

- Ministerio de Salud [MinSalud] (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>
- Muchicko, M. M., Lepp, A. & Barkley, J. E. (2014). Peer victimization, social support and leisure-time physical activity in transgender and cisgender individuals. *Leisure/Loisir*, 38(3-4), 295-308. <https://doi.org/10.1080/14927713.2015.1048088>
- Muñoz-Rodríguez, D. I., Arango-Alzate, C. M. & Segura-Cardona, Á. M. (2018). Environments and physical activity in chronic diseases: Beyond associated factors. *Universidad y Salud*, 20(2), 183-199. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.122>
- National Union of Students [NUS] (2012). *Out in sport. LGBT students' experiences of sport*. <https://acortar.link/QKNRCU>
- Observatorio Nacional de Salud [ONS] (2015). *Actividad Física en Colombia*. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletines/boletin5-AF/index-boletin/Boletin5ONS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-5-2012-recomendaciones-mundiales-sobre-actividad-fisica-para-salud#:~:text=Los%20adultos%20de%2018%20a,de%20actividades%20moderadas%20y%20vigorosas>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327897/WHO-NMH-PND-18.5-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51482>
- Ozemek, C., Lavie, C. J. & Rognum, Ø. (2019). Global physical activity levels - Need for intervention. *Progress in cardiovascular diseases*, 62(2), 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.02.004>
- Pérez-Samaniego, V., Fuentes-Miguel, J., Pereira-García, S., López-Cañada, E. & Devís-Devís, J. (2019). Experiences of trans persons in physical activity and sport: a qualitative metasynthesis. *Sport Management Review*, 22(4), 439-451. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.08.002>

- Pescatello, L. S., Hennessy, E. A., Katzmarzyk, P. T., Kraus, W. E., Fish, A. F., Craft, L. L. & Johnson, B. T. (2021). Best Practices for Meta-Reviews in Physical Activity and Health Research: Insights from the Physical Activity Guidelines for Americans Advisory Committee Scientific Report. *Journal of Physical Activity and Health*, 18(11), 1437-1445. 10.1123/jpah.2021-0243
- Posadzki, P., Pieper, D., Bajpai, R., Makaruk, H., Könsgen, N., Neuhaus, A. L. & Semwal, M. (2020). Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health*, 20(1724), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3>
- Rahman, R. & Linsenmeyer, W. R. (2019). Caring for transgender patients and clients: nutrition-related clinical and psychosocial considerations. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(5), 727-732. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.03.006>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E. & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412-436. 10.1016/S0140-6736(16)00684-X
- Rodríguez Romo, G., Macías Pla, R., Garrido Muñoz, M., Tejero González, C. M. & López Adán, E. (2018). Motivos para la práctica de actividad física durante el tiempo libre y su relación con el cumplimiento de las recomendaciones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 18(1), 183-194. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/274141>
- Rueggsegger, G. N. & Booth, F. W. (2018). Health Benefits of Exercise. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, 10(7). 10.1101/cshperspect.a029694
- Salvatierra Acosta, F. E. y Canon-Buitrago, E. A. (2020). *Experiencias de intervención de la Educación Física con población trans en Uruguay, Argentina y Brasil: Un Estudio de revisión*. Educación física entre prácticas y políticas. <https://encuentro2020.isef.edu.uy/img/Experiencias%20de%20intervencion.pdf>
- Scherder, E., Eggermont, L., Sergeant, J. & Boersma, F. (2007). Physical activity and cognition in Alzheimer's disease: relationship to vascular risk factors, executive functions and gait. *Reviews Neuroscience*, 18(2), 149-58. 10.1515/revneuro.2007.18.2.149
- Schrock, D., Reid, L. & Boyd, E. M. (2005). Transsexuals' embodiment of womanhood. *Gender & Society*, 19(3), 317-335. <https://doi.org/10.1177/0891243204273496>



- Spielman, L. J., Little, J. P. & Klegeris A. (2016). Physical activity and exercise attenuate neuroinflammation in neurological diseases. *Brain Research Bulletin*, 125, 19-29. [10.1016/j.brainresbull.2016.03.01](https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.03.01)
- Strazdins, L., Broom, D. H., Banwell, C., McDonald, T. & Skeat, H. (2011). Time limits? Reflecting and responding to time barriers for healthy, active living in Australia. *Health Promotion International*, 26(1), 46-54. [10.1093/heapro/daq060](https://doi.org/10.1093/heapro/daq060)
- Symons, C., Sbaraglia, M., Hillier, L. & Mitchell, A. (2010). *Come out to play. The Sports Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBTQ) People in Victoria*. Victoria University. <https://vuir.vu.edu.au/8609/>
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Steensma, T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., Haraldsen, I. R. H., Dikmans, R. E. G., Cerwenka, S. C. & Kreukels, B. P. (2016). Body satisfaction and physical appearance in gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 575-585. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474976/>
- Van der Ploeg, H. P., Chey, T., Korda, R. J., Banks, E. & Bauman, A. (2012). Sitting time and all-cause mortality risk in 222 497 Australian adults. *JAMA Internal Medicine*, 172(6), 494-500. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.2174>
- Varela, M. T., Duarte, C., Salazar, I. C., Lema, L. F. y Tamayo, J. A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia médica*, 42(3), 269-277. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28322503002.pdf>
- Weinand, J. D. & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; a review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2(2), 55-60. [10.1016/j.jcte.2015.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003)
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G. & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641-2651. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Brewin, N., Richards, C., Fernández Aranda, F. & Arcelus, J. (2015). Body image dissatisfaction and eating related psychopathology in trans individuals: A matched control study. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 287-293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25944170/>



# Capítulo 13. Creencias y prácticas alimentarias en mujeres trans

## Introducción

Es pertinente destacar que, antes de abordar el tema de las prácticas y creencias en alimentación, es preciso identificar la conexión entre el género y el cuerpo, debido a que están estrechamente relacionados y son indisolubles puesto que la expresión y la composición corporal, dan forma a la identidad de género (Grau y Gonzales, 2018). De esta manera, cuando una persona no se siente conforme con su género en relación con las características corporales que posee (hombre o mujer), se pueden desencadenar afectaciones psicológicas y emocionales (Jones et al., 2018). Estar conforme o no con el género correspondiente, puede partir de la evaluación que un sujeto hace de su cuerpo, lo que genera una autopercepción de la imagen corporal (AIC) que, en gran medida, influye en el sistema de creencias y prácticas que una persona adopta en diferentes dimensiones para sentirse satisfecho/a con su imagen corporal (Soto Ruiz et al., 2015).

Así las cosas, las creencias relacionadas con alimentación se definen como ideas específicas que se construyen socialmente, ellas se forman por las experiencias, pensamientos y emociones, las cuales, permiten emitir juicios sobre lo que se considera mito o no, adecuado o no adecuado para una buena alimentación o para satisfacer el gusto alimentario, de esta forma, una comunidad específica puede crear su propio sistema social de creencias, que permea la selección de alimentos, la preparación de ellos y todo lo relacionado con los rituales establecidos al momento de consumirlos y que en últimas, se convierte en la cultura alimentaria de las personas (Morales et al., 2007; Moya, 2004). Cabe destacar que, las creencias en este campo pueden tener una valoración positiva, en la medida que hayan sido influenciadas

por un conocimiento acertado que contribuya a la apropiación de hábitos de alimentación saludables (Domínguez et al., 2018).

Así mismo, es importante aclarar que si bien, las creencias que se tejen en torno a la alimentación son una base para planear y moldear las prácticas relacionadas con el consumo de los alimentos, se hace necesario precisar que, en varios escenarios sociales, dichas prácticas, se realizan sobrepasando las creencias, dado que el ser humano también se alimenta, en un acto de supervivencia para mitigar la sensación de hambre, en este sentido, el factor económico y la disponibilidad de alimentos, son determinantes importantes en el consumo de ellos, “se consume lo que se tiene” o “se consume lo que permite calmar el hambre” y, extrapolarlo esta reflexión a la población trans, en muchos casos sus condiciones socioeconómicas son precarias y vulnerables y por tanto, pueden ser susceptibles de presentar una alimentación poco equilibrada que afecta su seguridad alimentaria y estado nutricional (Russomanno y Jabson, 2020).

Por otro lado, las prácticas alimentarias, se refiere a costumbres heredadas a partir de vivencias previas asociadas a la alimentación y compartidas por un grupo social determinado (Rolandi, 2014). A su vez, dentro de las prácticas alimentarias, se encuentran los hábitos de consumo, entendidos como los comportamientos repetitivos, consistentes y colectivos que guían a los individuos a escoger y consumir alimentos concretos como respuesta a las influencias sociales o las tendencias de un grupo determinado y, las costumbres culinarias, que son las maneras creativas de preparación de los alimentos, las cuales dependen del contexto sociocultural y económico de las personas que realizan estas preparaciones (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2015; Fundación Española de la Nutrición, 2014). Por su puesto, para la ciencia de la Nutrición y Dietética, es importante estudiar este contexto que, finalmente, en muchos casos se pueden convertir en comportamientos de riesgo para el desarrollo de malnutrición y enfermedades asociadas.

Ampliando este escenario, es importante reconocer que, aunque en las últimas décadas ha cobrado mayor importancia el desarrollo de estudios que involucran a la comunidad trans, existen vacíos en investigaciones en el área de la alimentación y la nutrición, siendo este de representativo interés, dado los diversos procesos hormonales, estéticos y quirúrgicos a los que se someten para emprender su tránsito de un género a otro, los cuales, pueden comprometer su salud, entre

esos, su situación alimentaria y nutricional (Colombia Diversa, 2010; Gay and Lesbian Medical Association, 2001; OPS, 2012; Rahman y Linsenmeyer, 2018). En este sentido, se debe reconocer que, en la actualidad, no existen lineamientos de referencia específicos para población trans, relacionados con recomendaciones de consumo de energía y nutrientes, ni patrones de referencia antropométricos adaptados a sus cambios corporales, es decir que, los lineamientos vigentes están construidos para población con género binario. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b)

La alimentación y la nutrición en personas trans, se puede analizar, teniendo varias dimensiones como son: los aspectos clínicos asociados a su condición, enfermedades relacionadas con los efectos secundarios por el uso de tratamientos hormonales, los cambios a nivel corporal y los aspectos psicosociales que pueden influenciar enormemente su salud mental, su consumo de alimentos, la generación de trastornos alimentarios y por ende, las posibles alteraciones en su estado nutricional, por tanto, se hace necesario documentar estudios que permitan conocer y comprender el panorama en estos aspectos (Rahman y Linsenmeyer, 2018).

Respecto a los aspectos clínicos, por el uso de la terapia hormonal en mujeres trans, la indicación es principalmente recibir tratamiento mixto con bloqueadores de andrógenos y medicamentos con estrógenos, estos últimos, pueden implicar cambios en los niveles de lipoproteínas de alta y baja densidad, dependiendo de la vía de administración, aumento o disminución de la presión sanguínea, mayor riesgo de desarrollo de enfermedad tromboembólica venosa e hipertrigliceridemia. Todos estos, se catalogan como efectos secundarios específicos de las terapias de transición de género y que deben estar dentro del alcance de la práctica de los profesionales de la salud y también de los nutricionistas dietistas para apoyar este proceso (Adaury et al., 2018; Rahman y Linsenmeyer, 2018; T'Sjoen et al., 2019; Unger, 2014). Para agregar, así como se han identificado alteraciones en el perfil lipídico, varios estudios también reportan que la terapia hormonal en mujeres trans altera el metabolismo de la glucosa, incrementa la resistencia a la insulina, la glucemia en ayunas

y, por ende, mayor riesgo a desarrollar diabetes tipo 2 (Fergusson et al., 2018).

Entretanto, una investigación de revisiones sistemáticas realizada en Estados Unidos recopiló 1881 artículos publicados entre 1967 y 2014, brindando así, información relevante sobre el uso de la terapia hormonal en población trans. Los resultados mostraron que la incidencia de tromboembolismo venosos en mujeres trans que usan estrógenos es mayor cuando presentan comorbilidades como, por ejemplo: presentar factores de riesgo genéticos o adquiridos de hipercoagulabilidad, consumir estrógenos cuya molécula contenga etinilestradiol, (incidencia de 6 a 8%) y presentar riesgos en salud como por ejemplo fumar (Weinand y Safer, 2015). Del mismo modo, algunos de los estudios no son contundentes en establecer riesgo de mortalidad debido al uso de la terapia hormonal, sin embargo, un estudio de cohorte realizado en Amsterdam, con un tiempo de seguimiento de 18,5 años (mediana), estableció que la mortalidad en las mujeres trans (966 participantes), fue 51% mayor que en la población general, debido al aumento en la tasa de suicidio, consumo de sustancias Psicoactivas (SPA), VIH y enfermedad cardiovascular, esta última, al parecer asociado al consumo del estrógeno etinilestradiol, el cual se relaciona con triple aumento de riesgo de muerte. Aunque los autores del estudio plantean que, a la luz de los hallazgos, es necesario promocionar el acceso a una terapia hormonal segura para evitar riesgo de morbilidad, infortunadamente, la aproximación a una terapia hormonal segura en esta población es limitado por el contexto social que las rodea y que, en un porcentaje significativo, siguen recurriendo a un tratamiento sin asesoría profesional (Weinand y Safer, 2015).

En relación con los cambios de la composición corporales de mujeres trans secundarios a la terapia hormonal, se destaca la revisión sistemática de Weinand y Safer (2015), la cual reportó estudios donde tomaron imágenes por medio de resonancia magnética, evidenciando aumento en la grasa subcutánea, después de 12 meses de terapia hormonal, con disminución del tejido muscular y aumento de la grasa visceral. Adicional, se presentan cambios en la densidad ósea, incrementando el riesgo de osteoporosis. No obstante, aclaran la necesidad de realizar más estudios a largo plazo que evalúen este comportamiento y los mecanismos de estos. Paralelamente, otras investigaciones recientes, han concluido que el uso de terapia hormonal por más de 6 meses está asociado con incremento de tejido

graso corporal, aumento de la grasa visceral, disminución de la masa magra y, en consecuencia, una redistribución de la grasa especialmente a nivel androide, ginecoide y las piernas (Klaver et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019).

Complementando lo anterior, el estudio publicado por Runwal et al. (2018), revela datos antropométricos interesantes, reportando que el 36,6% presentó sobrepeso, medido por índice de masa corporal (IMC) y del total, la mayoría (91,6%) presentó obesidad abdominal. Este último dato es de gran relevancia clínica teniendo en cuenta la limitada información estadística sobre cifras antropométricas en esta población. Por ejemplo, la circunferencia de la cintura que permite medir obesidad abdominal es una medida de fácil acceso y toma y, permite correlacionar con mayor riesgo de desarrollo de resistencia a la insulina, diabetes tipos 2, hipertrigliceridemia y síndrome metabólico, incrementando de esta manera, el riesgo de enfermedad cardiovascular asociado a este tipo de obesidad. En este sentido, cabe destacar que, sumado a otros factores de riesgos cardiovascular documentados en la población trans, amerita especial atención (Díaz et al., 2017; Domínguez et al., 2017; Runwal et al., 2018).

En Colombia, un estudio realizado entre el 2013-2018, reportó que un poco más de la mitad de la población trans (52,2%), recurren a la terapia hormonal, dicho uso (por vía oral o inyectable) es un recurso importante en el proceso de transformación corporal, sin embargo, se destaca al farmaceuta, como el principal agente que provee o receta dichas sustancias (27 casos), seguido de otras/otras personas trans (12), automedicación (8), amigos o familiares (5), médico general (3) y médico endocrinólogo (2). Este panorama, permite visibilizar cómo las barreras de acceso a los servicios de salud y la ausencia de un abordaje de salud integral para garantizar un tratamiento hormonal seguro dan como resultado la ejecución de prácticas de alto riesgo para la salud de ellas. (Colombia Diversa, Fundación Grupo de Acción a Personas Trans “GAAT” y Diversas Incorrectas, 2019)

Retomando lo anterior y enfatizando que, la terapia hormonal es una práctica frecuente en las mujeres trans, se hace necesario subrayar, el impacto negativo para la salud, cuando ellas no cuentan con un acompañamiento integral por parte del sistema de salud para transitar en su proceso de feminización de forma segura. Antes de iniciar un tratamiento, se debe realizar una valoración médica y psicológica completa, contribuyendo de esta forma, a la detección

de posibles riesgos para la salud. En este sentido, en toda mujer trans que decida realizar una terapia hormonal, se debería tener en cuenta: hábitos de vida (alimentación, actividad física, sueño, tiempo de ocio, consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo en estas el cigarrillo y el alcohol, salud mental), antecedentes familiares y/o personales de enfermedades cardiovasculares, hepatopatías, enfermedades renales, cáncer, hipertensión arterial, diabetes, eventos trombóticos. Además, se debería contar con estudios físicos y estudios bioquímicos y antropométricos, todo lo anterior, con el objetivo de tener claridad sobre las alternativas terapéuticas, los costos/beneficio, los objetivos de esta y las posibles contraindicaciones (Gobierno Vasco, 2016).

Como se citó anteriormente, otro aspecto importante a considerar en las mujeres trans es el componente psicosocial, el cual, puede afectar la salud y la calidad de vida. Algunos estudios reportan, la tendencia que tiene esta población a vivir solas, sumado, a no contar con redes seguras de apoyo familiar y social, lo que implicaría, un mayor autocuidado en esta población, pero que lastimosamente, analizando sus condiciones de vida, puede ser complejo promover su autocuidado. De igual manera, algunos autores enfatizan en la preocupación del riesgo de malnutrición por déficit que podría llegar a padecer la población LGBT cuando se encuentre en su último ciclo de vida (adulta mayor). Esto por la baja probabilidad de tener hijos y lo comentado anteriormente en referencia a las redes de apoyo, relegándolos de esta forma, al aislamiento y la soledad. Además de factores psicológicos como el estrés y la ansiedad, que están presentes en la población y son desencadenantes del consumo de una alimentación poco balanceada, incrementando su inseguridad alimentaria (Cohen y Cribbs, 2017; Colombia Diversa, 2010; Fraser y Knudson, 2019).

Por ejemplo, un estudio realizado en la India con 60 personas trans, cuyo mayor rango de edad estuvo entre 25 a 34 años, reportó que, más de la mitad de los participantes, (56,7%) manifestaron haber presentado o presentar estrés, angustia y graves problemas en su salud mental, ratificando de esta forma, lo publicado por otros estudios. Respecto a sus actividades, solo el 23% consideró sentir o tener un buen trabajo fuera de casa, solo el 21,6% declaró tener o sentir buenas actividades sociales y de ocio. Además, solo el 6,7% realizaban actividad física, el 68% fumaban y más de la mitad consumían bebidas alcohólicas de forma frecuente (Runwal



et al., 2018). Paralelamente, en Colombia, el estudio realizado por la Alcaldía de Cali y la Organización Transmujer (2013), reportó que el 73% de las mujeres trans participantes, consumían sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas, siendo mayor el consumo, entre las mujeres trans que convivían con VIH.

El panorama expuesto anteriormente, da cuenta de situaciones de riesgo que viven las mujeres trans a nivel social y en el acceso a los servicios en salud, sumado a los riesgos que representa el uso de la terapia hormonal sin prescripción ni seguimiento por profesionales idóneos, así mismo, la influencia de factores psicosociales en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y, finalmente, se cuestiona cómo este panorama, puede permear sus prácticas alimentarias y, por ende, su estado nutricional y calidad de vida.

También, es relevante mencionar cómo todo lo expuesto con anterioridad, inevitablemente permea la situación alimentaria y nutricional de la población de mujeres trans, sumando a que se ratifica que, en la literatura científica, existe poca evidencia sobre cifras que den cuenta de esta situación. Solo en el último informe de Colombia Diversa (2019), Colombia Diversa (2010) y el documento publicado por la OPS (2012), resaltan que, como consecuencia de sus problemáticas, la población trans es altamente susceptible a presentar trastornos de la conducta alimentaria y estados de malnutrición por déficit, sin embargo, no se presentan estadísticas, ni información adicional que contribuya a comprender este fenómeno.

Finalmente, estudios en población general, consideran que los aspectos psicosociales relacionados con la autoestima, la percepción de la imagen corporal, las creencias sobre la salud y la belleza están directamente relacionados con los hábitos y prácticas de alimentación (Pedraz, 2010; Godoy et al., 2018; Salvador et al., 2010). No obstante, se refuerza la brecha existente en de investigaciones que aborden el tema de creencias sobre alimentación.

## **Resultados**

A partir de los resultados, se evidencia algunas prácticas y creencias en torno a la alimentación, así mismo, se revelan aspectos relacionados con su hormonización y sus condiciones de vida que impactan su consumo alimentario, su estado nutricional y de salud

y, en consecuencia, su seguridad alimentaria. Lo anterior, permite establecer diversas necesidades en este campo

### *Prácticas relacionadas con el consumo de alimentos*

En general, se observó que el consumo de alimentos es diverso integrando diferentes grupos de alimentos característicos de la cocina colombiana. También se identifica el consumo de alimentos, teniendo en cuenta las preferencias alimentarias, aspecto innato en los seres humanos. También, se puede ver que hay grupos de alimentos poco preferidos e ingeridos, como lo son las verduras, esto último, ha sido ampliamente reportado en las diferentes encuestas nacionales en donde se informa que el consumo semanal de este importante grupo de alimentos es bajo “3, 5 veces a la semana” (, 2015). Algunas participantes expresan: “... Los fríjoles, el arroz por supuesto, la carne, la ensalada, me fascina la ensalada, el huevo...” (Armenia, entrevista en profundidad). “... Yo también como brócoli y todo eso, pero también como hamburguesa y como perro y como pincho y todo eso, y tomo mucha gaseosa, coca-cola por montón” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Entrevistador: ¿cuáles son los alimentos que menos te gustan?

Participante: A ver, casi no me gustan esos ... a ver, esas ensaladas de eeh remolacha, eso de papayo... Siento que soy más vegetariana que carnívora. O sea, vegetariana al cien por ciento, no soy, siempre mantengo como una rutina, ¿sí me entiendes?, pero más vegetariana. ¡Eh! Ensaladas frías, cocidas y si voy a comer carne, no la como mucho, si voy a comer pollo, o sea, tiene que ser sancochada o cosas así y no tengo mucha a tendencia a comer carne. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Reforzando lo anterior, se reconocen brechas metodológicas en investigación con la comunidad trans, a la hora de parametrizar paraclínicos y demás indicadores biomédicos y nutricionales, puesto que en muchos escenarios su condición de sexo biológico no cambia, lo que conlleva a un dilema desde el punto de vista investigativo y ético. En este sentido, el autorreconocimiento social como femenino o masculino, no es suficiente, lo cual, plantea un desafío para la persona que vive con esta realidad, así como para el personal de salud, entendiendo que estos últimos, están llamados a hacer un

manejo adecuado e interdisciplinario (Guerrero, Siobhan y Muñoz, 2018; Ramos et al., 2018). “Como hasta piedras ... (risas) porque es que igual uno de hombre ¡come! No come, sino que traga jaja” (Bucaramanga, entrevista en profundidad).

Nosotras... casi no nos cuidamos en la alimentación porque lo hablamos, pero, ay sí, con cuerpo de hombre, pero mi amor, el estómago es igualitico al de un hombre, que comemos lo que se nos apetece y se nos aparezca. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Es conveniente precisar que en su tránsito de género, atraviesan por un proceso de transformación corporal, en el cual, es común recurrir a tratamientos hormonales, quirúrgicos, estéticos (uso de silicona, parafina, aceite mineral, etc.), entre otros, los cuales, por razones sociales muchas veces son de difícil acceso, haciendo que sea común en esta población, la automedicación o recurrencia a prácticas poco seguras que, finalmente, pueden incrementar el riesgo de morbimortalidad, de esta manera, atentando contra su salud mental, física y social (Adaury et al., 2018; Colombia diversa, 2010; Domínguez et al., 2017; Fergusson et al., 2018; Healthy People, 2010; OPS, 2012).

... Sí, como mi sobrino y mi esposo iban al gimnasio, me compraban las pastas para adelgazar... Eso ya lo discontinuaron porque llevaba yo no sé qué cosa. Mucha gente murió de eso. Uno se tenía que tomar una caja y luego esperar uno o dos meses y volver a tomarse otra caja, pero yo me tomé 10 tarros y yo me volví flaquísima. (Cali, entrevista en profundidad)

Participante: ... Sí, de pronto me ha quitado un poco las comidas y todo...

Entrevistador: ¿Qué comidas?

Participante: Por ejemplo, que no coma chatarra, que fríjol por la noche, que nada de eso, que coma vegetales y todo eso; me mandó unas cremas de pepino y todo eso, y yo me aplico todo eso, pero cuando estoy solo. (Jamundí, entrevista en profundidad)

Sí, de nutricionistas en diferentes... como yo estuve en el hospital departamental cuando me acogí a un tratamiento para hacerme la reasignación de sexo, entonces pues, pasé por endocrinólogo, nutricionista,

psicólogos, médico general, urólogo... hoy en día, la IPS me apoya con ENSURE como un complemento para la alimentación, porque hay días que, vuelvo y te digo, no me provoca nada y comienzo “¿qué voy a desayunar?” pienso en algo y “esto no, esto no, esto no” entonces me sostengo esos días con... o cuando no tengo para comer, me sostengo con el ENSURE que gracias a dios me manda la IPS. (Cali, entrevista en profundidad)

En el gimnasio hay un nutricionista ... yo pesaba 72 kilos y en 7 meses baje a 62, Uy eso a mí se me colgaba la barriga así, se me hacía papada de lo gorda que estaba... Lo primero fue disminuir las porciones, ¿si me entiende?, ya no era ese platado que yo antes me comía, sino que ya era una porción más pequeña, disminuir las harinas, los fritos, implementar más verduras, frutas, carbohidratos, tomar más agua. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Entrevistador: Cuando empezaste a hacer trans, ¿Has recibido asesorías de cómo deberías comer por tu cambio?

Participante: No.

Entrevistador: (...) en ese proceso de transición, ¿ha realizado o estás realizando algún tipo de dieta o alimentación especial?

Participante: No, mira que yo siempre he comido normal, yo no me cuido ni nada. Yo no engordo. ¡Ah! Ensure de vez en cuando o Yox. (Armenia, entrevista en profundidad)

Igualmente, es importante resaltar, cómo el bajo acceso al sistema de salud para que ellas logren una transformación corporal segura ha ocasionado la construcción colectiva de creencias y patrones culturales ente la comunidad de mujeres trans, para adoptar procedimientos y técnicas empíricas, no solo sobre el uso de hormonas y otro tipo de sustancias y productos que, finalmente, se pueden constituir como un valor de verdad dentro de la comunidad de mujeres trans (Peralta y Espitia, 2013).

... Cuando me aplicaba hormonas, yo le decía al que me arreglaba las uñas “vea y qué me puedo aplicar, una vitamina que eso me afecta eso adentro, los riñones, el hígado.” Yo pensaba a pesar de todo, estar bien. Entonces me decía, aplícate un Complegel o un complejo B, ayy eso me duele, pero yo me la aplicaba. Aquí me aplicaba la hormona y aquí me aplicaba la otra y

yo quedaba así... a caminar una hora. Porque o si no me queda entumida la pierna. Que me aplicaba las dos. (Cali, entrevista en profundidad)

Participante: ... Siempre yo misma me inyecto mi vitamina B12.

Entrevistador: ¿Y eso por qué lo utilizas?

Participante: Porque como yo me inyecto hormonas, entonces yo creo que eso me sube el calcio, me sube las defensas, porque como las hormonas, y más que son automedicadas, eso le baja las defensas a uno.

Entrevistador: ¿Y quién te recomendó?

Participante: La misma droguería. (Cali, entrevista en profundidad)

Fui con la nutricionista, pero yo no seguí eso. De todas maneras, en ese momento yo no me sentía gorda, solo que sí tenía los triglicéridos altos, pero eso se va tomando jugo de tomate de árbol y pepito y ya. (Cali, entrevista en profundidad)

Qué me voy a cuidar del azúcar si me voy a morir de todas maneras. Si aguanto hambre me muero desnutrida, si no aguanto hambre me muero llena. De todas maneras, me voy a morir. Yo a la muerte no le tengo miedo. Yo le bailo al son que ella me toque. Yo no digo “ay, yo no me como eso porque soy diabética”, yo me como eso porque me gustó y me encantó. El medico me dijo, tiene que comer esto, esto y esto y yo no, a mí me encanta el arroz, los frijoles, las pepas, yo no voy a dejar de comer pepas por darle gusto al médico. No que es por mi salud, que va, si me muero la salud se acaba. Entonces para qué me voy a poner a que, “ah me voy a cuidar”. (Cali, entrevista en profundidad)

La mayoría de las trabajadoras sexuales les gusta la vida cachezuda. Todo el día comen como desgualeadas. Lo bueno es que ellas comparten todo y se ayudan. Gracias a Dios para la droga que consumimos comemos muy saludable.

El tratamiento para el VIH va acompañado de muchas cosas, el tratamiento, los preservativos, la alimentación, el estrés también nos puede llevar a aparecer nuevamente detectables, yo puedo estar tomando mi tratamiento,

pero si llevo una vida muy estresada, muchas preocupaciones a mí se me bajan, con tratamiento y todo puedo llegar a una etapa SIDA. (Calarcá, entrevista en profundidad)

Acorde a estudios de investigación, la población trans puede tener un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, lo anterior, derivado de sus situaciones de vida familiares, personales, sociales entre otras, que pueden estar ligadas con su nueva identidad de género. Sumado a esto, el solo hecho de no poder acceder a un sistema de salud sensibilizado que responda a sus necesidades, se relaciona con mayor incidencia de afectaciones en su salud mental y emocional como el desarrollo de: ansiedad, depresión, anorexia y bulimia. Adicional y, aunque varias investigaciones apoyan la hipótesis que, el estar en un proceso de transición sea hormonal, quirúrgico o combinado, logra reducir los niveles de estrés y afectación de la salud mentales de personas trans, el acceso y seguimiento seguro a estos tratamientos es complejo, lo cual, genera que se automediquen para lograr cambios corporales y mejorar su autoestima y, precisamente al no contar con un monitoreo, genera en ellas ansiedad y por tanto, salud puede estar en riesgo (Jones et al., 2018; Fergusson, 2018; Watson et al., 2017). Las siguientes narrativas, ilustran estas problemáticas: “Yo soy delgado, es que yo como mucho porque, pues, por las hormonas a mí me da mucha hambre, fumando marihuana también me da hambre y como mucho y tomo mucha gaseosa y todo eso que engorda y jummm...” (Calarcá, entrevista en profundidad).

## Conclusiones

Partiendo del objetivo del capítulo que es socializar los principales resultados de las prácticas y creencias en alimentación percibidas por las mujeres trans participantes del estudio, se asiente la necesidad de desarrollar investigaciones que abarquen de manera integral todos los aspectos relacionados con la alimentación y la nutrición de las mujeres trans, puesto que la brecha a nivel internacional y nacional

no permite al momento lograr comprender diversos fenómenos y problemáticas que ellas viven.

Así pues, dentro de las principales recomendaciones que se generan son:

- A las mujeres trans y sus familias: es muy importante que, como comunidad, participen activamente en investigaciones para lograr hacer un proceso paulatino de reconocimiento de necesidades, concreción y generación de redes de apoyo que permitan el empoderamiento en adquisición conocimientos, actitudes positivas y comportamientos de autocuidado en alimentación. Así mismo, reiterar a los profesionales de salud la importancia de remitir al servicio de Nutrición y Dietética.
- A los/las Nutricionistas Dietistas: es importante reconocer que la diversidad de género siempre ha existido, simplemente, ahora con la globalización de los agentes de comunicación se comprenden más otras formas del género humano, por tanto, legitimar la diversidad de género y realizar una atención nutricional a mujeres transgéneros es un deber ético que se debe ejercer con respeto, trato humanizado y, ante todo, con fundamento científico a la luz de la evidencia actual. Así mismo, es necesario incentivar y proponer investigaciones para esta población, establecer líneas de base en aspectos relacionados con la alimentación y nutrición y poder así orientar adecuadamente y establecer programas en educación aterrizados a sus contextos y necesidades.
- A los profesionales de la salud que atienden a población de mujeres trans: se precisa la importancia de promover abordajes e investigación interdisciplinar para responder a las diversas necesidades de las mujeres transgéneros, además, lograr a futuro el desarrollo de políticas públicas, guías clínicas, vías clínicas y protocolos de manejo ajustados y diferenciales.
- A las instituciones universitarias de profesionales de la salud: es primordial incluir cátedras con enfoque diferencial en población trans desde primeros semestres.

Dicho lo anterior, se resalta que no es conveniente continuar tratando a la población de mujeres trans con abordajes binarios de género (hombre-mujer), debido a que las excluye de la sociedad, vulnerando de esta forma, la protección de sus derechos como seres humanos con identidades diversas de género (decreto 762 de 2018) y que los parámetros normo típicos de abordaje en el campo de la nutrición y dietética no corresponden con sus condiciones de tránsito de género, que van del sexo biológico de hombre a un proceso de tránsito biopsicosocial a mujer (Fergusson, 2018; Russomanno y Jabson, 2020).

Por último, se reconocen las limitaciones de este estudio, dado que solo contó con datos cualitativos que emergieron de la espontaneidad de las participantes en conversaciones con los investigadores derivadas de entrevistas individuales y grupos de discusión, mas no se hizo una medición o profundización a partir de unos criterios más definidos para el área de la alimentación y nutrición. Así y todo, es muy valioso la exploración de estos resultados puesto que incentivó el desarrollo de investigación con alianzas Inter-facultades que al momento está en desarrollo.

## Referencias

- Adaury, A., Sandoval, J., Ríos, R., Cartes, A. y Salinas, H. (2018). Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) y guías clínicas de la endocrine society. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología*, 83(4), 426 – 441.
- Alcaldía de Santiago de Cali y Organización Transmujer (2103). *Un estigma doble discriminación*. [http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014\\_Publicaciones/DOCUMENTO%20UN%20ESTIGMA%20PAULA%20ROJAS.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014_Publicaciones/DOCUMENTO%20UN%20ESTIGMA%20PAULA%20ROJAS.pdf)
- Cohen, N. & Cribbs, K. (2017). The everyday food practices of community-dwelling Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) older adults. *Journal of Aging Studies*, 41, 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.05.002>
- Colombia Diversa (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT*. <https://colombiadiversa.org/colombiadiversa2016/wpcontent/uploads/2017/07/provision-de-servicios-salud-1.pdf>
- Colombia Diversa, Fundación Grupo de Acción a Personas Trans “GAAT” y Diversas Incorrectas, (2019). *Informe sombra para el comité de la*



- CEDAW, situación de las mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans en Colombia 2013-2018*. <https://colombiadiversa.org/colombiadiversa2016/wp-content/uploads/2019/02/CEDAW-reporte-esp%C3%B1ol-LBT-Colombia-1.pdf>
- Díaz, O., Hernández, J., Domínguez, E., Martínez, I., Bosch, Y., Mesa, A., García, D. y Rodríguez, L. (2017). Valor de corte de la circunferencia de la cintura como predictor de disglucemia. *Revista Cubana de Endocrinología*, 28(1), 1-15. <http://bdbib.javerianacali.edu.co:2113/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=17fcfac2-2a11-4090-ae98-eaada99775e0%40sessionmgr4006>
- Domínguez Ibáñez, S. E., Cubillas Rodríguez, M. J., Abril Valdez, E. M., & Román Pérez, R. (2018). Creencias irracionales sobre los alimentos y las diferencias de género en estudiantes de una universidad pública. *Géneros*, 23, 199–220.
- Domínguez, C., Ramírez, S. y Arrivillaga, M. (2017). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *Revista MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://doi.org/10.29375/01237047.2404>
- Domínguez, T., Quiroz, I., Salgado, A., Salgado, L, Muñoz, J. y Parra, I. (2017). Las medidas antropométricas como indicadores predictivos de riesgo metabólico en una población mexicana. *Nutr Hosp*, 34(1), 96-101.
- Fergusson, P., Greenspan, N., Maitland, L., & Huberdeau, R. (2018). Towards Providing Culturally Aware Nutritional Care for Transgender People: Key Issues and Considerations. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 79(2), 74–79. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2421/10.3148/cjdpr-2018-001>
- Fraser, L & Knudson, G. (2019). Education Needs of Providers of Transgender Population. *Endocrinology Metabolism Clinics*, 48(2), 465–477. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.008>
- Fundación Española de la Nutrición. (2014). *FEN*. <http://www.fen.org.es>
- Gay and Lesbian Medical Association (GLMA). (2001). *Healthy People 2010: A companion document for LGBT health* [http://www.glma.org/\\_data/n\\_0001/resources/live/HealthyCompanionDoc3.pdf](http://www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/HealthyCompanionDoc3.pdf) [PDF - 2.3 MB]
- Gobierno Vasco. (2016). *Guía de atención integral a las personas transexuales. Actuaciones recomendadas desde los ámbitos educativo, social y sanitario*. <http://carei.es/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-ac>

- tuaciones-Gobierno-vasco.pdf
- Godoy, C., Denegri, M. y Schnettler, B. (2018). Associated meanings to body notion and feeding practices: A qualitative study with Chilean mothers. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(2), 145-159. <https://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.482>
- Grau, B. E. y Gonzáles Ramos, A. M. (2018). Cuerpos, Mujeres y Narrativas: Imaginando Corporalidades Y Géneros. *Athenea Digital (Revista de Pensamiento e Investigación Social)*, 18(2), 1-31. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2421/10.5565/rev/athenea.1956>
- Guerrero, M., Siobhan, F. y Muñoz, L. (2018). Epistemologías transfeministas e identidad de género en la infancia: del esencialismo al sujeto del saber. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 4, e168. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2395-91852018000100110&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2395-91852018000100110&lng=es&nrm=iso)
- Healthy People. Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. (2010). [citado 20 marzo 2016]. <http://www.nalgap.org/PDF/Resources/HP2010CDLGBTHealth.pdf>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional [Ensin]*. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
- Jones, B. A., Haycraft, E., Bouman, W. P., Brewin, N., Claes, L. & Arcelus, J. (2018). Risk Factors for Eating Disorder Psychopathology within the Treatment Seeking Transgender Population: The Role of Cross Sex Hormone Treatment. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 120-128. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2860/doi/full/10.1002/erv.2576>
- Klaver, M., De Blok, C. J. M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Dekker, M. J. H. J., De Mutsert, R. & Den Heijer, M. (2018). Changes in regional body fat, lean body mass and body shape in trans persons using cross-sex hormonal therapy: Results from a multicenter prospective study. *European Journal of Endocrinology*, 178(2), 163–171. <https://doi.org/10.1530/EJE-17-0496>
- Ministerio de salud y Protección social. (2016a). *Adopción de los Indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de la población colombiana*. [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion\\_no.\\_2465\\_del\\_14\\_de\\_junio\\_de\\_2016.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf)
- Ministerio de salud y Protección social. (2016b). *Recomendaciones de ener-*

- gía y nutrientes para la población colombiana - RIEN*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203803%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203803%20de%202016.pdf)
- Morales, J., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). Psicología Social. *Revista de psicología*, 25(2), 339-342. <http://eva.sepyc.gob.mx:8383/greenstone3/sites/localsite/collect/superior/index/assoc/HA>
- Moya, C. J. (2004). Creencia, significado y escepticismo. *Ideas y Valores*, (125), 23-47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80912504>
- Organización Panamericana de la Salud [OPA]. (2012). *Por la salud de las personas trans: elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Pedraz, M. (2010). La construcción social del cuerpo sano: El estilo de vida saludable y de las prácticas corporales de la forma como exclusión. *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 28(4), 129-145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18118913007>
- Peralta, K. y Espitia, N. (2013). Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. *Tabula Rosa*, (19), 281-300. <http://www.revistatabularasa.org/numero-19/13peralta-espitia.pdf>
- perspective. *Child Welfare*, 85, 215 – 241.
- Rahman, R. & Linsenmeyer, W. (2018). Caring for Transgender Patients and Clients: Nutrition-Related Clinical and Psychosocial Considerations. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(5): 727-732. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2421/10.1016/j.jand.2018.03.006>
- Ramos, C., Fernández, M., Monsalvo, E. (2018). Movilización de la diversidad sexual: Una visión desde los modelos de cuidado. *Revista de Enfermería*, (12)2. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2018000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200009&lng=es&tlng=es).
- Rolandi, M. C. (2014). *Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses* [Tesis de pregrado, Universidad FASTA]. REDI - Repositorio Digital de la Universidad FASTA. [http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/488/2014\\_N\\_003.pdf?sequence=1](http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/488/2014_N_003.pdf?sequence=1)
- Runwal, R., Thankur, M., Sani, S., Mittal, S. & Ghai, S. (2018). Physical and Mental Health Status, Life Style and Quality of Life among Hijra /Transgender Woman: An Exploratory Study in Chandigarh,

- India. *International Journal of Innovative Research in Medical Science*, 3(2), 1717-1723. <https://doi.org/10.23958/ijirms/vol03-i02/09>
- Russomanno, J. & Jabson Tree, J. M. (2020). Food insecurity and food pantry use among transgender and gender non-conforming people in the Southeast United States. *BMC Public Health*, 20(1), 590. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2421/10.1186/s12889-020-08684-8>
- Salvador, M., García-Gálvez, C. y de la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 257-273.
- Soto Ruiz, N., Martín Fernández, B., Aguinaga Ontoso, I., Guillen-Grima, F., Serrano Monzó, I., Canga Armayor, N. y Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2265. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n5/48originalotros02.pdf>
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. y Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97-117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- Unger, C. (2014). Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 210(1), 16-26. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.05.035>
- Watson, R. J., Veale, J. F. & Saewyc, E. M. (2017). Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5), 515-522. <https://bdbib.javerianacali.edu.co:2421/10.1002/eat.22627>
- Weinand, J & Safer, J. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2(2), 55-60. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jcte.2015.02.003>

# Capítulo 14. El acceso y la atención en los servicios de salud de las mujeres trans en Colombia: un asunto pendiente

## Introducción

El acceso a los servicios de salud esenciales continúa considerándose un aspecto problemático a nivel mundial, en los países desarrollados, países en vía de desarrollo y en los países pobres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017), siendo las inequidades en el acceso a los servicios de salud, y la calidad de atención, aspectos problemáticos en países de América Latina. En Colombia se mantienen las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, el porcentaje de personas que debe enfrentar barreras de acceso es alto y se asocia con bajos ingresos; en los más pobres, el porcentaje de personas que reportó barreras en el acceso aumento de 21.4% a 31.9% (Houghton et al., 2020).

De esta manera, es un tema prioritario en investigación, comprender las barreras y los determinantes que interactúan en el acceso y atención a servicios de salud con calidad, así como a visibilizar y explicar las razones para que existan desigualdades e inequidades en la prestación de estos servicios (Carmona-Meza y Parra-Padilla, 2015; Rodríguez Hernández et al., 2015; Tovar-Cuevas y Arrivillaga-Quintero, 2014). Estas dificultades son más evidentes en grupos con mayor vulnerabilidad social y económica, en especial grupos minoritarios como las mujeres trans, quienes en su cotidianidad familiar y comunitaria enfrentan situaciones de rechazo, estigma y discriminación, que adquieren mayor relevancia cuando se trata del acceso y atención en los servicios de salud.

En este contexto además de las barreras estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), está

presente y es relevante, el estigma y la discriminación asociados a la orientación sexual y la identidad de género, aspecto que también ha sido ampliamente reportado en estudios internacionales y nacionales (Albuquerque et al., 2016; Allory et al., 2020; Crowley et al., 2021; Domínguez et al., 2018; Gonzáles & Henning-Smith, 2017; Granados Cosme et al., 2017; Hernández Valles y Arredondo López, 2020; Hyemin et al., 2018; Lozano-Beltrán, 2018; Martínez Vargas y Arredondo López, 2021; Mejía y Benavides, 2008; Pandya & Redcay, 2021; Peralta Cruz y Espitia Pachón, 2013; Ritterbusch et al., 2018; Roberts & Fantz, 2014; Romanelli & Hudson, 2017; Romani et al., 2021; Zapata Pizarro et al., 2019). La OMS ha destacado la importancia de atender las necesidades en salud de las mujeres trans, y señala los altos niveles de estigma y transfobia, que las hace vulnerables y las distancias de los servicios de salud. Asimismo, en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se incorpora como un reto fortalecer el bienestar de las minorías sexuales y abordar desde diferentes frentes las inequidades en salud (Naciones Unidas, s.f.; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013; Thomas et al., 2017). Es importante resaltar, como los modelos biomédicos de atención en salud son insuficientes para abordar las problemáticas en salud de las mujeres trans. Son modelos que no responden a la heterogeneidad y necesidades de poblaciones vulnerables. Más allá de la atención médica, se requiere dimensionar el impacto de los factores sociales, económicos y culturales que determinan los procesos de enfermedad y las inequidades en salud (Carmona-Meza y Parra-Padilla, 2015; Domínguez et al., 2018).

El abordaje de la salud y la respuesta a las necesidades de las mujeres trans ha estado marcado por una historia de discriminación y estigmatización. Predomina el sistema sexo-género hegemónico, que continúa siendo dominante y que determina la percepción y valoración de sus necesidades en salud. A pesar de los avances en estudios de transexualidad y en la comprensión de las identidades de género, se percibe en los sistemas de salud resistencia a romper con la heteronormatividad y las lógicas binarias. La reconceptualización reciente de la transexualidad e incorporación de la Disforia de Género como categoría diagnóstica en el DSM IV y CIE 11 ha reactivado el debate en torno a dos posturas: una que lo justifica porque facilita el acceso de las mujeres trans a los servicios de salud en forma temprana, también garantiza el acceso a los procesos de transformación corporal

y la reafirmación del género. Se tendría acceso a tres aspectos que son importantes en el proceso de tránsito: control endocrinológico, acceso a la terapia hormonal y cirugías, bajo supervisión médica. La otra postura se opone porque considera que el diagnóstico de disforia de género estigmatiza a las personas trans, al considerar su condición como patológica, etiquetas que contribuyen a perpetuar la problemática (Campo-Arias y Herazo, 2018; Coll-Planas y Missé, 2015; Granados Cosme et al., 2017; Lasso Báez, 2014; Mas Grau, 2017; Martínez Vargas y Arredondo López, 2021).

Se requiere más investigaciones que aborden las necesidades en salud de las mujeres trans (Crowley et al., 2021; González & Henning-Smith, 2017; Ziegler et al., 2020). Las investigaciones se han enfocado especialmente en indagar aspectos epidemiológicos asociados a la infección por VIH/SIDA, acorde a políticas públicas que buscan indicadores numéricos asociados a VIH/SIDA/ITS, y que, de alguna manera, contribuye a la estigmatización, al vincular las mujeres trans como factor de diseminación del VIH y de otras ITS. Este aspecto generó discriminación, al ser percibidas las mujeres trans como un problema de salud pública (Hernández Valles y Arredondo López, 2020; Lasso Báez, 2014; Peralta Cruz y Espitia Pachón, 2013). Sin embargo, la problemática relacionada con VIH/SIDA sigue siendo una prioridad por las altas cifras que se reportan en los estudios nacionales. La presencia de infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH está presente en el 10% de participantes y la prevalencia en cuatro ciudades colombianas, Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla es del 21.3% (Mecanismo Coordinación País y Proyecto VIH Fondo Mundial, 2016). En otro estudio del año 2019 se encuentran prevalencias para el VIH de 18.8% en Cali, 22.3% en Medellín y 29% en Bogotá (Berbesí et al., 2019).

A partir de lo planteado anteriormente, se encuentra que el acceso de las mujeres trans a los servicios de atención primaria es muy escaso, aspecto que es importante señalar, porque es allí donde deberían iniciar los procesos de valoración y acompañamiento en el tránsito. Se requiere mayor comprensión de las necesidades de las mujeres trans en la atención primaria y acciones para facilitar las condiciones de acceso. Las personas transgénero evitan buscar servicios de atención primaria en salud por el riesgo percibido de discriminación y estigma (Domínguez et al., 2018; Socías et al., 2014; Ziegler et al., 2020). Es importante reconocer que las necesidades en

salud de las mujeres trans, es similar a la población general, en relación con la atención preventiva, y no se limita al tratamiento hormonal y las cirugías para cambios corporales, sino que implica un abordaje más amplio desde la atención primaria, que incluso debe incluir la valoración e intervención en aspectos psicosociales (Crowley et al., 2021).

Se evidencian las barreras y dificultades para acceder a derechos y servicios de salud que han sido aprobados para el resto de la población, pero que resultan problemáticos para las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Las mujeres trans tienen tres veces más probabilidades de recibir atención médica de baja calidad y ser tratadas en forma injusta cuando reciben atención (Jennings et al., 2019). Desde la percepción de las mujeres trans, ellas señalan insatisfacción con la atención médica que reciben, perciben transfobia y falta de sensibilidad; fragmentación de los servicios de salud y barreras administrativas relacionadas con tramitología, falta de oportunidad en citas con especialistas. Además, identifican deficiencia en los conocimientos de los profesionales de la salud acerca de sus necesidades específicas, falta de empatía, habilidades de comunicación deficientes y falta de experiencia en el proceso de atención en salud (Aylagas-Crespillo et al., 2018; Baldwin et al., 2017; Hernández Valles y Arredondo López, 2020; Martínez Vargas y Arredondo López, 2021; Rodríguez Hernández et al., 2015). Otro aspecto relevante, tiene relación con las barreras financieras por el alto costo de los tratamientos y los procedimientos. Las mujeres trans no tienen capacidad de pago, se presentan altas tasas de desempleo, y la mayoría de ellas trabajan en la informalidad (González & Henning-Smith, 2017; Hyemin et al., 2018; Martínez Vargas y Arredondo López, 2021).

Para contextualizar la situación de las mujeres trans en Colombia, algunos estudios destacan aspectos importantes sobre esta realidad. En relación con la asistencia a consulta médica, los bisexuales reportan 85.4% y las mujeres trans 50%, ellas señalan que las barreras se asocian a la falta de comprensión de sus necesidades en salud, en especial sus necesidades de transformación corporal; también la violencia. El estudio señala que, en los servicios de salud, el estigma y la discriminación afecta más a las personas trans 39.9% que a otros grupos del sector LGBTI (Mejía y Benavides, 2008). En un estudio realizado en Bogotá con 804 personas de la comunidad



LGBT, 158 eran mujeres trans con edad promedio de 34.78 años. En este grupo se encontró que 68.4% de las mujeres trans encuestadas están afiliadas al Sistema de Seguridad Social, pero están por debajo del promedio de las personas LGBT que registran 78.7%. El 50% usaron implantes y siliconas; y el 35.7% para estos procedimientos recurren a personas que no son profesionales de la salud. El 80% utilizaron hormonas y el 57% fueron asesoradas por personas sin formación profesional, solo el 7.1% por médico general. El 28.6% han tenido acceso a la adecuación física en su proceso de tránsito, y el 51.1% refieren como el principal obstáculo para el acceso la falta de cobertura del sistema de salud. El 24.3% afirman no haber sido atendidas por razones asociadas a su identidad de género (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2017).

En relación con el acceso a servicios de salud específicos para mujeres trans, en un estudio observacional de tipo transversal realizado en Cali, con 109 mujeres trans se encontró que el 91% utilizan hormonas, pero solo el 6% recibe orientación médica para su uso. El 98% lo hace por fuera de los servicios de salud. El 70% se realizó algún procedimiento estético con silicona fluida y aceites vegetales), el 40.3% lo realizó un esteticista, el 23.4% amigas y amigos y el 5.2 % fue autoadministrada. El 37% se realizó alguna vez cirugías plásticas y lo hicieron en centros especializados en cirugías plásticas 93% (Domínguez et al., 2018).

En la búsqueda de una fisonomía femenina, que se ajuste a los estándares idealizados por ellas, recurren a la hormonización y a diversos procedimientos corporales. Las barreras de acceso a los servicios de salud y la falta de servicios de salud incluyentes generan que las mujeres trans tengan que asumir por su propia cuenta sus procesos de transformación corporal. El consumo de hormonas se realiza sin acompañamiento de profesionales de la salud, son asesoradas por otras mujeres trans o por farmaceutas; el 98% lo hace por fuera de los servicios de salud (Domínguez et al., 2018). Se evidencia poca o nula información sobre los protocolos del tratamiento hormonal, las rutas de atención, y sobre los posibles riesgos, a nivel cardiovascular o cerebrovascular, (Irwig, 2018; Lozano-Beltrán, 2018; Peralta Cruz y Espitia Pachón, 2013). En cuanto a los procedimientos estéticos con sustancias inyectables el 63.7% lo realiza con esteticistas y amigas y el 5.2 % autoinyectable (Domínguez et al., 2018). Con relación a las intervenciones estéticas que utilizan

modelantes inyectables, estas son realizadas en sitios clandestinos sin condiciones de salubridad, y sin los insumos adecuados para realizar el procedimiento. El material inyectado y los procedimientos realizados sin acompañamiento profesional producen consecuencias negativas a largo plazo, transformaciones y degeneración de los tejidos, presentando consecuencias para la salud que puede llevar a la muerte prematura (Peralta Cruz y Espitia Pachón, 2013).

El recurso humano en salud es fundamental en procesos de tránsito afirmativo, sus actitudes, posturas y respuestas hacia las mujeres trans son determinantes para el acceso y vinculación con el sistema de salud. Se presentan conductas discriminatorias y estigma, que se hace evidente y visible en el proceso de atención, y que generan conductas evitativas en las mujeres trans para acceder a la atención médica. El personal de salud expresa incertidumbre para atender personas transexuales, etiquetan la identidad transexual como patológica a partir del DSMV, y reconocen deficiencia en su formación universitaria, en conocimientos y habilidades para ofrecer atención a estos grupos minoritarios (Aylagas-Crespillo et al., 2018; Hernández Valles y Arredondo López, 2020; Jennings et al., 2019; Lasso Báez, 2014; Martínez Vargas y Arredondo López, 2021). Algunos estudios destacan la relevancia de sensibilizar, educar y entrenar al personal de salud en la atención diferencial con enfoque en construcción de género e identidades diversas, promoviendo cambios hacia un mayor conocimiento sobre las mujeres trans, y una actitud más positiva y amigable en el proceso de atención (Baptiste-Roberts et al., 2017; Bristol et al., 2018; Crowley et al., 2021; Domínguez et al., 2018; Ramos et al., 2018; Zapata Pizarro et al., 2019).

Cabe destacar, que en Colombia en los últimos años se han presentado avances en las políticas públicas y en el reconocimiento de los derechos de la comunidad LGBTIQ+, procesos que han sido liderados en su mayoría por los activistas de la comunidad. Entre ellos se destacan el libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a la autodeterminación, a la seguridad física y a la seguridad social, entre otros. Existe reglamentación y normatividad en la legislación colombiana que regula el acceso y atención de la población general. En los últimos años se presentan avances en los lineamientos para la atención en salud, y el reconocimiento y acceso a derechos en condiciones de igualdad para las mujeres trans. Se puede hacer referencia al Decreto 762 de 2018 (Política Pública, garantía de

derechos para personas de los sectores sociales LGBTIQ+ (con orientaciones sexuales diversas e identidades de género diversas) y las Sentencias que la Corte Constitucional promulgó para la protección de los derechos de los sectores LGBTIQ+ (T-918/2012; T-552/2013; T-771/2013; T-099/2015) que hacen referencia a acceso a servicios de salud, acceso a reafirmación sexual, y procedimientos quirúrgicos y hormonales. A pesar de existir este marco legal, en la práctica no se cumple con estas políticas y se mantienen las barreras de acceso a los servicios de salud.

A continuación, se abordan los dos conceptos centrales del estudio: acceso a los servicios de salud y atención con calidad. El acceso a los servicios de salud es un concepto que ha sido complejo de conceptualizar y de evaluar. Es la oportunidad de obtener servicios de atención médica apropiados ante necesidad percibida de atención (Levesque et al., 2013). Se puede configurar a partir de aspectos como accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad, visibilizando desde una óptica transversal y multidisciplinar (Restrepo-Zea et al., 2014). También se ha definido como la disponibilidad, promoción y uso efectivo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, para responder a las necesidades específicas de la población, en condiciones de garantía suficiente, oportuna y de calidad, del derecho a la salud (Arrivillaga y Borrero, 2016). Las barreras de acceso son los obstáculos que pueden interponer las EPS o IPS para el acceso efectivo del derecho a la salud. En relación con las barreras para atención en salud, se han identificado como las más recurrentes y que afectan en mayor medida a personas de menor nivel socioeconómico: 1) costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; 2) temor o vergüenza en la atención en un servicio de salud; 3) desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y 4) estigma social, creencias y mitos (Restrepo-Zea et al., 2014). Las barreras pueden ser determinadas socialmente y en gran medida ser un reflejo de las desigualdades sociales existentes en los países (Hirmas Aday et al., 2013).

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Decreto 1011 de 2006, atención en salud se define como:

El conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos

e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (p. 2).

Además, el Ministerio de la Protección Social en el Decreto 1011 del 2006 considera que, para garantizar la calidad de la atención en salud, los servicios de salud deben ser equitativos y accesibles para cada persona o grupo poblacional. La atención en salud es un conjunto de actividades acordes a las condiciones de salud y las necesidades de los grupos objetivo, con el fin de promover, restablecer y mantener la salud a nivel individual, familiar y colectivo. Con estas acciones se pretende alcanzar los siguientes objetivos: alcanzar un óptimo nivel de salud, que sea distribuido de forma equitativa; la garantía de una protección adecuada frente a los riesgos, la acogida humanizada de los ciudadanos; y la prestación de servicios eficientes, seguros y efectivos (Vilaça Mendes, 2013). El proceso salud-enfermedad, en el caso de las mujeres trans, se puede representar en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud, un modelo explicativo que permite identificar y comprender, los factores y mecanismos específicos relacionados con las condiciones sociales que se traducen en efectos para la salud. Algunos de estos determinantes son, la posición social, el nivel de educación, la zona geográfica donde se vive, el acceso al trabajo y la salud, en sí misma (Hirmas Aday et al., 2013).

El presente estudio es relevante, en la medida en que se aproxima desde la voz de las mujeres trans colombianas, al conocimiento y la comprensión de sus necesidades en salud, de las barreras que deben enfrentar para acceder a los servicios de salud, y la percepción de posibles alternativas que faciliten un proceso de afirmación y tránsito seguro. A pesar de los avances en legislación y un marco normativo para regular positivamente el acceso a la atención, se tiene que reconocer que todavía persisten vacíos en aspectos sociales, culturales y psicológicos que permitan una visión más amplia de la realidad de las mujeres trans colombianas y sus necesidades esenciales.

## **Resultados**

Los resultados de la presente investigación se describen desde la voz de las participantes, las características del acceso y atención en salud en mujeres trans de siete ciudades de Colombia, en el proceso de afirmación y tránsito de género. Los resultados se presentan a

partir de dos categorías de análisis: acceso a los servicios de salud y atención con calidad.

### *Acceso al sistema de salud*

Las mujeres trans refieren que el acceso al sistema de salud está determinado por múltiples barreras, tramitología y aplazamientos para acceder a los servicios. Refieren una secuencia de trámites, exigencias y requerimientos para agendar citas con especialistas, para procedimientos médicos, para recibir sus medicamentos, lo cual genera en las usuarias trans, desmotivación, desesperanza y percepción de abandono del Sistema de Salud. Adicionalmente refieren largos tiempos de espera y negación del servicio o solicitud. Lo anterior las lleva a aplazar o desistir de sus iniciativas de aproximarse a los controles médicos regulares. “... una de las barreras grandísimas es el sistema de salud, las EPS niegan todo, entonces estoy haciendo todos esos trámites por todos los medicamentos, por exámenes, mandan todo a medias y por eso estoy en todos esos trámites” (Calarcá, Grupo de discusión).

... no en esas clínicas lo mandan a uno a sacar la cita, después la autorización, después otra prueba, ya sea por enfermedad de transmisión sexual o ya sea por algo. Nooooo tantas vueltas que yo prefiero quedarme en la casa durmiendo y tomarme una pastilla para dormir y ya. (Jamundí, Grupo de discusión)

Lo que pasa es que el sistema de salud es algo que es, digámoslo así, macabro, terrible, que podamos sacar una cita... porque vea, así pasó en estos días que estaba con una compañera y fuimos al puesto de salud, habíamos estado rumbeando la noche anterior, y vea, ese puesto de salud a las tres (3) y media de la mañana, a esa hora ya había gente esperando la ficha. (Calarcá, Grupo de discusión)

Dos aspectos también obstaculizan el acceso de las participantes a los servicios de salud: por un lado, están los trámites para acceder al Sisbén y lograr el registro que les permita estar en el sistema actualizado, para poder recibir la atención en las EPS. Por otro lado, teniendo en cuenta que muchas de las participantes son itinerantes y se desplazan por varias ciudades colombianas, tienen dificultades cuando están afiliadas en una ciudad y por circunstancias de su trabajo migran a otras ciudades, donde les niegan la atención o se presentan

aplazamientos por no tener el registro vigente. “Acá en Cali cuando yo llegué tuve un accidente que me quemé, pero mi EPS no me cubre acá, lo que me parece extraño porque se supone que deben cubrir a nivel nacional” (Cali, entrevista en profundidad).

... empecé a hacer el trámite de salud porque mi mamá olvidó vincularme este año a la actualización del Sisbén, porque yo ya estaba aquí en Cartagena y a ella se le pasó, entonces ya hace como dos semanas me inscribieron al Sisbén, estoy esperando que aparezca en pantalla y buscar la EPS. (Cartagena, entrevista en profundidad)

... el problema fue que, como eso fue en Cali, yo envié los documentos por correo y esta es la hora que no me han llamado y ya llevan más de un mes, entonces estuve hablando con una amiga que está siguiendo el mismo proceso y me dijo que ya me tocaba ir mejor personalmente, pero es que esas madrugadas tan horribles para ir hasta allá. (Jamundí, entrevista en profundidad)

### *Acceso a servicios preventivos*

Las participantes no visitan al médico en forma regular, no se hacen chequeos por iniciativa propia; como la mayoría son mujeres jóvenes tienen la percepción de “ser saludables” y no necesitan los controles médicos. Además, perciben el contexto de la salud como amenazante, por las expresiones de rechazo y discriminación, y por los tiempos de espera para acceder a los servicios. A las que ejercen el trabajo sexual las motiva buscar atención, por el temor a adquirir ITS/SIDA, también las motiva poder lograr la remisión con el endocrinólogo, para poder iniciar los procesos de transformación corporal.

Con relación a la asistencia a controles médicos, lo mismo, que hay mujeres trans que sí van a control y todo eso, pero la mayoría no lo hacen. Por lo menos en el tema de las mujeres trabajadoras sexuales, muchas veces por tiempo y por temor, por temor más bien. Temor a enfermedades, también por el rechazo que se encuentra normalmente, se encontraba y se

sigue encontrando en las EPS o en el SISBEN. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

... yo me quiero, primero que todo, un chequeo general de toda mi salud, porque verdaderamente hace muchos años no visito un médico general, entonces primero quiero mi consulta general y, segundo, me quiero poner juiciosa para que me manden con un endocrinólogo.... porque ya no es como antes que usted pedía la cita, ahora toca pararse como tres (3) horas allá para poder sacar una cita. Entonces por eso decimos que vamos a ver cómo nos va a ir con eso. (Calarcá, Grupo de discusión)

### *Tramitología medicamentos*

Asimismo, el acceso a los medicamentos presenta retrasos en la entrega, trámites adicionales, y aplazamientos que generan que las participantes tengan que pagar de su bolsillo los medicamentos que previamente habían sido autorizados por sus EPS. La fluctuación en la entrega de los medicamentos afecta la adherencia al tratamiento, en las participantes que tienen enfermedades crónicas, en especial las que tienen VIH/SIDA y reciben antirretrovirales.

... en la farmacia me dicen: “no, no han llegado, está pendiente”, dos meses y no llegan y la única opción que tengo es ir a atención al usuario y la coordinadora médica a toda hora dice: “no, se está haciendo gestión, se está haciendo gestión”, pero nada. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

... eso me lo daban, ahora me toca comprarlo por eso mantengo sin un peso. Porque todo ese medicamento lo compro ahora. Anteriormente la EPS que había, porque cuando estaba otro presidente y estaban los otros, me daban por la EPS gratuito en Coosalud la medicación. Y ahora que subió este presidente se ha acabado la medicación. Este presidente ha acabado con todo eso. (Cali, Grupo de discusión)

### *Acceso a servicios específicos para atender las necesidades de las mujeres trans*

Las participantes refieren que el sistema de salud no responde a sus necesidades particulares como mujeres trans, se torna un proceso complejo y con largos tiempos de espera. Por ejemplo, para iniciar el

proceso de hormonización, se exigen ciertas condiciones previas para poder acceder al tratamiento. Además de otras exigencias, en algunos casos, se exige participar en grupos de autoapoyo previamente, antes de iniciar el proceso de exámenes y valoraciones médicas.

... pues intenté entrar al proceso de hormonización por medio de la de la EPS, pero es que esto es muy complicado porque me mandaron al grupo de apoyo de transgénero y pues allá lo atienden a uno bien, sino el problema es ya para la EPS autorizar todo lo que son los exámenes y volver a que le asignen a uno las citas porque a mí me pasó. O sea, fui donde el grupo de apoyo de transgéneros me evaluaron, me mandaron una cantidad de exámenes, me mandaron por el endocrino, el endocrino me volvió a remitir al grupo de apoyo para comenzar el proceso, pero cuando fui a autorizar esos papeles a la EPS me los autorizaron para otra parte, donde yo no era del grupo que me estaba viendo entonces se me complicó y no... no volví más.... ya voy a cumplir los tres meses y son tres meses para que me valore otra vez el cirujano, para ver si me puede hacer la intervención. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Una de las barreras que las participantes destacan como más relevante, en todas las ciudades, es la imposibilidad de acceder a citas con los especialistas de endocrinología, que es un aspecto muy importante en los procesos de transición. Las citas son aplazadas en forma recurrente, argumentando no tener agenda, se identifica que en algunas ciudades hay pocos especialistas en endocrinología, y adicionalmente perciben un trato incorrecto, irrespetuoso y discriminatorio por parte de los profesionales. En algunos casos les han negado la atención asumiendo posturas asociadas con rechazo a las identidades de género y por ser contrarias a sus creencias religiosas. “el endocrinólogo lo que hizo fue rechazarlas, que no las iba a atender, que era un señor cristiano, entonces las aislaba y no las atendía.” (Cartagena, Grupo de discusión).

... fui a donde un endocrinólogo y pedí una cita en el seguro y ahí las citas se demoran mucho tiempo. Primero me hicieron las pruebas de todo, después me mandaron a buscar y las mujeres no leyeron que me tenían que hacer una prueba de testosterona, porque no cayeron en cuenta de que era una chica trans. O sea, me volvieron a hacer ir que a una prueba confirmatoria y ahí uno va perdiendo el tiempo, y va como aburriéndose, pero ahí sacas los 100 mil pesos.... esperas una cita un mes, ya se pagó el seguro, toca pagarlo de nuevo y ya no se hizo nada. Después pierdes la cita y el día que llamas te



dicen que ya no hay citas, que solo hay un solo endocrinólogo para toda la ciudad... yo vivo a este lado de la ciudad ahora y me toca esperar a irme al otro lado de la ciudad dos horas para que el señor se demore conmigo 10 minutos, hablándome y ya. Uno siente que no, nada, no hubo un avance de nada, siento que no saben de los temas nuestros. (Cartagena, entrevista en profundidad)

...un endocrinólogo, fue hace 5 años, yo era más diferente, era como un transformista, y él me dijo que atendía hombre o mujer, hombre o mujer. O sea, no entendí. Para él no existía el género travesti o trans. Dijo que era hombre o mujer, para él no existía el travesti, ¿que qué es eso ?, entonces perdí la cita. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Ante las barreras y aplazamientos para lograr una cita, generan acciones, interponen quejas para lograr la atención con el endocrinólogo, llegando en algunos casos a recurrir a acciones de tutela.

... sobre todo, es con los endocrinólogos, pues por lo menos son una pesadilla para mí, por lo menos yo me demoré yo creo que como un año y medio esperando, poniendo tutelas, poniendo demandas, yendo cada rato, quejarme y quejarme, llamando todos los días: ¿ya tienen cita?, ¿ya tienen cita?, no, tenemos la agenda llena, y ya cuando me la dieron justo me cambié de EPS. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Ante las barreras para acceder a un profesional de endocrinología y al no tener un protocolo de acompañamiento profesional, la mayoría de las participantes recurren a la automedicación, que es percibida como la única alternativa que les permite continuar el curso de su proceso de transformación corporal.

No, lo que pasa es que aquí los endocrinos son pocos... la consulta de ellos es un poco difícil ... la EPS no te cubre un endocrino, no te cubre las medicinas, entonces yo misma, o sea, con lo que gano a veces en mi trabajo y de ahí saco para comprar mis medicamentos de hormonas, que las anticonceptivas, que el bloqueador de testosterona. Automedicarme, porque eso es automedicarse. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Sí me gustaría tener un tratamiento médico porque pienso que me automediqué con algo que no era bueno para mí, porque ahora que tengo esta edad, se me ha manchado la piel y pienso que es de eso, de los estrógenos que me los pongo cada 28 días. Entonces es muy complicado, encontrar un

producto o una droga que me haga el efecto que yo necesitó en mi cuerpo y que no me perjudique. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

### *Atención en salud*

Las participantes hacen referencia al trato diferencial que deberían tener con ellas en las instituciones de salud. Se sienten intimidadas al solicitar servicio en las instituciones de salud, expresan que el trato que reciben les debería permitir sentirse cómodas y seguras durante la atención por parte de los profesionales y personal de la salud. Ellas se consideran “diferentes” y sugieren que los profesionales de la salud deberían tener capacitación sobre el enfoque diferencial y enfoque de género, para garantizar una atención respetuosa con las mujeres trans.

... debiera existir en el servicio médico en todos los hospitales y en todos los sitios donde una persona trans, en general, acuda, debería ser trato diferencial, entonces porque somos personas diferentes, entonces ese trato debe ser diferencial. Debe existir ese enfoque dentro del servicio médico, no nos deben tratar, por ejemplo, a una mujer trans como un hombre. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

... el hecho de que no hayamos hecho el cambio de documento identidad, eso no importa, ellos tienen que tener eso en cuenta. Entonces, ¿qué hace falta? Ese tipo de capacitaciones internamente en cada servicio médico, con enfoque diferencial y enfoque de género, para que no se presenten todo ese tipo de problemas, que para nosotros es muy muy feo; y que uno muchas veces decide no volver por allá, porque dice: “uy no, me tratan de esa forma, yo por allá no vuelvo”, entonces sí, es eso un enfoque diferencial. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Otro aspecto, que ellas reportan como incómodo y agresivo para asistir a los controles médicos, tiene relación con el manejo que se hace en las instituciones con relación al nombre de la paciente. El argumento de un “posible error” en la recepción y en el registro de la información al ingreso, ellas lo perciben como algo intencional y como una forma de avergonzarlas en público. También refieren falta de conocimiento de los profesionales de la salud para diferenciar aspectos del género y la orientación sexual. Ellas asumen una posición asertiva

frente a estas situaciones y hacen señalamientos y exigencias en cuanto a la forma como deben ser tratadas en las instituciones de salud.

“...el nombre que aparecía en el registro era Jorge Esteban y salió un médico en Sura Cañaveral y dice: señor Jorge y yo me paré al frente y le dije doctor soy yo, y él me decía: señor Jorge, doctor soy yo y volvió y dijo señor y yo le dije ¿doctor puedo entrar?, me dijo siga, entonces me senté con él y me dijo: el señor... el señor no vino, soy yo, entonces me miró y me dijo ¿cómo así?, yo le dije yo soy mujer transgénero, se quedó mirándome -y mira qué es un médico -y yo le dije ¿usted sabe que es?, si, lesbiana, y yo le dije: no, mujer transgénero, o sea, él no sabía, entonces no tenía idea y viene y me dice: “tengo la vergüenza más grande con usted, porque ahora caí en cuenta, perdóneme, nunca me había pasado, yo la vi como una mujer y pensé que era una mujer” y como el documento decía que yo era un hombre, entonces yo le dije: bueno pero entonces atiéndame, no me vaya a preguntar qué cuál periodo y le conté lo mismo que le dije a ustedes, y me dijo: no, no, no tranquila, le voy a preguntar otras cosas sí, entonces ya me empezó a tratar normal, pero nunca me dijo señor ni nada, antes me dijo ¿cómo le llamó? y yo dije Lucia, y ya. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

... desde que llegué la señora dirigiéndose a mí con pronombres masculinos, cuando yo me quedó viéndola y le digo: te voy a preguntar una cosa, quiero que seas sincera pues, ¿me miras mal o con bigote?, o mis características son demasiado masculinas para que no te des cuenta de que soy una mujer transgénero, “ay qué pena discúlpame”. Yo le dije: porque realmente no quiero que le vuelva a pasar a otra chica como yo, si tú miras mi identidad soy una mujer transgénero legalmente, entonces quiero que seas como más perceptiva y no lo vuelvas a hacer, porque es muy incómodo. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

... que así uno llegue con cédula de hombre que nos llamen como mujer, que lo dejan a uno harto, que uno llega y ven que uno es bien marica y le dicen a uno venga joven, venga señor, lo dejan a uno harto, porque lo hacen de odiosos porque yo los he visto... más que todo son los hombres. (Jamundí, Grupo de discusión)

Se destaca la falta de conocimiento de los médicos sobre la identidad de género y sobre las necesidades en salud específicas de las mujeres trans, lo cual argumentan como el factor que “les cierra las puertas” para buscar atención en salud. Perciben que esa falta de conocimientos les genera inseguridad a los profesionales de la salud,

sobre cómo tratar a una mujer trans. Algunas de las participantes señalan que han sido bien tratadas por los profesionales, refieren que el trato que reciben de las profesionales mujeres es más comprensivo, que el de algunos hombres.

Yo creo que algo que nos perjudica a nosotras es el desconocimiento porque los médicos siguen parados en el mismo puntico de solo atender mujeres; y muchos de ellos tiene la disponibilidad, pero otros no quieren abrir sus mentes al tema de que hay mujeres diferentes. Entonces es el desconocimiento el que nos cierra todas las puertas al sistema de salud, es el desconocimiento. Hay médicos que no saben cómo tratarnos. (Armenia, Grupo de discusión)

No son todos los médicos, porque a mí las mujeres si me dicen ¿cómo te gusta que te traten?, bueno... a mí los doctores donde he ido, por ejemplo, aquí, me dicen venga cómo le gusta que lo llamen o cómo le gustan que lo traten, porque aquí registra otro nombre, y así conmigo siempre ha sido así, de resto los hombres son como más jartos, es joven, muchacho, señor, y yo digo ¿qué le pasó? (Jamundí, Grupo de discusión)

Con relación a la atención que reciben en los servicios de salud en su proceso de hormonización y transformación corporal, las participantes hacen diferenciación al contrastar el trato que reciben en las instituciones privadas o en la atención con profesionales particulares en comparación con la atención en sus EPS. En la atención particular, refieren más respeto en el trato, más comodidad y la seguridad que les genera que haya menos gente, expresan que no quieren verse expuestas a las miradas de los usuarios. Por esta razón algunas de ellas prefieren pagar de su bolsillo las consultas y/o los procedimientos.

... digamos, yo creo que cuando lo hacen por las instituciones privadas, es mucho mejor, porque bueno, primero que todo hay más respeto, una parte que va a hacer más de ganancias, pues, no les conviene entonces faltarte al respeto a uno, te dicen que luego va a haber más endocrinológicos, y ya que, yo voy a ir por aparte. (Bucaramanga, grupo de discusión)

...y me habló en masculino y yo me quedé viéndola entonces ella dijo: “ay no, Michell”, pero o sea como cambiándolo y ya fue porque vio mi cara como de “oye qué te pasa” ese día también ¿qué necesita señor? el de la portería, y yo iba vestida como iba y yo como qué o sea ¿me explicas porque

me estás diciendo señor? ...es como súper complicado porque creo que en las partes privadas es mucho más fácil, porque es menos gente ...mientras que desde que vas entrando a la EPS son las miradas. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

... Sí, yo realmente no utilizo mi seguro para mí tratamiento endocrinólogo, porque yo lo pago con mi dinero, trabajo juiciosa, eso sí, siempre pensando en mi cuerpo, no he tenido la necesidad por así decirlo, porque me da como mamera perder el tiempo como lo dice la chica, gastar sus tiempos y sus energías en cosas que a la gente todavía se le va a dificultar hacer por nosotras. (Bucaramanga, Grupo de discusión)

Con relación a las interconsultas con otras especialidades como psiquiatría, psicología y nutrición, se observa que la asistencia de las participantes es baja, se da en el marco de la vinculación a programas integrales que se ofrecen a mujeres trans y en programas de atención a personas con VIH/SIDA. Sin embargo, se pueden precisar algunas particularidades con relación a este aspecto. En el caso de psiquiatría, las participantes asisten a consultas, remitidas por tres causas principalmente: como parte del proceso de evaluación para el inicio del proceso de acompañamiento en hormonización y transformación corporal, acorde al requerimiento de diagnóstico de Disforia de género; en participantes que consumen sustancias psicoactivas, y por problemáticas relacionadas con ansiedad, estrés y depresión.

Sí, pasé una vez con psiquiatría y me mandaron pastillas para desintoxicar mi cuerpo, para dejar la droga y todo eso. Yo le conté a la doctora porque eso me estaba causando mucha ansiedad, la cocaína me producía mal genio, me provocaba pelear con todo el mundo, entonces debido a eso yo me preocupé, me comuniqué con la doctora y ella me mandó para el psiquiatra. El diagnóstico salió que era drogadicta, que tenía un problema de drogadicción alto y que tenía que tomarme las pastillas, pero yo no seguí el control porque me sentía mal con las pastillas que él me mandaba, eran pastillas muy fuertes y yo me sentía mal. Entonces yo decidí dejarlo por mi propia cuenta, decir “no lo voy a hacer” y así. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Algunas participantes perciben con confusión y desconfianza las remisiones a psiquiatría, piensan que tiene relación con la conformidad con su identidad de género o con la inseguridad en la toma de decisiones acerca de su proceso de transformación corporal. Reafirman

que ante la certeza que tienen acerca de su identidad de género, no es necesario pasar por valoraciones con psiquiatría, consideran que no tienen un problema mental o psicológico. Además, consideran que les falta más conocimientos y claridad sobre sus problemáticas y necesidades.

Yo no he necesitado la psicología o la psiquiatría médicas, porque siento que sé quién soy. Porque no me siento mujer y mañana no ¡!oh my god!!! No... yo siempre me he sentido mujer, no te alcanzas a imaginar cuánto. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Sí, el endocrino me lo mandó porque era como un control ... si un control. Es que, para nosotros, o sea como lo explico, para la gente normal, lo de nosotras es dizque mental, algunas personas nos tratan como locos, locas. (Cali, entrevista en profundidad)

Tuve una consulta con un psiquiatra... en un hospital muy lejano y me hicieron esperar mucho tiempo para que me atendieran, y la señora apenas vio que yo era una chica trans me dijo que no estaba preparada para un caso como el mío, me sentí tan rara porque ¿acaso soy diferente o qué? (Jamundí, entrevista en profundidad)

Quienes han asistido a consultas con psicología, lo hacen en el marco de los procesos de rehabilitación por el consumo de SPA, en otros casos, la consulta por psicología hace parte del proceso de atención integral en programas de VIH/SIDA, también refieren haber estado en fundaciones y ONG. En general, las participantes consideran que es útil e importante en estos contextos recibir atención por psicología, y perciben haber logrado cambios significativos.

Yo sí pienso que, para mí, es muy importante hablar con un especialista en psicología... y yo lo trato de hacer mucho, sí. Donde me atienden por el VIH que es como un grupo. Si, y allá atienden en psicología. (Bogotá, entrevista en profundidad)

Entonces ya ahí me vieron las psicólogas del hogar, ya les comenté, y ahí sí me tocó llorar. Son dos psicólogas que están allá, y dijeron “tranquila usted cuenta con el apoyo” y así. En total ya llevo creo que un año en ese tratamiento ... porque hay una clínica que se llama asistencia científica, que es para las personas que tiene el VIH. (Bogotá, entrevista en profundidad)

... en un grupo de jóvenes, ... fue un proceso duro en la adaptación porque había personas que no encajaban conmigo, había personas que me buscaban problemas. Entonces ahí fui creciendo personalmente, al escuchar su historia, al ver sus problemáticas, cómo han podido surgir ante esa problemática y creo que me dejaron cantidad de recuerdos de historias que contaron. (Cartagena, entrevista en profundidad)

Algunas participantes han recibido atención psicológica, en el proceso de atención para la hormonización, para realizarse cambios corporales y cuando se requiere el diagnóstico de disforia de género por exigencia de las instituciones de salud. Esta valoración, en algunos casos hace parte de los protocolos y controles que se requieren para autorizar e iniciar los procesos de atención de mujeres trans. En la atención por psicología, perciben orientación y acompañamiento en la toma de decisiones y les facilita comprender los riesgos que tiene para su salud al automedicarse con hormonas, también para clarificar dudas sobre su orientación sexual, a ellas y sus familias.

... pero no porque haya estado enferma, fue como cuando empecé con lo de las hormonas que cambié de hormona, que me mandaron donde este que te conté. Porque ellos le hablan muy diferente a uno, muy bonito, como que “tú te puedes aplicar esto y te ves bien y te sientes bien, pero realmente no lo estás haciendo bien” entonces uno empieza como a entender tantas cosas, y uno dice ay yo como estaba jugando con mi salud. (Armenia, entrevista en profundidad)

Yo fui por mi orientación sexual, fui porque quería definir si era hombre o mujer. Sí, tenía muchas dudas... tenía dudas de ser hombre o ser mujer, como que era confuso, porque es que esto de ser mujer es muy duro. (Armenia, entrevista en profundidad)

Solamente lo hice para que me diagnosticaran con una disforia de género, para que mi EPS me pudiera ayudar, porque quería hacerme un tratamiento hormonal hace mucho tiempo, y bueno, no lo hice. Entonces solamente fue como la señora me sentó y me dio el diagnóstico, y ya. (Cartagena, entrevista en profundidad)

... mi mamá me llevaba. Porque yo para poder decirle a mi familia que yo era transexual me tocó inventar un montón de mentiras, que me habían violado, que abusaban de mí, porque yo no sabía cómo decirle a mi mamá que me gustaban los hombres. Entonces mi mamá me metió a una psicóloga

y ahí empecé a tratar con la psicóloga. Fue muy buena en ese momento porque ella me hizo ver que yo estaba cometiendo un error al no ser sincera con mi sexualidad y afrontar la consecuencia de lo que yo sentía, y ella me ayudó y yo fui capaz de explicarle a mi mamá y decirle que yo era así. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)

Algunas participantes refieren buscar atención por psicología cuando manifiestan cambios emocionales, o cuando están enfrentando duelos o situaciones difíciles a nivel familiar, de pareja o personales. Asocian esas situaciones a problemáticas de la infancia y a la acumulación de situaciones complejas que deben enfrentar en el día a día.

Yo he pasado ya por psicología, precisamente por la depresión, porque son eventos que se fueron acumulando, acumulando y acumulando hasta el momento en que llegué y exploté, eso fue el año pasado a mí se me cayó el pelo de la explosión de depresión que me dio, porque fue como ese capítulo de Homero que le empezaron a salir bolitas acá del estrés, algo así. Entonces acumulé tanta presión, tantos problemas, tantas cosas que de un momento a otro ¡Pum! Y el médico me dijo, usted está de buenas porque su cuerpo antes no ha colapsado de tantas cosas. (Cartagena, entrevista en profundidad)

La mayoría no han tenido orientación por nutrición y no han buscado atención por iniciativa propia. Algunas de las participantes han tenido consultas con nutricionista en centros de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas y como parte de la atención integral que reciben en los programas de VIH/SIDA, donde reciben atención por profesionales de diversas disciplinas. Algunas de ellas, refieren que pasaron por consulta con nutricionista, como parte del proceso de atención a mujeres trans, remitidas por endocrinología y otras especialidades.

Entrevistador: ¿Has ido alguna vez a cita con una nutricionista?

Participante: Ah sí, en San Camilo, yo estuve internada allí una vez por problemas de drogadicción, estuve con un nutricionista.

Entrevistador: ... y allá ¿qué te dijeron?

Participante: Ah no, allá no me dijeron nada, allá simplemente me servían lo que el nutricionista decía que me sirvieran, allá estuve para rehabilitarme, para tratar de dejar el bazuco hace 1 año, pero yo no tengo controles. (Bucaramanga, entrevista en profundidad)



Entrevistador: ¿Ha recibido asesoría o educación en alimentación?

Participante: Si, de nutricionistas... como yo estuve en el hospital departamental cuando me acogí a un tratamiento para hacerme la reasignación de sexo, entonces pues pasé por endocrinólogo, nutricionista, psicólogos, médico general, urólogo. (Cali, entrevista en profundidad)

## Discusión

Para las mujeres trans colombianas la principal barrera para acceder a los servicios de salud es el estigma y la discriminación, resultado acorde con estudios internacionales, especialmente en los países de América Latina donde las políticas en salud orientadas a la atención de personas trans pueden tener características similares (Domínguez et al., 2018; Hernández Valles y Arredondo López, 2020; Houghton et al., 2020; Ritterbusch et al., 2018; Romaní et al., 2021; Socías et al., 2014; Zapata Pizarro et al., 2019). En el caso de las mujeres trans, indudablemente, las situaciones de exclusión, discriminación y marginación se expresan en los servicios de salud.

En las narrativas, se identifica como las mujeres trans enfrentan el estigma, la discriminación y la violencia en contextos diferentes como: la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad, y en especial en el contexto de los servicios de salud. La aproximación a estos servicios se da usualmente en forma tardía y en el marco de la conflictividad personal y familiar; cuando se hacen visible las diferencias en la expresión de género, ante manifestaciones relacionadas con la orientación sexual y cuando desean iniciar el proceso de transformación corporal.

Un hallazgo interesante, muestra cómo las mujeres trans no buscan los servicios de salud preventiva, no asisten a controles médicos por iniciativa propia. Sus motivaciones para iniciar contacto con los servicios de salud se asocian al temor por ITS/VIH/SIDA y al inicio de la transformación corporal. Temen afrontar consultas donde deban revelar su orientación sexual o de su identidad de género, ya perciben el contexto de la salud como amenazante y temen la discriminación. Es importante destacar, que como sucede con la población general, el acceso a la atención primaria en las mujeres trans es deficiente. El sistema de salud invierte recursos en la atención de la enfermedad y no en la prevención, y se evidencia debilidad institucional por parte de las EPS para promover servicios preventivos (Domínguez et al.,

2018). Mayor comprensión de las necesidades en atención primaria de las mujeres trans y mejorar las barreras de acceso les va a permitir vincularse al sistema de salud en etapas más tempranas del proceso de tránsito y a la vez tener una aproximación a la salud preventiva (Crowley et al., 2021; Ziegler et al., 2020).

Los resultados sugieren dos tipos de barreras relevantes para las participantes del estudio, por el impacto que tienen en los aspectos motivacionales para buscar atención en los servicios de salud y en la adherencia a los tratamientos: las barreras administrativas y las barreras interpersonales.

En cuanto a las barreras administrativas, que se relacionan con aspectos estructurales y operativos de las EPS, se evidencian dificultades como: autorizaciones y tramitología, afiliaciones al Sisbén, aplazamientos de citas y procedimientos, falta de oportunidad para citas con especialistas en endocrinología, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos. Estas barreras son similares a las barreras que debe enfrentar la población general (Rodríguez Hernández et al., 2015), sin embargo, para las mujeres trans es más complejo el manejo, por la transversalidad del estigma y la discriminación a lo largo del proceso de tránsito. Generan conductas evitativas y se distancia de los servicios de salud. Otro resultado, señala que las barreras administrativas de acceso en el sector rural o en ciudades pequeñas son más visibles y complejas, que en los grandes centros urbanos. Las participantes resaltan la diferencia en la calidad de atención al contrastar instituciones públicas y privadas, en términos de menos percepción de amenaza y actitudes más respetuosas.

Las barreras interpersonales configuran un contexto problemático, teniendo en cuenta que los profesionales de la salud son quienes asumen el proceso de valoración y acompañamiento en procesos de tránsito. Se presenta concordancia con estudios previos que destacan el personal de salud como una de las barreras principales para el acceso y vinculación activa con los servicios de salud. Las participantes señalan, falta de conocimientos sobre las identidades de género y las necesidades específicas de las mujeres trans, y falta de sensibilidad en el trato. Además, refieren que los profesionales presentan confusión con relación a las orientaciones sexuales y las identidades de género distintas a la heterosexual (Hernández Valles y Arredondo López, 2020; Mejía y Benavides, 2008). La falta de sensibilidad, comunicación y experiencia de los profesionales de la salud es una de las barreras más significativas para el acceso a los servicios de salud. Pareciera que el marco referencia

de los criterios diagnósticos de Disforia de género sea una barrera para percibir e interpretar las necesidades de las mujeres trans desde una postura más amplia y comprensiva, acerca de la diversidad sexual.

Estas barreras se originan por la ausencia de políticas públicas que garanticen sus derechos, en las barreras estructurales presentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al señalarlas como problema de salud pública por las prevalencias en VIH/SIDA, en los abordajes psicopatológicos, en las posturas y actitudes discriminatorias de algunos profesionales de la salud, y en las mismas actitudes y comportamientos de las mujeres trans frente al manejo de su salud. Asimismo, generan en las mujeres trans, mayores vulnerabilidades y riesgos en el proceso de construcción de su identidad, por un lado, la baja cobertura de afiliación que este grupo tiene respecto a otros miembros de la comunidad LGBTIQ+, la automedicación de hormonas y la realización de transformación corporal sin acompañamiento de profesionales de la salud, lo cual les genera consecuencias para su salud física y mental (Lasso Báez, 2014; Mejía y Benavides, 2008; Peralta Cruz y Espitia Pachón, 2013).

Las interconsultas con psiquiatría, psicología y nutrición se ofrecen en el marco de programas integrales asociados con VIH/SIDA y consumo de sustancias psicoactivas. Se evidenció poca receptividad para buscar ayuda por iniciativa propia. Sin embargo, en las entrevistas se destaca cómo a lo largo de sus vidas han enfrentado situaciones complejas y dolorosas con su familia, pareja, comunidad; adicionalmente muchas de las participantes han tenido que abandonar sus ciudades de origen, buscando seguridad y mejores condiciones de vida. Es importante la integralidad en el proceso de acompañamiento a mujeres trans; los aspectos psicosociales son relevantes y muchas veces pasan desapercibidos por la importancia que se asigna a los cambios corporales. Es posible que la resistencia a la atención por psiquiatría y psicología esté relacionada con la percepción de patologización de la identidad de género por parte del personal de salud. Como plantea Granados Cosme et al. (2017), además de la despatologización de la identidad de género, se requiere despatologizar el acceso a los servicios de salud.

Se puede concluir que el acceso a los servicios de salud y a la calidad en la atención, es un asunto pendiente que requiere acciones concretas y celeridad. En la última década hay avances significativos en la identificación de prejuicios y estigmas basados en la orientación sexual y la identidad de género en el colectivo LGBTIQ+, también

en el reconocimiento de sus derechos. A pesar de los avances en Colombia en materia de legislación y normatividad, muchas de estas disposiciones no se materializan, persiste el incumplimiento de la normatividad para disponer del acceso a los servicios de salud y recibir una atención con calidad y humanizada.

Recomendaciones:

Hace falta ampliar y fortalecer más la investigación, que permita comprender aspectos más precisos relacionados con el acceso a servicios preventivos, los protocolos y rutas de atención, las posturas del personal de salud con relación a la atención de las mujeres trans.

Es importante revisar los programas de formación del personal de salud, específicamente los contenidos que tienen relación con las necesidades en salud de las mujeres trans. Además, promover los servicios afirmativos de género como una alternativa para reducir el estigma, el estrés y las inequidades que deben afrontar las mujeres trans. Se requieren modelos de atención en salud soportados en posturas y prácticas incluyentes y respetuosas de los derechos afirmativos. Se requieren, además, protocolos de tratamiento específicos para población de mujeres trans, que orienten y direccionen al equipo de salud en todo el proceso de acompañamiento (Pandya & Redcay, 2021).

Es urgente la intervención en las etapas tempranas de formación y adiestramiento del personal de salud, sobre aspectos específicos de la salud trans, y en la atención de género afirmativo; incluir en los programas de formación temas sobre identidades de género, necesidades de las mujeres trans, así como los aspectos psicosociales vinculados a los procesos de tránsito (Martínez Vargas y Arredondo López, 2021; Ramos et al., 2018; Ziegler et al., 2020). Es importante sensibilizar no solo al equipo de salud, todo el personal de la institución debe tener claridad sobre aspectos relacionados con derechos LGBTIQ+, actitudes positivas, recursos de comunicación amigables. Una de las participantes expresa que la violencia y la discriminación empieza en la puerta de ingreso a la institución de salud. Es importante que la academia facilite espacios de reflexión sobre la salud trans, más allá de los conocimientos clínicos, se requiere sensibilizar el personal acerca de los factores biopsicosociales que están inmersos en la realidad de las mujeres trans colombianas. Plantearse la pregunta ¿Si tenemos la preparación académica y actitudinal para ofrecer una atención con calidad y humanizada a las mujeres trans?

## Referencias

- Albuquerque, G. A., de Lima García, C., da Silva Quirino, G., Henrique Alves, M. J., Moreira Belém, J., Dos Santos Figuereido, F. W., da Silva Paiva, L., Barbosa do Nascimento, V., da Silva Maciel, E., Engrácia Valenti, V., De Abreu, L. C. & Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2), 1-10. <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12914-015-0072-9.pdf>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2017). *Línea de base de la política pública para la garantía plena de derechos de las personas de los sectores LGBT*. <http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/publicacion-linea-base-politica-publica-lgbti.pdf>
- Allory, E., Duval, E., Caroff, M., Kendir, C., Magnan, R., Brau, B., Lapadu-Hargue, E. & Chhor, S. (2020). The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. *Primary Health Care Research & Development*, 21(e62), 10.1017/S1463423620000638.
- Arrivillaga, M. y Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cuadernos de Saúde Pública*, 32(5), 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
- Aylagas-Crespillo, M., García-Barbero, Ó. y Rodríguez-Martín, B. (2018). Barreras en la asistencia sociosanitaria en personas transexuales: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Clínica*, 28(4), 247-259. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117301523>
- Baldwin, A. M., Dodge, B., Schick, V., Sanders, S. A. & Fortenberry, J. D. (2017). Sexual Minority Women's Satisfaction with Health Care Providers and State-level Structural Support: Investigating the Impact of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Nondiscrimination Legislation. *Women's Health*, 27(3), 271-278. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.01.004>
- Baptiste-Roberts, K., Oranuba, E., Werts, N. & Edwards, L. V. (2017). Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(1), 71-80.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>

- Berbesí Fernández, D. Y., Segura Cardona, A. M., Molina Estrada, A. P., Martínez Rocha, A., Ramos Jaraba, S. M. y Bedoya Mejía, S. (2019). *Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019*. Editorial CES. [https://editorial.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/VulnerabilidadVIH\\_baja.pdf](https://editorial.ces.edu.co/wp-content/uploads/2020/07/VulnerabilidadVIH_baja.pdf)
- Bristol, S., Kostelec, T. & McDonald, R. (2018). Improving emergency health care workers knowledge, competency, and attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender patients through interdisciplinary cultural competency training. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 632-639. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29704979/>
- Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2018). Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>
- Carmona-Meza, Z. y Parra-Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Revista Salud Uninorte*, 31(3), 608-620. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
- Coll-Planas, G. y Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers: Revista de Sociología*, 100(1), 35-52. [https://www.researchgate.net/publication/270284204\\_La\\_identidad\\_en\\_disputa\\_Conflictos\\_alrededor\\_de\\_la\\_construccion\\_de\\_la\\_transexualidad](https://www.researchgate.net/publication/270284204_La_identidad_en_disputa_Conflictos_alrededor_de_la_construccion_de_la_transexualidad)
- Crowley, D., Cullen, W. & Van Hout, M. C. (2021). Transgender health care in primary care. *British Journal of General Practice*, 71(709), 377-378. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X716753>
- Decreto 1011 de 2006. (2006, 3 de abril). Ministerio de la Protección Social. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
- Decreto 762 de 2018. (2018, 7 de mayo). Congreso de la República de Colombia. <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20762%20DEL%2007%20DE%20MAYO%20DE%202018.pdf>
- Domínguez, C. M., Ramírez, S. V. y Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres trans de la ciudad de Cali, Colombia. *Revista MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>

org/10.29375/01237047.2404

- González, G. & Henning-Smith C. (2017). Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *The Milbank Quarterly*, 95(4), 726-748. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12297>
- Granados Cosme, J. A., Hernández Ramírez, P. A. y Olvera Muñoz, O. A. (2017). Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 13(4), 633-646. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2017.v13n4/633-646/es>
- Hernández Valles, J. y Arredondo López, A. (2020). Barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad transgénero y transexual. *Horizonte Sanitario*, 19(1), 19-25. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-19.pdf>
- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I. y Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/223-229/es>
- Houghton, N., Bascolo, E. & del Riego, A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(e11), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>
- Hyemin L., Jooyoung P., Bokyoung C., Horim Y. & Seung-Sup K. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiol Health*, 40, 1-13. <https://www.e-epih.org/upload/pdf/epih-40-e2018005.pdf>
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19, 243-251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>
- Jennings, L., Barcelos, C., McWilliams, C. & Malecki, K. (2019). Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Preventive Medicine Reports*, 14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31011518/>
- Lasso Báez, A. R. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por los sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424009.pdf>
- Levesque, J. F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centered access

- to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lozano-Beltrán, J. (2018). Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero residentes en Bogotá, durante sus procesos de tránsito de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 99-119. [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10\\_6.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10_6.pdf)
- Martínez Vargas, L. y Arredondo López, A. A. (2021). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres transgénero. *Horizonte Sanitario*, 20(1), 11-22. 10.19136/hs.a20n1.3654
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 1-12. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Mecanismo Coordinación País y Proyecto VIH Fondo Mundial. (2016). *Resultados del estudio vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia - 2016*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-vulnerabilidad-mujeres-trasns.pdf>
- Mejía, A. y Benavides, L. F. (2008). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. *Secretaría Distrital de Planeación de La Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.*, 1-29. [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras\\_acceso\\_servicios\\_salud\\_personas\\_lgbt\\_2008.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/barreras_acceso_servicios_salud_personas_lgbt_2008.pdf)
- Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivo 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017, 13 de diciembre). *Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas*. <https://www.who.int/es/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013.). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JQ81.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JQ81.pdf)



- Pandya, A. K. & Redcay, A. (2021). Access to health services: Barriers faced by the transgender population in India. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 25(2), 132-154. <https://doi.org/10.1080/19359705.2020.1850592>
- Peralta Cruz, K. J. y Espitia Pachón, N. (2013). Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. *Tabula Rasa*, (19), 281-300. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n19/n19a13.pdf>
- Ramos, J., Flores, A., Ramos-Pibernus, A. G., Rivera-Segarra, E. R., Varas Díaz, N. y Rodríguez-Madera, S. L. (2018). Reduciendo el Estigma y Aumentando el Conocimiento Sobre las Necesidades de Salud de las Mujeres Transgénero: Intervención Piloto para Estudiantes de Medicina en Puerto Rico. *Revista Ciencias de la Conducta*, 33(1), 51-74. <https://cienciasdelaconducta.org/index.php/cdc/article/view/4/7>
- Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F. y VH- Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
- Ritterbusch, A. E., Correa Salazar, C. & Correa, A. (2018). Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. *Global Public Health*, 13(12), 1831-1845. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1455887>
- Roberts, T. K. & Fantz, C. R. (2014). Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, 47(10-11), 983-987. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009>
- Rodríguez Hernández, J. M., Rodríguez Rubiano, D. P. y Corrales Barona, J. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 20(6), 1947-1958. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152006.12122014>
- Romanelli, M. & Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Am J Orthopsychiatry*, 87(6), 714-728. [10.1037/ort0000306](https://doi.org/10.1037/ort0000306)
- Romani, L., Ladera-Porta, K., Quiñones-Laveriano, D. M., Ríos-García, W., Juárez-Ubillus, A. y Vilchez-Cornejo, J. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 240-247. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>

- Sentencia T-099/2015. (2015, 10 de marzo). Corte Constitucional (Gloria Stella Ortiz Delgado, M. P). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-099-13.htm>
- Sentencia T-552/2013. (2013, 22 de agosto). Corte Constitucional (María Victoria Calle, M. P). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-552-13.htm>
- Sentencia T-771/2013. (2013, 7 de noviembre). Corte Constitucional (María Victoria Calle Correa, M. P). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-771-13.htm>
- Sentencia T-918/2012. (2012, 8 de noviembre). Corte Constitucional (Jorge Iván Palacio, M. P). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-918-12.htm>
- Socias, M. E., Marshall, B. D. L., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T. & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health*, 13(81), 1-8. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12939-014-0081-7.pdf>
- Thomas, R., Pega, F., Khosla, R., Verster A., Hana, T. & Say L. (2017). Garantizar una agenda de salud global inclusiva para las personas transgénero. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 95(2), 154-156. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.183913>
- Tovar-Cuevas, L. M. y Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 12-26. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a02.pdf>
- Vilaça Mendes, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
- Zapata Pizarro, A., Díaz Mandes, K., Barra Ahumada, L., Maureira Sales, L., Linares Moreno, J. y Zapata Pizarro, F. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 65-72. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0065.pdf>
- Ziegler, E., Valaitis, R., Carter, N., Risdon, C. & Yost, J. (2020). Primary Care for Transgender Individuals: A Review of the Literature Reflecting a Canadian Perspective. *Sage Open*, 10(3), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244020962824>

# Capítulo 15. El derecho a la salud desde la perspectiva de las mujeres trans, una aproximación preliminar

## Introducción

La literatura especializada en asuntos de diversidad de géneros tiende a clasificar a las mujeres trans como la población más vulnerable entre las vulnerables. Tal situación ocurre, en parte, porque la experiencia trans está acompañada de múltiples exclusiones que evidencian el fracaso de instituciones sociales hegemónicas como la familia, la educación y la justicia, entre otras (Zucchi et al., 2019). Según Pereira (2018), se trata de poblaciones flotantes, las cuales son difícilmente cuantificables porque dependen de la movilidad para sobrevivir y establecer sociabilidades que permitan la subsistencia material y, sobre todo, emocional.

A pesar de las circunstancias oprobiosas en las que transcurre la vida de estas comunidades en medio de múltiples exclusiones sociales, encontramos que el campo de la salud se ha convertido en el escenario en el que convergen diferentes tipos de reivindicaciones que se expresan en clave de justicia social (Latasa Zamalloa et al., 2019). En el caso colombiano, el 2016 será el año en el que se logrará expresar con mayor vigor los asuntos relativos a las libertades ciudadanas y su incidencia en la esfera público-política. El ambiente político generado por la firma de los acuerdos con las guerrillas de las FARC-EP permitió avizorar un horizonte resolutivo en el cual se podría considerar que para vivir en paz se requiere de una ampliación de las maneras en que entendemos la convivencia y los valores políticos que la acompañan (Quintero Jurado y Marín Cortés, 2018).

Si bien el optimismo se tomó el país, se registró una contracción de los índices de violencia y se empezó hablar de otros temas distintos a los del conflicto armado, que nos ha acompañado desde el inicio de nuestra historia republicana, nuestro vínculo con las violencias del

pasado ha cobrado especial fuerza y se ha ensañado con los grupos vulnerables que no solo construyen su identidad desde la exclusión, sino que también afrontan formas complejas de victimización (Ahumada, 2020). Del 2016 al 2021 hemos presenciado en cambio en los discursos que promueven expectativas deseables para las poblaciones LGBTIQ+, la política pública que les compete aún requiere de mayor disposición para la construcción del consenso político necesario para avanzar en el abordaje de problemáticas socialmente relevantes (López, 2018).

Los problemas de reconocimiento cultural, redistribución económica y representación política se encuentran en la base de las narrativas en las que se enmarcan diversas comprensiones de la justicia social por parte de las poblaciones LGBTIQ+ (Castelar y Quintero Aguirre, 2012). Tales narrativas encuentran un asidero en el campo de la salud, el cual tiene la doble tarea de producir un canon para la clasificación de lo sano y lo enfermo, así como de proveer el soporte para la inclusión por la vía del tratamiento (Foucault, 1978). Dicho de otra forma, será el personal de la salud en los hospitales quienes proveen limitaciones y posibilidades que tienen peso en la realización de un proyecto de vida trans (Latasa Zamalloa et al., 2019).

En este sentido, en el campo de la salud puede tener lugar la transfobia, y, al mismo tiempo, se ofrece condiciones para una transformación sexo-genérica que significa para muchas mujeres un camino para superar las asimetrías de poder, las inequidades y los fracasos de una sociedad que ha dedicado mucho tiempo a pensar de la dicotomía entre guerra y paz, pero no para pensar la inclusión de la diversidad en un sentido amplio y pluralista.

Se trata de un oxímoron, una figura de la lingüística que representa dos antagonismos en un mismo plano de habla o frente a una misma situación de ocurrencia (Bloom, 2002). Ya lo planteaba Shakespeare en Hamlet: “ser o no ser, esa es la cuestión”. Hacemos énfasis en esta forma del lenguaje para sugerir que el problema de la medicalización va más allá de la asignación de calificativos peyorativos sobre el carácter ético-político del personal de la salud e incluso de las idealizaciones con las que se alude a epistemologías clínicas y centros hospitalarios que cobran renombre por ser percibidas como inclusivas hacia poblaciones negativamente diferenciadas como las comunidades trans. El campo de la salud da lugar a las dos polaridades y es sobre las

realidades que se configuran que se desarrolla un derecho a la salud comprensible y vinculante para las personas trans (La Valle, 2014).

El departamento del Valle del Cauca ha sido una región que ha propuesto iniciativas para avanzar en los asuntos mencionados. A través de la Gobernación y, en especial, de la Secretaría de Mujer, Equidad de Género y Diversidad Sexual, creada por la ordenanza 217 de 2006, se viene brindando acompañamiento y asistencia técnica a los municipios para fundamentar una comprensión distinta respecto de la tensión entre el carácter naturalista del sexo y la construcción culturalista del género, sustentada en un enfoque de derechos humanos como posibilidad de no solo reconocer, sino de trabajar en la accesibilidad diferencial de los mismos.

En aras de la consolidación de condiciones legales para la realización del derecho a la salud de las mujeres trans, la Gobernación del Valle del Cauca, así como la Alcaldía de Santiago de Cali, han venido generando ordenanzas y acuerdos que promueven un mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones LGBTIQ+. A lo largo de este capítulo se señala que, a pesar de los esfuerzos institucionales, es el desbalance entre las temporalidades jurídicas y sociales, así como la carencia de una cualificación de la deliberación sobre los asuntos de la diversidad de género, lo que se encuentra en la base de lo que altera la operacionalización de las diferentes iniciativas.

Las posibilidades alcanzadas son el resultado de las luchas sociales emprendidas por los diferentes sectores que componen la colectividad de diversidades sexuales. Hacemos énfasis en esas experiencias oximorónicas en las que el ámbito de la salud se convierte en un campo semántico en el que se articulan posiciones antagónicas que van desde la transfobia hasta la inclusión, tal como lo hemos señalado. En ese orden de ideas, entendemos la medicalización como una filosofía médica en la que se establece la categorización de lo sano y lo enfermo, la dicotomía y los binarismos que se desprenden del lenguaje político subyacente, evidencian los conflictos entre naturaleza y cultura, así como la búsqueda de la inteligibilidad por parte de quienes luchan por tener un derecho a la salud (Granados Cosme et al., 2017).

En este capítulo vamos a caracterizar algunas prácticas sobre la medicalización, a través de la recuperación del punto de vista de las mujeres trans, respecto de sus experiencias como usuarias de servicios de salud. Para estos efectos, en primer término, se hizo un trabajo de

clasificación de los testimonios que se derivan de las entrevistas que el *Proyecto TranSER* ha venido desarrollando. Los relatos aluden a las experiencias de vida, sus percepciones sociales y emotivas respecto del reconocimiento y garantía de derechos asociados con una sexualidad plena. Las entrevistas permitieron conocer datos demográficos que abordan edad, ubicación actual, reconocimiento de su género, orientaciones sexuales, ingresos y escolaridad, entre otros; pasando a bloques de profundización acerca de temas como familia y pareja, relaciones sociales, estados de salud biológica y mental, ocupación, y sexualidad. El análisis previsto para este capítulo tomó como eje axial los asuntos relativos a los aspectos biológicos y psicológicos que refieren a sus condiciones de salud integral, las posibilidades de acceso, así como las barreras para el mismo.

En segundo término, se identificaron trayectorias legales que legitiman el derecho a la salud, a través de los referentes jurídicos implementados en la ciudad de Cali. De esta manera se establece un contraste entre la inmanencia social, representada en el punto de vista de las mujeres trans, y la comprensión trascendente de las reglamentaciones que procuran enmarcar una manera de entender las coyunturas.

En tercer término, se analizaron las prácticas de apropiación del derecho a la salud, procesos que suponen la comprensión de las líneas jurisprudenciales por parte de las mujeres que interpelan la institucionalidad a través de la acción de tutela. En esta fase se revisó la jurisprudencia generada a partir de casos particulares para el reconocimiento diferencial de derechos (sentencias), con las políticas públicas LGTBIQ+, las cuales son la ruta efectiva en los territorios para garantizar la implementación del enfoque de Derechos Humanos.

Considerando la explicación realizada, el capítulo se compone de tres acápite: el primero, refiere a la perspectiva de las mujeres trans del *Proyecto TranSER* respecto de las posibilidades y limitaciones que les brindan los servicios médicos. El segundo, alude a los esfuerzos institucionales que realiza el Gobierno de Colombia, la Gobernación del Valle del Cauca y la Alcaldía de Santiago de Cali para implementar acciones afirmativas para el abordaje de los asuntos problemáticos. El tercero, da cuenta de las experiencias de apropiación por parte de las mujeres trans en favor del acceso a los servicios médicos.

El recorrido propuesto tiene el potencial de generar una opinión informada y punto de vista que ayude a complejizar la crítica social

que se puede hacer para optimizar el diálogo ciudadano y el pluralismo en el Valle del Cauca.

### **Las mujeres trans y el acceso a la salud: una aproximación a la filosofía de la medicalización**

La medicalización responde a los procesos de institucionalización del saber médico en el marco de la configuración de grupos hegemónicos que precisan de un lenguaje razonable para establecer dicotomías que terminan fundamentando prácticas segregatorias para el control de las poblaciones (Foucault, 2014). Desde esta perspectiva, la medicalización supone la “reafirmación del género”, asumiendo que el género del paciente requiere reparación porque no responde a los cánones propios de la naturalización de las experiencias sociales (Castelar y Quintero Aguirre, 2012).

Para muchas mujeres la medicalización es un camino para asegurar una correspondencia entre el cuerpo imaginado y el cuerpo social; en otras palabras: entre la relación de la representación psicológica de la corporalidad y el exterior de un cuerpo para la valoración social, esa tensión se agrava cuando las pacientes tienen que asumir en paralelo el carácter multidimensional de la precariedad y el rechazo (Zaragoza-Martí y Juliá-Sanchi, 2020). En este sentido, la medicalización puede presentar dos escenarios oximorónicos: las limitaciones propias de formas de clasificación patologizantes y binarias de género, y las posibilidades que corresponden al abordaje de expectativas psicológicas y médicas orientadas a la inclusión social (Granados Cosme et al., 2017). Una de las entrevistadas lo presenta del siguiente modo:

... cambio de sexo, yo le dije a Claudia que ese sería uno de mis sueños, de mis proyectos, o sea, sí, a mí me gustaría, o sea, si no tuviera que trabajar, o sea, si tuviera una estabilidad económica que no tuviera que trabajar yo lo haría porque a mí me gustaría ser una mujer. (Cali, entrevista en profundidad)

El relato sirve para pensar en los límites que afrontan las mujeres trans y las expectativas puestas en la reafirmación sexo-genérica como una vía para la inclusión social. Sin embargo, también se encuentran casos en que la medicalización podría considerarse como

un complemento a una convicción o comprensión psicológica de la feminidad (Soley-Beltrán, 2014). Al respecto una entrevistada señala:

... yo no tengo cirugías en cantidad. En mi mentalidad siempre estuvo que yo era mujer, que yo soy mujer, me siento mujer, y de que en algún momento me iba a hacer la reasignación de sexo, porque no... la verdad no me sentía bien con lo que tenía ahí. (Cali, entrevista en profundidad)

Las cirugías son una parte de la medicalización, el tratamiento trae consigo otras dolencias crónicas, así como efectos asociados a la salud mental. Pese a ello, esta vía sigue siendo la piedra angular de la manera en que se asume la superación de una anomalía que nació con ellas. Al respecto una participante menciona: "... el colesterol alto, un poco el azúcar, la gastritis, pero eso se va superando con medicina y así" (Cali, entrevista en profundidad), y por supuesto los asociados a la salud mental, Ana justamente hace referencia a ella manifestándolo de la siguiente manera: "He estado muy baja de ánimos, he estado enferma, un día sí, un día no" (Cali, entrevista en profundidad).

Ya sea como un vehículo para la articulación entre el cuerpo psicológico y el social o un escenario para elaborar los sentimientos confusos que tienden complejizar la construcción sociocultural del género, los efectos de la medicalización siguen estando circunscritos en ese espacio intersticial de posibilidades y limitaciones. Sobre el tema, la Sentencia T-918/12 indica que la salud no se limita al hecho de no estar enfermo, sino que comprende todos los elementos psíquicos, mentales y sociales que influyen en la calidad de vida de la persona. La comprensión normativa ateniende al género implica un dimensionamiento de las maneras en que la ciudadanía puede ver y sentir respecto del modo en que son considerados en la vida social. Desde esta perspectiva podría ocurrir que las normas requieren constantemente de una pedagogía que ayude a afrontar los rasgos transfóbicos que se encuentran en la base de la manera en que se administran los hospitales en muchos contextos populares de la ciudad (Beltrán, 2004).

La medicalización promueve clasificaciones según binarismos de género que tienden a ser empleados para la explicación del cuerpo deseado (Butler, 2002). Si bien las comprensiones normativas expresadas en sentencias de la Corte Constitucional evidencian una apertura respecto de lo que constitucionalmente puede entenderse sobre las experiencias sociales de las diversidades de género, aún



se requiere una visión des-psicopatologizante que pueda ser implementada en los sistemas de salud. La clasificación de anomia/enfermedad puede usarse para entender muchas de estas demandas como un asunto de salud mental; las entrevistadas comentan que su condición no es el resultado de una alteración de la realidad, sino un proceso de identificación que tiene matices distintos a los que prevé la heterosexualidad para la primera infancia (Butler, 2005). Sobre el asunto una entrevistada argumenta: “Sí, el endocrino me lo mandó porque era como un control, es que, para nosotras, o sea, para la gente normal, lo de nosotras es dizque “mental”, algunas personas nos tratan como locos, locas” (Cali, entrevista en profundidad).

El sistema de salud universal promueve, desde la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016, las intervenciones en salud integral que incluyen atenciones psicológicas e interconsultas profesionales, entre otras. Estas intervenciones en clave transdisciplinar, donde la salud dialoga con las ciencias sociales, contribuyen a ampliar el espectro del diagnóstico y de esa manera favorecer una respuesta integral. Pese a eso, la retórica sobre la patologización sigue siendo un lugar común para vulnerar derechos y deslegitimar las demandas de las mujeres trans.

No, el trastorno que generalmente nos ven a nosotros es que nosotros somos locos. No, nosotros no somos locos, nosotros somos las personas más cuerdas de la vida, y somos muy inteligentes y tenemos talento, diseñadores, peluqueros, modistas, de todo, no solamente en la calle. Ante la sociedad a nosotros nos miran como un típico bicho raro, pero en realidad tenemos muchos más valores que la gente de afuera. (Cali, entrevista en profundidad)

Superar la mirada patológica en aras de diagnósticos comprensivos constituye una necesidad evidente (Castelar y Quintero Aguirre, 2012). Las mujeres trans entrevistadas consideran que es preciso insistir y contar con el consejo médico para el tratamiento dado que los riesgos del autotratamiento son muy grandes y se requiere del ámbito médico independientemente de las ideologías que lo puedan estructurar. Sobre el asunto, una participante manifiesta:

Sí, me han hecho exámenes y han salido buenos. Pero sí he querido meterme a un control buscando ayuda profesional, pues, como te digo, nunca me he hormonizado, pero estuve buscando un endocrino aquí en Colombia,

mirando a ver cómo me ayudan, pero hasta ahora no se me ha dado. (Cali, entrevista en profundidad)

Una aproximación a la medicalización admite la necesidad de una ampliación de los referentes epistemológicos con los que culturalmente se pueden entender las tensiones entre naturaleza y sociedad. Por una parte, la naturalización del sexo como rasgo distintivo de lo masculino y lo femenino provoca segregación y, Pereira (2018), Cavia (2019), Zucchi et al. (2019), en la génesis de múltiples causas de vulnerabilidad social. Por la otra, el compromiso con un diagnóstico comprensivo y transdisciplinar implica actualizar la discusión académica en torno a la construcción sociocultural del género, entendiendo que el género es una experiencia plausible que no está determinada por la naturaleza.

La jurisprudencia existente sobre estos temas no es ajena a los asuntos y necesidades esbozadas, los fallos de las Altas Cortes recogen la información médica y científico-social que dotan a estas comunidades de derechos orientados a la inclusión. No obstante, los tiempos jurídico/legales no son equiparables a los tiempos socioculturales, las retóricas de discriminación responden a lenguajes tautológicos que permiten una comprensión pragmático/capitalista de la vida social, aluden a la naturalización del sexo como recurso para decir que las cosas son así porque sí y no pueden cambiar; cómo podemos adelantar, hay un desafío pedagógico a considerar en el momento de hacer inteligibles las expectativas sociales y morales de las comunidades trans en materia de derecho a la salud.

### **Una institucionalidad pensada para enmarcar las diversidades de género**

En el trabajo de Hoyos-Hernández y Orbegozo-Valderrama (2020), se recupera la perspectiva de las mujeres trans sobre las necesidades y expectativas que se tienen en materia de salud en el marco de múltiples vulnerabilidades que afectan la valoración social de los grupos. Según el Centro Nacional de Memoria Histórica (2015), muchas comunidades de mujeres trans son víctimas del conflicto armado y desplazamiento forzado, la desposesión de derechos sumado al régimen de vulnerabilidad que padecen requiere de una discusión más amplia en el marco de lo que hace la sociedad para generar

criterios de justicia que sean inclusivos y reflexivos en la historia nacional reciente. No obstante, estas valoraciones constituyen un punto de partida para identificar algunas iniciativas adelantadas por la institucionalidad en favor del bienestar de este sector poblacional (García-Balaguera, 2018). Según las mujeres trans participantes en TranSER, son las prácticas alusivas al tratamiento las que se asumen como el punto de partida para establecer un vínculo normativo que permita expresar las demandas en el marco de la querrela legal. Sobre el asunto comentan:

Sí, yo voy a control cada mes. La verdad, ahorita mismo, desde diciembre no volví porque eso es un problema de que no hay agenda, que no se puede; pero en estos días sí tengo que ir, porque me gustó como me explica el médico y también porque no quiero que más adelante me vayan a aparecer cosas contrarias a lo que siempre quiero parecer, una mujer. (Cali, entrevista en profundidad)

... te voy a contar lo que le dije a ella, yo fui y pedí y hay que esperar un mes la cita, y hombre yo necesitaba evolucionar, y yo por eso le dije a él que si podía ir a hablar con él. (Cali, entrevista en profundidad)

Lo anterior conlleva a que se opte por el autotratamiento. Frente a este escenario las mujeres entrevistadas demandan una cobertura diferente porque reconocen que ese camino es riesgoso, pero es el que se demarca con mayor nitidez. Sobre esta práctica comentan: “las mismas amigas, entre nosotras nos guiamos qué hormona es buena, cómo le funciona, si sirve o no y cada mes me aplico” (Cali, entrevista en profundidad).

Para prevenir el autotratamiento se apela a referentes constitucionales y a las tutelas en las que se recuperan valoraciones propuestas en las Sentencias T-622/14, T-552/13 y T-771/13, las cuales respaldan el acceso a la información y el acceso a tratamientos de forma responsable y segura. Lo que estamos presenciando es el desacople entre los tiempos legales y sociales tal como lo presentamos en el anterior acápite, la cualificación sobre los derechos de las pacientes trans se cimienta como un escenario necesario, pero no prioritario en los tiempos de la pandemia por Covid-19.

Esta investigación recoge percepciones que resuenan con el optimismo generado en Colombia por los acuerdos de paz y el auge de un discurso reivindicatorio global en torno a las diversidades de

género. Los problemas sociales planteados por las entrevistadas pueden ser más complejos en el tiempo presente porque la pandemia aceleró diversas prácticas de exclusión que ya afectaba a estas poblaciones (Zabalgoitia Herrera, 2021).

Los estereotipos sobre la relación entre el cuerpo de la mujer trans y el VIH-SIDA fueron claves para consolidar un imaginario patologizante en la década de los noventa. En la actualidad, el ejercicio de la prostitución y demás prácticas sociales que implican una exposición pública e íntima tienden a constituir signos que favorecen la segregación y precarización (Mecanismo Coordinación País y Proyecto VIH Fondo Mundial, 2016).

El saber social en torno a las comunidades trans se ve afectado por el miedo generalizado a la enfermedad (Monteiro & Brigeiro, 2019). Sobre estos asuntos, la institucionalidad propone vías que ayuden a una reconceptualización de la atención y el cuidado para una convivencia deseable y menos conflictiva, los diferentes documentos insisten en la necesidad de considerar una atención diferencial que se centre en las necesidades de la población (Acuerdo 0461 de 2019).

En Colombia existe el Decreto 762 de 2018 (Ministerio del Interior, 2018), el cual se entiende como una política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores LGBTIQ+. En Cali se propuso la Ordenanza 339 de 2011 (Gobernación del Valle del Cauca, 2011), la cual abre la discusión sobre cómo operacionalizar la mencionada política en el escenario municipal. En consideración a estas iniciativas se creó la oficina de los asuntos de la población LGBTIQ+ del municipio, la cual está dirigida desde la Secretaría de Bienestar Social. En esa dependencia se produce y gestiona la Política Pública *Cali Diversidad*, la cual entra en rigor a partir del Acuerdo 0461 del 2019; ésta se subvenciona a través del presupuesto recolectado por la estampilla prodesarrollo y con los recursos se da apoyo a programas y proyectos orientados a este sector de la población.

A nivel de fallos de la Corte Constitucional se puede mencionar fallos que han sido cimentados a partir de la interpretación jurídica del Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, La Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, y la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Al respecto, muchas acciones de tutelas interpuestas

por las mujeres trans recogen elementos de la interpretación jurídica presentados en las siguientes sentencias:

*T-918/12.* Donde se habla del derecho a la identidad sexual y el derecho a la salud de las personas trans.

*T-622/14.* En la que se argumenta la obligación de las Entidades Promotoras de salud (de aquí en adelante EPS) para realizar los estudios médicos necesarios para realizar la cirugía de reasignación de sexo, todo esto contando con el previo consentimiento informado.

*T-552/13.* En la que se plantea que una persona trans tiene derecho al acceso a los servicios de salud.

*T-771/13.* En la que se plantea derecho a la identidad y dignidad de las personas transgénero a partir de una solicitud de cirugía de reafirmación sexual quirúrgica o cambio de sexo

*T-692/99.* Donde se habla del derecho a la intimidad personal y familiar, se argumenta en favor de la transición sexo-genérica.

A partir de estos procesos puede componerse una línea jurisprudencial que permita explicar la racionalidad jurídica con la que se puede hacer una asequibilidad de los derechos específicamente circunscritos a la realización de un derecho a la salud. Por su parte la Gobernación del Valle del Cauca también lleva a cabo interpretaciones que se orientan al mejoramiento de la calidad de vida de la población trans en la región. En el siguiente cuadro se ilustra en detalle las diferentes iniciativas.

**Tabla 12**

*Ordenanzas promulgadas por la Gobernación del Valle del Cauca*

<b>Ordenanzas y acuerdos</b>	<b>Descripción</b>
Gobernación del Valle del Cauca. Ordenanza 317 de diciembre 13 de 2010.	Por medio de la cual se crea y adopta la Política Pública para las mujeres vallecaucanas que busca garantizar el goce pleno de los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía plena, sin distinción de etnia, raza, edad, orientación sexual, religión opinión política, procedencia condición física o mental, o estrato socioeconómico (Artículo 2). Establece en varios Ejes, diversas estrategias y líneas de acción en pro de la garantía de derechos de mujeres lesbianas, bisexuales y trans.

---

<p>Gobernación del Valle del Cauca. Ordenanza 339 del 28 de diciembre de 2011.</p>	<p>Establece lineamientos de la Política Pública para la garantía y exigibilidad de derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersexuales en el Valle del Cauca. Establece como objetivo, garantizar el ejercicio pleno de derechos a las personas de los sectores LGTBI, bajo el entendido de que la garantía de derechos de todas las personas y de todos los sectores sociales, es indispensable para la construcción y Fortalecimiento de un Estado Social de derecho (Artículo 3).</p>
<p>Gobernación del Valle del Cauca. Ordenanza 497 del 28 de noviembre de 2018.</p>	<p>Se presentan los lineamientos para el plan de prevención y erradicación de las violencias contra las mujeres y permite la inclusión de mujeres lesbianas, trans y bisexuales.</p>
<p>Gobernación del Valle del Cauca. Ordenanza 497 de 2019.</p>	<p>Se lleva a implementar un órgano consultivo integrado por miembros de los colectivos LGTBI del departamento. A través de esta agremiación es posible interlocutar y desarrollar conjuntamente políticas orientadas a las poblaciones de referencia.</p>
<p>Gobernación del Valle del Cauca. Acuerdos municipales</p>	<p>Algunos municipios como Buga, a través del acuerdo 058 del 10 de octubre de 2013; Caicedonia con el acuerdo 029 de 2017; Zarzal con el acuerdo 498 del 2019; y Cali con el acuerdo 0461 del 2019, adoptan políticas públicas específicas para la población LGTBI que propenden por el reconocimiento, la garantía y el ejercicio pleno de los derechos de esta comunidad.</p>

---

*Nota.* La tabla 12 fue tomada de Margarita Ramírez Leiton (2019).

En este recuento conviene destacar las entidades médicas que han sido pioneras en la atención de personas trans. La Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali cuenta con una Clínica de Género en la cual se llevan a cabo procesos de atención psicológica, estética y tratamientos hormonales. El Hospital Universitario del Valle

está avanzando en la realización de procesos médicos y estéticos transafirmativos. También tenemos el caso del Hospital Tomas Uribe Uribe de la ciudad de Tuluá el cual beneficia aproximadamente 14 municipios del centro y norte del departamento, a través de los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad.

### **La apropiación del servicio de salud por parte de las mujeres trans**

La apropiación de los esfuerzos institucionales para dotar de una perspectiva constitucional las medidas en favor de un derecho a la salud supone experiencias de cualificación jurídica que ayuden a la apropiación de las sentencias y ordenanzas descritas. Los trámites burocráticos constituyen una limitación porque requieren de una disposición pedagógica por parte del personal de la salud y los funcionarios administrativos en favor de reflexiones contemporáneas que versan en comprensiones críticas como las del transfeminismo, entre otras. Al respecto una de las participantes comenta:

... para ir a una EPS por un dolorcito, va a generar un papeleo inmenso para que me formulen lo mismo que yo me sé formular, entonces prefiero formulármelo yo, que sé qué es lo que me va a calmar el dolor; o como es el caso de Diana, que pese a padecer una enfermedad de base, manifiesta que las acciones de prevención y seguimiento para ella no son regulares: No le digo que no me han vuelto a llamar para el control de la diabetes, ni nada, porque como cambió todo eso, no hay agenda. Ahora la EPS está muy mala, no hay agenda para que lo atiendan a uno en los hospitales ni nada. (Cali, entrevista en profundidad)

Desde esta visión, se hace importante reconocer que las instituciones encargadas de poner en funcionamiento la atención primaria en salud hacen parte de una estructura social permeada por prejuicios subjetivos y acciones discriminatorias (Secretaría Distrital de Planeación, 2018). Tales concepciones distan de las rutas para la promoción y prevención, tal como lo establece La Ley 1751 de 2015 o ley estatutaria de salud. Sobre el asunto manifiesta una participante:

No, o sea, sí me he sentido, sí he tenido los quebrantos de salud, pero la verdad por el mismo sistema de salud que hay, prefiero automedicarme, quedarme en mi casa, porque pues, de una u otra manera, lo que yo presento para los programas de salud no son urgencias, sino que son otro tipo de

situaciones, entonces por eso lo que voy a gastar en transporte, pagar el medicamento, prefiero quedarme en mi casa y automedicarme yo misma. (Cali, entrevista en profundidad)

Tal como se plantea en el segundo acápite, acceder al derecho a la salud en Colombia no debería ser un problema. Las EPS están regidas bajo preceptos del sistema de seguridad social universal, el cual permite que las personas que cuenten con el ingreso económico para contribuir aporten a él y que, quienes no lo puedan pagar sean subsidiados por el Estado, de manera que ambos cuenten con el mismo plan obligatorio de salud que respalde procedimientos, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, entre otros, según dicta la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para garantizar este derecho se requiere una disposición empática que pueda fundamentarse en un saber socio-antropológico sobre las identidades y diversidades de género en el contexto situado (Granados Cosme et al., 2017). Una atención centrada en la empatía requiere de la composición de un campo de conocimiento entre el derecho y las ciencias sociales que pueda aportar a una resignificación de las experiencias de medicalización. Dicho en otras palabras, se trata de la conformación de un campo transdisciplinar que responda a los problemas socialmente relevantes que tienen lugar en los grupos de mujeres trans, dando lugar al saber popular que tienen las participantes respecto de los rechazos que han padecido. En el sentido de lo propuesto una entrevistada plantea:

Yo creo que las mujeres trans necesitamos apoyo, de pronto, comprensión, algunas, amor, o bueno, algunas no, todas amor, el amor es muy importante, porque una persona enamorada puede cambiar muchas cosas, yo digo que el amor es fundamental, pero entonces esa es otra ¿no? Que uno para poder dar amor tiene que amarse uno mismo. (Cali, entrevista en profundidad)

Los elementos esbozados en los tres acápite deben ser concebidos como aproximaciones preliminares sobre una comunidad que dadas sus características requieren más investigación. La necesidad de caracterizar prácticas sociales como el acceso a la salud también debe ir acompañada de la reflexión sobre los medios de subsistencia y en especial la precariedad laboral. La documentación jurídica



mencionada puede ayudar a establecer un punto de partida para explorar los asuntos que se presentan en las conclusiones.

## A modo de conclusiones

La investigación permite evidenciar dos problemas a superar: 1) la distancia existente en las temporalidades de los procesos jurídicos y sociales, los cuales muestran un desacople entre las visiones normativas y las prácticas de acceso a la salud por parte de las mujeres trans; y 2) la necesidad de una reflexión pedagógica en favor de la apropiación del derecho a la salud a partir de epistemologías que abordan el debate entre naturaleza y cultura en el orden del derecho constitucional. Ambos asuntos se circunscriben en la fundamentación de expectativas de reconocimiento sobre un trato deseado por parte de las entrevistadas y en consonancia con una perspectiva de Derechos Humanos.

Las demandas de las mujeres trans y las estrategias para la apropiación de los referentes jurisprudenciales obedecen a los aprendizajes enmarcados en la lucha social de las comunidades LGBTIQ+ en Colombia; estos procesos responden a un proceso de aproximación a las dependencias institucionales y a las aperturas paulatinas que han venido teniendo lugar en el mundo contemporáneo (Spivak, 2003).

Colombia es un país que presenta avances legislativos considerables que favorecen la realización de un derecho a la salud para las mujeres trans, aceptar la posibilidad de que el cuerpo femenino pueda ser pensado como una construcción cultural supone ampliar el lenguaje con el que se entiende el pluralismo en la Colombia de los tiempos de la construcción de paz (Ramos-Jaraba et al., 2021).

Las mujeres entrevistadas en el *Proyecto TranSER* han padecido exclusiones familiares, sociales, educativas y laborales que tienen repercusión en la inclusión en el sistema de salud. La experiencia del rechazo las hace proclives a violencias y vulnerabilidades. Para muchas de estas mujeres la experiencia de la medicalización se convierte en un escenario para las estigmatizaciones, pero también un escenario para alcanzar inclusiones progresivas a escenarios en los que no se logra la inclusión.

Para las entrevistadas, el derecho a la salud es uno de los más relevantes y por eso se requiere más cualificación en el discurso para la comprensión de los procesos sociales inmersos en la experiencia de

intercambio y conflicto con el personal de salud. La reflexión desde las perspectivas de los feminismos y transfeminismos han servido para dotar de un lenguaje político-ciudadano las luchas sociales a favor de una ponderación de la perspectiva de las mujeres trans en el plano de la deliberación pública de los asuntos comunes en materia de diversidades de género (Butler, 2002).

Esta investigación concluye que uno de los desafíos pedagógicos resultantes consiste en proponer las mencionadas reflexiones en el ámbito de los servicios prestadores de salud. En el escenario mundial se ha venido avanzando en este tipo de comprensiones y por ello las universidades deben asumir un rol en la conexión que puedan establecer los colectivos LGBTIQ+ de la región con otras iniciativas que versen sobre la asimilación de los Derechos Humanos en materia de salud. Los intercambios entre grupos regionales, nacionales e internacionales pueden acelerar las experiencias de innovación social orientadas al reconocimiento de expectativas culturales, económicas y políticas de grupos negativamente diferenciados.

La revisión de los Derechos Humanos relativos a un derecho a la salud puede ayudar al desarraigo de las desigualdades armoniosas que tienen lugar en las lógicas y prácticas hegemónicas de la cultura patriarcal que tienen lugar en la praxis de la medicalización. De ahí que aumentar el conocimiento socio-antropológico de las experiencias de las mujeres trans en el departamento del Valle del Cauca puede ayudar a generar un punto de partida sustancial para la intervención médica y psicosocial de la comunidad referenciada en este estudio. En este ámbito conviene llevar a cabo procesos de divulgación pública en torno a las líneas jurisprudenciales que se usan para justificar acciones de tutela, las cuales se convierten en el mecanismo más efectivo para solicitar acceso al derecho a la salud.

En la investigación se ha hecho énfasis en el carácter oximorónico en el que las instituciones intentan abarcar la mayor cantidad de variabilidades de los procesos sociales, no se trata de cuestiones contradictorias, a lo que se ha aludido es a polaridades constitutivas que han tenido lugar en la configuración de una filosofía para la praxis médica y las psicologías orientadas al bienestar. En consecuencia, si bien la medicalización causa exclusiones, también produce inclusión; el Estado puede generar límites burocráticos, pero también ha hecho posible el lenguaje jurídico para hacer inteligible el derecho a la salud. Ir más allá de la crítica a la hegemonía y el Estado requiere pensar en

cómo construir sobre lo que ya existe, la cualificación del discurso sobre el acceso a la salud de las mujeres trans debe considerar no solo el reconocimiento, sino la participación en la discusión pública común dentro de las instituciones que se están esforzando por abrir espacios para la integración de las comunidades trans en escenarios de socialización como la familia, la educación y el trabajo, entre otros (Ornat et al., 2019).

En el Valle del Cauca estos procesos han tenido lugar y han ayudado a plantear alternativas que al dar visibilidad también ofrecen una vía para entender el lugar de los Derechos Humanos. A continuación, la investigación ofrece recomendaciones que pueden ser tenidas en cuenta para la optimización del diálogo entre los procesos de investigación y las necesidades de la Gobernación del Valle del Cauca.

Es preciso incentivar la alianza entre la universidad, el Estado y las comunidades trans en aras de la cualificación jurídica de los discursos reivindicatorios del sector LGBTIQ+ en el Valle del Cauca. Las nuevas investigaciones deben dar prelación a los enfoques transdisciplinarios en los que el diálogo entre el derecho, la psicología, el trabajo social y la medicina, entre otros, puedan ayudar a la discusión sobre los problemas socialmente relevantes relacionados con las poblaciones trans.

Es necesario empezar a caracterizar las experiencias de rechazo que devienen de la familia, la educación y las limitaciones de acceso al empleo formal. Hay que considerar que las mujeres trans indican en su relato que es el rechazo lo que se encuentra en la base de muchas situaciones de violencia y vulnerabilidad, abordar esa conjetura puede ayudar a mejorar la comprensión que se tiene de estas comunidades en la región. Actualmente es importante estudiar las prácticas sociales en materia de salud que las comunidades trans han considerado para el afrontamiento de la pandemia por COVID19, este es un tema muy reciente y también urgente.

A juicio de los investigadores, la política pública nacional LGBTIQ+ no está siendo implementada a plenitud en parte porque es en el plano de la operacionalización donde se encuentran límites que podrían ser afrontados si se cuenta con investigaciones previas en el sentido de lo expuesto. En ese sentido, las alianzas entre universidades, Estado y comunidades podrían ser relevantes para afrontar las

dificultades que supone la implementación. La investigación de la que procede este capítulo intenta aportar en esta senda.

Aunque existen avances legislativos para el reconocimiento de derechos de las mujeres trans, los casos emblemáticos en su mayoría se han dado por acciones particulares en sentencias de la Corte Constitucional, de allí surge la necesidad de seguir incidiendo para la formulación de una legislación en derecho clara, objetiva y con enfoques diferenciales que permita el reconocimiento de derechos en salud de manera expedita. También en la formación jurídica que les permita a las mujeres trans conocer los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud.

Finalmente, es importante generar estrategias de divulgación pública del conocimiento que favorezcan la formulación política en torno a la experiencia de las diversidades de género en la región. Se requiere visibilizar lo que los municipios están haciendo en favor de las comunidades y su conexión con otras experiencias que están afrontando desafíos similares.

## Referencias

- Acuerdo 0461. (2019). Concejo de Santiago de Cali. <https://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/148606/politica-publica-calidiversidad/>
- Ahumada, C. (2020). La implementación del Acuerdo de paz en Colombia: entre la “paz territorial” y la disputa por el territorio. *Problemas del desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 51(200), 25-47. <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2020.200.69502>
- Beltrán, A. M. (2004). El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional: ¿un problema de la definición de las políticas públicas o en la interpretación de un sistema de aseguramiento? En *Tutela Acciones Populares y de Cumplimiento*. Legis Editores.
- Bloom, H. (2002). *Shakespeare, la invención de lo humano*. Anagrama. [https://www.tdterror.com/uploads/1/6/1/7/16174818/bloom\\_harold\\_-\\_shakespeare\\_-\\_la\\_invinci%C2%A2n\\_de\\_lo\\_humano.pdf](https://www.tdterror.com/uploads/1/6/1/7/16174818/bloom_harold_-_shakespeare_-_la_invinci%C2%A2n_de_lo_humano.pdf)
- Butler, J. (2002). El género en llamas: cuestiones de apropiación y subversión. En *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. <https://reddesalud.org/apc-aa-files/1342d291dfe7a4d531a2a778bc9da8e/butler-judith-cuerpos-que-importan.pdf>
- Butler, J. (2005). *Lenguaje, poder e identidad*. Editorial Síntesis. <https://>

- www.ses.unam.mx/docencia/2018I/Butler2004\_LenguajePoderEIndentidad.pdf
- Castelar, A. F. y Quintero Aguirre, F. (2012). Performatividad y lenguaje de odio: expresiones de la homosexualidad masculina en la ciudad de Cali. *Revista CS*, (10), 1-33. <https://doi.org/10.18046/recs.i10.1359>
- Cavia, B. (2019). La gestión de lo patológico: Itinerarios de la transexualidad. *Estudios atacameños*, (62), 223-245. [https://www.scielo.cl/pdf/eatacam/n62/0718-1043-eatacam-\\_2019\\_0008.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/eatacam/n62/0718-1043-eatacam-_2019_0008.pdf)
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2015). *Aniquilar la diferencia. Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano*. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/aniquilar-la-diferencia/aniquilar-la-diferencia.pdf>
- Foucault, M. (1978). *Incorporación del hospital en la tecnología Moderna*. Educ Med Salud.
- Foucault, M. (2014). *Obrar mal, decir la verdad. La función de la confesión de la justicia*. Siglo Veintiuno Editores.
- García-Balaguera, C. (2018). La salud como derecho en el postconflicto. *Revista de Salud Pública*, 20(6), 771-777. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n6/0124-0064-rsap-20-06-771.pdf>
- Gobernación del Valle del Cauca. (2011, 28 diciembre). Ordenanza 339. Por medio de la cual se establecen los lineamientos de la política para la garantía y la exigibilidad de derechos de las personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgeneristas e Intersexuales en el Valle del Cauca y se dictan otras disposiciones. <https://cutt.ly/6YD4W3m>
- Granados Cosme, J. A., Hernández Ramírez, P. y Olvera Muñoz, O. A. (2017). Performatividad del género, medicalización y salud en las mujeres transexuales en Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 13(4), 633-646. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n4/633-646/es>
- Hoyos-Hernández, P. A. y Orbegozo-Valderrama, J. (2020). Necesidades en la atención en salud desde la perspectiva de las mujeres trans. En C. Tobar y M. T. Varela. (Eds.), *Ciclos de vida y vulnerabilidad social en el Valle del Cauca*. Cali. Sello Editorial Javeriano.
- La Valle, R. (2014). Sobre medicalización. Orígenes, Causas y Consecuencias. Parte 1. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 34(2), 67-72. [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/17666\\_67-72-Lavalle%20](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/17666_67-72-Lavalle%20)

Part%201.pdf

- Latasa Zamalloa, P., Velasco Muñoz, C., Inieta Mármol, C., de Beltrán Gutiérrez, P., Curto Ramos, J. y Gil-Borrelli, C. C. (2019). Aproximación a las causas de ingreso de las personas trans a través del conjunto mínimo básico de datos en España durante el periodo 2001 a 2013. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-13. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201905031.pdf>
- Ley 1751 de 2005. Ministerio de Salud (2005). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- López, J. A. (2018). Movilización y contramovilización frente a los derechos LGBTI. Respuestas conservadoras al reconocimiento de los derechos humanos. *Estudios sociológicos del Colegio de México*, 36(106), 161-187. <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n106.1576>
- Mecanismo Coordinación País y Proyecto VIH Fondo Mundial. (2016). *Resultados del estudio vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia - 2016*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-vulnerabilidad-mujeres-trasns.pdf>
- Ministerio del Interior. (2018, 7 de mayo). Decreto 762. Mediante el cual se adopta una política pública con el objetivo de respetar, promover, garantizar y restituir los derechos de los sectores sociales LGTBI en el país. <https://cutt.ly/iYD7gMv>
- Monteiro, S. & Brigeiro, M. (2019). Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: progress, limits, and tensions. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>
- Ornat, M. J., Silva, J. M. & Chimin Junior, A. (2019). Pràctiques espacials de supervivència realitzades per «travestis» i dones trans llatinoamericanes a la ciutat de Barcelona. *Documents d' anàlisi Geogràfica*, 65(3), 493-515.
- Pereira, M. F. (2018). La voluntad de existir: Historias de Violencia en una colectividad de mujeres trans. *Ex aequo*, (38), 67-82. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.05>
- Quintero Jurado, J. M. y Marín Cortés, A. F. (2018). Proceso de paz y post-acuerdo en Colombia: expresiones de confianza en Twitter. *El Ágora USB. Revista de Ciencias Sociales*, 18(2), 348-361. <http://dx.doi.org/10.21500/16578031.3229>
- Ramos-Jaraba, S., Berbesi-Fernandez, D. Y., Bedoya-Mejía, S., Molina-Estrada, A. P., Martínez-Rocha, A. y Segura-Cardona, Á. M. (2021).

- Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 232-239. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6043>
- Resolución 6408 del 2016. (2016, 26 de diciembre). Ministerio de Salud y Protección Social. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf)
- Secretaría Distrital de Planeación. (2018). *Estudio sobre la identificación de barreras de acceso a la salud de hombres transgénero en el marco de la Política Pública LGBTI. Alcaldía Mayor de Bogotá*. [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/estudio\\_sobre\\_la\\_identificacion\\_de\\_barreras\\_de\\_acceso\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_hombres\\_transgenero\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_la\\_politica\\_publica\\_lgbti\\_0.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/estudio_sobre_la_identificacion_de_barreras_de_acceso_a_la_salud_de_hombres_transgenero_en_el_marco_de_la_politica_publica_lgbti_0.pdf)
- Sentencia T-522/2013. (2013, 22 de agosto). Corte Constitucional (María Victoria Calle Correa, MP). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-552-13.htm>
- Sentencia T-622/2014. (2014, 28 de agosto). Corte Constitucional (Jorge Ignacio Pretelt Chaljub). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-622-14.htm>
- Sentencia T-692/1999. (1999, 16 de septiembre). Corte Constitucional (Carlos Gaviria Díaz, MP). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/t-692-99.htm>
- Sentencia T-771/2013. (2013, 7 de noviembre). Corte Constitucional (María Victoria Calle Correa, M.P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-771-13.htm>
- Sentencia T-918/2012. (2012, 8 de noviembre). Corte Constitucional (Jorge Iván Palacio, MP). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-918-12.htm>
- Soley-Beltrán, P. (2014). Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, (30), 21-39. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n30/original2.pdf>
- Spivak, G. C. (2003). ¿Puede hablar el subalterno? *Revista Colombiana de Antropología*, 39, 297-364. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-65252003000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252003000100010)
- Zabalgaitia Herrera, M. (2021). Intersecciones de género y otras pedagogías en tiempos de COVID-19. *Perfiles educativos*, 42(170), 22-31. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982020000400017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982020000400017&lng=es&tlng=es)
- Zaragoza-Martí, M., Juliá-Sanchi, R. y García-Sanjuán, S. (2020). El

Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídica: especial atención a la salud mental. *Revista de bioética y derecho*, (49), 25-40. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n49/1886-5887-bioetica-49-00025.pdf>

Zucchi, E. M., dos Santos Barros, C. R., Redoschi, B. R. L., de Deus, L. F. A. & de Sousa Mascena Veras, M. A. (2019). Psychological well-being among transvestites and trans women in the state of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 35(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00064618>



## Capítulo 16.

# Recomendaciones para la acción

Trabajar de manera colaborativa y transdisciplinar durante estos años nos ha permitido muchos aprendizajes y confrontaciones, que, desde una mirada integral y relacional invitan a superar la mirada que tradicionalmente ha acompañado la comunidad de mujeres trans, centrada en el déficit, para reconocer los avances y las transformaciones de una población que ha luchado por años para ser legitimada y protegida como sujetas de derechos y seres en permanente construcción.

En este apartado se presentan algunas reflexiones conceptuales y recomendaciones que se consideran pertinentes para fortalecer las acciones en el contexto de las mujeres trans, con miras a contribuir a la mejora de sus condiciones de vida, su bienestar y renovar el compromiso de generar espacios donde la convivencia compasiva sea posible. Consideramos que muchos de los aspectos que describimos en este Libro pueden ser pertinentes para otras mujeres que se identifiquen con las historias de vida de las participantes, no obstante, siempre debemos reconocer la idiosincrasia de los procesos y la unicidad que nos caracteriza como seres humanos. Debemos estar cautelosos para no caer en generalizaciones, esencialismos y concepciones nomotéticas.

A nivel conceptual resaltamos que parte de las reflexiones que nos acompañaron en el proceso y que fuimos construyendo en el tiempo son: el género no es constante en el tiempo, no hay una sola forma de ser trans y no todas las personas desean hacer la transición a un género particular o realizar una reafirmación de este a través de cirugía y no siempre las personas se identifican con los estereotipos asociados al género de manera binaria y hegemónica.

Esta temática requiere abordajes pluridimensionales y complejos; que exigen el reconocimiento de la interseccionalidad y las inequidades sociales, así como de aproximaciones transdisciplinares y

en diálogo de saberes sobre los géneros no hegemónicos y superando las brechas biologicistas, binarias, hegemónicas.

En cuanto a las recomendaciones u orientaciones lo relataremos, en las siguientes áreas: conceptos y creencias, familia, pareja, contexto sociocultural, contexto en salud, políticas, aspectos a considerar.

## Conceptos y Creencias

La definición de sexualidad requiere ser trabajada, con las mujeres trans, más allá del sexo y las relaciones sexuales, aunque lo incluye, también se relaciona con la identidad, los roles de género, la corporeidad y las formas de expresión del erotismo, clarificando que, el sexo como acto sexual está más relacionado con el encuentro que busca el placer en las personas, por lo que va más allá del acto de penetración o prácticas genitalizadas.

Se hace necesario ampliar la mirada sobre los significados construidos sobre las identidades trans en las mismas mujeres para que sea posible tener en cuenta su gama de expresiones, la unicidad de los procesos y formas de habitar el género. Esto puede ayudar a minimizar los estereotipos y contribuir a la disminución de la discriminación, promoviendo la aceptación y valoración de sí mismas como mujeres trans sujetas de derechos.

Por su parte, en el tema de conceptos se debe avanzar en un trabajo con las mujeres trans, donde pueda dar claridad a los términos, género, orientación e identidad sexual, en el que se pueda reflexionar sobre la idea de que ser mujeres trans no implica una orientación sexual específica, como la heterosexual; además, que el ser “trans” no sea entendido como una orientación sexual. Sería importante poder expandir el lenguaje desde las categorías usadas frecuentemente, incluso el poder salir de ellas como limitantes, rígidas y reduccionistas, dado que esto a veces genera bastante exclusión al interior de la misma comunidad, al esperar que, por ser trans debes tener una expresión de género femenina y una atracción erótica, afectiva y romántica solo por hombres heterosexuales.

Es preciso reconocer que esos imaginarios construidos socialmente corresponden a los mismos encasillamientos de la sociedad, la cual ha resituado las identidades a partir de los miedos a la diversidad y por desinformación ante imaginarios validados hegemónicamente

como “normales”, de la “mayoría” o lo ideológicamente considerado como “saludable”.

Las mujeres participantes permiten comprender la importancia de incorporar una mirada que resalte la resiliencia, la capacidad de agencia y gestión de sí mismas en cada una de las mujeres trans. Esto permite alejarse de una mirada que las ha estereotipado como personas violentas, consumidoras de sustancias psicoactivas o con trastornos mentales. Se resalta con el Proyecto que muchas de las historias de las mujeres trans fomentan una mirada constructiva que visualice a las mujeres trans con todos los recursos que pueden dar y a ello se une el que puedan ser agentes multiplicadoras para otras mujeres que estén en proceso de tránsitos de género.

## Familia

Las familias en Colombia deben seguirse comprometiendo con un proceso formativo, reflexivo y crítico, que les permita integrar la diversidad humana como un elemento esencial en la crianza de los niños, niñas y adolescentes. Esto puede aportar a la construcción de espacios seguros para el crecimiento y desarrollo, así como respetuosos de todas las condiciones y elecciones humanas en los otros escenarios de interacción social. Como es planteado en el 2018 en la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, la familia es un sistema corresponsable de los derechos de sus integrantes, debe aportar al desarrollo de los proyectos de vida de sus integrantes, al desarrollo social y comunitario y ser agente de transformación y desarrollo.

Las familias estamos llamadas a gestar espacios de escucha, reconocimiento y capacitación para que puedan transitar de un modelo con frecuencia discriminatorio a uno afirmativo y legitimador. Esto puede generar que hijas-os de la comunidad trans puedan permanecer en sus hogares, continuar con sus espacios y estar permeadas de amor. Las historias de vida de las mujeres en tránsitos de género nos han mostrado la alta frecuencia de abandono, exclusión, negligencia y sufrimiento. Las primeras acciones discriminatorias y violentas, las reciben las mujeres trans de su familia, producto de los miedos, desconocimientos y pocas habilidades para adaptarse y deconstruir los imaginarios cisgénero normativos dominantes en nuestra sociedad, así

como todo lo que implica los tránsitos identitarios en algún integrante de la familia.

Si bien consideramos que es válido, esperable e incluso deseable, que las familias se enfrenten al miedo y a la incertidumbre, le apostamos a emprender un cambio que aporte a las necesidades que hemos identificado en este Libro y que requieren de acciones reales y concretas. Por tanto, creemos que las familias no deben hacer esos saltos de manera aislada, sino que requieren de participar de programas de acompañamiento orientados a contener psicológicamente, a construir prácticas afirmativas al interior de sus hogares, a validar sus temores e informarse con evidencia científica disponible local, ajustada culturalmente y en permanente desarrollo y actualización.

En los procesos de tránsito de las personas trans, el apoyo social que ofrece la familia sigue siendo determinante y en ese sentido se deben trabajar las dinámicas relacionales que permitan integrar, respetar, dialogar acerca de las movilizaciones que demanda una sociedad más incluyente. La familia de las mujeres trans tiene protagonismo y es determinante en el rumbo que toma la vida de hijos e hijas. La presencia y el acompañamiento de miembros de la familia en los procesos de tránsito amortiguan el estigma, la discriminación y las violencias que enfrentan en su día a día. El estudio evidenció la ausencia de apoyo psicosocial para las familias de las mujeres trans como un factor de riesgo alto en la salud y su bienestar, con efectos, particularmente significativos en la mental.

Es de resaltar que muchas madres de las mujeres trans participantes lograron posicionar el amor por encima de discriminación y en tal sentido los padres de familia requieren ser asesorados y escuchados para revisar, cuestionar, reconsiderar una estructura patriarcal que continua presente en las consideraciones de la relación con los hijos e hijas.

Se debe continuar trabajando en esta línea, para que más familias logren procesos de movilización y actualización y, como en algunos casos de las participantes, logren celebrar la existencia, los aprendizajes y los logros con sus hijas-os-es trans. En estos casos, la familia se convierte y consolida en un factor protector en la salud mental de las mujeres trans, así como de la salud física y social, de la

permanencia en procesos de educación y formación, y en general, mejores condiciones de vida y bienestar.

## Pareja

La construcción de la pareja desde las mujeres trans y desde el rol que esta ocupa en la sociedad es una dimensión de la vida que se relaciona con el bienestar, la salud y la posibilidad de expresar, vivir y habitar el amor, la vivencia de la sexualidad y las diversas dinámicas del género. Por tanto, se requiere de profundizar y expandir sus abordajes en las comunidades de mujeres trans.

Los programas de educación en sexualidad requieren módulos que integren la posibilidad de ser pareja con quien se asume como trans en el reconocimiento de quien también quiere vincularse desde el afecto, la compañía y la presencia y no solo desde maneras cosificadas de las mujeres trans.

Las mujeres trans refieren relaciones estables que se terminan por el miedo de sus parejas al señalamiento social. Se requieren acciones en donde se externalicen los temores que las personas experimentan alrededor de considerar ser pareja con una persona trans y donde se reivindiquen encuentros propositivos con parejas que deciden romper estereotipos y vincularse desde la persona como totalidad.

En esta medida, la sociedad debe favorecer espacios laborales a la población trans que le permita continuar rompiendo con el estereotipo de la trabajadora sexual para que puedan encontrar un apoyo verdadero y no la instrumentalización de sus cuerpos incluso por su propia pareja, es decir, más allá de un encuentro satisfactorio a nivel sexual también se requieren espacios que reivindiquen la inclusión y el reconocimiento de posibilidades en una sociedad que pueda valorar el cuidado y el respeto como condición para ser pareja.

En la medida en que las mujeres trans fortalezcan su percepción de ser personas dignas y valiosas podrían plantearse parejas equitativas y de respeto, donde para tener una relación no tengan que ser las únicas proveedoras o aceptar la infidelidad de sus parejas. Por tanto, es importante continuar abordando las prácticas sexuales de riesgo y fortalecer las prácticas saludables en la sexualidad en la pareja de

la mujer trans, ya que se visibilizó que al momento de tener pareja estable tienden a disminuir las conductas de autocuidado.

## Contexto Sociocultural

Nuestra sociedad requiere seguir analizando las experiencias de otros países acerca del disfrute de las identidades y expresiones de género no hegemónicas, desde su participación ciudadana, social y en los diferentes espacios en los que se da la vida. De esta manera, es necesario el desarrollo de acciones en los diferentes sistemas humanos, generando engranaje entre ellos, sus agentes e instituciones, que permita la vivencia afirmativa del género.

De manera particular, es importante fortalecer la cohesión, el trabajo en equipo y la construcción de oportunidades de manera colectiva entre las mujeres trans. La presencia de la endodiscriminación como un factor que obstaculiza el avance de la comunidad es un asunto que estuvo presente a lo largo de la investigación e interfiere en muchos contextos para el disfrute de la vida y la posibilidad de construir el camino de manera intersubjetiva y según las voluntades de cada persona.

Asimismo, la educación en derechos debe motivar a las mujeres trans a denunciar la intimidación, la exclusión y la violencia, ante las autoridades. El silencio de las mujeres trans perpetúa estas acciones; se refuerza el miedo y las conductas evitativas, lo cual permite que se genere la impunidad. La importancia de levantar la voz y divulgar las experiencias en torno a la reivindicación de espacios es que se ha logrado visibilizar con mayor fuerza, reconociendo los logros, habilidades y capacidades con las que cuentan las mujeres trans.

Además, la población trans necesita espacios de encuentro, talleres, recreación, capacitación en donde puedan habitar los lugares con tranquilidad, seguridad y aceptación. Se evidenció una alta necesidad de ser escuchadas, pero sobre todo de percibir el interés genuino, el apoyo continuo y resolutivo ante las diversas necesidades que atraviesan, motivando a que los proyectos con mujeres trans trasciendan en sus objetivos.

Es importante, reconocer la relevancia que tiene la transfobia en la sociedad; a veces poco evidente y visible. En contextos como la educación, el trabajo y la salud tiende a normalizarse y desconocer el impacto y sufrimiento que deben enfrentar las mujeres trans. Es

urgente acciones concretas, desde diversos sectores de la sociedad donde se establezcan no solo políticas claras, sino que promuevan una mayor sensibilización y aceptación de la diversidad de géneros, dado que la sociedad continúa ejerciendo violencia física y psicológica sobre la población trans. Las acciones deben enfocarse hacia procesos educativos en donde se evidencie entre otros aspectos las múltiples microviolencias que se ejercen en la vida cotidiana y que luego se expresan en acciones directas de agresión.

## Contexto de Salud

En el contexto de la salud se debe privilegiar la gestión disidente y subversiva en torno a la defensa del derecho a la salud, como un derecho fundamental que posibilita el bienestar de las mujeres trans. Las limitaciones para acceder a los servicios de salud, la poca claridad en las rutas de atención, la carencia de personal especializado en salud trans, son aspectos que requieren acciones urgentes. Como objetivo central, reducir las inequidades en salud en la población trans, acorde a los planteamientos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de mejores condiciones para todas y todos.

A su vez, se invita a continuar fortaleciendo la integralidad en los servicios de salud. Más allá de los aspectos biologicistas que se privilegian en los procesos de atención, reconocer la relevancia que tiene la individualidad de necesidades de cada mujer trans; y los aspectos psicológicos, sociales y espirituales que están involucrados en los procesos de tránsitos y abandonar la mirada patológica que ha marcado durante muchos años los procesos médicos y psicológicos de las mujeres trans.

En la formación académica de profesionales de la salud se debe incorporar además de los elementos conceptuales relacionados con identidad de género y orientaciones sexuales, aspectos que aproximan y sensibilicen sobre las necesidades específicas de las mujeres trans. Adicionalmente, tener en cuenta la necesidad de educación y sensibilización de todo el personal de salud (vigilantes, secretarías, personal administrativo). Muchas veces en la puerta de ingreso a la institución de salud, las mujeres trans reciben las primeras agresiones. Por tanto, los profesionales de la salud necesitan continuar comprometiéndose con una atención humanizada, que reconoce la diversidad y pone en diálogo nuevas posibilidades. Es necesario crear

espacios formativos y reflexivos sobre experiencias, aprendizajes y procesos que permitan ofrecer dicha atención, donde los profesionales de la salud se sensibilicen frente a las necesidades de la población trans y puedan practicar el reconocimiento del otro desde su individualidad y una atención que cubra las verdaderas necesidades de quien consulta.

Además, se deben actualizar y crear protocolos, formatos y rutas de atención en donde se reconozcan las individualidades, el ejercicio de derechos, el respeto por las identidades sexuales y de géneros. Se considera un paso importante el diseño de Guías de práctica Clínica basadas en la evidencia en nuestro país de manera específica para comunidades trans.

El presente estudio confirmó la postura de las mujeres trans frente a la atención en salud, relacionada con conductas evitativas y de distancia de los servicios de salud; como una forma de no verse expuestas a discriminación y violencia. La automedicación que pone en riesgo la vida de las mujeres trans se reduciría si los servicios de salud ofrecen acogida y comprensión de sus necesidades. Esto requiere acciones orientadas a educar y sensibilizar al personal de salud y ofrecer modelos de atención afirmativos.

En esta línea, se recomienda dentro del sistema de salud, revisar aspectos estructurales dentro de las entidades, pues aún desde este frente se evidencia la discriminación como lo es en salas de hospitalización, donde muchas mujeres trans reportaron ser ingresadas en salas para hombres, pese a su identificación como mujeres trans.

En esta línea del autocuidado, es importante fomentar la actividad física, la construcción de hábitos desde una motivación que vaya acorde a un propósito de identidad tiene mayor probabilidad de prevalecer en el tiempo y por ende lograr un beneficio sostenido en el tiempo con un impacto a largo plazo en su salud, como estrategia de adherencia y continuidad de la realización de esta. Ojalá asociado a acciones donde se implemente la Ley 1355 de 2009 a nivel nacional a favor de la promoción de la actividad física como parte del proceso de acompañamiento de los programas para la población de mujeres trans.

## **Políticas**

En cuanto a las políticas públicas, es necesario continuar fortaleciendo las políticas públicas para que se garantice la salud integral de la población trans, además que las instancias gubernamentales y



educativas den espacios reales a la participación de la población en actividades laborales bien remuneradas, en procesos de formación y profesionalización que permitan disminuir la brecha de oportunidades de manera real. Para esto es importante, crear espacios para destacar las prácticas públicas y no solo sus políticas y así favorecer espacios formativos en donde se reconozcan las diferencias como un recurso para una sociedad verdaderamente incluyente y diversa.

## Aspectos para considerar

Con relación al trabajo con la población trans, esta experiencia del *Proyecto TranSER* fue de gran riqueza y desafíos. Dentro de los desafíos se encuentran la poca fe que tienen las mujeres en procesos de investigación, la sensación de sentirse utilizadas, usadas y manipuladas para fines políticos, económicos o investigativos que perciben no trascienden a sus necesidades.

Desde *TranSER* un aspecto que permitió construir confianza y comunidad fue la vinculación de ellas en todos los procesos, la flexibilidad de la propuesta según las necesidades detectadas al inicio y de manera emergente a lo largo de los tres años, así como el rol activo de las lideresas de cada ciudad, quienes, a partir de la convocatoria, confianza, compromiso y gestión, motivaron e hicieron posible el proceso.

En este aspecto es central que los proyectos de IAP cuenten con un presupuesto flexible y justo según los roles y experticia de saberes locales y populares. De esta manera, la gestión de las lideresas debe implicar un reconocimiento económico idóneo, tanto como se hace el del profesional. Para *TranSER* las lideresas fueron motores fundamentales para la unión y la motivación de procesos grupales, así como para el mantenimiento y sustentabilidad de los alcances. En este sentido, la importancia de los espacios grupales también está medida por las características del espacio, la ubicación y los días de encuentro.

Desde este Proyecto fue fundamental contar con espacios centrales a los lugares de residencia y de trabajo de las mujeres, lo cual permitiera el acceso fácil al sitio y su permanencia, además de instalaciones aptas para la concentración y el disfrute de ese lugar como aquello diferente a lo usualmente hacen en su cotidianidad. Los días preferidos para las actividades fueron los martes y miércoles dado que para ellas estos eran los de menor trabajo y les permitía ajustarse

de manera mas flexibilidad para poder disfrutar de lo propuesto. Por otro lado, es central contar con apoyo económico para los días que son de encuentro y la posibilidad de tener para el sustento diario como la comida y el alojamiento.

Las condiciones de vulnerabilidad en la que viven generan que de manera urgente se deban trabajar otros temas más allá de la sexualidad y que por compromiso ético, social y humano no podemos dejar pasar y ello nos ha exigido como equipo fortalecer las alianzas al interior de la Universidad Javeriana y con otros sectores para dar soporte a ello. Parte de ellos son las dos convocatorias, una interna en la Javeriana y otra externa de MinCiencias para lograr integrar esas necesidades y peticiones de las poblaciones.

En el Proyecto de fue gran importancia la posibilidad de entregar preservativos para las participantes en cada uno de los encuentros, pues muchas no cuentan con recursos económicos o su entidad de salud no les provee este recurso.

En cuanto al proyecto de vida de las mujeres trans, una labor desde todos los entornos es prevenir el suicidio o su intento de forma integral. Para ello, se hace necesario que las mujeres trans estén cobijadas por políticas públicas integrales trabajo-educación- salud-familias que las benefician, mitigando de esta forma, un factor de riesgo menos para los trastornos mentales.

Desde el entorno educativo, se recomienda no solo la formación al profesorado y sus directivos, respecto al manejo de la población con diversidad sexual y de géneros, como mecanismo para la inclusión educativa a esta comunidad vulnerada, que en muchas ocasiones por estar en proceso de tránsito de género, se ven sometidas a diversas formas de discriminación, y por lo tanto, son expulsadas de sus instituciones educativas; si no también, urge que la educación básica (primordialmente), sea un vehículo para la orientación y acompañamiento a las familias, a través de las escuelas de padres y/o otros mecanismos usados para el acercamiento a las familias, en estos entornos.

Sobre los espacios de formación profesional, en el *Proyecto TranSER*, varias de las mujeres han accedido a la educación superior y actualmente están cursando carreras profesionales. Si bien no ha sido fácil, han tenido que sortear múltiples barreras, abuso y discriminación, pero desde su autogestión y apoyo familiar y comunitario han logrado sortear con dichas situaciones. El trabajo apunta a llamar la atención

de los centros de educación superior del país, para incorporar políticas respetuosas y amigables con la diversidad de género.

Desde el entorno laboral se recomienda, la formación a todos los niveles de la organización sobre el tema, aunado con establecimiento de políticas empresariales de inclusión y cero tolerancias a la discriminación a causa del género. También, es importante el apoyo de las organizaciones, en las oportunidades para la generación y oportunidad de empleo en esta población, rompiendo con los estigmas que se les han asociado.

En general para la población de mujeres trans, también se requiere fortalecer sus habilidades sociales, enfocadas en la comunicación asertiva y el manejo de emociones, que contribuya a eliminar los estigmas sociales y mitigar la violencia entre y hacia ellas, que en muchas ocasiones es generada por la forma en que establecen relaciones. Así como también, es prioritario formar y fomentar el liderazgo en esta población, que les permita autogestionarse como seres sociales, pero también, emprender proyectos individuales y/o colectivas que impacten positivamente en la defensa de sus derechos, así como en su proyecto de vida económico, educativo, familiar y laboral.

En esta línea, el empoderamiento y el liderazgo de las mujeres trans debe ser un objetivo central que se fortalezca día a día, en algunas regiones del país se evidencian iniciativas y acciones que favorecen sus posicionamientos y voces en escenarios que hasta hace algunos años estaban vedados para ellas. Un aspecto por fortalecer sería la formación en liderazgo con acciones que pueden ser desarrolladas desde las mesas de trabajo regionales. Además de aumentar la presencia de mujeres trans en las mesas de trabajo que desde las gobernaciones y alcaldías tienen el objetivo de diseñar políticas y gestionar acciones concretas en la comunidad LGBTIQ+. En los últimos años ha sido determinante esta visibilización para acceder a espacios de interacción con diversos estamentos del gobierno, entidades no gubernamentales y centros de educación superior.

Por su parte, desde la academia, es necesario formar a los profesionales de diferentes disciplinas, en políticas de género, promoviendo el respeto a los derechos humanos de las personas, para así comprender que se puede brindar oportunidades a esta población vulnerable, lejos de los contextos de la discriminación. A nivel organizacional también urge trabajar sobre políticas de

inclusión de género, en donde no solo como políticas contractuales, sino también aquellas enfocadas a la prevención del acoso laboral, se pueda contribuir al cumplimiento de la Política de Trabajo Decente de la OIT, a través de la mejora de la calidad de vida de estas mujeres.

Desde los entornos académicos, gubernamentales, comunitarios y de salud, es importante el acompañamiento permanente a las mujeres trans en la ejecución de actividades o intervenciones que promuevan su formación en aspectos relacionados con sus derechos, políticas de trabajo decente, nuevas formas de trabajo, liderazgo, emprendimiento, asertividad y proyecto de vida, con el fin de lograr un fortalecimiento social e incentivar a estas mujeres para la adquisición y desarrollo de competencias y/o habilidades que les permitan el empoderamiento de sus derechos y en este sentido, tener bienestar. Esto requiere tanto trabajos multidisciplinarios e interinstitucionales, como alianzas con proyectos y organizaciones, que permitan ampliar las redes de apoyo y generen esfuerzos positivos en pro de las oportunidades que se brindan a esta comunidad; un ejemplo de ello podría ser la creación de alianzas con instituciones y/o programas de emprendimiento.

En este orden de ideas, se recomienda a la población trans la apropiación de temas relacionados con el autocuidado, autoconcepto, derechos y políticas de trabajo decente, la prevención de prácticas de riesgo, la promoción de la salud, entre otros, para lograr un bienestar integral y en este sentido, promover la participación política ciudadana con el fin de realizar una gestión efectiva, seguimiento y cumplimiento de las legislaciones, derechos, normas y tratados; a su vez, se recomienda la creación de programas de intervención enfocados en la comunidad trans para la promoción de la salud mental, considerando las experiencias de las mismas y las condiciones de trabajo que impactan en su calidad de vida y perpetúan la realización de prácticas de riesgo en el ejercicio de las actividades laborales. También se considera relevante, abordar temas relacionados con el autoconcepto, autoestima y proyecto de vida que pueden limitar a estas personas en la consecución de sus metas o propósitos laborales.

Desde la psicología, la medicina, la nutrición hay mucho por construir y aportar en los abordajes de los procesos de salud y enfermedad con los paradigmas de la complejidad. Desde el quehacer profesional, es importante, primero, robustecer las psicologías de manera crítica frente a ella misma, a los modos de vida, y a los modelos hegemónicos de construir conocimiento, ciencia y educación.

Urge fortalecer a las ciencias humanas y de la salud en una mirada humanizada y crítica, a nivel social, político e histórico.

En este sentido, la psicología, la medicina, la nutrición pueden nutrirse más de las perspectivas crítico-sociales y no bastaría con implementar abordajes mixtos o más hermenéuticos interpretativos, que de una u otra manera recaen en modelos simples y no precisamente histórico-sociales. Sería, además, importante desde la formación en estas disciplinas en nuestro país, que se integre cada vez más a los currículos de enseñanza para un análisis de las diferentes situaciones en salud desde los modelos sociales de la salud, tanto simples como complejos. Esto puede permitir que los profesionales integren en sus abordajes de los procesos biológicos, sociales, nutricionales, alimentarios, psicológicos y del comportamiento humano una perspectiva histórico y social, cuestionadores de la medicalización de la sociedad y sus efectos iatrogénicos y las dicotomías en el pensamiento clínico que nos lleva a patologizar la heterogeneidad humana.

Lo anterior, exige que se pueda contar con unas dinámicas favorecedoras de dichos procesos, que implican cambios en las dinámicas actuales de construir conocimiento científico en nuestro país, tanto por las políticas del Ministerio en cuestión como de las instituciones educativas en las que trabajamos usualmente los profesores. Seguramente, no bastaría, por ejemplo, con considerar amplios recursos económicos, mayores tiempos de trabajo para destinar a dichos procesos, dado que se hace necesario un rol protagónico de diferentes actores en pro del tema que se requiera desarrollar, de articulaciones entre sectores, de trabajo transdisciplinario, de procesos legitimadores y toda una estructura tecnológica, administrativa y social, comprometida y dispuesta.

En conclusión, podemos evidenciar que la vida cobra sentido en movimiento, en acciones concretas y las mujeres trans nos comparten sus logros y sus luchas en un tejido que no acaba y que requiere la participación de diversos sectores para que las propuestas se concreten en la cotidianidad y en las políticas públicas; y obtener mayores avances en reconocimiento, legitimización, disfrute y participación.

La participación de las mujeres trans permitió conocer también sus logros, recursos y estrategias de afrontamiento que se convirtieron en una resiliencia que trascendía todas las dificultades vividas. Se destaca en este proyecto que las mujeres trans no son solo situaciones

conflictivas, se pudo evidenciar mujeres sensibles, valientas y con una gran actitud para seguir superando los obstáculos del día a día.

Finalmente dejamos una imagen: La alegría de las mujeres trans cuando se encontraban en los talleres y en las diferentes propuestas de estos tres años: alegría por sus logros, por haber sobrevivido a las violencias y a los temas de salud, por estar vivas. Alegría por escuchar las historias de quienes avanzan en el movimiento y logran espacios. Alegría por lograr escucharse y ser escuchadas. Por reivindicar la vida que aun en las peores circunstancias no les robó la ilusión de ser ellas...  
UNAS MUJERES MARAVILLOSAS, VALIENTAS.



