

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y APOYO EN MUJERES TRANSGÉNERO RESIDENTES EN BOGOTÁ, DURANTE SUS PROCESOS DE TRÁNSITO DE GÉNERO*

Cómo citar este artículo:

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.

JENNY AMPARO LOZANO-BELTRÁN*

Recibido: 22 de octubre de 2017

Aprobado: 27 de marzo de 2018

RESUMEN: **Objetivos.** Conocer las principales prácticas de autocuidado y el apoyo recibido durante la transformación de algunas mujeres transgénero residentes en la ciudad de Bogotá D.C. **Metodología.** Se realizó una aproximación cualitativa a 5 mujeres transgénero y a 5 personas acompañantes del proceso, mediante entrevistas a profundidad, grabadas, transcritas y con información analizada en Excel por generación de variables a partir del discurso. **Resultados y Conclusiones.** Se encontraron prácticas de autocuidado en el discurso, adoptadas y creadas a partir de riesgos del proceso de transformación. Las mujeres refirieron ser víctimas de violencia por prejuicio de género al afirmar su identidad. El objetivo para tener la imagen deseada es superior al sometimiento de situaciones de riesgo, minimizado durante el tránsito de género hasta obtener la identidad deseada, alcanzando así un estado completo de bienestar. Son necesarios la garantía y el acceso a servicios de salud para la igualdad en los derechos de todas.

PALABRAS CLAVE: transexualidad, transgénero, transformación, cuidado, salud.

* El presente artículo se desprende de la tesis de maestría "Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero durante sus procesos de transformación", realizada en Bogotá y cuyo objetivo fue conocer las principales prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero que hubiesen realizado el proceso de transformación para la construcción identitaria, lo que permitió conocer la realidad del tránsito de género no solo desde la mirada de las sujetas sino también desde la vivencia contemplada por una persona externa, gracias a lo cual se identificaron prácticas de protección brindadas por la sociedad y la institucionalidad para optimizar el proceso de transformación.

** Magíster en Género. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

E-mail: jealozanobe@unal.edu.co.  orcid.org/0000-0003-2169-7815. [Google Scholar](#)

DOI: 10.17151/rlef.2018.10.1.6.

Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 10(1), enero-junio 2018, 99-119

ISSN 2145 - 6445 (Impreso)

ISSN 2215-8758 (En línea)



SELF-CARE PRACTICES AND SUPPORT FOR TRANSGENDER WOMEN LIVING IN BOGOTÁ, DURING THEIR GENDER TRANSITIONING PROCESS

ABSTRACT: Objective. To know the main self-care practices and the support received during the transitioning process of some transgender women living in the city of Bogotá D.C. Methodology. A qualitative approach was made to 5 transgender women and 5 people accompanying the process through recorded in-depth interviews which were transcribed and with information analyzed in Excel by generating variables from the discourse. Results and conclusions. Self-care practices were found in the discourse, adopted and created from the risks of the transformation process. Women reported being victims of violence because of gender bias when affirming their identity. The objective to have the desired image is superior to the submission of risk situations, minimized during the gender transitioning process until obtaining the desired identity, thus reaching a complete state of wellness. Guarantee and access to health services are necessary for equality in the rights of all.

KEY WORDS: transsexuality, transgender, transformation, care, health.

INTRODUCCIÓN

La transformación desde la creación de una corporeidad deseada se considera un proceso no estandarizado, al contrario, se constituye en un proceso dinámico y tenso en el cual todas las categorías que se generan a partir del mismo son discutidas tanto por las ciencias de la salud como por las ciencias sociales, además de las definiciones que las mismas personas dan a sus procesos.

Al plantear de manera inicial este estudio se utilizó el término mujeres transexuales, considerando aquellas que hubieran vivido el proceso de transformación de masculino a femenino, con cambios corporales y con o sin cirugía genital. En el transcurso de la investigación tal nombramiento no fue acogido por las entrevistadas que se nombraron a sí mismas como mujeres transgénero. Tal clasificación arbitraria y errada fue sugerida a partir de algunas teorías médicas y psiquiátricas patologizantes

que consideran los genitales como un obstáculo para la construcción de feminidad; a partir de las entrevistas realizadas, se argumentó por parte de las mujeres transgénero que no se transita desde el sexo sino desde el género, y que por tanto se pueden o no interesar en la reasignación genital, aspecto relevante y diferenciador de aquellas llamadas por ellas “mujeres biológicas”.

La construcción de la identidad como mujer, según las experiencias de las entrevistadas, está dada por el género desde la elección libre y personal y es generada a partir del sentir, de las vivencias, las construcciones realizadas de manera individual, y desde su propia autodefinición partiendo de la apariencia femenina mediante tránsitos identitarios como travestis, transexuales, trans políticas, trans de clóset, travestis *full time* o mujeres transgénero, solo por mencionar algunas de las categorías que circulan en el entorno activista de Bogotá. Algunas definiciones de género consideran que la construcción es dada socialmente, pero refuerzan la idea de un sexo biológico natural que entra en una fuerte discordancia con el sentir de las personas. Tales distinciones se sustentan en el sexo biológico asignado, creando desde allí una jerarquización del mismo cuyo resultado favorece a los varones heterosexuales, ya que comúnmente las identidades femeninas se crean y modifican a espejo de la construcción social masculina, sujeta a lo que los hombres esperan del ser mujer, lo que fomenta limitaciones e inequidad en el derecho a ser alguien y construirse para gozar de reconocimiento de su identidad (Mayobre, 2007). Es de resaltar que la identidad sexual no siempre es el resultado del sexo biológico al que se supone se pertenece (Facio y Fries, 2005). La relación entre sexo biológico asignado e identidad de género se da diferentes formas, pues si para algunas mujeres transgénero es fundamental ‘renunciar’ a los elementos de la masculinidad, en otras coexisten tanto elementos masculinos como femeninos en su experiencia.

El cuerpo es convertido entonces en un instrumento de control político, sexuado desde el nacimiento, moldeable e influenciado de manera cotidiana mediante la apropiación y la adaptación a las diferentes normas androcéntricas sociales que estipulan lo que se espera de la representación del género, especialmente cuando la construcción se realiza en un cuerpo femenino (Butler, 2002). La predeterminación de los cuerpos de las mujeres representa el dominio sobre lo que enunciábamos anteriormente como *el ser y el deber ser femenino*, realizando la construcción de sí desde el género, partiendo desde la percepción diferenciadora entre hombres y mujeres, basándose en estereotipos femeninos de sumisión, belleza curvilínea y obediencia que corresponderán a una posterior mirada del cuerpo para la aceptación social (Lagarde y de los Ríos, 2000).

Castellanos (1995), realizó un acercamiento sobre el ser mujer, como el resultado de la experiencia histórica que induce de manera consciente o inconsciente a adquirir actitudes, conductas y características ‘femeninas’ según las exigencias de la cultura a la que se pertenezca, autoafirmándose como apuesta política como mujeres

diversas con especificidades de clase, etnia y raza (Castellanos, 1995). Por tanto, 'mujer' es considerado como un lugar social, un 'sentir propio' desde la identidad y la construcción corporal.

En contraparte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Norteamericana de Siquiatría (DSM-V) en su versión del 2013, clasifica a las mujeres transgénero de manera abrupta, pues según el escrito tienen una enfermedad mental definida como "disforia de género" o "trastornos de la identidad sexual". Tal dictamen en el sistema de salud es necesario para el acceso a los servicios por parte de las mujeres transgénero, situación que ya marca un inicio particular con el sistema de salud, constituyéndose en la principal barrera para adaptar el autocuidado. Es de resaltar que el uso de la categoría transgénero en el texto no está pautado unidireccionalmente por este marco biomédico y siquiátrico, aunque lo tenga en cuenta según las circunstancias y que de igual manera no se ahonda en identidades trans, ya que el objetivo del estudio se basa en el reconocimiento del autocuidado y las adaptaciones del mismo durante los procesos de tránsito de género.

De otro lado, existen varias categorías en las investigaciones encontradas que dan cuenta del proceso realizado por las mujeres como tránsito de género, transformación o proceso de feminización. En esta investigación se usan según los casos, dado que en todo caso ellas aluden a un proceso de cambio de intervención corporal que genera tensiones, debates y conflictos a partir del mismo; por tanto, el proceso no se podría definir a partir de una categoría específica. He de aclarar que el término tránsito es utilizado en otros sentidos, por ejemplo, para referirme a la movilidad en la ciudad, pero siempre en relación estrecha con la experiencia de movilidad en el género.

Desde la salud pública se considerarían como prácticas de autocuidado el manejo de estrés durante el tránsito, equilibrio entre la soledad y la comunicación social, resolución de conflictos, actividad física, control y uso de medicamentos, funcionamiento del bienestar humano, prevención de situaciones que pongan en peligro la vida, adaptación a los cambios y procesos de morbilidad desprendidos del proceso. Es necesario resaltar que el abordaje de las prácticas de cuidado no se realizó desde la salud pública, por el contrario, se describieron desde la experiencia de las mujeres entrevistadas, ya que el objetivo para tener la imagen deseada se hace superior a los riesgos, los cuales durante el proceso de tránsito de género se minimizan hasta construir a plenitud la identidad, por lo que se puede llegar a alcanzar un estado completo de bienestar mediante la adaptación de su vulnerabilidad.

Por tanto, el ser mujer predispone a ser vulnerable al asumir el orden social de lo que se estandariza para el comportamiento de otros a partir de creencias basadas en la pureza y el peligro (Douglas como se citó en Calves, 1998), lo que favorece la aparición de riesgos mediados por el poder ginecológico medicalizado dirigido hacia los cuerpos femeninos, haciéndolos vulnerables; de esta manera, se aumenta

la estigmatización social y se asocia con “eventos socioeconómicos extremos” que las pone en una situación de riesgo, inseguridad e indefensión, siendo blancos de la medicalización, seguimiento y control por parte de la biopolítica (Pizarro, 2001). La categoría de riesgo en el estudio se consideró como un elemento variable según la percepción que se tenga del mismo, motivando a la creación de una práctica de autocuidado para la prevención o minimización de efectos adversos.

El interés para la realización del presente estudio surgió desde la experiencia propia establecida en relaciones de amistad desde la infancia y como profesional de enfermería al evidenciar la discriminación ejercida contra mujeres transgénero durante el proceso de transformación, las cuales afrontaban invisibilización, violencia y exclusión. No obstante, como se ha expuesto con anterioridad, ser mujer en la sociedad incluye estar en constante riesgo de ser vulnerada, por lo que ser mujer transgénero acentúa más este padecimiento. A partir de lo anterior, y desde la experiencia personal, considero que hoy en día es una suerte ser mujer y estar viva, pese al riesgo constante de sufrir vulneraciones. Las experiencias que he vivido como mujer y como persona cercana a las mujeres transgénero, fueron suficientes para comprometerme con la deuda que tenemos en la reivindicación de sus derechos. A partir de esta experiencia, mi deseo fue realizar un acercamiento a estas realidades desde la academia, donde he ratificado mi postura de entender este problema desde la construcción social del ser mujer y considerarles a ellas como tales, esto implica, por tanto, un compromiso personal, en el sentido de contribuir a saldar una deuda con las mujeres transgénero que considero existe desde la academia, así como aportar a las reflexiones sobre políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida.

Por lo tanto, el presente artículo se desprende de la tesis de maestría “Prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero durante sus procesos de transformación”, realizada en Bogotá y cuyo objetivo fue conocer las principales prácticas de autocuidado y apoyo en mujeres transgénero que hubiesen realizado el procesos de transformación para la construcción identitaria, lo que permitió conocer la realidad del tránsito de género no solo desde la mirada de las sujetas sino también desde la vivencia contemplada por una persona externa, gracias a lo cual se identificaron prácticas de protección brindadas por la sociedad y la institucionalidad para optimizar el proceso de transformación.

REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Partiendo de la revisión bibliográfica, se puede afirmar que el tema de las mujeres transgénero viene creciendo como interés investigativo en Colombia, particularmente en trabajos de grado y tesis, en las cuales se contemplan temáticas variadas, entre

ellas los cambios corporales (Escobar, 2013), cambios en el contexto social, familiar y cultural (Manrique, 2013), migración (López, 2015), desplazamiento forzado, ejercicio del trabajo sexual (Prada, Herrera, Lozano y Ortíz, 2012), entre otros. Sin embargo, el tema de autocuidado en mujeres transgénero durante sus procesos de transformación y el apoyo recibido por otras personas o la institucionalidad no ha sido estudiado a profundidad en el país, por tanto, le convierte en un estudio innovador que servirá como herramienta para la construcción de políticas públicas y acciones encaminadas a la garantía de los derechos de las mujeres transgénero.

En el marco de este trabajo, y tal como lo explica Dorotea Orem (como se citó en Sillas y Jordan, 2011), desde la enfermería el autocuidado se entiende como:

La actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (p. 68)

Dentro de las diversas formas de entender el autocuidado, se resalta un autocuidado universal delegado al individuo que va desde la conservación del entorno, el desarrollo de actividades de descanso y la soledad hasta la integración con otras personas. El autocuidado del desarrollo promueve el crecimiento personal y la prevención de situaciones adversas en cada etapa del ciclo vital que afectan de manera directa o indirecta la salud (Pereda, 2010). Estas definiciones son aplicables durante el proceso de transformación de las mujeres transgénero, ya que ellas realizan prácticas protectoras desde el inicio del proceso de transformación, las cuales son realizadas según las situaciones vividas y son adaptadas y modificadas a través de las experiencias que tienen a lo largo de la vida.

Se reitera, por tanto, que las prácticas de autocuidado se encuentran en la investigación inmersa en el discurso, mencionadas no como un listado de acciones desde la salud pública sino a partir de los aprendizajes y las adaptaciones realizadas desde la experiencia para obtener y construir la identidad deseada, mediante la prevención de afecciones y el favorecimiento del bienestar personal. Dentro de las prácticas de cuidado resaltadas en el discurso durante el proceso de transformación se resaltan la adecuación corporal, el moldeamiento del cuerpo, control de medicamentos hormonales y manejo de situaciones adversas y prevención de procesos de morbilidad a corto y largo plazo a causa de las intervenciones, adaptaciones familiares, económicas, sociales, laborales y educativas; manejo de la soledad, el estrés y las crisis durante el tránsito; prevención de situaciones de violencia en el espacio público y semi privado.

Existen factores que se creen determinantes para el cuidado de la salud que Tobón (2011) en su texto “El autocuidado una habilidad para vivir” los denomina como “factores protectores”, los cuales contemplan aspectos internos y externos de la

persona que permiten la minimización de riesgos. Es el individuo el encargado de crear y adaptar prácticas en torno a la prevención de factores de riesgo, estos son dados por fenómenos externos físicos, químicos, orgánicos, psicológicos y sociales que podrían causar un daño potencial, para evitarlo la persona desarrolla prácticas de autocuidado que en ocasiones son influenciadas con la protección dada por otros (Tobón, 2011).

El cuidar de otros es considerado un deber moral, pero en ocasiones se convierte en una carga o un sacrificio para quien lo realiza, debido a que abarca no solo el trabajo de cuidado realizado para sí mismo sino también para otros, aspecto que puede terminar estableciendo un desgaste emocional y de las capacidades individuales al considerarse una labor adicional, no reconocida ni remunerada, pero altamente demandada (Prieto y Serrano, 2013). Es de reconocer que la mayoría de personas que realizan apoyo durante el proceso de tránsito de género, desconocen el tipo de acompañamiento que se debe realizar no solamente desde el sistema de salud sino personalmente, puesto que no reconocen las necesidades de las mujeres transgénero ni se perciben los riesgos desencadenados durante el proceso, relegándose el acompañamiento a algo esporádico, sin compromiso o por satisfacer la curiosidad.

Por ende, la mujer en proceso de tránsito debe afianzar sus prácticas protectoras de manera individual responsabilizándose de sus condiciones biológicas, laborales, personales y sexuales (Molinier, 2011). Tales labores de cuidado desprendidas del proceso de transformación, dados por sí misma o por otras personas que realizan acompañamiento, se convierten en una labor constante que se adapta diariamente y adopta nuevas estrategias para su protección según las necesidades o situaciones de riesgo detectadas. Pero precisamente la percepción de lo que es o no peligroso, de lo que es y no riesgoso es una convención cultural y relativizada por la experiencia subjetiva. Como se mencionó, si para la salud pública son riesgosas las prácticas de intervenciones corporales que hacen las mujeres transgénero, la percepción que ellas tienen de dichas prácticas no necesariamente es la misma, o la misma noción de peligro o riesgo no es en sí misma negativa.

El riesgo, por tanto, es un comportamiento apropiado para el estilo de vida de algunas personas que crean o se asocian a instituciones sociales que comprendan tales conductas (Douglas como se citó en Calves, 1998). Relacionando el peligro con el riesgo estandarizado en nuestra sociedad puedo deducir que bajo un Estado que supone una sociedad sana capaz de protegerse mediante la adopción de criterios de moralidad para la prevención de enfermedades, este les hace más susceptible a personas que se encuentran bajo su subordinación a soportar y a asumir tales riesgos, como en el caso del proceso de transformación de las mujeres transgénero. El riesgo permite estimar situaciones que puedan afectar a las personas y evoca la reglamentación de conductas para la prevención de enfermedades mediante la creación de normas a partir del fallo desde las prácticas de autocuidado de las personas que deciden asumir el riesgo (Calves, 1998; Organización Mundial de la Salud, 2002).

Desde la salud pública han enfocado sus esfuerzos en la estigmatización de identidades y orientaciones, considerándoles como fuera de la binariedad y de la moralidad, con ejercicios de una sexualidad 'anormal' que distingue en este aspecto de las relaciones heterosexuales como carentes de riesgos (Giddens como se citó en Calves, 1998). A partir de lo anterior, la construcción de género determina unas conductas y actividades específicas que conllevan a asumir riesgos propios de cada proceso de transformación, priorizando sobre lo que se desea ser. No obstante, a partir de las construcciones individuales se abre la brecha a diferentes situaciones de riesgo y oportunidades que surgen desde la necesidad para la realización de cada proceso de transformación, haciéndolas vulnerables a sufrir consecuencias derivadas del mismo (Viveros, Estrada y Domínguez, 2010).

Las personas consideradas vulnerables son las menos favorecidas en la sociedad, por lo que sus derechos fácilmente son trasgredidos. Esta conducta se manifiesta en los perjuicios que sufren a lo largo de su vida y que tienden a incrementar con el tiempo. Dentro de estos daños también está la vulnerabilidad social que atraviesa aspectos como lo económico, político y moral, además de algunos factores institucionales como los gastos en los servicios de salud y acceso a los mismos, estigma, discriminación, empleo, ingresos, acceso a educación, libertad de pensamiento y expresión, entre otros. Es menester resaltar que uno de los factores más importantes para esta investigación comprende el ser mujer como aspecto que conlleva a la aparición de riesgos a partir de la creación de roles que determinan la relación entre los géneros y justifica el poder ginecológico medicalizado hacia los cuerpos femeninos (Viveros et al., 2010).

A partir de lo anterior se puede decir que los factores de riesgo se desprenden de tales intereses, estimándose, por tanto, desde la magnitud que puede desencadenar un resultado no favorable, una consecuencia o un peligro potencial en una población específica, vulnerable a padecerlos y su impacto en la población en general. Para ello, desde la salud se considera necesario centrarse en los mismos para la prevención de enfermedades y complicaciones, pretendiendo que los comportamientos saludables, las conductas de cuidado y los comportamientos considerados positivos sean la norma en la sociedad (OMS, 2002). Por lo anterior, la categoría de riesgo he de considerarla como un elemento relacional que varía según la percepción que se tenga del mismo, motivando a la creación de una práctica de autocuidado para la prevención o minimización de efectos adversos.

Este estudio es importante ya que hace un aporte sobre un tema poco estudiado, lo que permite el avance y la generación de nuevo conocimiento académico, convirtiéndose en una herramienta para la reestructuración de políticas en salud. Es una oportunidad de llamar la atención a la academia para la inclusión del tema en las aulas, máxime si tenemos en cuenta la necesidad de formar profesionales, particularmente los que hacen intervención tanto desde el área de salud como de las ciencias sociales, para que ellos sean más sensibilizados y capacitados para poder

abordar de manera adecuada procesos de transformación en mujeres transgénero y dar respuestas efectivas y libres de violencia a sus necesidades específicas. Es de vital importancia que durante el proceso de transformación, las mujeres transgénero reciban el apoyo de otras personas, de instituciones o de grupos sociales pares para propagar espacios incluyentes y de visibilización, así como el desarrollo de normas y políticas públicas que garanticen la igualdad en derechos y elimine todas las formas de violencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio tuvo como objetivo conocer las principales prácticas de autocuidado y el apoyo recibido durante el proceso de transformación de algunas mujeres transgénero residentes en Bogotá D.C. Se realizó mediante una metodología cualitativa, interpretativa, de tipo fenomenológico - hermenéutico por interpretación del discurso de las experiencias y las prácticas de autocuidado durante el proceso de transformación (Vivar, 2009), esta se derivó de datos recolectados a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a cinco mujeres transgénero y cinco personas que brindaron apoyo durante el proceso de transformación, se registraron conversaciones y observaciones en un diario de campo, con el fin de conocer a profundidad la realidad del proceso de tránsito.

Se utilizó la entrevista interpretativa como fuente de información primaria para la recolección de información, así mismo se realizó la búsqueda de información relacionada en bases de datos LILACS, PROQUEST, NLM, Biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia y enlaces en bibliotecas públicas, documentos físicos y otros.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la resolución No. 008430 de 1993, y debido a que se tocaron aspectos sensibles del comportamiento, esta investigación se considera de bajo riesgo. El consentimiento informado utilizado fue de tipo verbal por parte de cada una de las personas entrevistadas; las entrevistas fueron grabadas con autorización de cada una de ellas.

Todas las entrevistadas aceptaron dar su nombre identitario mas las personas acompañantes no realizaron autorización para el mismo, por tanto se utilizaron nombres ficticios. En el estudio se entrevistaron cinco mujeres transgénero durante el periodo comprendido entre noviembre de 2014 y abril de 2015, y a cinco personas que acompañaron el proceso de transformación que fueron entrevistadas entre abril y

mayo de 2015; en algunos casos fueron referidas por las mismas mujeres transgénero, en otros casos se realizó una búsqueda activa mediante bola de nieve. Se excluyeron del estudio aquellas personas que no deseaban ser entrevistadas.

Procedimiento

Se estableció contacto con mujeres transgénero de Bogotá a quienes se les hicieron entrevistas a profundidad, ellas mismas sugirieron personas susceptibles a entrevistar por su acompañamiento durante los procesos, dos personas fueron encontradas por búsqueda activa en la droguería del sector del barrio Santa Fe, por ser el sitio de elección para compra y asesoría de intervenciones artesanales. Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, quien contó con el apoyo de una guía construida para tal fin, diferenciada para mujeres transgénero y personas que acompañaron el proceso, cada entrevista tuvo una duración de una hora y media a dos horas en promedio, se realizó grabación de voz de las mismas para posterior transcripción y análisis de la información, adicional a ello se contó con un diario de campo.

VARIABLES A OBSERVAR

Caracterización sociodemográfica, familia y redes sociales (convivencia o no en pareja, hijos, apoyo económico), el proceso de transformación (el ser mujer, hormonización, cirugías, proceso de feminización, cambios emocionales, atención en salud), el trabajo, salud y autocuidado (atención en servicios, barreras de acceso, relación con el VIH, uso de SPA, estado de salud), proyecto de vida y trato en los servicios de salud.

ANÁLISIS

Para el análisis de la información se realizó una clasificación mediante la utilización de Excel. La distribución de la información se proyectó en dos capítulos, el primero sobre la experiencia de las mujeres transgénero entrevistadas y las prácticas de autocuidado desprendidas del proceso de transformación, en el segundo capítulo se consideró el análisis realizado a las entrevistas a personas que brindaron apoyo y acompañamiento durante el proceso. Durante el análisis de la información se detectó gran cantidad de información relacionada con la violencia por prejuicio de género, razón por la cual se decidió realizar un tercer capítulo sobre el tema de violencia y discriminación específicamente, y las prácticas de autocuidado desprendidas para enfrentarlo.

RESULTADOS

De las mujeres transgénero entrevistadas, encontramos que tres de las cinco encuestadas eran mayores de 50 años y dos de ellas son mujeres jóvenes, todas mestizas. Es importante resaltar que no se tuvo un acercamiento a mujeres afrodescendientes, indígenas, con discapacidad u otras, pero se reconoce que ellas también realizan procesos de tránsito; tampoco se indagó sobre lo que significaría en concreto la pertenencia étnico-racial en estas experiencias, pero considero que son cuestiones que deberían ser más consideradas en los estudios sobre mujeres transgénero. Existe gran diferencia en los procesos de transformación según la edad, teniendo menos oportunidades las mujeres mayores durante el mismo.

Las mujeres mayores de 50 años indicaron que el tránsito inició en la adolescencia, a los 15 años, las oportunidades de acceso a tratamiento eran más difíciles y, además, la sociedad y la familia les violentaban por razones de identidad. Sus trayectorias laborales se relacionan con “trabajos transexualizados” (Prada et al., 2012) caracterizados por la informalidad y la no afiliación al sistema de seguridad social, aunque en la actualidad las tres pertenecen al régimen subsidiado en salud. Durante los últimos años, únicamente *Coqueta* ha podido vincularse como líder en una ONG que trabaja temas de VIH en el marco de la política de Bogotá Humana.

Asimismo, el acceso a la educación tuvo grandes barreras ya que en años anteriores se alcanzaba el título de bachiller mas no se tenía facilidad para acceder a la educación superior; ejemplo de ello es el caso de Sandra quien no pudo continuar con sus estudios de medicina por su identidad. Caso contrario ocurre con las mujeres más jóvenes, quienes pertenecen a regímenes contributivos en salud, decidieron iniciar el proceso de tránsito de género desde la mayoría de edad respaldadas por los principios de autonomía, libertad e independencia, por tanto, se desligaron de normativas familiares. Así mismo accedieron a la educación superior a pesar de las barreras.

Podría considerar que los procesos de tránsito de género no se dan de manera homogénea, lineal, predecible o uniforme, las oportunidades laborales, educativas, la edad, el acceso en salud, las diferencias culturales, sociales y económicas hacen que el proceso sea más tortuoso y menos ágil para unas que para otras. No obstante, es de resaltar que gracias al activismo realizado por las mujeres transgénero, se han dado adelantos en inclusión y garantía de derechos que permiten el reconocimiento de las mismas, el acompañamiento en los procesos de transformación, la movilidad en la ciudad, entre otras.

Construcción de la identidad

Al indagar sobre las concepciones acerca de lo que significa para ellas ser mujer, se encontró que definen este término mezclando o intercambiando según el contexto distintos criterios entre los que están el carácter biológico, haciendo referencia a la diferenciación genital y al carácter reproductor así como a la apariencia externa, pero también a la vivencia como mujeres, a aspectos sociales sobre las tareas del cuidado o atributos específicos asignados a las mujeres, creando definiciones como: “Las que sacan adelante sus hijos” (Sandra, comunicación personal, 18 de abril de 2015).

Sin embargo, tal definición se genera desde las vivencias y su relación con la femineidad. Es importante señalar que se identifican cambios a lo largo del curso de vida sobre cómo se perciben, así como las categorías que usan para autodenominarse, refiriendo varias de ellas que antes de iniciar el proceso se nombraban a sí mismas como “chicos andróginos” o como ‘gais’ y ‘homosexuales’, categorías que hacen alusión a la apariencia física en el inicio de la transformación y a la lectura que se realiza de sus cuerpos como hombres o mujeres. Algunas experiencias al respecto son relatadas por Alysson:

Yo no tenía el cabello tan largo, iba como una persona andrógina, como un niño andrógino, pero con demasiada apariencia de mujer y cuando iba entrando la médica que estaba con el endocrinólogo, me dijo ¿Tú eres niña? Yo le dije no, entonces el endocrino me dijo usted ya es una chica trans, asuma su papel como mujer, enfrente, ya no había vuelta atrás. (Alysson, comunicación personal, 23 de abril de 2015)

Para la consecución de la corporeidad deseada, todas las entrevistadas se sometieron a un proceso de transformación que reportan haber iniciado desde la niñez. Argumentan que la atracción siempre ha sido por hombres, reconociendo una construcción desde la heterosexualidad, naturalizando el deseo sexual de ellas como mujeres hacia hombres. Ellas relatan la inconformidad con su cuerpo masculino y el desarrollo de juegos compartidos con otras niñas, en donde se adaptaban los roles designados socialmente a las mujeres, usando maquillaje y prendas femeninas que ayudaban a explorar la identidad de género deseada. Como lo cuenta *Shanon*, en un relato que podemos encontrar en casi todas ellas, es clave la experiencia temprana con las prendas femeninas, especialmente de las mamás:

Desde los doce años yo empecé, cuando estaba sola en la casa me aplicaba labial y besaba los cuadernos o usaba los tacones de mi mamá y subía y bajaba escaleras haciéndolos sonar súper duro, entonces como que desde siempre uno tiene esos impulsos. (Shanon, comunicación personal, 31 de marzo de 2015)

Para moldear la apariencia del cuerpo como imagen femenina ante la sociedad, es necesario el uso de vestuario, maquillaje, cambios corporales, comportamientos y adaptaciones que hacen parte de imposiciones sociales de una heterosexualidad obligatoria que influye en la construcción normativa del deber ser como alguien femenino o masculino. Haciendo énfasis en la prevención de riesgos y violencias por parte de la sociedad, cabe resaltar lo que las mujeres comentan acerca de las adaptaciones comportamentales que se deben realizar durante el proceso de transformación, ya que refieren que el objetivo es ser “femenina pero no ser partida” o “votar mucha pluma” (Charlie, comunicación personal, 30 de noviembre de 2014). Estas expresiones hacen alusión a la exageración de movimientos y expresiones verbales y no verbales de la apariencia femenina y a una modulación de lo femenino que les asegure una mayor adecuación social. Estos comportamientos cuando no se logran normalizar son considerados por las mismas mujeres como un riesgo en el reconocimiento de su identidad ante la sociedad, exponiéndolas a rechazos sociales y burlas que pueden llegar hasta situaciones de violencia física.

A partir de una serie de procesos muy complejos y convenciones contradictorias, ha sido la misma sociedad quien se ha encargado de realizar una clasificación de los cuerpos imponiendo normas sobre lo que se considera moralmente aceptable y deseado; llegando, de esta manera, a patologizar y rechazar aquellos cuerpos que no se ajustan a la norma (Bertulo y Butler, 2008). Por tanto, la creación de prácticas de autocuidado se convierte en un reto ya que existen muestras directas de apropiación de los cuerpos por parte de la sociedad, pues el sexo es un tema de dominio de ‘saberes expertos’, los cuales se obstinan en escudriñar y juzgar las identidades, orientaciones y prácticas sexuales de otras y otros considerados anormales.

Hormonización y cirugías

En la mayoría de los casos, la hormonización inicia para reafirmar caracteres femeninos de manera rápida y permanente, pues facilita la desaparición de rasgos masculinos. De manera general, el consumo de hormonas se realizó indiscriminadamente, especialmente en las mujeres mayores, solo en uno de los casos no se ha accedido al tratamiento hormonal por el miedo generado desde el sistema de salud a la administración sin supervisión médica.

De manera unánime fueron adquiridas en farmacias y asesoradas por el mismo vendedor o por sus pares que las habían usado anteriormente, al ser su administración de libre albedrío. A consecuencia de esto, dos de las mujeres presentaron efectos adversos, no obstante, la hormonización favoreció la redistribución de la grasa corporal, la mejora dermatológica, desaparición del bello facial, aumento del cabello, decremento muscular, disminución de la libido y de erecciones espontáneas, junto con una baja de la producción espermática.

La mayoría de chicas trans lo hacemos así de una y a la loca y queremos ver los resultados ya, pero las consecuencias a futuro son un poquito graves. Tuve un desorden hormonal con una hormona que se llama hormona prolactina, se me elevó mucho, casi no me puedo controlar, tuve que tomar bromocriptina porque me salía leche. (Alysson, comunicación personal, 23 de abril de 2015)

Es de anotar que la automedicación hormonal puede traer graves consecuencias para la salud, por lo cual se brindan recomendaciones para los procesos de transformación, válidas y protectoras, pero que no dejan de ser recomendaciones, ya que no se cuentan con ensayos clínicos controlados que den cuenta de su efectividad y eficacia (World Professional Association for Transgender Health —WPATH—, 2012). A partir de la experiencia de la investigadora, se conoce que existe poca o nula información en cuanto a tratamiento hormonal en procesos de transformación, la ausencia de entrenamiento del personal tanto en la academia como en el sistema de salud y la ausencia de rutas para la atención, aspecto que convierte al sistema de salud en una barrera de acceso, pese a la falta de oportunidades para el acceso a tratamientos, la ausencia de recursos económicos, la falta de servicios de salud incluyente y eficientes, lo que hace que las mismas mujeres transgénero asuman la responsabilidad en sus procesos de transformación corporal, lo que resulta posteriormente en complicaciones a causa de procesos no asesorados.

Además de la hormonización, en la mayoría de las ocasiones las mujeres tienen la necesidad de someterse a intervenciones estéticas, algunas de las cuales son realizadas en sitios clandestinos a bajos costos (López, 2015). Dos de las mujeres realizaron intervenciones artesanales en Francia e Italia con inyecciones de silicona líquida en labios, senos, caderas y piernas, refiriendo que con el tiempo han descendido un poco los implantes y son conscientes de los riesgos que pueden tener para su salud.

Las consecuencias de estas transformaciones son expresadas por Catalina, acompañante del proceso de transformación de una mujer transgénero, pues comenta que el material inyectado se ha decantado con el tiempo, “deformando y degenerando los tejidos, generando consecuencias en su salud, debido a las intervenciones quirúrgicas que necesita, trayendo también consecuencias emocionales ya que ha perdido su “forma humana” (Catalina, comunicación personal, 20 de abril de 2015).

Solo en uno de los casos se considera la cirugía de reasignación por incomodidad con los genitales. En los otros casos se considera deseado, aunque no necesario, puesto que adoptan los genitales como parte de ellas y esto les permite ser distintas. Asimismo, algunas refieren que la reasignación genital no tiene sentido alguno, ya que no se es reproductora.

Las emociones

Las emociones hacen parte del proceso de transformación pues están asociadas al cambio y son reguladas por el conocimiento, la experiencia y los imaginarios. Por lo tanto, a medida que una emoción se presenta de manera constante, se obtiene una respuesta externa o interna dada de manera consciente o automática (Ekman, 1992). De manera unánime, las entrevistadas describieron como ‘doloroso’ el proceso de transformación; además, afirmaron que el ‘dolor’ inicia en el ámbito familiar gracias a los prejuicios que ocasionan, en algunas situaciones, la expulsión del seno familiar en razón de su identidad, junto con la orientación sexual. Después, se presenta otro tipo de ‘dolor’ que se asocia al uso de hormonas, a este le atribuyen situaciones de estrés expresadas en el mal humor, la variabilidad emocional y el sentirse ‘insoportables’, de esta manera dotan de género a las hormonas (Fausto-Sterling, 2000), pues clasifican la testosterona como hormona masculina y a los estrógenos como hormonas femeninas, lo que refuerza el orden de género.

Las relaciones de pareja en la mayoría de las mujeres entrevistadas han sido largas, pues oscilan entre los 25 y los 12 años. En mujeres jóvenes las relaciones suelen ser más cortas, pues argumentan que las personas no se comprometen. Es de resaltar que al terminar alguna relación de pareja siempre se forjan sentimientos de soledad y desesperanza que conllevan a crisis emocionales que se ahondan con el proceso de transformación. En algunos casos, los intentos de suicidio se han dado como respuesta a una ruptura de pareja, o por el mismo proceso de transformación.

Dos veces, una cortándome las venas, otras tomando veneno. Por la transformación, por el rechazo, la discriminación que tenían las personas, por la no aceptación de mi familia al inicio, yo decía pues para qué la vida, para qué seguir acá en esta grosería. (Coqueta, comunicación personal, 28 de abril de 2015)

Las relaciones fuertes se daban con su familia, específicamente con los padres; asimismo, describen situaciones de violencia que se presentaron a causa de su identidad. Incluso, en uno de los casos, una de las entrevistadas afirma que su padre nunca la aceptó y desde entonces han perdido contacto. En otras ocasiones han sido los tíos, hermanos y familiares masculinos quienes no han aceptado su transformación. Igualmente, una cuenta que su madre (madre soltera) fue quien le pidió abandonar el hogar, a pesar de ello después de la transformación la volvió a aceptar. Cabe aclarar que en todos los hogares a las entrevistadas las siguen llamando por el nombre masculino y no por el identitario.

Por otro lado, las entrevistadas, por unanimidad, niegan la posibilidad de ser madres, pues la sociedad no se los permite, aunque aseguran que sería algo que complementarían su vida. En algunos casos, dicen preferir la convivencia con sus mascotas, entre los que hay: perros, gatos, pájaros y peces. Las mujeres que los tienen los consideran parte fundamental de su familia.

El obtener la corporeidad deseada obliga a desarrollar prácticas de autocuidado como blindaje ante la presión y exclusión social, mediante estrategias de ocultamiento social, lo que conlleva a habitar espacios de protección a través del ‘emplazamiento’ (Gil, 2013), así pueden transitar de manera libre y terminar satisfaciendo sus necesidades sin necesidad de salir de tal territorio, lo que permite la fluidez en el proceso y en el acompañamiento por parte de otras personas que también lo habitan.

Acompañamiento durante el proceso de tránsito de género

El apoyo en el proceso de transformación es dado por personas que comúnmente no hacen parte de la definición tradicional de familia. Las mujeres afirman que el proceso de acompañamiento e identificación normalmente se realiza con pares. Sólo una de ellas dice haber sido ayudada por dos compañeros homosexuales del colegio, aunque durante la transformación todas hacen referencia a estar solas.

La primera de las entrevistas fue realizada a una amiga de la infancia de una de las mujeres entrevistadas, quien expresó siempre haberse dirigido a ella como un hombre y que no le molesta su ‘amaneramiento’; este se presenta como un acompañamiento contradictorio, ya que a pesar de la existencia de expresiones de solidaridad, estas intenciones se chocan con violencia por prejuicios de género (Gómez, 2006); asimismo, se distancian los roles personales e institucionales en las personas que realizan apoyo a las mujeres.

Cuando yo me acerco a alguien a hacerle alguna acotación frente a un reconocimiento negativo frente a un acto de discriminación u omisión, siempre lo hago bajo la postura de una política, de una ley, nunca lo hago a nivel personal. (Andrea, comunicación personal, 6 de abril de 2015)

No pues a mí siempre me ha parecido buena amiga o amigo no, porque yo siempre lo he tratado a él como un amigo y no por Charlie, siempre le he dicho Carlos, por su nombre normal. De pronto acá en el barrio lo molestaban que venga mujercita y que eso, pero como a chanza, pero nunca que ella se sintiera mal, con bullying o algo. (Patricia, comunicación personal, 3 de abril de 2015)

Uno de los participantes de las entrevistas refirió haber sido pareja de tres mujeres transgénero a quien acompañó durante el proceso de transformación, por tanto, dice conocer de manera cercana la complejidad de los procesos, a diferencia

de las trabajadoras del Distrito o de la vecina de la mujer transgénero, quienes acompañaban de manera esporádica el proceso. De alguna manera, la transformación coincidía con los deseos de los dos: para ella “ser mujer” y para él estar en una relación heterosexual con una mujer. Alberto se describe a sí mismo como un defensor de los derechos de las mujeres transgénero y conoce las circunstancias por las que ellas pasan, enuncia las barreras de acceso a los servicios de salud, principales cambios y afecciones emocionales, relaciones familiares y concepciones de la experiencia de apoyo realizada paso a paso. Dadas esas tres experiencias, es el único acompañante que reconoce el núcleo familiar de las mujeres; afirma que los procesos siguen un curso similar en todas las mujeres transgénero y, aunque varía el contexto, el apoyo recibido y la manera en que las mujeres lo afrontan hace énfasis en que “la sociedad no está lista para la aceptación de las identidades diversas”.

De otro lado *Amanda*, una de las mujeres transgénero acompañante, refirió haber aconsejado sobre hormonización y moldeamiento del cuerpo con espumas en el contexto del trabajo sexual, dado que es necesario llamar la atención de sus clientes para ser más competitiva.

A pesar de estar muy presente en los testimonios de las mujeres transgénero, las personas acompañantes no reportan situaciones de crisis emocionales durante el proceso de transformación, a cambio de ello las mujeres transgénero entrevistadas refieren haber vivido estas situaciones afrontándolas en soledad.

Cuidado de la salud y estigmatización

La atención en salud se percibió como un servicio fragmentado y discriminatorio, ejemplo de ello es la estigmatización frente al tamizaje de pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, el abordaje desde el nombre jurídico y el clima prejuicioso que las relaciona directamente con poblaciones de riesgo, al ser priorizadas las pruebas de VIH para grupos poblacionales que se consideren vulnerables a la infección, se convierte en una obligatoriedad durante las consultas médicas a mujeres transgénero. En algunos casos, las mujeres reportan expresiones discriminatorias que generan barreras en el acceso a servicios de salud debido al miedo, la falta de confidencialidad, los prejuicios y el juzgamiento que se puede recibir en una consulta, pues sienten que se vulnera el derecho fundamental de las mujeres y perjudican su autocuidado.

El miedo a la adquisición de enfermedades, a desenlaces nefastos por prácticas artesanales o complicaciones desencadenadas a partir de las mismas, la aparición de patologías al avanzar la edad, entre otras, hace que los riesgos sean evitados mediante la adaptación de prácticas saludables como el ejercicio, la ingesta adecuada de alimentos, la protección en las relaciones sexuales con el uso del preservativo y otras referidas por las mujeres, son fundamentales para evitar situaciones o consecuencias que deterioren su calidad de vida.

La disminución en el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, se relaciona también con la prevención de enfermedades. Solo una de las mujeres refirió ser consumidora de marihuana de manera controlada; en general, todas consumen alcohol en encuentros sociales, pues afirman que esa restricción es una práctica protectora y saludable que evita complicaciones en la salud.

Tengo que ser realista de prepararme y cuidarme ahora más que antes, porque es que yo veo, he tenido muchas clientas que ya han fallecido de 47, 50 años de cáncer, de miles de enfermedades, las veía que comían mucha comida chatarra y son como espejos para uno empezar a cuidarse, yo siempre me he cuidado, pero ahora más. (Charlie, comunicación personal, 30 de noviembre de 2014)

A causa de la patologización de la identidad sexual, del estigma, la violencia y la discriminación brindada en los servicios de salud, las mujeres evitan acudir a los mismos, creando alternativas para la realización de intervenciones corporales, asumiendo el pago de las mismas por medio de particulares, corriendo riesgos y complicaciones que pudiesen derivarse de la misma, teniendo la asesoría por parte de pares y otras personas. Esta es también una manera de evitar la exclusión y estigmatización brindada por los servicios de salud, quienes interfieren con la negación de los procedimientos, los cuales, sin duda alguna, son el eslabón en su proyecto de vida.

El servicio de salud crea muchas barreras, porque si nosotras tuviéramos un verdadero acompañamiento para un proceso de hormonización no pasarían tantas cosas, sería un endocrinólogo el que nos haría un chequeo, un tratamiento, pero no, nosotras lo tenemos que hacer por recomendación de una amiga, de la una a la otra contándose qué se inyecta, qué le hace bien y el Estado niega esas cosas, entonces por esa causa han muerto muchas niñas, por las transformaciones corporales, por inyectarse silicón fluido por esas transformaciones artesanales que hay, han muerto muchas y es por negligencia del Estado. (Shanon, comunicación personal, 31 de marzo de 2015)

A partir de lo anterior, se puede decir que las prácticas protectoras son ejercidas por otros y otras, muchas veces son los familiares, amigas cercanas, personal de instituciones, el sistema de salud (y por lo tanto el Estado), los que asumen este papel de manera superficial, pues la mayoría de veces no les ofrecen garantías institucionales y sociales que aseguren la calidad del proceso de transformación de las mujeres transgénero. Este hecho sirve para confirmar que este proceso se vive en soledad, lo cual aumenta la vulnerabilidad de las mujeres que lo realizan, lo que conlleva a que se afecte su calidad de vida y por ende su salud. Por lo tanto, crear estrategias protectoras por parte del Estado y algunas personas cercanas pueden evitar complicaciones en este proceso.

CONCLUSIONES

Lograr el cuerpo deseado desde un proyecto de identidad de género constituye uno de los elementos centrales de la vida de las mujeres transgénero (como todas las personas también tienen otras aspiraciones y objetivos relacionados con su vida material, laboral, de pareja, familiar, profesional, etc.). Tal construcción de cuerpo va acompañada de riesgos para la salud, e implica cambios no solamente en la construcción de la identidad sino también en las emociones y las relaciones sociales. Crearse un cuerpo femenino desde lo que se espera socialmente como mujer es un reto para todas las mujeres que nos sometemos a dictámenes de una lógica diferenciadora de los sexos, proceso normativo en el cual las mujeres transgénero son fuertemente violentadas.

Pero, ¿de qué manera transformarse sin ser violentada? Si bien es cierto que el periodo de transformación es una época decisiva para construirse como lo que se desea ser, como mujer, estar en un cuerpo discriminado y estigmatizado socialmente trae riesgos emocionales que afectan directamente la autoestima, la autopercepción y atañe riesgos para la salud al asumir, por ejemplo, terapias hormonales e intervenciones corporales artesanales a cuenta propia. Para llevar a cabo estos procesos, las mujeres transgénero asumen los riesgos en salud, diseñando prácticas de autocuidado acordes a su sentir que implican la creación, el aprendizaje y la adopción de experiencias de otras pares como prácticas protectoras para optimizar el proceso, hacerlo más llevadero y construirse como femeninas, al desarrollar a plenitud y según su deseo el rol social como mujeres. ¿Cómo potenciar estas prácticas de cuidado comunitarias generadas entre pares? ¿Cómo la sociedad y las instituciones responsables generan ambientes que garanticen el cuidado de la salud durante la transformación? Las respuestas a estas preguntas pueden orientarse a la necesidad de redistribución equitativa del cuidado de las mujeres transgénero.

El riesgo como eje indispensable para la construcción de una práctica que le prevenga y promueva el cuidado, es tenido en cuenta por las mujeres que realizan su proceso de tránsito de género, quienes los asumen a cambio de obtener el objetivo buscado, pese a las consecuencias que el sistema atribuye a la realización de cambios corporales y al tránsito de género, ubicándoles como vulnerables ante las situaciones en salud y de vulneración de derechos que podrían desencadenarse a partir del mismo. Por lo tanto, el riesgo es definido y asumido por la persona desde su propia situación quien creará, adaptará y aplicará prácticas de autocuidado que sean acordes y adecuadas para la protección de su salud, lo que facilitará la obtención de un estado de completo bienestar tras la obtención de su objetivo. Así, como se explicó de manera más detallada, el riesgo será minimizado o incorporado a la propia subjetividad dado que el fin buscado, el cuerpo buscado, es un objetivo que se impone con una fuerza mayor y que en últimas, si bien está asociado al riesgo desde miradas externas, para

muchas experiencias está asociada con el cuidado, es decir, es una búsqueda del propio bienestar.

De manera general, las personas acompañantes de los procesos de transformación y las mismas mujeres argumentaron que el proceso fue asumido en soledad y mitigado por prácticas protectoras por parte de otros; no obstante, el ocultamiento y el emplazamiento son prácticas de autocuidado frente a la presión, la violencia y la exclusión social para evitar cualquier tipo de violencia por prejuicio de género, la cual es ejercida por personas cercanas, instituciones, en el espacio público y por fuerzas de poder jerárquico que ejercen dominio para crear sumisión femenina. El sistema de salud se convierte dentro de la institucionalidad en el principal generador de violencia, a partir de la patologización mental para generar la atención, lo cual vulnera los derechos fundamentales de las mujeres transgénero, creando barreras en la atención y por tanto delegando la responsabilidad de los procesos de tránsito de género a las mismas mujeres.

Es de vital importancia que, durante el proceso de transformación, las mujeres transgénero reciban el apoyo de otras personas, de instituciones o de grupos sociales pares para propagar espacios incluyentes y de visibilización, así como el desarrollo de normas y políticas públicas que garanticen la igualdad en derechos y elimine todas las formas de violencia. En este sentido, cabe destacar la obligatoriedad de las instituciones públicas de salud, bienestar social y del Estado en dar respuestas efectivas ante estos problemas junto con la academia, siendo vital la incorporación del tema en la cátedra y la construcción de herramientas que garanticen procesos satisfactorios y el acceso a servicios de salud incluyentes.

REFERENCIAS

- Bertulo, L. y Butler, M. (2008). ¿Vivir en el cuerpo equivocado? La construcción del estereotipo transexual en el cine. *Question. Revista especializada en periodismo y comunicación*, 1, 1-8.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Calves, M. (1998). *Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis del SIDA*. Misiones, Argentina: Editorial Universitaria.
- Castellanos, G. (1995). ¿Existe la mujer? Género, lenguaje y cultura. En L.G. Arango. y Cols. (Comps.), *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp.39-58). Bogotá, Colombia: Tercer Mundo.
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6,169-200.
- Escobar, M. (2013). La politización del cuerpo: subjetividades trans en resistencia. *Nómadas*, 38, 133-149.
- Facio, A. y Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia, Revista Sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 6, 259-294.

- Fausto-Sterling, A. (2000). *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Madrid, España: Editorial Melusina.
- Gil, F. (2013). Fronteras morales y políticas sexuales: apuntes sobre la política LGBTI y el deseo del Estado. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 13, 43-68.
- Gómez, M. (2006). Los usos jerárquicos y excluyentes de la violencia. En C. Motta. y L. Cabal. (Comps.), *Más allá del derecho: justicia y género en América Latina* (pp. 19-55). Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores.
- Lagarde, y de los Ríos, M. (2000). *Autoestima y género. Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid, España: Horas y horas.
- López, M. (2015). *Transitando en La Italia: Trayectorias migratorias de las travestis colombianas, trabajadoras sexuales en Italia, en la década de los noventa* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Manrique, E. (2013). *Transformación en el modelo familiar, aceptación, acogida y reconocimiento de la situación transgénero* (Tesis de Maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Mayobre, P. (2007). La formación de la identidad de género una mirada desde la filosofía. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12, 35-62.
- Molinier, P. (2011). Ante todo, el cuidado es un trabajo. En Arango. y P. Molinier. (Eds.), *El trabajo y la ética del cuidado* (pp.45-64). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud –OMS–. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf?ua=1>
- Pereda, M. (2010). Explorando la teoría general de la enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*, 10 (3), 163-167.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Prada, M., Herrera, S., Lozano, L. y Ortiz, A. (2012). *¿A mí me sacaron volada de allá! Relatos de la vida de mujeres trans desplazadas forzosamente hacia Bogotá*. Bogotá, Colombia: Pregraf Impresores S.A.S.
- Prieto, C. y Serrano, A. (2013). Los cuidados entre el trabajo y la vida. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, (1), 11-16.
- Sillas, D. y Jordan, M. (2011). Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Desarrollo Científ Enferm*, 19 (2), 67-69.
- Tobón, O. (2011). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/51187879/Autocuidado-Ofelia-Tobon-Corra>
- Vivar, C. (2009). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería*, 9, 1-5.
- Viveros, M., Estrada, J. y Domínguez, M. (2010). *Masculinidad, homosexualidad, VIH-sida e identidad de género. Propuesta de intervención para hombres que tienen sexo con hombres*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4380