

En el camino de la feminización:

Estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia

María Mercedes
Lafaurie Villamil



En el camino de la feminización:

Estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia
del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia

En el camino de la feminización:

Estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia
del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia

María Mercedes
Lafaurie Villamil



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

305.389 L13c

LAFaurie VILLAMIL, María Mercedes

En el camino de la feminización : estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia / María Mercedes Lafaurie Villamil. – Bogotá : Universidad El Bosque, 2014. – 108 p.

ISBN: 978-958-739-036-0 (IMPRESO)

1. Feminización 2. Identidad sexual 3. Travestis—Investigaciones 4. Persona transgénero 5. Travestis—Aspectos sociales 6. Travestis—Bogotá—Colombia.



En el camino de la feminización: estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia

Noviembre de 2014

ISBN: 978-958-739-036-0

© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

© María Mercedes Lafaurie Villamil

Rector: Rafael Sánchez París

Vicerrectora Académica: María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones: Miguel Otero Cadena

Vicerrector Administrativo: Francisco Falla

Decana Facultad de Enfermería: Rita Cecilia Plata de Silva

Vicerrectoría de Investigaciones

Editorial Universidad El Bosque

Dirección: Av. Cra 9 n.º 131A-02, Torre D, 4.º piso

Teléfono: +57 (1) 684 9000, ext. 1395

Correo electrónico: editorial@unbosque.edu.co

Sitio web: www.uelbosque.edu.co/editorial

Coordinación editorial: Francisco Gutiérrez

Concepto gráfico, carátula y diseño: Alejandro Gallego

Corrección de estilo: Gustavo Zuluaga

Impresión y acabados:

JAVEGRAF

Cll 46A n.º 82-54, PBX: 416 1600, Bogotá, D. C.

Impreso en Colombia

© Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, ni entregada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sin el permiso previo de los titulares del *copyright*.

María Mercedes Lafaurie Villamil es Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá, y Magistra en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado de la Universidad Jaume I, España. Ha sido ponente en diversos eventos académicos y ha publicado numerosos artículos sobre temas de género y salud sexual y reproductiva en revistas especializadas nacionales e internacionales. Actualmente se desempeña como profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque.

Agradecimientos

Dra. Olga Yumari Ramírez, Subdirectora Científica Hospital Santa Clara E.S.E.

Dra. Ivet Pernet, Líder de Investigación Hospital Santa Clara E.S.E.

Dra. Ana Elizabeth Forero, Grupo de Investigación Hospital Santa Clara E.S.E.

Dr. Rafael José Miranda, experto, Hospital Santa Clara E.S.E.

Dra. Paulina Ojeda, experta, Hospital Santa Clara E.S.E.

Dra. Ana María Granada, experta, Hospital Santa Clara E.S.E.

Dr. Miguel Antonio Sánchez, experto, Universidad El Bosque.

Estudiantes:

Marcela Acevedo, Valentina Alarcón, Nayareth Amado, Alexander Albarracín, Michael Castiblanco, Ana María Ciendúa, Diana Espinel, Diana Marcela García, María Fernanda García, Carolina González, Yessica González, Marly Natalia Rodríguez, Rosalbina Rojas, Laura Santana, Carolina Velásquez.

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN	15
CAPÍTULO 1	
TRAVESTIS Y TRANSFORMACIÓN CORPORAL: UN ASUNTO DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL	19
1. La feminización de travestis como problema de investigación	19
2. El derecho a la salud, la equidad y las poblaciones LGBTI	23
3. El género y la identidad sexual como construcciones sociales: multiplicidad de las subjetividades trans.....	26
4. Implicaciones para la población trans de la abolición del “desorden de la identidad de género”	30
5. La identidad travesti: revelación de un nuevo sentido social del género.....	34
6. Prácticas corporales, subjetividad y transformación.....	38
7. Feminización del cuerpo y complicaciones de la salud.....	39
CAPÍTULO 2	
RECORRIDO METODOLÓGICO: MÚLTIPLES ESTRATEGIAS PARA UN PROBLEMA COMPLEJO	45
1. El enfoque multimétodo como modelo integrador.....	45
2. Técnicas utilizadas para la recolección de datos	47
3. ¿Quiénes participaron en el estudio?	50
4. Proceso de análisis.....	51
5. Aspectos éticos de la investigación.....	52
CAPÍTULO 3	
PRÁCTICAS DE FEMINIZACIÓN Y SIGNIFICADOS COMPARTIDOS: PRINCIPALES HALLAZGOS DEL ESTUDIO	55
1. ¿Qué develan las historias de vida?.....	55
2. La identidad femenina: una realidad que se devela desde la niñez	57

3. Recorridos en el proceso de feminización.....	60
4. Impacto personal y significados de la feminización.....	64
5. Apreciaciones sobre la reasignación sexual.....	67
6. Transformación corporal: prácticas y percepciones.....	67
7. El uso de hormonas para la feminización.....	70
8. El uso de silicona líquida o “silicón”.....	74
9. Experiencias con la mamoplastia, los implantes quirúrgicos en glúteos y otro procedimientos estéticos.....	77
10. Propuestas alternativas de prevención en salud.....	79
11. Complicaciones de salud reportadas en historias clínicas.....	79
12. Qué caracteriza a los casos de hospitalización analizados.....	83

CAPÍTULO 4

CONSIDERACIONES FINALES	85
1. Las prácticas de transformación corporal: una realidad globalizada.....	85
2. Conclusiones y recomendaciones.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

Presentación

El estudio *En el camino de la feminización: estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia*, es el resultado de un trabajo de investigación colaborativo entre la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque y el Hospital Santa Clara E.S.E., con el apoyo financiero de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad El Bosque. El estudio responde a la necesidad de profundizar en los aspectos culturales y psicosociales, y en las posibles complicaciones de salud, subyacentes a las experiencias de feminización mediante intervención corporal de personas travestis pertenecientes a la población transgenerista que habita en el centro de Bogotá, en el área de influencia del Hospital Santa Clara, y que hacen uso tanto de sus servicios intramurales como extramurales.

Este abordaje, que inició en enero de 2010 y finalizó en diciembre de 2012, condujo a nuestro equipo de investigación hacia contextos, plenos de riqueza humana, donde habitan sujetos sociales autoreconocidos como “travestis”, quienes subvierten los órdenes del género y transgreden el tradicional sistema sexo-género al transitar de lo masculino a lo femenino, sin renunciar a su genitalidad, circunstancia que los lleva a la exclusión, a la marginalidad económica y social y a asumir con frecuencia la prostitución como forma de vida.

La falta de acceso a la salud suele ser una de las problemáticas derivadas de esta situación, a la que habría que añadir, además, el desconocimiento de las realidades que afectan a este grupo humano en su calidad de vida, con excepción de los programas y estudios en el campo del VIH-SIDA, que, entre otras cosas, han visibilizado esta población partiendo de un enfoque diferencial y humanizado.

Dadas las complicaciones de salud causadas por las prácticas artesanales y no convencionales de las personas travestis en sus procesos de transformación corporal

con miras a la feminización, este trabajo ha buscado ampliar el conocimiento sobre tales procedimientos. Para tal fin, se ha recurrido a las experiencias de un grupo de veinte personas de esta colectividad que accedió a participar en el estudio, así como a la revisión de fuentes de información documental disponibles en la base de datos del hospital. Se abordó el problema con un enfoque multimétodo, basado en la combinación de diferentes técnicas de investigación cualitativa: interpretación de relatos de vida, realización de entrevistas estructuradas, desarrollo de un grupo focal y análisis de historias clínicas de hospitalización. El análisis de los datos obtenidos estuvo orientado por la “teoría fundamentada”, con apoyo del software Atlas Ti 6.

Los hallazgos de este estudio evidencian una problemática de particular complejidad: las prácticas de intervención corporal tras la feminización de personas travestis de la zona de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E.; y nos llevan a recomendar, con carácter imperioso y como un modo de paliar un fenómeno de salud pública que es necesario transformar sustancialmente, la creación desde la Red Distrital de Salud de Bogotá de estrategias de atención, prevención y educación para el autocuidado en este contexto poblacional, a partir de una perspectiva que propenda a la disminución del riesgo, tanto físico como psicosocial, ligado a la exclusión. En este sentido, conviene que el sistema de salud diseñe e implemente servicios amigables, destinados a la atención integral de este grupo humano, de conformidad con la *Política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales (LGBTI)* del Distrito Capital, adoptada mediante el Decreto Distrital 062 de 2014.

El uso de silicona líquida inyectada en glúteos y piernas, la utilización indiscriminada de hormonas sin prescripción médica y las intervenciones quirúrgicas para la colocación de implantes que no cumplen con estándares de calidad son, en su orden, prácticas que conllevan complicaciones de salud y efectos indeseados, cuyos riesgos son escasamente reconocidos por los sujetos participantes en este estudio. En el grupo objeto, priman sobre la salud necesidades asociadas con un tipo de vida globalizado, según el cual un cuerpo transformado para el logro de una apariencia femenina marcada por la voluptuosidad representa estatus e ingresos, toda vez que en el mundo de la prostitución (en que buena parte de estas personas se desempeñan) “tener cola da más producido”, tal cual lo afirma Camelia, una de las participantes de este estudio.

Este problema nos lleva a pensar que, para superar esta realidad de las personas travestis de Bogotá y del resto del país, se requiere suscitar cambios estructurales en las diferentes instancias de la vida social, cultural y política, de tal manera que el respeto a la

diversidad sexual y de género sea una realidad incuestionable, a fin de que en Colombia las personas, sin distinción de clase, edad o identidad, se sientan capaces de enfrentar la oleada consumista de la globalización con recursos derivados de oportunidades que fortalezcan e incentiven sus proyectos de vida.

Varias son las personas cuyos aportes a este trabajo se hace necesario destacar. En primer lugar, a mi compañera en este proceso, la enfermera Ana Elizabeth Forero Rozo, cuya participación como coinvestigadora permitió contar con una valiosa información de campo, dado su amplio conocimiento de la población y su compromiso con un mejor estar para la población trans. Deseo agradecerle su compañía, sus enseñanzas y sus inspiradores aportes a este estudio. Quiero, de igual manera, hacer mención al grupo de personas que fueron entrevistadas en el trayecto de este estudio, cuyas apertura y generosa participación han permitido dar pasos adelante en la comprensión de sus realidades y circunstancias, lo que sin duda redundará en la generación de nuevos derroteros para su inclusión social y el mejoramiento de su calidad de vida. A los expertos que ofrecieron gentilmente su asesoría y a los estudiantes que apoyaron los desarrollos de este proceso, les agradezco sus significativos aportes a este trabajo.

A la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad El Bosque, en cabeza de su Director, Doctor Miguel Otero Cadena, mis más sinceros agradecimientos por creer en este proyecto.

María Mercedes Lafaurie Villamil

Capítulo 1

Travestis y transformación corporal: un asunto de salud e inclusión social

1. La feminización de travestis como problema de investigación

La no correspondencia entre el sexo y el género y entre el sexo y la orientación sexual ha ocupado a las ciencias de la salud desde el siglo XIX, cuando los primeros sexólogos, enfrentados a la severa criminalización de estas realidades, propusieron el abordaje de las entonces denominadas “desviaciones sexuales” como un problema de salud (Romi, 2006). Largo ha sido el camino recorrido hasta hoy. Pero gracias a los avances en los derechos humanos, a la conformación y trabajo constante del movimiento internacional de lesbianas, *gays*, bisexuales y transesteristas (LGBT) —que se gestó a partir de la segunda mitad del siglo XX—, y a los estudios en los campos del género, diversidad y sexualidad humana, un buen número de países ha legislado a favor de los derechos de quienes se apartan del sistema sexo-género, que establece la heterosexualidad como modelo hegemónico y estigmatiza las identidades de las personas que se apartan de este, como es el caso de las personas “trans”.

Lo “trans” representa una categoría política que aglomera diversos grupos identitarios, los cuales convergen en un aspecto central: en que subvierten los órdenes del género y se oponen a la obligada correspondencia entre sexo y género. Como lo afirma Casati (2006), se suelen conocer como “trans” aquellas identidades que implican “movimientos en el género” con respecto a su corporalidad biológica. Con todo, es importante notar que, en el transesterismo, la transición de uno a otro género se puede dar tanto de hombre a mujer como de mujer a hombre (De Vries, 2012; Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En América Latina, a pesar de los avances en la mayoría de los países en pos de su derecho a la igualdad y al reconocimiento de sus identidades, las personas trans

siguen conformando una comunidad excluida, lo cual se refleja de manera particular en la calidad de vida de buena parte de sus integrantes y en su falta de acceso a servicios de salud (Cabral, s.f.). De hecho, la comunidad académica ha explorado muy poco las realidades de salud de esta población. Y, a causa de sus altos índices de vulnerabilidad al VIH/SIDA, la academia ha consagrado casi exclusivamente sus esfuerzos al análisis de este factor, dejando de lado otros aspectos que merecerían igual consideración (Lukomnik y Ramos, 2012). Y es que, tal cual lo afirma la Organización Panamericana de la Salud (2013, p. 54), “los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe no siempre están suficientemente preparados para satisfacer las necesidades de salud de la diversidad sexual y de género”.

La colectividad travesti está conformada por un grupo creciente de personas que, dadas sus circunstancias sociales, a menudo encuentran en la prostitución una de las pocas opciones a su alcance para garantizar su supervivencia (Cabral, s.f.), y, a causa de sus limitadas condiciones económicas, efectúan en su cuerpo prácticas de feminización no convencionales e intervenciones corporales de tipo artesanal (Velandia, 2008; Salvatierra, 2009; Lafaurie, Miranda y Forero, 2011). Entre estos procedimientos, encontramos, por ejemplo, el uso de hormonas sin prescripción médica para feminizar el cuerpo y de inyecciones de silicona para moldear senos y caderas, que pueden generar serias complicaciones de salud (Cabrera et al., 2009). En efecto, el embolismo pulmonar es una de las consecuencias más graves del uso artesanal de silicona inyectada con fines estéticos (Camargo, 2011).

Schenone (2008) plantea al respecto que la inyección de silicona en travestis, como alternativa ante la cirugía estética para el aumento mamario, las lleva a que usualmente consulten por complicaciones con el procedimiento, siendo estas de difícil solución. Según este autor, la simplicidad de esta técnica “anima” a estas personas a efectuarla rutinariamente.

El Hospital Santa Clara E.S.E., de Bogotá D.C., atiende con regularidad a pacientes del colectivo travesti y desarrolla actividades de prevención en salud comunitaria en las que se evidencia esta problemática. Asimismo, Martínez et al. (2009), investigadores de este hospital, han documentado la presentación de embolismo pulmonar a causa del uso indiscriminado de silicona líquida con fines de transformación corporal.

Ahora bien, dado que las personas travestis construyen significados sobre la feminización en contextos culturales determinados y en las situaciones complejas que circundan sus modos de vida, es necesario profundizar en las prácticas que desarrollan. En

este sentido, conviene tener en cuenta las dimensiones subjetivas de los actores sociales implicados en procesos de transformación corporal y los significados compartidos por ellos, a fin de contar con referentes que permitan asumir y comprender estas prácticas como una realidad multideterminada y adelantar procesos educativos y preventivos para enfrentarlas de manera holística.

Por esta razón, este estudio se propone ofrecer un acercamiento no solo a la subjetividad y a las prácticas de feminización de travestis del centro de Bogotá, sino también a las complicaciones de salud derivadas de las intervenciones corporales, dada la importancia del cuidado de la salud y de la prevención de problemáticas como el embolismo pulmonar y otras complicaciones asociadas con ese tipo de procedimientos. Para tal fin, se procedió, en primer lugar, al abordaje de las experiencias de veinte personas autoidentificadas como travestis, cinco de las cuales fueron captadas en diversos servicios de consulta externa del Hospital Santa Clara E.S.E., y quince en la zona de alto impacto (zona de tolerancia de la prostitución), la cual hace parte del área de acceso del hospital, pues allí se realizan actividades extramurales de prevención en el campo de la salud sexual. En segundo lugar, se llevó a cabo el análisis de seis historias clínicas de hospitalización.

Se implementó un diseño multimétodo basado en cuatro tipos de fuentes de información: 1) una entrevista de tipo biográfico en profundidad con cinco travestis que acuden a servicios de consulta externa del Hospital Santa Clara E.S.E., mediante la cual fue posible ahondar en los antecedentes, los recorridos y las experiencias con las diversas prácticas de intervención corporal en busca de la feminización; 2) una entrevista estructurada, con el fin de conocer prácticas de intervención corporal y percepciones y valoraciones frente a cada una de ellas, realizada a quince personas travestis captadas en las localidades de Los Mártires y Santa Fe (zona de alto impacto de Bogotá), donde la Secretaría de Integración Social del D. C. y el Hospital Santa Clara E.S.E. realizan procesos educativos en salud sexual; 3) una entrevista de grupo focal, efectuada con once personas incluidas en el grupo anterior, que permitió profundizar en los significados asociados a la transformación corporal y en las alternativas de solución propuestas para esta problemática; y 4) una revisión y análisis de seis historias clínicas de hospitalización de personas de sexo masculino internadas a causa de embolismo pulmonar por silicona y por otras complicaciones asociadas a la transformación corporal con miras a la feminización, correspondientes al periodo 2005-2011 y disponibles en la base de datos del Hospital Santa Clara E.S.E.

Hay que insistir en que este trabajo busca aportar elementos para entender el fenómeno de la transformación corporal y sus complicaciones, siendo este un ámbito de estudio de particular importancia para el cuidado de la salud de las personas transgeneristas. Los hallazgos de este estudio, basados en buena parte en las narraciones de los propios sujetos, son de interés para la comunidad científica en los campos de la cirugía plástica y estética, la neumología, la cardiología, la ginecología y la endocrinología, ya que los riesgos derivados de la feminización de personas travestis están especialmente asociados con aspectos de la salud tocantes a estas disciplinas. Igualmente, pueden abrir nuevos caminos para quienes se interesan por los estudios sobre género y diversidad en los ámbitos de la salud pública, la bioética, la sexología, la salud sexual y reproductiva y las ciencias sociales.

Se trata de generar miradas incluyentes por parte del personal de salud que lleva a cabo procesos de atención, de consejería y de educación en autocuidado con estos grupos humanos, y muy especialmente de suscitar acciones de prevención y de detección de signos de alarma derivados de las prácticas de transformación corporal, desde una perspectiva de inclusión social y bajo un marco diferencial. También se pretende hacer un aporte al reconocimiento de la diversidad y del derecho a la salud del colectivo travesti que habita en el centro de Bogotá, ilustrando a la comunidad sobre sus necesidades y sobre los aspectos socioculturales y políticos que subyacen a su condición, los cuales hacen a este colectivo especialmente vulnerable y reducen a sus miembros a vivir en escenarios de exclusión y en circunstancias en que su salud resulta visiblemente afectada.

En este sentido, el objetivo general del estudio es explorar las prácticas, experiencias y significados de la transformación corporal con fines de feminización de personas con identidad de travestis del área de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. Esta exploración se realizará mediante un enfoque multimétodo, de corte cualitativo, con el fin de profundizar en la comprensión de esta realidad y de contar con referentes para fortalecer el desarrollo de procesos de atención, de prevención y de educación para el autocuidado destinados a este grupo.

Específicamente, pretendemos profundizar en los significados que estos mismos sujetos les otorgan a las intervenciones corporales con miras a la feminización, partiendo de sus propios relatos de vida; abordar sus prácticas, percepciones y valoraciones sobre estos procedimientos; analizar historias clínicas de hospitalización de personas de sexo

masculino¹ tratadas por embolismo pulmonar causado por silicona y por otras manifestaciones clínicas derivadas de la transformación corporal, con el fin de caracterizar los casos; y, finalmente, recomendar alternativas de intervención frente a las situaciones y complicaciones de salud generadas por estos procesos de transformación corporal.

2. El derecho a la salud, la equidad y las poblaciones LGBTI

El ejercicio del derecho a la salud se ve impactado por los patrones de distribución del ingreso y por las políticas de seguridad y protección social, así como por la disposición que se hace en cada país de servicios de salud adecuados y de programas y acciones de salud pública para erradicar o minimizar problemáticas prevenibles, y fomentar prácticas saludables en la población. Valores como la universalidad y la equidad en salud son aceptados de manera prácticamente generalizada en el mundo de hoy. Como plantea Suárez (2009, p. 2), “Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales es requisito para una vida colectiva digna”. El autor destaca que esta aspiración está consagrada en buena parte de los textos constitucionales de diversos países y que ha sido ratificada tanto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según Amartya Sen (2002), la equidad en salud no es un asunto que concierna únicamente a la atención de la salud; debe abordarse también desde criterios como la imparcialidad y la justicia que caracterizan los acuerdos sociales, y considerar la distribución económica, prestando la debida atención al papel de la salud tanto en la vida como en la libertad humanas. La equidad en salud toca aspectos diversos. De ahí que el autor proponga pensarla como un concepto de múltiples dimensiones que incluiría, además del logro de la salud, la posibilidad de contar con buena salud más allá de lo relativo a la distribución de la atención sanitaria. Igualmente, concierne a la justicia de los procesos, por lo que debería orientarse hacia la ausencia de discriminación en la prestación de servicios sanitarios (Sen, 2002).

La Sociedad Internacional de Equidad en Salud (ISEqH) sugiere que, en la actualidad, se presentan diferencias sistemáticas en relación con uno o varios aspectos de la salud que podrían remediarse, en poblaciones o en grupos poblacionales “definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (ISEqH, s.f.). “La innovación admi-

¹ En el contexto clínico la categoría “travesti” no es de uso; se utiliza la determinación biológica “sexo” y con poca frecuencia se hace referencia al sistema sexo-género.

nistrativa y política posee hoy un claro vínculo con las nuevas dinámicas de diversidad existentes”, señala Zapata-Barrero (2009), quien agrega que, en una sociedad multicultural y diversa como la actual, las políticas públicas no deben ser unidimensionales. Se precisa considerar que los bienes que se distribuyen, como la salud, la educación, la seguridad y la cultura, “tienen como receptor a un público cada vez más heterogéneo” (Zapata-Barrero, 2009, p. 93).

Según la Secretaría Distrital de Planeación, en Bogotá se han venido realizando importantes avances relacionados con las premisas constitucionales de la diversidad cultural; tanto el concepto de población como el alcance de las políticas poblacionales han sido motivo de debate y de reflexión en el Distrito Capital. La Secretaría ha retomado dos enfoques básicos en su construcción de lo poblacional en el Distrito: el enfoque poblacional desde los estudios revisionistas y el enfoque poblacional desde el desarrollo humano (Alcaldía de Bogotá, Secretaría de Planeación, 2008).

Considerando las propuestas revisionistas de las teóricas del feminismo, Nancy Fraser y Victoria Camps, la Secretaría Distrital de Planeación desarrolla el primer enfoque. De acuerdo con la aproximación de Nancy Fraser, expuesta en su texto *Justicia Interrumpida*, publicado en el 2000, los dilemas en torno a la justicia están centrados en la lucha por el reconocimiento a la diferencia: a la nacionalidad, la etnia, la raza, el sexo, la edad y la sexualidad, en oposición a la visión de un ciudadano entendido como culturalmente homogéneo. Desde esta perspectiva, existen dos formas de injusticia: la socioeconómica y la cultural, o sea, aquella relacionada con la falta de reconocimiento. Por su parte, Camps, en su ponencia *Elementos históricos del concepto de lo público*, realizada en el año 2000 —en el marco del V Encuentro del Tercer Sector llevado a cabo en Colombia— plantea que la división entre lo público y lo privado, propia de la ideología liberal, resulta nefasta para los desfavorecidos; en consecuencia, lo considerado tradicionalmente como “privado” no puede ser irrelevante para lo político.

El segundo enfoque contemplado por la Secretaría Distrital es el del desarrollo humano, basado en las teorías propuestas por autores como el nobel de economía Amartya Sen. Este enfoque conlleva un reconocimiento de la integralidad e interdependencia existente entre los diferentes derechos humanos, de donde se deriva una visión de sujetos de derechos que parte de una concepción del desarrollo dirigida hacia la restitución y realización de los mismos. A la población, en consecuencia, se le deben garantizar, además de libertades individuales, libertades instrumentales para consolidar sus proyectos de vida (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C./Secretaría Distrital de Planeación, 2009).

Los desarrollos en materia de derechos humanos a favor de las diversidades sexuales y de género, en Colombia y especialmente en Bogotá, se inician en la década de los años cuarenta, gracias al trabajo organizativo que el colectivo de personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas (LGBT) ha venido realizando desde entonces. Sin embargo, las primeras acciones de institucionalización se desarrollaron en la Alcaldía de Luis Eduardo Garzón, cuando, a través del Decreto 256 de 2007, se creó la Secretaría de Mujer y Géneros y Diversidad Sexual (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011). Posteriormente, mediante el Decreto 608 de 2007, se establecen los *Lineamientos de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas -LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones* (Decreto 608 de 2007). Este decreto “está compuesto por 14 artículos, los cuales se rigen por los principios de titularidad de derechos, efectividad de derechos, autonomía, identidad, equidad, solidaridad, diversidad y participación” (Buriticá, 2010, p.38). En 2008, y con base en la consulta ciudadana realizada en 2007, se elaboró el documento en que se plasman estos “lineamientos generales” (Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría de Planeación, 2008).

En 2014, luego de cerca de ocho años de avances en cuanto a la política social sobre mujer, géneros y diversidad sexual en Bogotá, se adopta la *Política pública para la garantía de derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales (LGBTI) del Distrito Capital*. La política, formulada mediante el Decreto 062 del 7 de febrero de 2014,

es el marco de acción social, político e institucional que, desde el reconocimiento, garantía y restitución de los derechos de las personas LGBTI que habitan el territorio, contribuye a modificar la segregación, discriminación e imaginarios sociales, en razón a la orientación sexual e identidad de género.

Acerca de la sigla LGBTI, aclara la Alcaldía Mayor de Bogotá que esta responde a pronunciamientos del Ministerio del Interior y de la Procuraduría General de la Nación, en los cuales se cambia LGBT por LGBTI “con el objeto de incluir, en la sigla, a las personas intersexuales y la protección de sus derechos” (2011, p.7). Resulta importante en este punto anotar que se denomina como intersexuales a las personas cuyos cuerpos poseen a la vez características “femeninas” y “masculinas”, características que pueden ser genéticas, gonadales o relacionadas con la apariencia de los genitales (Palacios, 2013).

3. El género y la identidad sexual como construcciones sociales: multiplicidad de las subjetividades trans

La perspectiva de género surge en oposición al determinismo biológico y ha incidido de manera decisiva en el devenir de las ciencias sociales. Entendida como categoría de construcción social, la categoría “género” se empieza a difundir hacia los años setenta (Hernández, 2006). Según De Barbieri (1992), un sistema de género es “un conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual —anatómica y fisiológica— y que dan un sentido general a las relaciones entre personas sexuadas”.

La OMS considera la identidad de género como el “el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto-concepto y comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género”. De acuerdo con esta organización, “la identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia” (Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud, 2000).

El sistema sexo-género legitimado socialmente pretende que, en todos los individuos, exista una concordancia entre su sexo y su género, cerrando la posibilidad a que las personas se comporten de un modo que no encaje dentro de lo que se concibe como correcto para su respectivo sexo, con lo que, según Rubin (1986), se garantiza la opresión de las mujeres y los homosexuales. De acuerdo con Téllez (2008), este sistema desconoce las diversidades sexuales y de género y las múltiples formas como los sujetos construyen sus identidades, así como las realidades que subyacen al hecho de que las personas se identifiquen con el sexo que no corresponde con su anatomía.

Gómez Suárez (2009) propone una teoría explicativa sobre los modelos sexo-género que, para ella, pueden corresponder o bien a un orden “digital”, o bien a un orden “analógico”. Los dos grandes modelos *digitales*, que resultan ser muy influyentes en el mundo occidental, son el modelo judeo-cristiano y el modelo biomédico, los cuales se ven regidos “por lógicas binarias y excluyentes en sus formas de percibir las identidades sexuales (ser), las opciones sexuales (hacer) y las relaciones de parentesco (estar)” (Gómez Suárez, 2009, p. 67). A continuación, Gómez Suárez sigue explicando que existen otros sistemas sexo/genéricos de corte *analógico*,

que son más flexibles, fluidos y plásticos y resultan un contrapunto a los modelos digitales hegemónicos: el patrón sexo/genérico mediterráneo, el patrón zapoteco del

Istmo de Tehuantepec, el modelo rarámuri del norte de México y el modelo de la India hinduista, donde se han institucionalizado las categorías intersexuales, referidas a aquellos individuos que han nacido con características que combinan lo propio de los varones y lo propio de las hembras. El modelo sexo/genérico maya prehispánico y la sociedad africana bijagó responden también a estas lógicas analógicas (Gómez Suárez, 2009, p.67).

La existencia de categorías sociales que hacen referencia a un tercer género, en culturas del sureste asiático, es descrita por Sanders (2008), quien menciona entre otras a las *bijras*, *aravanis*, *zenanas* y *metis* de Asia del Sur; a las *bakla* de Filipinas; a las *mak nyabs* de Malasia y a las *kathoey* de Tailandia. El autor afirma que estas identidades están referidas exclusivamente a personas nacidas con sexo masculino (en ocasiones identificadas como intersexuales) y enfatiza en que no son equivalentes a las categorías transexual, travesti, *cross dresser* o afeminado, las cuales también pueden existir en esos países, como es el caso de las *ladyboys* en Tailandia. A pesar de la tradición que encierra la existencia de estos grupos, y de los roles religiosos y sociales que se les pueden asignar, con frecuencia quienes los conforman suelen ser objeto de exclusión social —siendo común su inserción en el trabajo sexual— y pueden ser víctimas de la brutalidad policial, por lo que el autor insta a estos países a desarrollar respuestas afirmativas frente a esta situación. Se pensaría, a partir de lo anterior, que las identidades sexuales que no coinciden con el modelo genérico dominante (que las hace “diferentes”), sea cual fuere la naturaleza de su conformación y el contexto social y cultural donde se desarrollen, son más vulnerables a la discriminación y a los abusos de poder.

Según lo señala la Organización Panamericana de la Salud (2013), se debe tener en cuenta que el sexo físico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona, representan cuatro características individuales diferentes. En cuanto al sexo, por lo general se hace una distinción entre características sexuales primarias (es decir, los órganos reproductivos de una persona) y las características sexuales secundarias (o sea otros rasgos físicos, no genitales, que diferencian a los machos de las hembras). El sexo es asignado al nacer como hombre o mujer, asignación que por lo general está basada en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, se consideran para asignar el sexo otros componentes (genitales internos, sexo cromosómico y sexo hormonal). “La identidad de género” es el significado que le da una persona a ser un hombre, una mujer, a ser de un género alternativo o de una combinación de géneros; esta identidad puede o no corresponder con su sexo

asignado al nacer. La “expresión de género” se refiere a la manera como una persona comunica su identidad de género a través de la apariencia física (incluyendo ropa, peinados y el uso de cosméticos), los gestos, las formas de hablar y los patrones de comportamiento en la interacción con los demás. La “orientación sexual” hace referencia a la atracción emocional, afectiva y sexual que puede sentir una persona por otra, bien sea del sexo contrario (heterosexual), del mismo sexo (homosexual), de ambos sexos (bisexual) o con independencia del género (pansexual); la orientación sexual, como una característica personal, es independiente de la identidad de género y de la expresión de género.

La identidad de género de una persona o su expresión de género, por lo tanto, no permiten una inferencia respecto a ella o a su orientación sexual. La “identidad sexual” incluye las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de las personas, y “abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo: mujer trans homosexual, hombre *cis* (es decir, no-trans) heterosexual, hombre trans heterosexual, etc.” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p.21).

Algunas teorías cuestionan la concepción de la identidad de género y de la orientación sexual como categorías que hacen referencia a una condición definitiva e inamovible de las personas. La teoría *queer* propuesta por Judith Butler (2002), filósofa norteamericana postestructuralista y postfeminista, basa sus premisas en una concepción performativa del género, el cual es comprendido como cambiante en tanto construido socialmente. En rigor, esta teoría es una crítica al modelo heterosexual concebido como parámetro de legitimación de las identidades y de las relaciones entre géneros, y, al mismo tiempo, expresa una preocupación por las nuevas identidades masculinas y femeninas, masculino-femeninas o femenino-masculinas. Por lo demás, aparte de ser una teoría, lo *queer* representa un movimiento social y político contemporáneo, dentro del cual transitan quienes consideran que las identidades de género son asuntos “móviles”.

Guash (2007) afirma que ni el tiempo, ni el espacio, ni las identidades son absolutos. Si las identidades son el resultado del contexto, señala el autor, resulta evidente que al cambiarlo estas se transforman. Las personas en consecuencia deberían afirmar, por ejemplo, que “están siendo” heterosexuales u homosexuales. Velandia (2006), partiendo de una perspectiva ecosistémica, plantea que la movilidad es una característica de la identidad, la cual es una “emergencia de una construcción, no siempre consciente, que afecta los procesos de socialización del sujeto” (Velandia, 2006, p.302). Expone el autor que las identidades sexuales pueden ser de género, de cuerpo, de sexo, de orientación sexual y de expresión comportamental sexual, lo cual explica su carácter complejo y

cambiante. En ese sentido, señala Velandia, “no puede hablarse de homosexualidad sino de las homosexualidades, heterosexualidades y lesbianidades” (Velandia, 2006, p.315).

Según Andrea García Becerra (2009), antropóloga investigadora que hace parte de la colectividad transgenerista colombiana, la categoría *transgénero* es una categoría amplia, a la que pertenecen las personas que subvierten la continuidad impuesta entre el sexo biológico y el género cultural, así como “la estricta segmentación de lo masculino y lo femenino”. Para ella, “las personas *trans* están en fuga en tanto no se identifican con la categoría hombres, cuestionan un patriarcado que se ha querido implantar en sus cuerpos y desnaturalizan de algún modo los órdenes de género”. Sin haber nacido mujeres, su feminidad es un motivo por el cual se exponen a múltiples violencias y discriminaciones. En sus propias palabras, los términos “transexual”, “travesti” y “trans” son “denominaciones que empleamos, en nuestros procesos cotidianos de construcción de identidad y en las formas de autorreconocimiento, quienes transitamos de lo masculino a lo femenino y que de distintas maneras intervenimos nuestros cuerpos para lograr la imagen de género femenino con la que nos identificamos” (García Becerra, 2009, p.149).

De Lauretis (2008, p.349), puntualiza que

el concepto “trans” sugiere que la transformación no radica en la transformación corporal de un sexo anatómico/biológico a otro sino en la transformación hacia un ser que va más allá de los dos géneros tradicionales (masculino y femenino), más allá de los dos sexos tradicionales (hombre y mujer) y más allá de las formas supuestamente tradicionales de organización sexual (heterosexual y homosexual). El término *trans*, por tanto, es el que mejor expresa la idea de que la identidad personal es un proceso en desarrollo.

El término “trans”, según la Organización Panamericana de la Salud, “cubre una variedad de concepciones de la identidad y formas de expresión de género” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 21). Existen, según esta entidad, diferencias con respecto a la aceptación de estos términos, sobre su definición exacta en los diferentes contextos culturales y regionales, y en lo referente a su construcción individual, lo que significa que algunas de las categorías y definiciones pueden no ser mutuamente excluyentes. El término “*transgénero*” se suele utilizar para describir a las personas cuyo género difiere del sexo que les ha sido asignado al nacer. En ocasiones, sin embargo, el concepto “*transgénero*” se contrasta con “*transexual*”, en cuyo caso “*transgénero*” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron, mientras “*transexual*” es utilizado “para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las característi-

cas sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizarse o masculinizarse” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p.22).

Señala Martínez Guzmán (2012) que como “transgénero” se designa, de modo inclusivo, a quienes se identifican con o expresan un género diferente al que se les ha asignado, involucren o no modificaciones corporales de reasignación sexual. El término “transexual” tiene sus orígenes en la perspectiva biomédica, y se refiere a aquellas personas que presentan una discordancia entre cuerpo e identidad y que, por lo tanto, buscan vivir como miembros del sexo “contrario” al asignado, recurriendo típicamente a terapia hormonal o a cirugía de reasignación sexual. Hay que tener en cuenta también que “no todas las subjetividades trans quieren reasignación sexogenital, con sus protocolos y cirugías, ni se narran siempre como transexuales”, tal cual lo señala Escobar (2013, p.139).

Millán (2008, p.14) afirma que “transgénero” es un término que se usa para designar a personas que “lucen o actúan por fuera de las normas de género comúnmente aceptadas”. Y añade que “la persona transgénero o transgenerista no requiere hacer nada, solo experimentar la sensación, aunque tarde o temprano la persona trans comienza a hacer su transición”.

La expresión “transgénero” (*transgender*, en inglés) surgió entre grupos de activistas en los Estados Unidos como un término alternativo frente a la categoría “transexual”, emanada del paradigma médico, de cara al cual se han manifestado abiertamente opuestos. El término transgénero no hace referencia a un diagnóstico formal, sino a una categoría utilizada para agrupar a las personas que se ubican o transitan entre lo masculino y lo femenino, y es usado por personas llamadas transformistas, travestis, transexuales, entre otras (Verástegui, 2013).

En el caso colombiano, las denominaciones y las construcciones con respecto a lo trans y a las categorías que conforman esta comunidad no dejan de tener una incidencia política, dado que, al hallarse la colectividad trans en plena construcción de sus derroteros, con miras a la inclusión social, las formas de nombrar y de nombrarse cobran una importancia particular, como veremos en el siguiente aparte.

4. Implicaciones para la población trans de la abolición del “desorden de la identidad de género”

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2013), el hecho de ser una persona trans no constituye, *per se*, una condición patológica de ningún tipo, “aunque vivir como una persona trans, a menudo, requiere de esfuerzos para enfrentar

entornos discriminatorios y hostiles” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, p. 31). La WPATH (Asociación Mundial para la Salud Transgénero, por su sigla en inglés), entidad que aglomera investigadores y profesionales que trabajan a favor de la salud de las personas trans en diferentes regiones del mundo, considera importante diferenciar la “variabilidad de género” —que se refiere al grado en que la identidad, el papel o la expresión de género difieren de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular— de la disforia del género, que consiste en “la incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)” (WPATH, 2012, p.3). Solo en algunos casos de personas con variabilidad de género se presenta disforia de género en algún momento de sus vidas, afirma esta entidad. Para quienes presentan disforia del género, continúa la WPATH, el tratamiento debe ser individualizado y, dependiendo del caso, puede implicar: cambios en la expresión o rol de género; terapia hormonal; cirugías para el cambio de características sexuales primarias o secundarias; psicoterapia (individual, de pareja, familiar o grupal), con el fin de explorar la identidad, rol y expresión de género; abordar el impacto negativo de la disforia de género y el estigma en la salud mental; aliviar la transfobia internalizada; aumentar el apoyo social y entre pares; mejorar la imagen corporal; o promover resistencia (WPATH, 2012).

En muchos países, la única forma en que las personas trans pueden acceder a la atención en salud a través del Estado y al reconocimiento legal de su identidad ha consistido en que posean un diagnóstico de desorden mental asociado a su no conformidad de género. Misse y Coll Planas (2010) plantean que, como consecuencia de esto, a menudo las personas trans recurren a la autopatologización, lo cual representa para ellas dejar de ejercer libremente su derecho a la identidad de género. El acatamiento del modelo biomédico por parte de las personas trans, de acuerdo con Vázquez-García (2009a), tiene con frecuencia un carácter estratégico, pues se trata de la única forma de conseguir un reconocimiento legal que les facilite el acceso a una vida adecuada. Misse y Coll Planas (2010) proponen, como un modo de paliar esta realidad, hallar vías para que las personas trans puedan seguir recibiendo atención apropiada de parte del Estado, sin que sea necesario perpetuar el estigma que representa para ellas ser diagnosticadas con un trastorno de salud mental. A partir de una amplia reflexión crítica, los autores proponen a los sistemas de salud ir más allá de evaluar la identidad de género de las personas para “acompañarlas en sus decisiones”, pasando de un modelo médico a un modelo de derechos humanos donde no se determinen “las formas de entender y de vivir la transexualidad”.

Según el planteamiento de Verástegui (2013), mientras los discursos científicos se han preocupado por señalar y explicar el transgenerismo/transsexualismo como una patología, las mujeres y hombres trans han buscado la reivindicación y el reconocimiento de sus identidades a través de sus discursos, acciones, manifestaciones y prácticas sociales. Afirma este autor que “las luchas contra la patologización de la transexualidad surgen del movimiento de personas trans muy recientemente y han retomado las ideas del movimiento antipsiquiátrico, replanteando los conceptos de enfermedad mental” (Verástegui, 2013, p.10).

En 2010, la WPATH emitió un comunicado en que solicita la despatologización de la variabilidad de género en todo el mundo, instando a reconocer este fenómeno como un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no “debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo” (WPATH, 2012, p.5).

Como respuesta a las demandas de esta y otras organizaciones profesionales que trabajan a favor de las personas trans, así como de los colectivos y organizaciones políticas de personas trans en el mundo, la APA (American Psychiatric Association), entidad responsable de actualizar el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), conocido como DSM-5, eliminó en el año 2013 el diagnóstico “desorden de la identidad de género”, dando paso al de “disforia del género”, cuyo elemento crítico se relaciona con la presencia de malestar clínicamente significativo o de deterioro social o laboral causado por la no conformidad de género, sin que ello represente un desorden mental. La disforia de género es una nueva clase de diagnóstico incluido en el DSM-5, el cual refleja un cambio en la conceptualización de los rasgos definitorios del trastorno, haciendo hincapié en el fenómeno de la “incongruencia de género” en lugar de hacerlo en la identificación transgénero en sí misma, lo que se venía dando en el caso del “trastorno de identidad de género” establecido en el DSM-4 (APA, 2013a).

Verástegui (2013), buscando elementos de juicio para analizar las posibles implicaciones de la despatologización del transsexualismo/transgenerismo para las personas trans colombianas, realizó un estudio cualitativo con participación de personas trans (de hombre a mujer y de mujer a hombre) vinculadas a diferentes organizaciones nacionales. En las entrevistas realizadas por este autor, en las que se evidencia la multiplicidad de formas en que los sujetos que participaron en ese estudio se construyen como personas trans, se hallaron también diferentes opiniones sobre el debate de la despatologización, que no en todos los casos se ha visto como algo estratégicamente conveniente para el colectivo trans,

en razón de la posibilidad de estas personas de ser tratadas por los sistemas de salud del Estado, siempre que la transexualidad se considere como un trastorno de salud mental.

Para Verástegui, lo central está en considerar que, si bien en el contexto colombiano no se manifiesta un discurso unificado sino que se expresan múltiples realidades, expectativas e ideas al respecto, lo importante no está en afirmar si se está en acuerdo o en desacuerdo con la despatologización, sino en visibilizar las necesidades y demandas de las personas trans, construyendo un discurso de denuncia sobre las vulneraciones y discriminaciones a las cuales están sujetas. El autor destaca en este recorrido la importancia de identificar que las demandas expresadas por las organizaciones sociales de personas trans en el país están enmarcadas en dos necesidades principales; la primera, consiste en entender las transformaciones corporales de las personas trans como cuestiones de salud pública que deben ser cubiertas por la seguridad social; y la segunda, radica en garantizarles a las personas trans el acceso a los procedimientos. Esto, según plantea Verástegui, supone generar instrumentos articulados que deben ser aplicados en todo el territorio colombiano con el fin de que las personas trans tengan mejores tratamientos y reciban atención de la mejor calidad, lo que implica eficiencia, efectividad y experticia por parte de médicos y profesionales tratantes.

En Colombia, algunas empresas promotoras de salud (EPS), mediante acciones de tutela, han empezado a otorgar a personas transexuales tratamientos de sustitución hormonal, seguimiento psiquiátrico, implantes mamarios y cirugía de reasignación de sexo, lo que ha hecho que los actos reivindicativos de las personas trans adquieran una dimensión política, según puntualiza García Becerra (2009). Sin embargo, señala la autora, a diferencia de las transexuales, que han logrado estos avances a favor de su situación, las travestis, que “transitan, viajan y se movilizan por los géneros, en desplazamientos que muchas veces cobran vidas”, no han logrado tener cabida en el sistema de salud (García Becerra, 2009, p.140). Y añade García Becerra:

De este modo las intervenciones en el cuerpo que buscan modificar el género y el sexo constituyen una perspectiva privilegiada para hacer una crítica del actual sistema de salud en Colombia, de la ciudadanía —condicional— en salud y de la atención de las necesidades específicas de minorías identitarias. (García Becerra, 2009, p.140)

La posibilidad de que, independientemente de las necesidades particulares de cada una, todas las personas trans puedan obtener, por parte del sistema de salud colombiano, atención en salud que contemple procesos de feminización o de masculinización, beneficiaría de manera muy particular a quienes hacen parte del colectivo travesti.

5. La identidad travesti: revelación de un nuevo sentido social del género

Para esclarecer el significado de la categoría “travesti”, que corresponde a la forma cultural con que son denominadas o se autodenominan las personas que constituyen el interés central de este trabajo, resulta necesario hacer un recorrido en torno al concepto, que varía en su connotación según el contexto donde se lo utiliza. El término “travesti”, de acuerdo con el *Diccionario de la academia española* (2001), corresponde a la “persona que, por inclinación natural o como parte de un espectáculo, se viste con ropas del sexo contrario”. De otra parte, Romi (2006) señala que la categoría “fetichismo travesti” ha sido utilizada para designar, desde la sexología, a quienes experimentan placer al utilizar atuendos del sexo contrario. Esta categoría, según el autor, se debe diferenciar del travestismo homosexual que se encuentra en el medio de la prostitución y del transformismo que consiste en el uso de prendas del sexo contrario en el campo del arte o la representación. Las personas travestis “verdaderas”, explica Romi, suelen ser de sexo masculino y heterosexuales.

El travestismo femenino, a pesar de algunas referencias a su estudio y reconocimiento científico a inicios del siglo XX (Cutuli, 2013), no se halla descrito en la literatura científica contemporánea. Para el filólogo Ismael Gutiérrez (2009), hay referencias al travestismo en las mujeres (el cual posee un carácter básicamente contracultural), especialmente en épocas anteriores al siglo XX, cuando se da un cambio trascendental en cuanto a la condición de las mujeres en la sociedad, pero esta realidad se desdibuja. Gutiérrez destaca que hay ejemplos diversos de travestismo femenino en representaciones de la cultura, de la historia, el folclore, la literatura o de las artes plásticas,

donde estas se cuentan por millares, pues el disfraz varonil, amén de las pulsiones eróticas que en ocasiones motivaban su uso, o incluso como complemento de esos propósitos, se posiciona como una estrategia empleada, si no siempre contra el heterocentrismo asfixiante que ha dominado en las culturas patriarcales, al menos sí contra antiguas concepciones antifeministas, según las cuales la mujer debía estar al servicio de las necesidades de los hombres y, a la vez, bajo la protección y el dominio del varón, ya fuera éste padre, esposo o amante. (Gutiérrez, 2009)

En el campo de la psiquiatría, el DSM-5 define el “desorden travestista” (*transvestic disorder*) como un desorden parafilico, propio de varones heterosexuales, que consiste en sentir placer sexual al vestir ropas femeninas, lo que los lleva a experimentar angustia clínicamente significativa, que afecta su vida social o laboral (APA, 2013b). Se-

gún la APA, la presentación de angustia y el que se trate de hombres heterosexuales son condiciones establecidas para que pueda ser aplicado este diagnóstico.

Sin embargo, más allá de la connotación sexológica y de la definición psiquiátrica del desorden parafílico de tipo travestista —y sin que exista una correspondencia con este diagnóstico— se suele denominar como “travestis”, tanto en Colombia como en otros países de América Latina, a las personas transgeneristas que, habiendo nacido con sexo masculino, transitan hacia lo femenino en su diario vivir, transgrediendo el sistema sexo-género, lo cual las estigmatiza y las segrega; sin embargo, aunque se identifiquen con el género femenino, las travestis por lo general no buscan el cambio de sexo. Como señala la Organización Panamericana de la Salud, el término “travesti”,

en algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital. (OPS, 2013, p. 22)

“Las identificaciones *travesti*, *transsexual*, *transgénero* y *trans* despiertan controversias en torno a su pertinencia para dar cuenta de experiencias personales y colectivas”, señala Cutuli (2013), quien además destaca que

los procesos de sedimentación histórica de la experiencia travesti deben conceptualizarse en un contexto global de creciente circulación de categorías identitarias. Estos términos, útiles para movilizar demandas, no pueden extrapolarse ni aplicarse mecánicamente para dar cuenta de experiencias complejas, y fundamentalmente inestables e inacabadas. Así como la politización de la categoría travesti tiene su propia historia, las personas que hoy se identifican con ella ya existían antes de que estuviera disponible. (Cutuli, 2013, p. 202)

En Colombia se ha posicionado de manera reciente la categoría política “mujer transgénero” (o “mujer trans”), en la que se ha incluido, con fines de lucha por sus derechos, a las travestis, además de otras identidades transgeneristas. Sin embargo, no todas las personas travestis se autoreferencian como mujeres y, en algunos casos, hay resistencia frente a esta denominación. Veamos el siguiente texto de Escobar, donde este cuestionamiento aparece en palabras de una lideresa trans colombiana como parte de una narración sobre sí misma:

Para el mundo yo soy una mujer transgénero; es el término políticamente construido, aunque no estoy de acuerdo porque sería convalidar el estereotipo de lo que

tiene que ser un hombre o una mujer; entonces las travestis no podemos tener el cabello corto, las travestis tenemos que andar siempre en minifaldas y entaconadas, no nos podemos poner una sudadera, las mujeres lo hacen, ¿por qué nosotras no? Yo prefiero a mí misma definirme como hombre homosexual travesti y afrodescendiente, yo lo digo coloquialmente en muchos espacios, yo soy negra, marica y puta. (2013, p.139)

Es importante subrayar que este estudio se centra en la realidad de aquellas personas que, dentro de la gran colectividad trans, se describen a sí mismas como “travestis”; entre otras cosas, porque está orientado a profundizar en aspectos de su identidad y de su diario vivir que se asocian con sus necesidades de salud. No es posible abarcar con tal denominación a todas las personas que hacen parte del colectivo transgenerista y sus multiplicidades, ni a todas las personas que se identifican a sí mismas como “mujeres trans”.

De acuerdo con Velandia (2009), las travestis “se consideran, quieren y buscan ser tratadas como mujeres, pero no todas quieren dejar de tener su pene, porque, a diferencia de las transexuales, las travestis no buscan cambiar su morfología genital”. Y es precisamente ese “juego” categorial, propio de las travestis, lo que a menudo les crea conflictos con el entorno social, donde se suele rechazar todo lo que no encaja en los órdenes binarios del sexo y del género.

La prostitución representa el modo de vida de las personas travestis como regla general, salvo casos en que estas logran insertarse en el medio de la estética como estilistas o, lo que es aún más remoto, realizar actividades informales en el campo del comercio, el modelaje, el arte o la confección (Lafaurie, 2009). De hecho, se sabe que el grupo de “travestis” hace parte de aquellos que, como los “*strippers*”, los “pirobos” y las “transformistas”, prestan servicios de prostitución a hombres en Bogotá (Lafaurie, 2002).

García Becerra señala que “la mayoría de personas en ejercicio de la prostitución callejera, que tienden a reconocerse como travestis e incluso como *mariconas* o *locas*, asumieron de manera explícita su identidad trans a edades muy tempranas, entre los diez y los 15 años” (2009, p.133). Debido a la exclusión de que son objeto por su identidad, las travestis se mueven dentro de ámbitos sociales reducidos y constituyen una subcultura con territorios y prácticas comunes, en que la feminización y sus procedimientos hacen parte importante del diario vivir (Lafaurie, Miranda y Forero, 2011).

Cutuli plantea, a partir de su análisis de algunos estudios antropológicos sobre las travestis adelantados en América Latina, que tanto los trabajos que tratan sobre la construcción de la identidad de género, como los que abordan problemáticas de salud

de estas personas, reconocen la centralidad de la prostitución en sus vidas (2012). Por su parte, Clavijo, Montoya y Suárez afirman, a propósito de las travestis que habitan el centro de Bogotá, que “la prostitución para la travesti es el espacio vital que le permite desarrollar la identidad y opción asumida a través de su sexualidad; además, le permite obtener beneficios económicos, cumplir metas, sueños y deseos a nivel personal, familiar y social” (2007, p.256).

Al respecto, señalan Meccia, Metlika y Raffo: “sintiéndose dueñas de la decisión de ser travestis pero sin control sobre el destino de la misma, va apareciendo como posibilidad trabajar con aquello (lo único) que está bajo su dominio: el cuerpo” (2005). La existencia de un sistema que las excluye y margina, tanto económica como simbólicamente, es un hecho subrayado por Raffo, quien considera que esta realidad “lleva a las travestis a construir su espacio prostibular como fuente de supervivencia; como intersticio en el cual poder sobrevivir” (2005, p.13).

Sotelo (2006) afirma que la condición sexual de la travesti la hace “sospechosa” en el entorno, destacándose esta más que cualquier otra condición, aun la de ser persona. Esta identidad de género, según la autora, considerada por fuera del mundo binario de los sexos aceptados socialmente, se halla en los bordes de la sexualidad reconocida como tal, en los márgenes de lo que es considerado como “normal”. Tal “deslizamiento estadístico”, añade, ubica a la travesti en un lugar marginal, ejemplo de lo cual es la forma en que se cataloga su identidad: “desviación sexual”.

La penalización de sus actos —concluye Sotelo—, el intento de ocultar su presencia en algunas familias, la expulsión de las escuelas, el encarcelamiento, otras formas de negación, muestran que la sospecha y la desconfianza, estructuran los vínculos de estas personas con las instituciones, entre ellas las de la salud. (2006)

La relación entre sexualidad, identidad y corporalidad es estrecha. Según Cordo y Cornelli (2008), el cuerpo travesti encarna la lucha de la comunidad “trans” y “pone en cuestionamiento categorías de género que ya habían provocado revuelo tras la escisión sexo-género, rompiendo los parámetros binarios femenino/masculino”. Ante la multiplicidad de géneros, “se impusieron en el escenario público las travestis, con sus gestos y corporalidades que expresan sus mundos subjetivos”. De acuerdo con los autores, las personas “trans” crean, mediante la visibilización de sus cuerpos, nuevos sentidos sociales, con sus formas de participación, sus resignificaciones de prácticas colectivas y sus discursos comunicacionales. Y añaden que el cuerpo travesti constituye una hibridación entre sexo biológico, performatividad genérica y deseos, hibridación que rompe la he-

terosexualidad normativa, “en una convivencia de elecciones que conforman un nuevo tipo de identidad que no es encasillable en categorías binarias”.

Por su parte, Velandia (2009) subraya que las travestis, en su ejercicio genital, incluyen generalmente la penetración a otros hombres como una forma de obtener o proveer placer, “sin que esto afecte la vivencia que tienen de sí mismas como féminas”. Ellas experimentan así la “trasgresión” de las relaciones de poder tradicionalmente establecidas entre quien penetra (supuestamente el macho) y quien recibe la penetración (supuestamente la mujer), aunque tienen sobre todo identidad femenina. “La travesti —afirma Sotelo (2006)— realiza diversas intervenciones y técnicas para la producción de lo femenino en su cuerpo, pero este femenino, no es antagónico a lo masculino”, pues la experiencia de ser femenina en un cuerpo de hombre es, de acuerdo con esta autora, “cualitativamente diferente a la experiencia de ser femenina en un cuerpo de mujer”. Esta ambigüedad se expresa no solo en la esfera social, sino en la sexual, rompiendo con la construcción binaria de la sexualidad y originando características masculinas y femeninas a la vez, algunas naturales y otras artificialmente producidas.

6. Prácticas corporales, subjetividad y transformación

“La notable dedicación que las personas y las instituciones le conceden al cuerpo no ha pasado desapercibida”, afirma Pedraza (2007, p.16). El cuerpo, como categoría de estudio, ha comenzado a abordarse como un campo autónomo en las ciencias sociales y humanas. En opinión de la autora, pasadas las controversias filosóficas clásicas en torno a la dicotomía cuerpo-alma y mente-cerebro, se empezó a incorporar, en las agendas antropológicas, sociológicas, históricas, feministas y de los análisis culturales, los estudios sobre el cuerpo.

Según ella, las orientaciones críticas frente al desarrollo del conocimiento científico se han interesado por los hechos que se expresan a través del cuerpo o cuyos itinerarios se muestran en este, y se han hecho visibles en las preocupaciones contemporáneas por “el control de la natalidad, el aborto, las terapias hormonales, la ingeniería genética, los cambios de sexo, la clonación, las intervenciones estéticas, el trasplante de órganos, los deportes de alto rendimiento y la eutanasia” (Pedraza, 2007, p.16). La personalidad es una dimensión particularmente estética y se ve afectada por la acción que ella ejerce sobre sí misma; es un terreno abonado para que se pongan en práctica “tecnologías del yo” de diferente naturaleza.

Según Cachorro (2009), en las prácticas corporales es posible visualizar “tendencias, predominios y prevalencias en los modos de ser y posicionarse en la vida”. Y Pedraza agrega que la corporalidad ha pasado a ser un pilar para la comprensión de la condición humana contemporánea:

Se pensaría que en el cuerpo, y en los diversos aspectos sociales y culturales que se iluminan en clave corporal, las ciencias sociales y humanas han encontrado una vía para explorar hechos como la opresión, el sufrimiento, la diferencia, la colonialidad, la experiencia, el dolor, la sexualidad, la violencia, el conocimiento, las expresiones culturales y la fiesta, que en los casilleros conceptuales modernos apenas columbran (Pedraza, 2007, p.76)

De esto se desprende que la tendencia hacia la estetización ha incidido igualmente en la evolución de los derechos, que en la actualidad tienden a basarse en principios humanos más integrales que aquellos considerados durante el siglo XIX y hasta mediados del XX. Este tránsito ha influido en la declaración de derechos culturales, así como en la de derechos de la personalidad.

Pedraza afirma asimismo que “el cuerpo es un locus de significado de género porque permite traducir el sueño de sí mismo como política de la subjetividad Queer” (2009). Y añade que, en la representación para la vida diaria y para la escena, la forma como la persona travesti se siente a sí misma, su experiencia estética, expresada y comprendida socialmente a través del arreglo y del vestido, produce el significado de género. A este respecto, Barreda e Isnardi (2005) señalan que las travestis, con sus prácticas de transformación corporal, buscan construir su identidad personal a partir de “signos femeninos”; con ello, “contribuyen al cuestionamiento de las ciencias médicas en la sociedad moderna, manipulando tecnologías de producción de nuevos cuerpos con nuevos significados” (Barreda e Isnardi, 2005, p.2).

7. Feminización del cuerpo y complicaciones de la salud

En el contexto de las identidades transgeneristas y transexuales, existe un vínculo muy estrecho entre la salud, las tecnologías médicas y la transformación corporal, lo que ha incentivado desarrollos desde la teoría crítica, la bioética y la antropología médica. Vásquez García plantea que, no obstante la naturalización del sistema sexo-género, en que la medicina reafirma el dogma según el cual a un cuerpo humano le corresponde exclusivamente un sexo, desde los años cincuenta se ha venido subvirtiendo en parte ese

mismo esencialismo, al reconocerse el carácter socialmente construido de la identidad de género (2009b). De hecho, las categorías “transexualidad” o “disforia de género”, de acuerdo con este autor, solo han sido posibles a partir del cuestionamiento de este esencialismo biologista, cuestionamiento que admite la existencia de una discordancia entre lo dado biológicamente y aquello generado mediante el aprendizaje psicosocial. Es en el espacio entre el sexo biológico y el género social donde encuentra cabida la cirugía de reasignación sexual, que busca curar el trastorno “configurando una apariencia corporal ajustada al género socialmente aprendido”:

A la base de esta tecnología médica y de su agresivo intervencionismo, se encuentra un planteamiento constructorista que no resulta menos radical que el de la Teoría Queer: se trata de encarar el cuerpo como una materialidad infinitamente manipulable, un cuerpo-artefacto sometido a amputaciones, injertos, implantaciones y tratamientos hormonales de toda índole. (Vázquez García, 2009a, p.6)

Asimismo, subraya este autor que el constructivismo médico asociado a la cirugía “abre el cuerpo a una expansiva mercantilización de alcance global, muy lucrativa, donde los pacientes transexuales acaban convirtiéndose en consumidores crónicos de los servicios sanitarios” (Vázquez García, 2009 b, p.4).

De acuerdo con Barreda e Isnardi, en su construcción del género femenino, las personas travestis desarrollan un complejo proceso, en los planos simbólico y físico, de adquisición de atributos interpretados por la sociedad como propios de dicho género. Los primeros pasos, señalan los autores, consisten en adoptar algunos signos exteriores de la mujer, entre los cuales se destacan la vestimenta y el maquillaje. Poco a poco se va produciendo la transformación corporal, de modo que “el cuerpo de la mujer comienza a ser emulado, tanto en su apariencia como en sus formas” (Barreda e Isnardi, 2005). Para ello, las travestis se inyectan siliconas y experimentan diversas formas de intervención quirúrgica que tienden a modelar determinadas zonas corporales como los pechos, los glúteos, las piernas y el rostro. Esta nueva imagen va acompañada, por lo general, de la adopción de un nombre femenino, que se utiliza como medio de reconocimiento dentro y fuera del grupo; el cuerpo se reinventa y se transforma en una superficie sobre la que se inscriben determinados signos femeninos. Así, “las travestis van creando un cuerpo sexual con independencia de los genitales que portan (en la mayoría de los casos no reniegan de ellos) a partir de la producción del cuerpo de las mujeres” (Barreda e Isnardi, 2005). Su cuerpo no se limita ni se construye “por las marcas que surgen del sexo biológico”.

Ahora bien, según lo señalado por Velandia (2009), en ocasiones la hormoni- zación y algunos de los cambios estéticos que son realizados por las travestis sobre sí y sobre otros son efectuados por personas no capacitadas, quienes ofertan servicios a muy bajo costo y con graves consecuencias que, incluso, llegan a provocar la muerte.

De hecho, la aplicación de silicona subcutánea con fines de transformación corporal constituye una de las prácticas más frecuentes entre travestis que buscan la femini- zación. Sin embargo, su uso con fines estéticos puede llegar a ocasionar severas complica- ciones inflamatorias locales y sistémicas de tipo pulmonar. De acuerdo con Salvatierra, en estos casos se evidencia la migración de la silicona “al tejido linfático regional y distante, así como a sitios más alejados del organismo a través del torrente sanguíneo” (2009). Según este autor, no obstante los riesgos y las complicaciones causadas por este procedi- miento, se ha seguido implementando, a lo que se añade la intervención de personal no médico en su aplicación: “se ha demostrado que las siliconas inyectadas en forma subcu- tánea con fines cosméticos provocan daño tisular local y en ocasiones acceden al torrente sanguíneo ocasionando embolismo pulmonar, el cual puede ser letal” (Salvatierra, 2009).

Según Martínez y sus colaboradores, la silicona se utiliza en el mundo desde hace varios años: “con frecuencia para fines médicos, aumento ilegal de mama, y otros procedi- mientos cosméticos” (2009, p.65). Ahora bien, las complicaciones, tanto leves como gra- ves, pueden ocurrir después del uso de silicona u otros tejidos de relleno; la embolia por silicona y la migración después de la inyección subcutánea se descubren posteriormente en los capilares pulmonares de personas transexuales, siendo los senos y la región glútea las zonas corporales en que con mayor frecuencia se utiliza la inyección. En la mayoría de los casos, las aplicaciones se hacen de manera repetitiva. Después de la aplicación, se practica masaje de la zona expuesta, de tal forma que se incrementa la presión de la sustancia en el tejido manipulado, induciendo migración y desplazamiento intravascular de la silicona, lo que origina embolismo pulmonar y sistémico (Martínez et al., 2009).

El uso de fluidos altamente viscosos, como silicona y aceite mineral, debe ser seriamente condenado, advierten Joris y sus colaboradores (2001) como resultado de un estudio con quince personas transexuales que buscaban su feminización mediante estos procedimientos, las cuales tuvieron que recibir atención médica para disminuir in- flamaciones e infecciones, así como enfrentarse en ocasiones a tratamientos quirúrgicos. Y es que estas intervenciones no convencionales pueden causar desde cicatrices hasta deformidades.

La alta tasa de morbilidad en la población trans de Latinoamérica por uso de silicona responde, de acuerdo con Cabral (s.f.), no solo a las consecuencias inmediatas de la propia aplicación de silicona (por ejemplo, cuando la silicona ingresa de manera accidental en el flujo sanguíneo), sino a las consecuencias de esa aplicación a largo plazo (que pueden ser ocasionadas por el desplazamiento de la silicona, o por su infiltración en los tejidos muscular, hepático, cardíaco, pulmonar o renal). La administración de silicona constituye, según el autor, “una biotecnología de modificación corporal que es altamente accesible y de relativo bajo costo, siendo inyectada, habitualmente, por otras trans especializadas en su aplicación” (Cabral, s.f., p.13). Su uso está determinado tanto por las necesidades asociadas con el trabajo sexual, como por necesidades de orden comunitario, allí donde la transformación corporal está ligada con la pertenencia a una comunidad que, para Cabral, es básicamente una comunidad de supervivencia.

Según algunos estudios realizados en contextos diferentes a América Latina, la exclusión económica y social está relacionada con frecuencia con estas prácticas de riesgo. Por ejemplo, de un grupo de cincuenta y una personas transgénero con promedio de edad de veintidós años, pertenecientes a minorías étnicas de Chicago (la mitad de ellas afroamericanas) y habitantes de zonas deprimidas, un 29% han usado alguna vez silicona (Garofalo et al., 2006). Asimismo, varios autores y autoras han descrito los efectos adversos del uso de hormonas feminizantes en personas “trans”, especialmente en casos en que los tratamientos no están controlados médicamente. Puig y Halperin (2006) señalan que el tratamiento hormonal resulta seguro en manos expertas, pero no está exento de potenciales problemas que deben ser minimizados utilizando dosis adecuadas. Moore, Wisniewski y Dobs (2003), en una revisión sistemática acerca del uso de esteroides en transexuales, reportan efectos adversos reales y evidentes de estos procedimientos, entre los cuales se encuentran el incremento de la trombosis venosa profunda y el acelerado crecimiento de prolactiloma, reseñados por varios autores (Becerra, De Luis y Piedrola, 1999; Mueller y Gooren, 2008).

La alteración cardiovascular, la presencia de hiperprolactinemia, así como las alteraciones de la función hepática, deben tenerse en cuenta en pacientes transexuales que se someten a tratamiento hormonal en que se combinan estrógenos y antiandrógenos, de acuerdo con Becerra, De Luis y Piedrola (1999). No obstante, ellos mismos encuentran que, a pesar de los efectos indeseados, este tipo de tratamiento evita la pérdida de densidad ósea. De igual modo, dichos autores han establecido que, en pacientes que

reciben esta combinación de estrógenos y antiandrógenos, disminuye la producción de vello corporal. Incluso New et al. (1997) aseveran que, a largo plazo, el uso de terapia de estrógenos en personas transexuales de varón a mujer tratadas médicamente puede mejorar la función vascular.

La utilización de agujas usadas constituye un riesgo serio de salud que merece ser abordado en esta población. A partir de un modelo matemático, Liaño, Valera y García (2003) han estimado que el riesgo global de infección por cada episodio de inyección (considerando prevalencia de jeringas contaminadas, así como probabilidades de compartirlas y limpiarlas, etc.) sería de 0,0067, lo que representa aproximadamente 1 de cada 150 individuos. Edwards, Fisher y Reynolds (2007), en un estudio demográfico realizado en la ciudad de Los Ángeles, analizaron datos de 2.126 casos de personas con VIH/SIDA, de las cuales noventa y dos eran personas travestis y nueve transexuales (hombre a mujer). Las personas del grupo de travestis reportaron en mayor medida haber recibido hormonas mediante inyección con agujas usadas y haberse realizado la prueba del VIH; también reportaron en mayor medida haber mantenido relaciones sexuales pagadas y haber usado drogas ilegales intravenosas como la heroína; de otra parte, tuvieron mayor tendencia a residir en viviendas inestables y a recibir insultos y comentarios desconsiderados por su condición. Es claro que, por el hecho de utilizar agujas usadas y por llevar a cabo actividades sexuales de tipo comercial, esta población estaría en mayor riesgo de contraer el VIH.

Otro procedimiento importante que debe ser tenido en cuenta es la mamoplastia practicada a transexuales y travestis. Según Kanhai et al., en el mundo la investigación y el seguimiento a este tipo de procedimientos son mínimos (1999). Dada la poca preparación de los médicos para reconocer diferencias entre las mamoplastias realizadas a mujeres y aquellas realizadas a transexuales, muchos riesgos de salud no son detectados. En Colombia, por ejemplo, las intervenciones corporales no convencionales constituyen un problema específico de salud de la población travesti.

Gil plantea que la hormonización casera (por fuera del sistema de salud), las inyecciones de silicona y otro tipo de intervenciones invasivas para acomodar el cuerpo al género deseado, realizadas con sustancias riesgosas y sin intervención profesional, tienen graves consecuencias para la salud (2010). Y es que en los contextos travestis es frecuente la automedicación y el uso de altas dosis de hormonas femeninas: estrógenos, etinilestradiol y progesterona, tanto en pastillas como en inyecciones (García Becerra,

2009). Asimismo, es común la introducción en el cuerpo de implantes caseros y artesanales a base de aceites de cocina o de siliconas industriales, intervenciones que suelen realizarse sin seguimiento médico.

Por otra parte, conviene recordar que en Bogotá la población trans es la más marginada entre las personas del colectivo LGBT. Según un estudio realizado por la Universidad Nacional, Profamilia y CLAM, publicado en 2009, esta población participa en sectores de la economía informal y presenta los más bajos niveles de escolaridad. Además, se destaca que entre quienes se identificaron como “travestis” se encuentra la mayor proporción de personas que no están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o que pertenecen al régimen subsidiado. De acuerdo con dicho estudio, este colectivo “muestra la más alta proporción de entrevistados que no ha completado la educación básica secundaria y las menores proporciones de quienes han accedido a la educación superior”; de igual modo, “representa la menor proporción de entrevistados que trabajan como empleados y la mayor proporción que trabajan como independientes” (Profamilia/UNAL/CLAM, 2007).

Lafaurie (2009) estableció que, entre travestis que habitan o frecuentan la zona de alto impacto del centro de Bogotá, es común la utilización de hormonas y de inyecciones de silicona por su propia cuenta, y la realización de intervenciones quirúrgicas que no cumplen con las condiciones de calidad requeridas. Mediante el presente estudio se ha buscado profundizar en esta realidad, y es por ello que dos de las estrategias de indagación consideradas han estado orientadas hacia el abordaje de las personas travestis que hacen parte de esta comunidad.

Capítulo 2

Recorrido metodológico: múltiples estrategias para un problema complejo

1. El enfoque multimétodo como modelo integrador

La visibilización de las realidades locales para alimentar la política social es uno de los propósitos centrales de la investigación cualitativa en el contexto de la salud. Esto supone la elección de rutas que permitan contar con la mayor calidad de información, profundizar en los hechos sociales ligados a la calidad de vida y al bienestar humano, y reconocer las múltiples determinaciones de las problemáticas que se presentan en este ámbito.

El análisis de las prácticas sociales y culturales también hace parte fundamental de los trayectos propios de la investigación cualitativa en salud. Bonilla y Rodríguez plantean que las características esenciales de los fenómenos involucrados en un sistema social y cultural no pueden ser identificadas estableciendo una clase *a priori*, ni tampoco por medio de la inducción enumerativa que caracteriza el estudio superficial sobre las características de los objetos de una clase predefinida. Estos atributos “solamente pueden ser detectados mediante la inducción analítica, esto es, estudiando a profundidad un número reducido de casos para descubrir las propiedades esenciales del fenómeno que está siendo considerado” (2005, p. 44).

En el recorrido realizado, con miras al abordaje de una realidad compleja como la feminización de personas travestis por medio de la intervención corporal, se buscó ahondar en esta realidad partiendo de un pequeño universo de casos. Esto se hizo con el fin de ofrecer referentes para la generación de estrategias de intervención educativa y de prevención; de minimizar las problemáticas de salud, y de instaurar nuevas miradas en torno a esta situación desde las disciplinas médicas. Para lograr este objetivo, se ha procurado reconocer las prácticas de transformación corporal de un grupo de personas

pertenecientes a la comunidad travesti de Bogotá, acogidas por el Hospital Santa Clara E.S.E. en los niveles intramural y extramural, quienes se desenvuelven en un contexto determinado y generan significados culturales particulares sobre su realidad.

Varios sistemas constituyen la trama en que está inmersa la salud de las personas que hacen parte del grupo abordado por este estudio: el sistema social, en que se crean desigualdades e inequidades que afectan de manera particular la salud de quienes hacen parte de la comunidad LGBTI; el sistema sexo-género, que estigmatiza las identidades sexuales y de género no hegemónicas y que las excluye; las relaciones de poder que permean la vida familiar, institucional y grupal de los sujetos, de acuerdo con valores patriarcales; y la cultura y los modos de vida, que comprenden prácticas y significaciones que otorgan sentido a la experiencia de las personas travestis en sus procesos de feminización y que guardan estrecha relación con los contextos sociales y culturales donde estas se encuentran.

La tarea en el plano metodológico se ha orientado en buena parte a hallar, desde la investigación cualitativa, estrategias de abordaje de la problemática capaces de aportar a la construcción de una mirada integradora, holística e interdisciplinaria de esta realidad y de los contextos que la circundan, reconociendo su carácter complejo. Para tal fin, ha sido de crucial importancia adaptar las herramientas de indagación a las condiciones y realidades propias de los sujetos, con objeto de generar en ellos una acción reflexiva, pues, al relatar su realidad, las personas logran visibilizarla de un nuevo modo, reordenando su propia historia, lo que constituye un aporte vital de la investigación cualitativa a la construcción de ciudadanía (Lafaurie, 2006). Tal cual lo propone Desmarais (2009), la perspectiva biográfica permite dar la voz a quienes han carecido de espacios para expresarse. En este sentido, el servir de vehículo a la expresión le otorga a esta forma de aproximación un carácter ético particularmente importante.

El enfoque multimétodo (EMM) puede ser entendido como una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para la indagación sobre un mismo fenómeno u objeto de estudio. El uso de diferentes métodos, estrategias y procedimientos de investigación para indagar sobre un mismo problema ha sido de rápida aceptación en diferentes áreas y contextos de investigación (Ruiz Bolívar, 2008). Según Pérez Serrano, el investigador cualitativo “utiliza conscientemente las herramientas de su trabajo metodológico, desplegando cualquier estrategia, método o material empírico que tenga a su alcance” (2007). La combinación de diversos métodos, materiales empíricos y perspectivas, así como la pluralidad de observadores, focalizados en un estudio

particular, debe considerarse “como una estrategia que agrega rigor, amplitud y profundidad al trabajo del investigador” (Pérez Serrano, 2007).

La triangulación, realizada mediante el uso de diferentes estrategias para solidificar los resultados en la investigación social, facilita la convergencia de resultados a partir de un mismo objeto de estudio (sin perder la orientación del método) y ayuda con ello en la construcción conceptual (Triviño y Sanhueza, 2005). De acuerdo con Pérez Serrano, tres son las razones básicas que pueden llevarnos a la integración de distintos métodos en un mismo diseño de investigación: 1) obtener imágenes distintas de un mismo fenómeno social o de una misma realidad que ha de ser estudiada; 2) equilibrar las limitaciones de un método con las fortalezas de otro; y 3) fortalecer la validez de los resultados. Por lo demás, como indica Pérez Serrano (2007), la creación de una estructura coherente es requisito para que sea posible una integración en el plano metodológico. En consecuencia, teniendo en cuenta el carácter exploratorio del abordaje realizado y su complejidad, se ha optado por la utilización del modelo multimétodo, considerando un grupo de estrategias emanadas de las necesidades del estudio, en cuya escogencia fueron criterios centrales el factor viabilidad y los aspectos éticos.

2. Técnicas utilizadas para la recolección de datos

En este estudio fueron considerados dos tipos de estrategias de recolección de datos: la técnica de entrevista y la técnica de análisis documental. La entrevista cualitativa ha sido central para la obtención de la información, de modo que se han estimado tres modalidades de entrevista en etapas diferentes del trabajo de campo: una entrevista en profundidad, para la obtención de relatos de vida temáticos; una entrevista estructurada; y una entrevista de grupos focales. De otra parte, se utilizó la técnica documental, basada en el análisis cualitativo de historias clínicas de hospitalización.

En primer término, se proyectó la realización de cinco entrevistas en profundidad para la construcción de relatos de vida. La entrevista en profundidad, según Bonilla y Rodríguez (2005), “puede definirse como una conversación o un intercambio verbal cara a cara, que tiene como propósito conocer en detalle lo que piensa o siente una persona con respecto a un tema o situación particular” (Bonilla y Rodríguez, 2005, p.93). Taylor y Bogdan, a su vez, destacan que se dirige a la comprensión de las perspectivas de los entrevistados con respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, y busca excavar en la historia de la persona entrevistada desde su propia experiencia y a partir de sus propias palabras (1987).

Para Cornejo, los relatos de vida surgidos de este tipo de entrevistas posibilitan el abordaje de aspectos específicos de la historia de los narradores (2006). Por eso tal forma de aproximación resultó particularmente apropiada a las necesidades de nuestro estudio, uno de cuyos objetivos centrales fue, precisamente, conocer el contexto dentro del cual ha transcurrido la vida de las personas entrevistadas, conocimiento esencial para comprender y analizar sus vivencias y profundizar en la historia de feminización experimentada por cada una de ellas.

Los guiones para la realización de estas entrevistas fueron validados teóricamente mediante la participación de tres expertos. Además, contaron con una ratificación cultural a través de una prueba piloto que permitió comprobar su pertinencia. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas para facilitar el procesamiento de la información. Los resultados obtenidos a través de las historias de vida ofrecieron insumos para la creación de las otras dos modalidades de entrevista, la estructurada y la de grupos focales, las cuales se describen a continuación.

Para las entrevistas estructuradas, que se caracterizan por facilitar la clasificación y el análisis de aspectos específicos, se elaboró un protocolo de preguntas y respuestas prefijado que se siguió sistemáticamente, considerando interrogantes que podían ser de tipo cerrado o proporcionar a la persona alternativas de respuesta que debía “seleccionar, ordenar o expresar” según “el grado de acuerdo o desacuerdo” (cf. Vargas, 2012). Este tipo de entrevistas permitió conocer de manera organizada cada una de las prácticas de feminización implementadas y sus particularidades (cómo, con quién y dónde se realizaron), la valoración de las experiencias por parte de los sujetos en términos de satisfacción, los riesgos conocidos y los cuidados que se hubieran tenido en cuenta.

A partir de los datos aportados por los relatos de vida, se construyó un cuestionario de cuatro secciones cuyo contenido fue validado por un grupo de expertos y posteriormente sometido a validación cultural mediante su aplicación a dos personas del grupo estudiado. A través de este cuestionario, se abordó cada uno de los tipos de prácticas de intervención corporal (tanto de tipo estético como quirúrgico, hormonal o artesanal), y se indagó acerca de su utilización o no por parte de las personas entrevistadas, y acerca de su conocimiento sobre el procedimiento. A quienes hubiesen accedido alguna vez a una práctica de intervención corporal, se les preguntó por el tipo de procedimiento realizado, el establecimiento donde se llevó a cabo, la persona que lo practicó, los costos que tuvo, los cuidados que se contemplaron, los riesgos conocidos, la valoración de la experiencia en términos de nivel de satisfacción y si lo recomendarían o no.

Se realizó una sistematización por escrito de las preguntas cerradas. Además, se grabó cada entrevista y se transcribió posteriormente. Su análisis facilitó la obtención de datos particularmente relevantes para el estudio. A pesar de que los hallazgos no son generalizables, al considerar quince sujetos en su propio contexto comunitario fue posible dibujar un panorama aproximado de la realidad experimentada por el colectivo travesti que se desenvuelve en la zona de alto impacto del centro de Bogotá.

Finalmente, con once integrantes del grupo de quince personas travestis abordadas mediante entrevistas estructuradas, se desarrolló en un segundo momento una entrevista de grupo focal, a través de preguntas que se orientaron a conocer su percepción acerca de la transformación corporal y las posibles alternativas de solución frente a las problemáticas derivadas de tales intervenciones. Los grupos focales hacen parte de las metodologías participativas de investigación. Según Bertoldy et al. (2006), “son considerados una técnica específica de investigación acción participativa orientada a la obtención de información cualitativa dentro de la categoría más amplia de entrevistas grupales”. Para Fontana y Frey (2008), constituyen una técnica de recolección de información cualitativa, orientada mediante un cuestionario sistemático que es respondido por varias personas simultáneamente, de manera informal o formal.

El instrumento creado para el estudio contó con preguntas previamente elaboradas y revisadas por expertos, las cuales orientaron una discusión informal en que se exploraron propuestas colectivas sobre cómo adelantar, en la comunidad travesti, procesos educativos y de prevención de problemáticas derivadas de la intervención corporal para la feminización. Se realizó una grabación y posterior transcripción del material narrativo producido durante la sesión.

La última técnica considerada en el estudio fue de tipo documental y consistió en el análisis cualitativo de historias clínicas de hospitalización. El expediente clínico “es el documento que cristaliza el acto médico y refleja por escrito, objetivamente, el curso de la enfermedad del paciente y el actuar del médico para su atención” (Dubón, 2010, p.16). Para Santamaría et al. (2005), es un recurso de información que pasa por todas las etapas de la cadena o proceso documental: a) producción, que corresponde a la recolección y selección de datos y documentos que la integran; b) análisis de dicha documentación mediante su descripción, indexación o resumen; c) almacenamiento en archivo; y d) distribución y recuperación, con base en la codificación de la información. Según D’Innocenzo y Adami (2004) y Setz y D’Innocenzo (2009), el análisis cualitativo de historias clínicas es un método de indagación utilizado a menudo en investigaciones en el campo de la enfermería.

Mediante un proceso de análisis de contenido orientado teóricamente, se examinaron en el estudio seis historias clínicas de hospitalización correspondientes a casos de embolismo pulmonar por silicona y otras complicaciones debidas a intervenciones con miras a la feminización, que fueron localizadas en la base de datos del Hospital Santa Clara E.S.E. El análisis de contenido, según López, es una de las técnicas de mayor prestigio científico en el campo de la observación documental; busca descubrir los componentes básicos de un fenómeno, extrayéndolos de un contenido dado (2002). Para efectos del estudio realizado se construyó y se validó, mediante revisión de tres expertos, un instrumento de sistematización que permitió, por un lado, extraer datos para la caracterización de los casos y, por el otro, recolectar información sobre antecedentes (patológicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos y de salud mental), diagnósticos de ingreso y egreso, tipo de intervención corporal y condiciones psicosociales particulares de los sujetos (vida en calle, historia de violencia intrafamiliar y uso de sustancias psicoactivas). Mediante el análisis desarrollado, fue posible describir los contextos donde se presenta la problemática, caracterizar a los sujetos y definir los antecedentes de salud más significativos, así como las complicaciones causadas por las intervenciones corporales no convencionales con miras a la feminización.

3. ¿Quiénes participaron en el estudio?

La selección de participantes en el estudio se realizó partiendo de la técnica de “selección basada en criterios” (o “selección con un propósito”) propuesta por Maxell (1996), para quien la selección se realiza de manera deliberada y responde al fin de obtener la mejor calidad de información. Se buscó desde esta perspectiva seleccionar los momentos, los escenarios y las personas que mejor información pudieran proveer para responder nuestras preguntas de investigación. En este orden de ideas, fueron considerados los siguientes sujetos:

- Cinco personas que se identifican como travestis, atendidas por diversos servicios de consulta externa del Hospital Santa Clara E.S.E., mayores de 18 años, de estratos 0, 1 y 2, las cuales accedieron a responder entrevistas en profundidad y a relatar sus historias de vida.
- Quince personas travestis localizadas en la zona de alto impacto del centro de Bogotá, mayores de 18 años, de estratos 0, 1 y 2, con las cuales el Hospital Santa Clara E.S.E., en coordinación con la Secretaría de Integración Social, desarrolla labores de prevención y de educación para el autocuidado en sa-

lud sexual y reproductiva y procesos de formación para el restablecimiento de derechos. Estas personas, que respondieron entrevistas estructuradas, fueron ubicadas mediante la técnica de “bola de nieve” (Ulin, Robinson, Tolley y Mc Neill, 2002); a partir de los primeros acercamientos desarrollados en calle con el apoyo de la Secretaría de Integración Social, las personas participantes fueron ayudando a integrar a otras más.

- Once personas del anterior grupo que accedieron, luego de la realización de las entrevistas estructuradas, a participar en un grupo focal que permitió abordar, desde su perspectiva, la transformación corporal y las posibles alternativas de intervención educativa para la prevención en su comunidad de los riesgos causados por los procedimientos de feminización no supervisados médicamente.

4. Proceso de análisis

Como se ha dicho, además de las historias de vida, las entrevistas y el grupo focal, se analizaron seis historias clínicas de personas de sexo masculino tratadas por embolismo pulmonar y otras problemáticas asociadas con la transformación corporal con fines de feminización, disponibles en la base de datos del Hospital Santa Clara E.S.E. y correspondientes al período 2005-2011.

Según Glaser (s.f.), la descripción es el resultado en el análisis cualitativo. De acuerdo con este autor, la “teoría fundamentada” en investigación cualitativa es un método estructurado y a la vez flexible que lleva a construir hipótesis generadas teóricamente por parte de los investigadores a partir de procedimientos de recolección y de análisis de datos explícitos, de forma simultánea, secuencial y sistemática, lo que permite la emergencia de una totalidad conceptual. El análisis de datos en la “teoría fundamentada” tiene por fin descubrir categorías, desarrollarlas, relacionarlas y saturarlas (De la Cuesta, 2006).

En el proceso analítico se consideran básicamente una codificación abierta, como primer paso, y una codificación axial, en un segundo momento. La codificación abierta se realiza mediante una lectura tentativa del material textual, en que el investigador “examina, reflexiona, compara y conceptualiza”, construyendo códigos preliminares. Una vez realizada la codificación abierta, los códigos provenientes de esta son reagrupados de nuevas formas, originándose los códigos conceptuales, con un nivel mayor de abstracción, a partir de la reflexión realizada por el investigador con base en el modelo teórico-conceptual que enmarca su estudio.

Una tercera etapa tiene por objeto refinar e integrar las categorías, mediante lo cual se va desvelando una categoría que se considera como central, contenida en todas las demás: la teoría del estudio (Do Carvalho et al., 2009). Dado que el trabajo realizado, que aborda un número relativamente reducido de casos, se ha orientado a presentar una aproximación descriptiva de tipo exploratorio más que a desarrollar un proceso de construcción teórica, no han sido contemplados los procesos de codificación selectiva y de construcción de categorías interpretativas descritos por Do Carvalho et al. (2009), si bien se ha considerado la teoría fundamentada como un modelo integrador de gran utilidad para el análisis.

El uso de la herramienta computarizada Atlas ti es útil para el análisis cualitativo, principalmente cuando existen cantidades significativas de datos textuales, empleando el método de la “teoría fundamentada” (Hernández y Sanchez, 2008). Para efectos de la investigación y con el fin de realizar una aproximación integral al fenómeno, se procesó el material narrativo con apoyo del software. Una vez se obtuvo el resultado acerca de los datos textuales y se realizó la respectiva transcripción, se estructuró la información mediante la metodología que soporta este software. Se llevó a cabo un proceso de establecimiento de categorías y de codificación del material cualitativo. Los datos descriptivos que emergieron fueron categorizados con apoyo del marco teórico y organizados en cuadros en que se pueden visualizar tendencias y prioridades gracias al ordenamiento de tipo numérico. Para clasificar los datos producto del análisis de historias clínicas, se usaron cuadros descriptivos, una vez establecidas categorías analíticas orientadas teóricamente.

Después de este paso, se procedió a la interpretación de los hallazgos con apoyo del marco teórico del estudio, y a la discusión sobre los mismos mediante la integración de elementos emergentes de la totalidad del proceso para dar paso al establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

5. Aspectos éticos de la investigación

Este estudio contó con el aval del Comité de Ética del Hospital Santa Clara E.S.E. Con base en la Resolución del Ministerio de Salud 008430 de 1993, este ha sido considerado un estudio de riesgo mínimo, ya que puede tocar aspectos especialmente sensibles de las personas, lo que llevó a los investigadores, con varios años de experiencia en el trabajo con personas travestis en el ámbito de la salud sexual, a efectuar una aproximación particularmente consciente tanto en la construcción de los instrumentos como en el abordaje de los sujetos, la cual estuvo orientada por una perspectiva de derechos y por el

respeto a la identidad sexual. Se observaron de manera permanente los requerimientos relativos a este tipo de abordajes, y se tuvo en consideración su carácter libre, informado y consentido. En este estudio los nombres propios de las personas participantes han sido modificados para preservar su privacidad.

Capítulo 3

Prácticas de feminización y significados compartidos: principales hallazgos del estudio

En la presentación de los hallazgos más significativos del estudio, nos centraremos, en primer lugar, en los relatos de cinco personas travestis localizadas en diversos servicios de consulta externa del Hospital Santa Clara E.S.E., los cuales nos permitirán acercarnos a los contextos dentro de los que se han desarrollado sus vidas y profundizar en las trayectorias propias de sus procesos de feminización, partiendo de testimonios obtenidos mediante entrevistas en profundidad.

En un segundo momento, se describirán las prácticas de feminización con base en la información recopilada por medio de entrevistas estructuradas, las cuales se llevaron a cabo con un grupo de quince personas travestis de la zona de alto impacto del centro de Bogotá; en esta entrevistas se abordaron sus experiencias y sus valoraciones sobre las diferentes formas de intervención corporal. Además, se integraron a este análisis narraciones obtenidas después de estas entrevistas mediante un grupo focal con once personas pertenecientes a este mismo grupo.

En tercer lugar, se presentará el análisis de seis historias clínicas de hospitalización por intervenciones corporales con fines de feminización, las cuales, como se ha dicho, fueron localizadas en la base de datos del Hospital Santa Clara E.S.E.; estas historias nos han permitido caracterizar los casos, así como describir los antecedentes de salud y las complicaciones reportadas.

1. ¿Qué develan las historias de vida?

La historia de vida es un recurso de amplia pertinencia cuando se busca realizar una aproximación exploratoria a una realidad en que la cultura ocupa un lugar preponderante. Conocer los contextos donde se han desarrollado las vidas de las personas abordadas;

qué las ha llevado a la decisión de modificar sus cuerpos; cómo han sido sus experiencias con la transformación corporal, y qué significados le asignan al proceso de feminización, partiendo de sus propios puntos de vista, fueron las inquietudes que orientaron el trabajo cualitativo centrado en los relatos de cinco personas de la comunidad travesti del centro de Bogotá que fueron localizadas en servicios de consulta externa del Hospital Santa Clara. Veremos a continuación lo que se logró develar en estas conversaciones.

En la Tabla 1, se presentan algunos datos que permiten caracterizar el grupo de personas participantes en esta etapa del estudio en lo relativo a su procedencia, su edad, sus condiciones educativas, su ocupación y la edad en que iniciaron sus procesos de feminización.

Tabla 1. Caracterización de participantes en historias de vida

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Procedencia</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Edad de feminización</i>
Laura	27	Florencia, Caquetá	Secundaria incompleta	Estilista	19
Paola	27	Cali, Valle	Secundaria incompleta	En situación de prostitución	12
María Camila	36	Barrancabermeja, Norte de Santander	Secundaria incompleta	En situación de prostitución	13
Roxana	53	Bogotá, D. C.	Secundaria incompleta	Estilista	15
Rebeca	56	Natagaima, Tolima	Primaria incompleta	En situación de prostitución	17

Nota. Fuente: los investigadores.

Como se puede apreciar en el cuadro, las personas entrevistadas se encuentran entre los veintisiete y los cincuenta y seis años de edad. Cuatro provienen de diferentes departamentos y regiones del país, en tanto que una nació en Bogotá. En cuanto a sus niveles educativos, llegan como máximo a la secundaria incompleta. Es importante anotar que, actualmente, tres personas se hallan en situación de prostitución y dos son estilistas (aunque estas dos personas reportan que en el pasado también vivieron experiencias dentro de la

prostitución). Cuatro de estas cinco personas iniciaron sus procesos de feminización antes de cumplir la mayoría de edad y solo una a los diecinueve años. Hay que destacar, por lo demás, que dos personas comenzaron este proceso atravesando aún su infancia.

Por otra parte, es necesario subrayar que las vidas de las personas que han participado en esta primera etapa del estudio se desarrollaron en hogares en que la situación económica era precaria; dentro de familias desintegradas a causa del abandono del padre; o en las que se presentaron situaciones de vulnerabilidad social y afectiva, como es el caso de Paola, quien relata lo siguiente:

Tengo veintisiete años; mi madre de sangre me regaló; a la edad de dos añitos, me dio en adopción. A la edad de los trece conocí a mi mamá propia de sangre postrada en una cama, muriéndose de sida porque era trabajadora sexual.

En el caso de Rebeca, el distanciamiento del padre causó un fuerte impacto en su familia y en su vida, tal cual lo observamos en esta narración:

Mi papá consiguió otra mujer y entonces ahí comenzó el problema: la mujer que él consiguió no permitía que mi papá me fuera... que nos fuera a visitar. [...] A los catorce años cogí mi aventura, independiente, me independicé. Estuve trabajando en fincas. Porque yo soy realista: a mí me ha tocado coger café para poder sobrevivir, algodón, maíz, desyerbar, todo lo que ha sido del campo me ha tocado. Pero yo soy independiente; así, desde los catorce años, soy independiente por mi cuenta pa' poder sobrevivir [sic]. Después me metí a la prostitución [...] Yo iba juntando, juntando y por ahí le mandaba a mi mamá; venia pa' la casa [sic] y le dejaba lo que le traía a mi mamá y ahí cogía para otro sitio.

La prostitución en ocasiones se convierte para las travestis en un modo de obtener ingresos no solo para resolver sus necesidades, sino también para ayudar económicamente a sus familias. Como lo afirman Lafaurie, Miranda y Forero (2011, p.32), “la prostitución [les] ha permitido acceder a ingresos que han aliviado no sólo las precarias condiciones personales sino las circunstancias familiares”. Y añaden los autores que no es de extrañar que “las travestis ayuden económicamente a sus familias y en especial a sus madres” (2011, p.32).

2. La identidad femenina: una realidad que se devela desde la niñez

Según las cinco personas que narraron sus historias de vida, desde la niñez desarrollaron atracción por los hombres, así como se hizo evidente su identificación con el

mundo femenino. Paola recuerda de esta manera las primeras impresiones de su interés por el universo de las mujeres:

A la edad de los ocho años empecé a mirar a los hombres de modo extraño. A las mujeres las miraba, pero con una mentalidad diferente: “¡Ay, tan bonita! —decía yo— ¡Yo quiero ser así! ¡Esas piernas!, ¡esa cara!, ¡ese cabello...! ¿Cuándo será que voy a ser así?”

Rebeca, hoy con cincuenta y seis años, relata de este modo su experiencia infantil y los comienzos de su gusto por lo que se considera propio de las mujeres:

Yo era muy afeminada desde muy pequeño [sic] [...] No me gustaba el fútbol, no me gustaba nada de eso; [en cambio], sí [tenía] otros síntomas, sí [me gustaban los] juegos de niña, lo que era de cocina, lavar, todo eso a mí me llamaba la atención. [...] Yo no me he puesto un pantalón de hombre que diga uno que se siente un hombre; nunca me lo he llegado a colocar.

De acuerdo con los relatos de las personas entrevistadas, debido a su identidad, en su vida escolar se hizo frecuente la violencia de parte de otros niños. Roxana comenta que, desde muy temprano, a sus siete años, era notoria su identificación con lo femenino, y que a esa edad ya era víctima de discriminación y maltrato de parte de sus compañeros:

Se dieron cuenta primero mis compañeros, yo no sabía que era así; siempre era tímida, me pegaban, me saboteaban. Pues siempre mis amigas fueron las niñas, siempre había más diálogo y respeto con ellas, con los niños no. Yo sentía era fobia contra ellos y siempre tildándome de “marica”, “mariposa”; entonces sentía era fobia, rechazo contra los niños; siempre en los juegos, por ejemplo, eran bruscos.

En cuanto a Paola, la estigmatización de la que fue objeto en su vida escolar fue tal, que anuló su motivación para seguir estudiando. Veamos su relato:

Hice hasta primero de bachillerato. Ya no quería estudiar más y me mamé porque en la escuela era que “Gatored”, que “María la del barrio”; bueno, apodos iban y venían y me mamé de darles guama a más de uno porque yo era la que me agarraba desde pequeña, me alborotaba porque era de muy mal genio y amargada a morir; usted donde me ve, me ve muy sola siempre.

Situaciones que van desde la depresión y el bajo rendimiento escolar, hasta el suicidio, pueden derivarse del acoso, el hostigamiento y la violencia experimentados en las escuelas por estudiantes lesbianas, gais, bisexuales y transgeneristas de parte de sus pares y del personal docente y administrativo (García, 2007).

Por lo demás, tal cual lo refiere María Camila, la homosexualidad —que es un punto en común en las narrativas de las cinco personas que relataron sus historias de vida— les generó a menudo rechazo por parte de sus familiares:

Mi papá, cuando se enteró que yo era homosexual, hasta ahí llegó: se acabó toda la felicidad de nuestro hogar porque yo era la adoración de él, yo era la luz de él. Imagínese, me colocó su mismo nombre. Él me adoraba más a mí que a mi hermano, y cuando se enteró que yo era así, ahí se acabó todo. [...] Yo iba a cumplir trece años cuando me fui de la casa.

En el caso de Laura, son travestis tanto ella como otra hermana; y aunque para su madre “fue duro al principio” que los dos hijos hombres tomaran la decisión de transformarse, su familia, constituida por su progenitora y cuatro hermanas, los quieren y los respetan como son. Esto relató Laura:

No sé cómo explicar por qué salimos juntos así. Primero fui yo la que tomó la iniciativa de querer transformarme, ser otra persona, no ser un hombre sino una mujer, aparentar ser mujer, y después fue mi otra hermana. Cuando tenía quince años, sentía que como me vestía ya no iba conmigo. Y nunca me simpatizó tener una relación con una mujer ni nada; siempre me gustaron fue los hombres. Entonces, a mis dieciocho años, ya decidí cambiar.

Conviene en este punto retomar la noción de “identidad sexual” propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (2013), entendida como una totalidad donde convergen aspectos como las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. De igual modo, es pertinente recordar la claridad que hace este organismo cuando afirma que la orientación sexual es una característica personal independiente de la identidad y de la expresión de género, y que en el mundo transgenerista se pueden observar diversidades. Ahora bien, parte de lo que suele constituir la narrativa de las personas “travestis” participantes en esta etapa del estudio, es la referencia a una identidad sexual en la que convergen una identidad de género femenina y una orientación sexual homosexual.

La no aceptación de su identidad suscitó en varios de estos casos el abandono del hogar a edad temprana y el ingreso a la prostitución como modo de subsistencia. Sus madres y hermanas con frecuencia comprenden a las personas y las defienden, siendo sobre todo los varones de la familia quienes reaccionan negativamente, según los relatos obtenidos. Esta es la narración de Rebeca sobre su salida del hogar a los catorce años:

Yo le dije a mi mamá: “vea, mamá, yo me voy a ir de aquí de la casa; pero yo estoy viniendo. Porque yo no quiero que usted tenga problemas con mis hermanos por defenderme a mí, [y que] mis hermanos la dejen por ahí; entonces yo mejor me voy”.

En este sentido, Estrada y García (2010) afirman que “el proceso de adoptar una identidad de género diferente a la asignada al momento del nacimiento, generalmente lleva a la expulsión del hogar, la escuela y la sociedad en general”. Y es que el ser rechazadas por madres, padres y otros familiares lleva a las personas trans a privarse de un importante grupo de apoyo y referencia. Como lo señala la Organización Panamericana de la Salud, “Las reacciones familiares frente a las primeras expresiones de no conformidad con el género asignado pueden ser intensamente desaprobatorias e, inclusive, violentas” (2012, p.62).

Su condición de género enfrenta a las personas travestis a un medio hostil, que las excluye de las oportunidades sociales (Lafaurie, et al., 2012). De ahí que la exclusión y el rechazo familiar lleven a las travestis a dedicarse, con frecuencia, a la prostitución y la vida de calle. Así lo relata Roxana, quien dejó su hogar a los quince años:

Yo me saqué la ropa de la casa, me fui y ahí empezó otra vida, porque me decían mis amigas: “Vaya que ese hombre la está mirando, vaya, pídale plata”; ya empezó la cosa de la prostitución y esto.

Para la travesti, de acuerdo con Clavijo, Montoya y Suárez, la prostitución representa su espacio de vida y el lugar social donde desarrolla aprendizajes, relaciones y comportamientos; en este espacio se le permite su construcción de acciones identitarias y se le facilita, a través de la práctica y la interacción social, recrear su identidad sexual “desde posiciones estratégicas y nómadas, deseantes y deseables por una población restringida en sus dimensiones afectivas y sexuales” (2007, p.256).

3. Recorridos en el proceso de feminización

González-Gil plantea que la identidad nos proporciona lazos de conexión con el mundo, combinando el cómo nos vemos y el cómo otros nos ven; existe un lazo entre la identidad y las oportunidades, presiones e influencias del mundo externo. Y añade la autora que “nuestro cuerpo no sólo es el medio a través del cual percibimos y experimentamos el mundo, sino que también es nuestro medio de comunicación, a través del cual nos expresamos y nos hacemos ver en el mismo” (2011, p.7).

De acuerdo con Velandia (2006), “la identidad está en permanente transformación”; no es algo cuya construcción haya terminado; al contrario, se edifica en relación

consigo mismo, con los demás y con la cultura. Las reflexiones de las personas se relacionan con sus experiencias de estar siendo y, en el caso de las travestis, vinculan, necesariamente, su vivencia del cuerpo, el vestido, el lenguaje o las relaciones con los demás. Es decir, se trata de una identidad dinámica y relacional. “Para las travestis —afirma Velandia— los significados culturales de la diferencia anatómica tienen un efecto que las moviliza en su identidad y las aproxima a su querer ser” (2006).

Según Barrera e Isnardi (2005), el proceso de feminización es paulatino y suele seguir un orden cuyo inicio se da cuando la persona empieza a vestir atuendos utilizados por las mujeres. En las historias de vida analizadas, todo suele comenzar con la vestimenta, que muchas veces se empieza a utilizar a escondidas, a edades tempranas. La ropa de madres y hermanas sirve al propósito de realizar los primeros ensayos en el uso de faldas, vestidos y ropa interior. Así lo cuenta Rebeca: “Cuando mi mamá se iba, yo me encerraba en la pieza y me ponía la ropa de mis hermanas”.

El uso de maquillaje también hace parte de esos primeros momentos del proceso de feminización. María Camila lo experimentó de esta manera: “Yo estaba en la escuela y a uno le da dizque por los pantalones entubados; yo los cosía, pantalones apretaditos. Llegaba a la discoteca y me echaba pestañina. Pero cuando uno llegaba a la casa, se quitaba todo”.

Velandia (2006, p.306), señala lo siguiente acerca de cómo sucede el tránsito identitario en las travestis:

La construcción del género en las travestis es muy peculiar. Ellas transgreden el sistema de género, tanto en lo particular como en lo colectivo. En ellas, la lógica del género se construye inicialmente desde el *deber ser*, a partir de la asignación sexual que han hecho los padres y madres, con base en las diferencias anatómicas y sexuales que distingue la sociedad. La identidad que la sociedad ha asignado inicialmente a quienes ahora “están siendo” travestis, es la masculina, considerada natural para los hombres.

La intervención del cuerpo con fines de feminización se inicia entre los doce y los diecinueve años, de acuerdo con las historias relatadas. El uso de hormonas en el inicio del proceso de transformación fue generalizado en los cinco casos; este proceso empieza con una larga secuencia de prácticas, que van desde las que implican procedimientos estéticos menores, hasta las mamoplastias, pasando por intervenciones empíricas mediante inyecciones de silicona líquida para aumentar los glúteos y los muslos y otras prácticas no convencionales. Así, la intervención con hormonas, sugerida a las participantes de este estudio por personas de su mismo medio que las introducen en su uso, se convierte en la

puerta de entrada a la intervención corporal con fines de feminización. Roxana, hoy con cincuenta y tres años, cuenta cómo empezó su proceso, a los quince años:

Mis primeros senos fueron de hormonas, ieran unos limoncitos! Las mismas “trans” me informaron. Yo me acuerdo que una me dijo: “dame quinientos pesos y te doy la formula”. ¡Imagínate! Estamos hablando de hace como treinta años. Ella ya era hormonizada, de cabello largo, ya era mujer. Yo compraba en la farmacia: “Me hace el favor y me da dos Depo-Provera y una Perlutal mezcladas”. Siguió la barba; yo tenía mucho vello en la cara.

En las personas travestis, la decisión de transformarse, como lo ha sugerido Velandía (2009), coincide con el momento de iniciar la vida en la prostitución. Paola, hoy con veintisiete años, ingresó en este mundo siendo aún preadolescente:

Todo eso fue por las amigas, que me decían: “Mire, hormonícese, no sea güevona”. Yo me lancé a la edad de los doce años; empecé a hormonizarme, empecé a ver un cambio muy diferente en mí, en la cara, en las manos, en el cuerpo. Cuando ya me empezaron a crecer los senos, el pezón se empieza a poner más grande, rojo. Haga de cuenta como cuando una niña está en pleno desarrollo. [...] A la edad de catorce años me enamoré de un hombre. Duramos como seis años y medio, porque cuando yo me distinguí con él, yo estaba en la prostitución, yo estaba bella; como dice el dicho, estaba chusquísima, recién llegada.

Los dos relatos anteriores sugieren que ciertos saberes sobre la feminización han permanecido relativamente estables en el tiempo, toda vez que entre las edades de Roxana y Paola hay una diferencia de veintiséis años y, a pesar de esto, sus experiencias resultan similares. Sin duda, existe una cultura, que trasciende lo local, que ha venido orientando durante décadas las prácticas mediante las cuales se da inicio a la feminización. De manera paulatina, con ayuda de diversos procedimientos, las personas travestis van conformando el cuerpo deseado. Es interesante anotar que en los trabajos de Barreda e Isnardi (2005), de Sotelo (2006) y de Cordo y Cornelli (2008), realizados en la Argentina; así como en el de Velandía (2009), desarrollado de manera paralela en Colombia (Bogotá) y España (Alicante), se reseñan prácticas iniciales del proceso de feminización semejantes a las descritas por las personas que participaron en este estudio.

El siguiente paso en el proceso de adquisición de una identidad femenina, si se cuenta con medios económicos, suele ser la mamoplastia. Este fue el caso de Roxana que, gracias a su trabajo en prostitución en Europa, pagó a un médico reconocido por su cirugía, con la cual hasta el momento no ha tenido inconvenientes.

Otra opción, más frecuente (se dio en cuatro de los cinco casos abordados aquí), es la utilización de sustancias caseras, empleadas sobre todo para conformar unos glúteos voluptuosos y unas piernas torneadas. El uso de silicona líquida inyectada es el procedimiento más popular para estos fines. La razón por la cual este procedimiento es tan frecuente entre las travestis la explica Roxana de este modo: “Como [ellas] son anchas de espalda, entonces se hacen esos culos, como por darle armonía, pero se les va la mano”.

Según los testimonios recogidos, existen en el medio de la prostitución personas “especializadas” en esta clase de intervenciones que, tal como se puede observar en el siguiente relato de María Camila, distan mucho de ser asépticas y antisépticas y, al contrario, son altamente riesgosas:

Hay travestis que saben aplicar. Saben unas aplicar cuerpos, senos, mas otras lo que han hecho es matar; matar a las demás compañeras. ¿Por qué? Porque no saben muy bien cómo se mete eso. Lo que hacen es matar y perjudicar. Yo me la apliqué aquí en los senos y me la metieron en la nalga. Pero eso en la cola fue un fracaso impresionante, porque el silicón de acá (señala la cadera izquierda) se me pasó a este otro lado y aquí se me reventó todo esto. Acá en la cola tengo una cicatriz; el silicón se me salió todo. Casi la mayoría de nosotras llevábamos cada una la jeringa, porque ya nosotras sabemos cómo es el procedimiento. Pero en el sentido del aseo, no es como un cirujano que llega: “desinfecten todo eso”. No, eso no. Ella se sentó, cogió el vaso, echó ahí, bombeó; ella no se lava las manos, sino que sigue bombeando. Uno siente como si le estuvieran echando agua hervida por dentro; uno siente que eso quema, [que] es [como] aceite y [que] estira la piel. A mí me dio escalofrío y fiebre. Yo duré ocho días botando y botando, pues en el algodón yo botaba constante hasta que ya me quedó lo que me quedó en el cuerpo; el resto me lo rechazó.

Acerca de otros procedimientos empíricos utilizados, como el uso de parafina y de aceite de cocina, este es el relato de Rebeca:

Una amiga mía, que era de Cali, ponía a derretir la parafina de hacer velas y, con esas jeringas grandes de ganado, caliente, se la metía. Y ya a lo que se inyectaba era normal. Pero después quedaba como una piedra, era como tocar esta mesa (golpea la mesa). En los senos se la metía y por acá en las caderas. Ella se iba a sentar y eso era como si se sentara en un mueble; la tocaba uno y era como tocar una piedra. Ahora lo último es que comenzaron fue a meterse dizque aceite de cocina.

María Camila, por su parte, se refiere en su relato a las situaciones extremas y a los serios peligros que se pueden correr a causa de la inyección en el organismo de sustancias nocivas:

Murieron dos travestis. Decían que por el silicón. Y resulta que no era silicón, sino que era aceite de avión [...] A veces uno prefiere ir a una residencia a que una compañera le meta a uno silicona, a ir donde un cirujano a pagar la plata, que no vale la pena. Entonces esas son las muertes. A veces nosotras mismas buscamos el mal.

Hay que subrayar que estos procedimientos artesanales son causa de un grave problema de salud pública en Colombia y que los riesgos sanitarios a los que están expuestas las personas que conforman la población travesti carecen de mayor visibilidad. Por ello, es urgente que la salud de este grupo humano sea abordada de manera más integral.

4. Impacto personal y significados de la feminización

Por lo general, las personas entrevistadas reportaron que, con el inicio de su proceso de feminización, lograron satisfacer un deseo muy profundo en lo relativo a la expresión de su identidad femenina. Al preguntarle a María Camila acerca del significado de los senos en su vida, respondió: “Los senos son importantes para mí porque, cuando yo estaba niño, yo quería ser mujer, y lo logré, lo conseguí. Yo creo que fue psicológicamente el deseo de yo tener senos”.

La transformación con miras a la feminización también tiene como objeto el logro de mejores ingresos. Este es un aspecto mencionado por algunas travestis como motivación para efectuarse cierto tipo de intervenciones, como las destinadas al aumento de glúteos. Así lo manifiesta Laura: “Se aumenta el trabajo para uno, sí, porque teniendo uno sus glúteos y sus senos, ya va a llamar mucho más la atención, o sea, hay mucha mejor forma de vestirse uno”.

De acuerdo con De Vries (2012), las personas transgénero que, en su proceso de feminización, usan hormonas y se practican cirugías, experimentan no solo un cambio en su autoconcepto, sino también en las percepciones que generan en otras personas, lo cual resulta altamente significativo en su psicología. La confirmación de los otros es valiosa en el proceso de “transitar” (*passing*, en inglés), expresión utilizada por algunos transgeneristas para referirse al momento en que logran que otros reconozcan su identidad. Entre las participantes en nuestro estudio, “evolucionar” es un término recurrente cuando hablan de los avances en su transformación. Al respecto, veamos esta narración de María Camila:

Las inyecciones me evolucionaron, me hicieron evolución. Esa inyección le tumba a uno el vello, le cambia la voz a uno, los músculos de hombre se los transforma a uno en femeninos, el pelo le crece a uno, las uñas, todo hacia la transformación en mujer. Porque uno empieza a evolucionar; ya uno pasa la etapa, uno va pasando la etapa de hombre a transformarse ya en mujer. Entonces esa es la evolución que hacen ellas en uno.

Si bien el feminizarse fortalece aspectos de su identidad, así como les abre oportunidades a las personas travestis, sobre todo en el medio de la prostitución, les crea también conflictos en sus relaciones familiares y rechazo social. Por ejemplo, como lo menciona la misma María Camila, es reiterado el rechazo a su identidad femenina en el mundo laboral: “A los gays serios se les abren muchas puertas. A nosotras, solo para estilistas o prostitución, o [para] que lo cojan a hacer aseo en una casa de familia, que nos pongan de sirvientas. Nosotras, las trans, si buscamos un empleo, no nos lo dan por ser trans”.

Según Roxana, incluso en el medio del estilismo se tienen tropiezos relacionados con la feminización; ella relata así una situación que se le presentó en una peluquería, buscando un nuevo trabajo:

Me dijeron que tenía que vestirme seria, con zapatos de material (así me decía el patrón), porque a mí me gustaban los suecos y me gustaban las blusitas bien apretadas; entonces que no, que me tenía que poner camisas de cuello duro, con corbata, como un peluquero; y yo decía: “no, yo no soy peluquero, yo soy estilista”, porque un peluquero es un barbero y yo no quería tener esa imagen de barbero.

De acuerdo con Escobar (2007), tanto el poder como la jerarquía se instauran sobre una base identitaria binaria, y “quienes no coincidan con el sexo anatómico se someten, de manera injusta, a la discriminación y al sufrimiento, en ocasiones consagrados jurídicamente”. En Colombia, las personas transgeneristas son, entre las personas LGBT, quienes están expuestas en mayor medida a ser víctimas de discriminación. Según Fajardo (s.f.), “ello se debe a que el transgenerismo implica justamente una manifestación externa de identidad, lo que conlleva estar expuestas/os constantemente a las reacciones de las personas con quienes interactúan”; y añade que, en nuestro país, donde históricamente se ha discriminado a las personas LGBT, lo más probable es que se generen exclusiones e incluso vulneraciones de sus derechos fundamentales. Sin embargo, a Rebeca su forma de vida como travesti le trae algunas ventajas, a pesar de los problemas que le haya podido causar:

La experiencia de ser una travesti ha sido una experiencia aburridora y a la vez bonita. Porque [uno] se da el lujo que uno quiere, trata gente que uno nunca ha tratado, no le tiene que estar pidiendo permiso a nadie: “voy a salir con fulano de tal”, “voy a tratar con fulano de tal”, sino que uno tiene la libertad tranquila.

Los argumentos de Rebeca reflejan que, desde su perspectiva, su condición de travesti es una experiencia liberadora. Al respecto, autores como Cordo y Cornelli (2008) reconocen en el cuerpo travesti una forma de transgresión que expresa de modo permanente una lucha por la diversidad. Asimismo, Sánchez Olvera opina que:

La diversidad sexual es la expresión de una resistencia activa que ha decidido tomar las calles, las tribunas, los espacios legislativos, para exigir el reconocimiento de sus derechos: vivir su sexualidad libre de violencia; decidir con quién compartir su vida y prácticas sexuales; y manifestar públicamente sus afectos. (2009)

Queda expuesta en este recorrido la necesidad imperiosa de abrir espacios para la construcción de una nueva cultura, donde la diversidad tenga cabida, la familia esté preparada y sepa acoger con respeto y con afecto las identidades de todos sus miembros (sean estas o no ajustadas a los modelos hegemónicos), y la escuela sea un espacio de construcción de ciudadanía que forme en la tolerancia y en la comprensión, así como en la observancia de los derechos humanos de todos sus miembros.

Y es que las niñas y niños requieren modelos sociales que promuevan la autonomía y el ejercicio de los derechos sexuales, en un ambiente de diálogo y de reflexión crítica. Por eso, es responsabilidad del Estado, no solo proteger a las personas LGBTI frente a las violencias de que son objeto, sino incluirlas socialmente, con todo lo que implica esta aspiración, a fin de que, de la mano con la legislación, se movilicen procesos educativos que hagan visible la diversidad, y esta sea asumida y defendida como una de las mayores riquezas de la persona humana. Del mismo modo, los sistemas sanitarios están llamados a incluir a los sujetos transgeneristas, partiendo del enfoque diferencial en salud, y a comprometerse con sus necesidades, para lo cual se requiere la sensibilización y capacitación del personal encargado de su atención (Lafaurie et al., 2012). Esto mismo sugiere Amnistía Internacional en sus recomendaciones para la defensa de la diversidad sexual:

Poner en marcha un programa integral de educación sexual no discriminatoria para abordar los tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad y la expresión de género de las personas en edad adolescente y proporcionar a esas personas acceso a la información apropiada, el apoyo y la protección necesaria para permitirles vivir su orientación sexual o identidad o expresión de género. (2008)

5. Apreciaciones sobre la reasignación sexual

Como lo han descrito varios autores, las personas travestis juegan con la ambigüedad sexual. Buena parte de ellas, si bien buscan desarrollar atributos femeninos, no muestran interés por el cambio de sus genitales (Velandia, 2009; Sotelo, 2006; Cordo y Cornelli, 2008; García Becerra, 2009). En este orden de ideas, conviene subrayar que en el grupo objeto de este estudio no se presentó ninguna persona interesada en la cirugía de reasignación sexual. El testimonio de Paola nos explica, en líneas generales, la forma en que las personas travestis ven esta realidad:

No, como Dios me mandó, así estoy muy bien. ¿Yo para qué me voy a mandar a hacer una vagina? ¿Pa' [sic] abrímele de patas a un hombre que me dé, que me dé y que me dé, sabiendo que yo no voy a sentir nada? ¿No ve que yo no tengo lo que tienen ellas por dentro? Lo que las hace sentir a ellas, yo no lo voy a sentir, entonces, ¿para qué? ¿Sí me entiende? Mientras que yo con lo que tengo me siento bien y siento sensación cuando estoy con un hombre (porque yo erecto, yo me boto y es rico), ¿yo para qué un hueco ahí que no me hace feliz? No gano nada.

De acuerdo con Escobar, investigador que ha profundizado en las dinámicas de politización del cuerpo propias de las subjetividades trans en México y Colombia, “narrarse en una identidad femenina no equivale certeramente a constituirse mujer” (2013). Según él, en el caso de las chicas trans, “si bien se refieren a sí mismas en femenino, hay alusión a la materialidad biológica del cuerpo, un dato que puede mantener al sujeto en la categoría hombre” (2013, p.138). Por eso, para el autor, la transformación corporal y subjetiva hacia la feminidad

coexiste con vestigios corporales y narrativos de masculinidad, y tal combinación opera sin mayor problema. Se es hombre, travesti, homosexual, pero también una mujer en buen grado, un ser que busca la feminidad como narración central de su subjetividad. (2013, p.140)

6. Transformación corporal: prácticas y percepciones

Con el objeto de presentar un panorama sobre las prácticas de transformación corporal de quince personas travestis abordadas en su contexto comunitario, donde el Hospital Santa Clara realiza labores de educación para el autocuidado en salud sexual con el apoyo de la Secretaría de Integración Social del D.C., se ofrecen a continuación datos obtenidos mediante entrevistas estructuradas que han sido procesados y organizados en tablas. De igual modo, se integran relatos obtenidos a través de un grupo focal

de once personas pertenecientes al mismo grupo de quince personas con quienes se realizaron las entrevistas estructuradas.

En la Tabla 2 se ofrecen algunos datos sociodemográficos que nos orientarán en el proceso de análisis y nos permitirán caracterizar el grupo humano que participó en el desarrollo de las entrevistas, constituido por quince personas.

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de la población

<i>Concepto</i>	<i>Valores</i>	<i>Número de casos</i>
Edad	18 - 25	9
	26 - 40	4
	41 - 54	2
Procedencia	Bogotá, D. C.	3
	Otras regiones	11
	Otro país (Ecuador)	1
Nivel educativo alcanzado	Primaria	2
	Secundaria	11
	Superior	2
Ocupación	Prostitución	10
	Estilista	2
	Hogar	1
Orientación sexual	Homosexual	13
	Bisexual	2
Edad de inicio de la feminización	10 - 18	12
	19 - 25	2
	26 o más	1

Nota. Fuente: los investigadores.

Según los datos obtenidos, las edades de las personas de este grupo se encuentran entre los dieciocho y los cincuenta y cuatro años, lo que da una media de veintiocho años; nueve de ellas no superan los veinticinco. Once personas accedieron a la educación secundaria, aunque solo cinco completaron el ciclo; dos realizaron únicamente estudios elementales y otras dos lograron realizar algunos semestres de universidad. Más de la mitad de las personas no alcanzaron a terminar la secundaria. Trece de las quince personas entrevistadas definen su orientación sexual como homosexual y dos como bisexual.

Por lo demás, únicamente tres personas de este grupo se dedican a actividades diferentes a la prostitución: dos de ellas son estilistas y otra “ama de casa”. En efecto, la prostitución suele ser la actividad que con mayor frecuencia desempeñan las personas travestis de América Latina (Cabral, s.f.). Esto se debe a la exclusión de que suelen ser objeto por su orientación sexual y a su identidad, que transita de lo masculino a lo femenino y que, desde su infancia, las obliga a vivir con frecuencia en la marginalidad afectiva y social (Lafaurie et al., 2012).

De quienes participaron en esta etapa del estudio, diez personas iniciaron sus procesos de feminización en la preadolescencia y la adolescencia, con una media de quince años. Esto coincide con las afirmaciones de Velandía (2009), quien señala que la construcción de la identidad en las personas travestis tiene un paso significativo, representado por aquel momento en que “se lanzan al estrellato”, cuando “deciden salir a la calle vestidas y maquilladas como mujeres, lo cual se da en promedio hacia los quince años”.

En la Tabla 3 se resumen los datos correspondientes a los diversos procedimientos de transformación corporal en busca de la feminización llevados a cabo por estas personas, quienes, en varios casos, han utilizado más de uno.

Tabla 3. Procedimientos de transformación corporal utilizados

<i>Tipo de procedimiento</i>	<i>Número de casos</i>
Hormonal	13
Silicona líquida en glúteos	8
Estético/cosmético (depilación, maquillaje permanente)	6
Mamoplastia	5

Implantes quirúrgicos en glúteos	2
Lipoescultura	1
Rinoplastia	1
Aceite de cocina en mamas	1

Nota. Fuente: los investigadores.

De las quince personas entrevistadas, trece han hecho uso de procedimientos que implican la utilización de hormonas, mientras que ocho hacen o han hecho uso de la silicona líquida (“silicón”) aplicada en los glúteos. Seis han buscado transformar sus rasgos faciales y feminizar su expresión a través de procedimientos estéticos como el maquillaje permanente y la depilación de la barba con rayos láser. Cinco han acudido a procedimientos de mamoplastia. Dos a intervenciones quirúrgicas para la colocación de implantes de silicona en los glúteos. Una se ha practicado una lipoescultura y otra una rinoplastia. Y, por último, una reporta que, más joven, se inyectó aceite de cocina en las mamas.

7. El uso de hormonas para la feminización

En la Tabla 4, con el fin de mostrar cómo se presenta la práctica del uso de hormonas en las trece personas que reportaron haberlas usado, se describen numéricamente los siguientes aspectos: la edad de inicio, la forma de administración de productos inyectables, la forma como valoran su experiencia, si recomendarían el uso de hormonas a otras personas y si han utilizado o no agujas compartidas para estos procedimientos.

Tabla 4. Información sobre el uso de hormonas

<i>Concepto</i>	<i>Valores</i>	<i>Número de casos</i>
Edad de inicio del uso de hormonas	Antes de los 18 años	11
	Entre los 19 y 23 años	2
Forma de administración de productos inyectables	Autoadministración	6
	Farmacia	7

Valoración de la experiencia	Satisfactoria	13
	No satisfactoria	0
¿Recomienda su uso?	Sí	12
	No	1
Uso de agujas compartidas	Sí	0
	No	13

Nota. Fuente: los investigadores.

Como se observa en la Tabla 4, del grupo de trece personas que han hecho uso de hormonas para la feminización de sus cuerpos, diez comenzaron a utilizarlas antes de cumplir los dieciocho años. De hecho, de acuerdo con el testimonio de varias de las entrevistadas, las hormonas son el primer paso hacia la feminización, porque, según explica Liana Alicia, “todas comenzamos por ahí”. Por lo demás, de un total de ocho productos farmacéuticos mencionados, cinco están compuestos por una combinación de estrógenos y progesterona; dos están hechos a base de progesterona, y uno a base de estrógenos. Las inyecciones de anticoncepción hormonal a base de estrógenos y progesterona suelen ser las más utilizadas; en menor medida se usan tabletas orales con el mismo tipo de componentes. El costo por aplicación oscila entre 15.000 y 30.000 pesos colombianos (8 a 16 dólares), según el producto.

Cuatro personas afirmaron haber usado alguna vez un compuesto hormonal de uso veterinario, denominado “Vacanol”, mencionado por Manuel Velandia en su informe sobre la salud de personas travestis dedicadas al trabajo sexual (Velandia, 2009). Respecto a la aplicación, hay variedad de prácticas: algunas personas utilizan únicamente las inyecciones, las cuales se aplican semanalmente, cada tercer día, cada dos días e inclusive diariamente en algunos casos; otras personas combinan inyecciones intramusculares semanales con pastillas diarias. Es frecuente también que la aplicación la hagan en el mismo pezón o alrededor de este. Como se aprecia en la tabla, seis de estas personas se administran las inyecciones y siete se valen de los servicios de una farmacia cercana. La frecuencia de uso incrementa con el tiempo. Tania, por ejemplo, afirma que cada vez siente “mayor necesidad” de aplicarse hormonas.

Entre los cuidados que se deben considerar al utilizar hormonas, Cristal recomienda “tomar leche tibia para que salga mejor la hormona y se den los cambios más rápido”. Yolanda sugiere no comer limón y “tomárselas con leche caliente para aumentar el efecto”. Tania aconseja “tomar Ensure, comer bien, usar guantes, tener medidas de asepsia y antisepsia y utilizar agujas de jeringa normal, calibre 22”. July, así como lo mencionan otras personas, recomienda “no eyacular por dos días”.

Según los datos consignados en la Tabla 4, ninguna persona reporta haber compartido agujas para este procedimiento. En realidad, la experiencia con el uso de hormonas para la feminización es definida por las personas participantes como 100% satisfactoria en todos los casos, pues, como lo manifiesta Carolina, “los resultados se observan rápidamente”. Otra ventaja sobresaliente del uso de hormonas es que dicho procedimiento es más seguro que el uso de silicona líquida.

En cuanto a los efectos obtenidos con las hormonas, según las respuestas de las participantes, se destacan: el aumento de los senos, la desaparición del vello corporal, el alisamiento de la piel, la aparición de caderas, el perfilamiento de las facciones del rostro, el cambio de la voz y el fortalecimiento del cabello y las uñas. También se menciona la presencia de mayor sensibilidad emocional; como afirma Rossy: “Nos vuelven más femininas, más sutiles, o sea más fina la voz, y disminuye el vello”.

Ahora bien, al revisar autores que han estudiado los efectos del uso de hormonas en personas transgénero, se encuentran diferencias entre quienes desarrollan procesos de feminización mediante automedicación y quienes lo hacen bajo control médico. De igual modo, se observa que, dependiendo de la perspectiva desde la cual los investigadores realizan sus análisis (social o clínica) y de su postura política, algunos efectos considerados positivos por unos (porque son los buscados por las personas trans) son reportados como negativos por otros (por ejemplo, el crecimiento de las mamas, que se juzga nocivo para la salud). No obstante, existe acuerdo en que se trata de un tipo de tratamiento que, por su complejidad y riesgos, debe estar acompañado médicamente.

De los cambios generados en el proceso de feminización de personas transgénero por el uso de hormonas, aparte de los arriba enunciados, sobresalen además aquellos en que están implicados los caracteres sexuales secundarios, así como los relativos a la distribución de la masa corporal; asimismo, se presentan efectos en la esfera conductual (Puig y Halperin, 2006). En este sentido, Orozco, Ostrosky, Borja, Castillo y Salín aseveran que los niveles de estrógenos pueden generar “aumento en el reporte de estados de alegría, sociabilidad, amistad, tristeza, irritabilidad, enojo, así como fluctuaciones en

el carácter y una acentuación en la expresión emocional” (2010). Por su parte, Cabrera y Parada afirman que, a causa del uso de antiandrógenos por parte de las personas transgénero, “el pelo que ya existe en el pecho, en los pezones, hombros, espalda, abdomen, glúteos, muslos, manos, pies e incluso nariz y orejas, dependiendo de la genética, puede cambiar de un pelo grueso a vello delgado con el tiempo” (2009). Añaden también estos autores que, con el uso de estrógenos, “aumentan los pectorales y el patrón de depósitos grasos se vuelve femenino; en particular, las caderas se redondean”. Y señalan, finalmente, que si la persona ha comenzado a encalvecer, esto se detiene.

“La terapia con estrógenos puede tener beneficios para el individuo transexual, como son los cambios físicos que hacen que perciban más congruente su identidad sexual”, afirman Orozco y sus colaboradores (2010). Entre los cambios más visibles, manifestados a partir de los dos o tres meses de comenzar el tratamiento, se encuentran el desarrollo de senos, cambios en el tono de la piel, expansión de los pezones, redistribución de la grasa corporal y disminución de la textura del pelo corporal (Orozco, Ostrosky, Salín-Pascual, Borja y Castillo-Parra, 2009).

En relación con los efectos indeseados de las hormonas, aparte del incremento del apetito y del sobrepeso, en el grupo entrevistado se mencionaron los siguientes: disfunción eréctil, eyaculación precoz, disminución de la eyaculación, cambios en las características del líquido seminal (se vuelve “acuoso”), “dolor en los senos” (mastalgia), galactorrea, acné y depresión. En un estudio adelantado por Cabrera y Parada en El Salvador, con una población de 134 personas transgénero que utilizaron hormonas sexuales, se hallaron prioritariamente y en su orden: cambios en el estado de ánimo, aumento de peso, falta de erección y cefalea intensa (2009). En un 1% de los casos se presentó galactorrea.

A decir verdad, buena parte de las personas entrevistadas no conocen muy bien los riesgos de la aplicación empírica de hormonas feminizantes. Sin embargo, entre las posibles complicaciones derivadas de estos procedimientos artesanales, algunas de ellas se refieren a derrames cerebrales, descalcificación de los huesos, daños pulmonares por mala punción e intoxicación. A partir de su propio análisis de algunos estudios sobre morbilidad de pacientes transexuales con tratamiento hormonal, Becerra, De Luis y Piedrola afirman que las personas trans pueden vivir situaciones adversas, dada su dificultad para ser atendidas en los hospitales públicos, por lo que recurren a la automedicación (1999). Y agregan que la presencia de hiperprolactinemia, la alteración del riesgo cardiovascular y las alteraciones de la función hepática deben tenerse en cuenta en los pacientes transexuales sometidos a tratamiento.

Como se puede advertir a partir de este acercamiento, los efectos secundarios y los riesgos del uso no medicado de hormonas no son del todo conocidos en este grupo del colectivo travesti. Estrada y García (2010), quienes han analizado narrativas de personas transgénero colombianas, informan que sus cuerpos son intervenidos mediante tratamientos hormonales sin considerar ninguna clase de seguimiento, y que estos tratamientos “se salen de los protocolos endocrinológicos, evidenciando cómo unas identidades son marginadas de los sistemas de salud y cuidado”.

8. El uso de silicona líquida o “silicón²”

Las evidencias de la literatura médica, que advierten sobre serios problemas de salud pública relacionados con el uso de silicona por parte de personas transgénero, llevaron a la autora de este estudio y a sus colaboradores a recoger datos al respecto en las entrevistas realizadas a ocho personas que han utilizado este procedimiento. Se observaron los siguientes resultados:

Tabla 5. Descripción del uso de silicona líquida

<i>Concepto</i>	<i>Valores</i>	<i>Número de casos</i>
Edad de inicio del uso de silicona	Antes de los 18 años	1
	Entre los 19 y 26 años	7
Forma de administración	Autoadministración	1
	Amigas	7
Valoración de la experiencia	Satisfactoria	4
	No satisfactoria/Complicada	4
¿Recomienda su uso?	Sí	3
	No	5

² Martínez et al. (2009), citando a varios autores, explican que la silicona es un polímero sintético cuya forma más común es el polidimetilsiloxano, o PDMS. Si bien se ha utilizado principalmente para el uso industrial, “ciertos fluidos de silicona, bien sea puros o adulterados, han sido adaptados para el uso médico subcutáneo y cutáneo”.

Uso de agujas compartidas	Sí	0
	No	8

Nota. Fuente: los investigadores.

La búsqueda de aumento de los glúteos y piernas, muchas veces para incrementar sus ingresos en el medio de la prostitución y para lograr mayor estatus, es la razón más frecuente por la cual las personas entrevistadas suelen usar silicona líquida. Así lo expresa Camelia: “Sentí mucho miedo al principio, pero quedé muy satisfecha; el tener cola da más producido”.

Una de estas personas inició este procedimiento aún en su adolescencia, mientras el resto lo hizo entre los diecinueve y veintiséis años. De los ocho casos en que se empleó la silicona, una de las personas se la administró a sí misma, en tanto que siete personas fueron inyectadas por “amigas”, pues, como se comentó anteriormente, hay quienes se especializan en esta labor. Estas personas consiguen el producto, o bien en otras ciudades, o bien en lugares de distribución en el centro de la ciudad, donde se les vende de manera prácticamente clandestina. Una de las personas entrevistadas, Rubi, afirmó que “una compañera lo consigue y lo trae desde el Ecuador”.

La silicona líquida se administra mediante agujas de uso veterinario de ocho o diez centímetros cúbicos, siendo un procedimiento doloroso y complejo que implica la posterior utilización de vendas y fajas, circunstancia que obliga a la persona a dormir de lado o boca abajo por alrededor de una semana. Así describe Rubi la intervención:

Se lavan las manos; se ponen guantes; usan alcohol, y limpian. Llenan las jeringas de res con silicón; les ponen lidocaína local; meten la silicona con la jeringa y colocan tres vendas y una faja que levante. Tenemos que dormir de medio lado o boca abajo, usar las vendas y fajas por ocho días, y no comer grasa.

El costo por aplicación oscila entre los 50.000 y los 400.000 pesos colombianos (de 25 a 200 dólares), siendo lo más frecuente que se paguen 100.000 pesos (50 dólares) por el procedimiento, de acuerdo con lo relatado por quienes lo utilizan.

Sin embargo, incluso las mismas personas que se han valido de esta práctica de modificación corporal advierten de sus efectos adversos. Entre los experimentados por las personas entrevistadas, se informa de sudoración excesiva, agitación, fatiga, inflamación de los pies, problemas en la piel (brotes y cambios de coloración), infecciones, ci-

catrices, mareo y dolor. Dos personas reportan haber sido hospitalizadas por problemas respiratorios relacionados con la intervención. Al respecto, esto narró Carolina: “Estuve hospitalizada porque el silicón se me subió a los pulmones; me agitaba mucho y sentía como que me ahogaba”.

De las ocho personas que la han usado, cinco no recomiendan la utilización de silicona líquida. Tania manifiesta lo siguiente: “El silicón mancha la piel, salen estrías (sic) y es muy doloroso. Recomiendo que no se lo apliquen por las consecuencias más adelante”. Carolina concluye: “Si uno no tiene en cuenta los cuidados puede perder la vida, porque lo que nosotros hacemos va en contra de todo”. Diana, en cambio, lo recomienda, y afirma que el resultado “es bonito”.

Los riesgos y complicaciones de salud conocidos por quienes utilizan la silicona inyectada están asociados sobre todo con problemas pulmonares que pueden ser mortales. Estos problemas son mencionados por siete de las ocho personas entrevistadas, aunque no logran explicar con claridad lo que puede suceder. “Se le puede subir a uno al pulmón y eso lo puede matar a uno”, afirma Deborah, siendo esta una respuesta bastante generalizada. La deformidad es el segundo riesgo considerado, y es referido por tres personas; al respecto, Jenny afirma que “eso [la silicona] causa deformidades tremendas, vidas dañadas por la imprudencia”.

Y es que el ingreso accidental de la silicona inyectada al torrente sanguíneo, así como los efectos a largo plazo relacionados con los desplazamientos e infiltración en los tejidos muscular, hepático, cardíaco, pulmonar o renal, figuran entre los riesgos más destacados de este procedimiento, lo cual explica, según Cabral (s.f.), la alta tasa de morbimortalidad en la población trans de América Latina. De ahí que el embolismo pulmonar, derivado del paso de la silicona a través del torrente sanguíneo, sea una seria consecuencia de este procedimiento, que se encuentra altamente asociado a complicaciones inflamatorias locales y a problemáticas sistémicas severas de tipo pulmonar (Salvatierra, 2009).

Como lo explican Martínez y su equipo, la migración de la silicona puede ser inducida por la presión de la sustancia sobre el tejido manipulado, luego de la inyección aplicada en los senos o en los glúteos, como consecuencia de los masajes que suelen seguir a cada aplicación (Martínez et al., 2009). Cicatrices, inflamaciones, infecciones y deformaciones, así como necesidad de intervenciones quirúrgicas, son otros de los resultados de esta práctica que, de acuerdo con Joris y otros autores, debe ser decididamente desestimulada (2001). Ahora bien, según nuestras indagaciones acerca del uso de silicona líquida en personas del colectivo travesti del centro de Bogotá, es necesario

trabajar en torno a la prevención de esta práctica, y sugerir al sistema de salud del Distrito acciones dirigidas a minimizar la utilización de este tipo de procedimientos, partiendo de estrategias amigables e incluyentes.

9. Experiencias con la mamoplastia, los implantes quirúrgicos en glúteos y otros procedimientos estéticos

De acuerdo con los testimonios de las personas entrevistadas, los procedimientos quirúrgicos y estéticos son frecuentes en el proceso de feminización. No obstante lo cual, dadas las condiciones económicas de la población, son más reducidos que aquellos no convencionales o empíricos que se acaban de referir. Cinco de las quince personas participantes en las entrevistas estructuradas se han realizado mamoplastia, el procedimiento quirúrgico más frecuente en este grupo. Veamos en la Tabla 6 algunos aspectos relacionados con este tipo de intervención, como el lugar donde se ejecutó el procedimiento, la valoración que se hace de la experiencia y si se recomienda o no.

Tabla 6. Descripción del procedimiento de mamoplastia

<i>Concepto</i>	<i>Valores</i>	<i>Número de casos</i>
Lugar del procedimiento	Clínica	4
	Centro de estética	1
Valoración de la experiencia	Satisfactoria	5
	No satisfactoria/Complicada	0
Recomienda su uso	Sí	5
	No	0

Nota. Fuente: los investigadores.

A quienes lo han utilizado, el procedimiento de mamoplastia les costó alrededor de \$5.000.000 de pesos (2.500 dólares). Una de las intervenciones se realizó en Europa por un valor de 3.500 euros, en el año 2000. Como cuidados posteriores a la intervención, según lo reportado, se les recetan medicamentos, se les sugiere el uso de pañitos de agua tibia y se les pide permanecer en reposo algunos días, evitando hacer fuerza.

Camelia relata que se le recomendó el uso de brassier ortopédico. Rubi aconseja “tomar vitaminas, descanso y cuidado en las comidas”. Como hecho notable, de este grupo ninguna persona informa de complicaciones, e incluso todas incentivan su uso porque, tal como lo afirma Liliana, “quedan bien y es más seguro”. Rubi afirma de su mamoplastia: “Me siento realizada; me dio estatus, poder, belleza y trabajo”. Entre los riesgos asociados con este procedimiento se mencionan hematomas, irritación, infecciones, rechazo del implante y la posibilidad de que este “se pueda encapsular”. Rossy cuenta que, estando en París, en el ejercicio de la prostitución, un hombre le dañó su prótesis izquierda de un golpe, por lo que tuvo que operarse nuevamente.

La mamoplastia de aumento, de acuerdo con Mañero y Montull (2006), es una cirugía segura, no obstante lo cual no está exenta de riesgos. El más frecuente es la llamada contractura capsular que se presenta en menos del 2% de los casos. Esta complicación se produce cuando se empieza a contraer la cicatriz que rodea la prótesis, comprimiendo el implante y dándole al pecho una consistencia más dura y esférica.

Otro procedimiento al que han acudido las personas que participaron en este estudio es la cirugía de implantes quirúrgicos en glúteos. Cristal, una de estas personas, experimentó complicaciones con esta intervención quirúrgica: “tuve un edema pulmonar por el implante de cola. La experiencia fue horrible; sin poder trabajar ni nada, hospitalizada”. Ella no recomienda este procedimiento “porque se va deformando”.

Cristal, como algunas de sus compañeras, ha utilizado varios procedimientos para feminizar su cuerpo. Además de inyectarse hormonas y de colocarse su implante de glúteos, también decidió depilarse la barba con láser. Al respecto comenta: “me siento cómoda, pero me hace falta terminar”. Y recomienda el uso de cremas hidratantes, así como “evitar el sol y las comidas con grasa”.

Asimismo, tres personas se han realizado maquillaje permanente mediante tatuaje de cejas, siendo nuevamente Cristal una de ellas. Pero Cristal tampoco quedó del todo contenta con este procedimiento, porque, según afirma, “las cejas no se ven naturales”. Liana Alicia, por su parte, también manifestó insatisfacción con una lipoescultura; en su opinión, “faltó quitar más”. En cambio, algunas de sus compañeras sí expresaron satisfacción con los resultados de las intervenciones corporales: Diana recomienda, después de realizado el procedimiento, “evitar las comidas irritantes y el sol”. Como se puede observar, los procedimientos descritos no siempre llevan a la satisfacción y, como en el caso de los implantes de glúteos, pueden llegar a causar serias complicaciones.

10. Propuestas alternativas de prevención en salud

En lo relativo a cómo prevenir desde la salud estas problemáticas de la comunidad travesti, la propuesta más generalizada de quienes participaron en el grupo focal (realizado con el fin de establecer posibles vías de prevención desde la perspectiva de los actores sociales) es educar para reconocer los riesgos, para minimizarlos y para fortalecer la identidad personal, dejando a un lado estereotipos que implican riesgos para la salud. En este orden de ideas, la mamoplastia es mencionada como una opción más segura y aconsejable.

Respecto al uso de hormonas, Steffany propone “cerciorarse de las contraindicaciones y [de] que la aplicación la haga alguien que conozca”. Y, en cuanto a la inyección de silicona para la feminización, Sandra sugiere educarlas para que “sean mujeres con o sin silicón”. Liana Alicia opta por que se les expliquen “los efectos para que no tomen esos riesgos de meterse sustancias extrañas en el cuerpo”; y Bianca insiste en que es importante sugerirles que, “si quieren ser mujeres, paguen por la cirugía, que es más segura”.

11. Complicaciones de salud reportadas en historias clínicas

Por lo demás, de las historias clínicas de hospitalización existentes en el Hospital Santa Clara E.S.E., correspondientes al periodo 2005-2011, se extrajeron y analizaron seis casos de personas de sexo masculino con complicaciones debidas a intervenciones corporales con miras a la feminización. A continuación se presenta una tabla con las características más destacadas de los casos analizados.

Tabla 7. Caracterización sociodemográfica de casos

<i>Caso</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Procedencia</i>	<i>Aseguramiento</i>	<i>Ocupación</i>
1	26	ND	Tame, Arauca	FFD	Trabajo sexual
2	27	ND	Ibagué, Tolima	FFD	Estilista
3	22	ND	Bogotá	Régimen subsidiado	Trabajo sexual
4	27	Primaria incompleta	Bogotá	FFD	Trabajo sexual

5	26	Secundaria incompleta	Bogotá	Régimen subsidiado	Trabajo sexual
6	40	Secundaria incompleta	Bogotá	FFD	Trabajo sexual

Nota. Fuente: los investigadores.

El cuadro anterior nos muestra que los casos hallados corresponden a un grupo de personas entre los veintiséis y cuarenta años de edad, lo que arroja una media de veintiocho. Cuatro de los casos proceden de Bogotá y dos de ciudades de los departamentos de Arauca y Tolima. Cuatro personas son atendidas por el sistema de seguridad social como población pobre y vulnerable con subsidio a la demanda (FFD), mientras que dos cuentan con servicios de régimen subsidiado. En cuanto a la ocupación, cinco se dedican a actividades de prostitución y una persona es estilista. Y respecto al nivel educativo, solo se logró conocer la escolaridad de tres personas, dos con secundaria incompleta y una que no alcanzó a realizar sino unos cuantos años de escuela.

En relación con los antecedentes de salud reportados por las personas participantes en este estudio, en la Tabla 8 se sintetizan los de más relieve. Atendiendo al carácter del estudio, se consideró importante especificar, además de los antecedentes de tipo patológico, quirúrgico, traumático y alérgico, los que se relacionan con diagnósticos en salud mental y con ITS/VIH-Sida, así como aspectos psicosociales como uso de sustancias psicoactivas (SPA) e historia de violencia y de vida en calle.

Tabla 8. Antecedentes de salud

<i>Antecedente</i>	<i>Número de casos</i>
Quirúrgico	6
Diagnóstico salud mental	3
Consumo SPA	3
ITS/ VIH-Sida	3
Vida en calle	3

Patológico	2
Traumático	2
Violencia	1
Alérgico	1

Nota. Fuente: los investigadores.

Mediante esta tabla, se puede concluir que priman los antecedentes quirúrgicos, los cuales han sido reportados por las seis personas cuyos casos se han analizado. Se encontró también que las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por las siguientes razones: circuncisión (2), feminización (2), estética (1), fractura (1) y trauma causado por una herida con arma de fuego (1). Tres de las seis personas han presentado problemáticas de salud mental, diagnosticadas como depresión mayor, intento de suicidio y reacción de ajuste. Asimismo, dos son consumidoras habituales de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína y bazuco), mientras que una de ellas es consumidora ocasional de marihuana y alcohol. La mitad del grupo vive con VIH/Sida, y dos de ellas se hallan en fase de sida. Una de estas tres personas reporta, además, historia de sífilis y blenorragia, y otra de sarcoma de Kaposi. Tres de las seis personas han experimentado la vida en calle y una reportó historia de violencia relacionada con abuso sexual, abandono e institucionalización³.

Según estos datos, nos encontramos frente a realidades de salud de alta complejidad, la mayoría de las cuales son prevenibles. Se perciben falencias en el autocuidado y circunstancias de tipo psicosocial que fácilmente se cruzan con la vida en el contexto de la prostitución y con historias de exclusión, toda vez que la mitad de estas personas han experimentado la vida en calle. En dos de ellas coexisten, además, los problemas de salud mental, el uso de SPA y el VIH-Sida.

En la Tabla 9 se sintetizan los datos relativos a los procedimientos de transformación que fueron reportados en las historias clínicas. Y en la Tabla 10 se reportan los procedimientos que llevaron a la hospitalización y las complicaciones asociadas a cada uno, así como la evolución de cada caso.

³ El concepto de “institucionalización” es un concepto de amplia difusión en salud pública y psicología, y se utiliza para designar a las personas cuya vida transcurre en instituciones, sin el calor y cuidado familiar.

Tabla 9. Procedimientos de transformación corporal utilizados en los casos analizados

<i>Caso</i>	<i>Procedimiento quirúrgico o estético</i>	<i>Procedimiento no convencional</i>
1		Inyección de silicona líquida en glúteos
2		Inyección de silicona líquida en glúteos (3 veces)
3		Inyección de silicona líquida en glúteos
4		Inyección de silicona líquida en glúteos
5	Mamoplastia y lipoescultura	Inyección de silicona líquida en glúteos
6	Mamoplastia e implantes en glúteos	

Nota. Fuente: los investigadores.

En lo relativo a los procedimientos de feminización, cinco de las seis personas cuyas historias se han analizado utilizaron silicona líquida en glúteos; dos han sido intervenidas mediante mamoplastia; una ha recibido implantes quirúrgicos en glúteos y una ha estado sometida a lipoescultura. Como puede observarse en la Tabla 9, además de la mamoplastia, en uno de estos casos se presentó el uso adicional de silicona en glúteos y en otro el de implantes quirúrgicos en glúteos.

Tabla 10. Procedimientos de feminización, complicaciones presentadas y evolución de los casos

<i>Caso</i>	<i>Procedimiento de feminización</i>	<i>Complicación</i>	<i>Evolución del caso</i>
1	Inyección de silicona líquida en glúteos	Tromboembolismo por silicona	Seis meses de seguimiento sin complicaciones

2	Inyección de silicona líquida en glúteos (tercer implante)	Embolismo por silicona	Educación sobre signos de alarma/Interconsulta neumología
3	Inyección de silicona líquida en glúteos	Embolismo graso por silicona	Abandono de hospital sin tratamiento
4	Inyección de silicona líquida en glúteos	Celulitis en miembro inferior izquierdo	Expulsión por consumo de SPA en la institución
5	Inyección de silicona líquida en glúteos	Embolismo por silicona	Salida con control ambulatorio/Remisión a EPS
6	Implante quirúrgico de silicona en glúteos	Fascitis necrotizante de miembro inferior izquierdo y glúteo	Abandono de hospital sin terminar tratamiento

Nota. Fuente: los investigadores.

Al revisar los hallazgos consignados en la Tabla 10, relativos a los procedimientos que causaron la hospitalización, se advierte que, en cuatro de los seis casos, se presentaron problemas de tipo neumológico asociados al uso de silicona líquida. Otras complicaciones presentadas fueron: fascitis necrotizante por implantes quirúrgicos de silicona y celulitis relacionada con silicona líquida inyectada en glúteos. El embolismo pulmonar por silicona, como se ha visto con anterioridad, puede ser una de las serias consecuencias del uso de silicona líquida con fines estéticos, y se asocia con frecuencia a complicaciones inflamatorias locales y a problemáticas sistémicas severas de tipo pulmonar (Salvatierra, 2009). Los problemas de tipo tisular han sido también descritos en asociación con el uso de sustancias no convencionales en el organismo, como lo han descrito Salvatierra (2009) y Joris et al. (2001). Llama la atención que tres de los seis casos no lograron ser tratados hasta la solución de sus complicaciones: dos por abandono del hospital y un tercero por expulsión debido al consumo de SPA en las instalaciones del centro asistencial.

12. Qué caracteriza a los casos de hospitalización analizados

El análisis de los seis casos de hospitalización en conjunto, permite concluir que, de modo general, se trata de personas que han tenido unas condiciones de vida poco

favorables, en medio de contextos sociales de gran vulnerabilidad y con problemas de salud que nos muestran la convergencia de varias situaciones de alto riesgo. A esto se suma el hecho de que la mitad de estos pacientes no continúan sus tratamientos por seguir con sus vidas, posiblemente sin ningún tipo de atención en salud y sin asumir prácticas de autocuidado de ningún tipo.

Como se ha afirmado a lo largo de este trabajo, debido a sus condiciones sociales y económicas, algunas personas con identidades de género no convencionales, especialmente quienes hacen parte del colectivo travesti, buscan feminizarse mediante prácticas de transformación corporal que ponen su vida en riesgo (García Becerra, 2009; Lafaurie, Miranda y Forero, 2011; Velandia, 2009). Como lo expresa Andrea García, “cientos de personas mueren, desprotegidas, en sus itinerarios de identidad” (García Becerra, 2009).

De otra parte, los antecedentes de salud, las complicaciones y la evolución observada en estos casos (que es una muestra de la capacidad institucional de hacerles seguimiento, frente a la imposibilidad de dar continuidad a la atención por deserción de los pacientes) plantean la necesidad de desarrollar procesos decididos de prevención con estos grupos humanos, y de capacitación con el personal de salud que les presta servicios a nivel hospitalario. Esto permitiría fortalecer la comprensión y el manejo de esta realidad, atendiendo a su alta complejidad y a la urgencia de implementar un enfoque diferencial, en busca de mayor adherencia de los pacientes a los tratamientos.

Capítulo 4

Consideraciones finales

1. Las prácticas de transformación corporal: una realidad globalizada

Dolorosas trayectorias de vida han sido narradas a lo largo de este trabajo por quienes, desde su niñez, se vieron enfrentadas a la estigmatización tanto en sus familias como en la escuela, a causa de la no aceptación de su identidad sexual. Su interés por los roles, las expresiones y los atuendos considerados propios del género femenino, y su “amaneramiento”, que se empieza a hacer visible en la infancia y se hace aún más evidente en la preadolescencia, llevan a menudo a las personas travestis a enfrentar episodios de violencia que finalmente causan la deserción escolar y el abandono del hogar, dada la incapacidad de los contextos familiar y escolar para hacerse cargo de esta situación. Tal cual lo señala Cabral (s.f.), en las trans de América Latina la principal causa de exclusión del sistema educativo sigue siendo “el extrañamiento, forzado o voluntario, del hogar”. Y es que las travestis abordadas narran episodios que hablan de contextos económicos deprimidos y de familias desintegradas, así como de malos tratos, sobre todo de parte de los miembros masculinos de sus familias.

La homofobia, que consiste en el rechazo de las personas homosexuales, y la transfobia, que se refiere al rechazo de las personas transgénero, afectan la vida emocional, estresan e impactan la autoestima y el autocuidado de quienes son víctimas de esta forma de exclusión (Campo-Arias, 2010). El estigma impuesto, bien sea por parte de la familia o por la sociedad en general, es internalizado por las personas trans y, con frecuencia, causa en ellas sentimientos de culpa y vergüenza que las llevan a experimentar baja autoestima y sentimientos de no ser dignas de ser amadas, concluye la Organización Panamericana de la Salud (2013).

En medio de la estigmatización y de su abandono del hogar se abre, en el horizonte de su vida en la calle, el mundo de la prostitución como una opción que no solo representa un modo de ganarse la vida, sino un espacio de socialización y de construcción de identidad. La inclusión en el medio de la prostitución, como respuesta a la discriminación experimentada, condujo a las personas travestis participantes en este estudio a iniciar procesos de feminización a edades tempranas, como expresión de una cultura que supera lo local y que incluye prácticas de transformación corporal que resultan riesgosas para la salud, tales como el uso de silicona líquida y la utilización indiscriminada de hormonas.

Estas prácticas han sido descritas por varios autores en diversos países de América Latina (Martínez et al., 2009; García Becerra, 2009; Lafaurie, Miranda y Forero, 2011; Velandia, 2009; Sotelo, 2006; Cordo y Cornelli, 2008; Gil, 2010), en España (Velandia, 2009; Puig y Halperin, 2006) e incluso en los Estados Unidos (Joris et al., 2001), lo que nos enfrenta a una realidad globalizada y relacionada muy posiblemente con el reducido acceso de este grupo humano a formas seguras de intervención corporal, dados los costos que estas implican.

En el grupo abordado, tal y como ha observado Velandia (2009), las hormonas son la puerta de entrada al proceso de transformación corporal. Su utilización, aunque resulta plenamente aceptada y, según el grupo estudiado, tiene menos impacto sobre la salud, implica serios riesgos a nivel cardiovascular, hepático y hormonal (New et al., 1997). Los riesgos del uso indiscriminado de hormonas se desconocen en este colectivo, de modo que es urgente alertar sobre los peligros de su utilización sin contar con orientación médica.

El proceso de feminización, como paso posterior al uso de hormonas, continúa con frecuencia con la aplicación de silicona líquida en glúteos y piernas, e incluso en ocasiones en las mamas. Si bien las hormonas ayudan a desarrollar senos y a redondear las caderas, la aplicación de silicona en glúteos y piernas para alcanzar una apariencia más voluptuosa es ampliamente utilizada por las personas travestis como una forma de ganar estatus en el medio, donde la intervención del cuerpo les permite posicionarse en un mejor lugar en el competido ámbito del comercio sexual.

La “vanidad”, como razón de ser de la afanosa utilización de hormonas y de silicona líquida inyectada, es mencionada con frecuencia por las personas entrevistadas. Ellas dejan entrever que, a sabiendas de que están arriesgando la vida, proceden a transformar el cuerpo con prácticas nocivas por motivaciones como la búsqueda de recono-

cimiento social. Según las descripciones obtenidas, la inyección de silicona líquida es extremadamente tortuosa (e incluso se reconoce que puede ser letal), pero es una forma de intervención corporal ampliamente extendida. Esta práctica, que se implementa sin mayor asepsia y antisepsia, beneficia económicamente a personas sin ninguna preparación, que obtienen ingresos significativos realizando intervenciones que pueden causar serios problemas de salud a las demás, entre los que se destacan los de tipo neumológico (que pueden cobrar vidas humanas), así como infecciones e inflamaciones en las zonas donde se han realizado las intervenciones, las cuales han sido descritas por Salvatierra (2009). Como ha informado Suárez (2009), el embolismo pulmonar como consecuencia de estas intervenciones puede causar la muerte.

Quienes acceden a mejores oportunidades y a ingresos más significativos, como las personas que han tenido la posibilidad de viajar a países de Europa, suelen avanzar hacia la mamoplastia, que constituye una práctica más segura, según las experiencias narradas y las percepciones de las personas participantes. La mamoplastia es concebida como una intervención que otorga estatus y posicionamiento social a quien la utiliza, incrementando de manera ostensible sus ingresos. Además, es valorada como la forma menos riesgosa de intervención corporal para la feminización y provee plena satisfacción a quienes logran acceder a la misma, que en el caso de este estudio son la tercera parte de las personas entrevistadas. Sin embargo, se ha visto más arriba que incluso quienes han recurrido a esta intervención utilizan la silicona inyectada para darle forma destacada a los glúteos, procedimiento que, a menudo, es causante de la alojenosis iatrogénica, responsable de más de un millón de muertes tan solo en Iberoamérica (Coiffman, 2008).

El doctor Felipe Coiffman caracteriza la alojenosis iatrogénica como “una nueva enfermedad”, provocada por la inyección de sustancias de relleno en el cuerpo (Coiffman, 2008). Y explica que se trata de una “alogenosis” porque es producida por sustancias alógenas, o sea ajenas al organismo, y que es “iatrogénica” porque “la producen los médicos o las personas que inyectan estas sustancias”. Habiendo estudiado 358 casos en la región, Coiffman estableció que las sustancias inyectables de relleno más usadas son la silicona líquida, la parafina, el petrolato líquido, la vaselina, los biopolímeros, el aceite mineral y la grasa animal. Por ello, el investigador recomienda que “en todos los países se deben realizar campañas oficiales de prevención contra estas sustancias” (Coiffman, 2008). En este sentido, se puede afirmar, a partir de los hallazgos de este trabajo, que el grupo de participantes en este estudio tendría que ser objeto de un decidido trabajo de prevención de la alojenosis iatrogénica.

Se sabe de la importancia de reconocer las subjetividades y la cultura para el desarrollo de acciones preventivas en salud. De ahí que, para enfrentar esta realidad como un problema de salud pública, sea necesario construir procesos en los cuales se den a conocer los riesgos que se corren y los efectos que amenazan la salud de quienes se someten a estos procedimientos, desde el respeto a las identidades y las condiciones propias de este colectivo. Asimismo, conviene capacitar a miembros de la misma comunidad trans, a fin de que puedan actuar como agentes para la concientización de este grupo humano acerca de nuevas formas de ver y de manejar estos procesos, en aras de la minimización de los riesgos. La prevención del daño, si bien por razones objetivas no se orienta a erradicar una realidad, sí puede ayudar significativamente a avanzar en la disminución de riesgos prevenibles.

Dada la falta de servicios adecuados de apoyo al proceso de transición, señala la Organización Panamericana de la Salud, “no es de extrañar que se presente la auto-administración de hormonas y de inyecciones de silicona y otros materiales de relleno de tejidos blandos” (2013, p.186). Según esta entidad, la competencia cultural en lo referente a la atención de la salud de las personas trans comprende diversos ámbitos, desde la atención primaria hasta la atención especializada, incluyendo las emergencias médicas.

En algunos países de América Latina se ha avanzado en cuanto al derecho a la salud de la población trans, e incluso en algunas ciudades se han instaurado programas específicos de atención en salud para las personas de los grupos transgeneristas. Por ejemplo, atendiendo a la importancia de que el derecho a su identidad de género sea reconocido por la ley, en Uruguay se ha legislado para que, “con independencia de cuál sea su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro”, las personas trans puedan solicitar la adecuación de su nombre o sexo en sus documentos de identificación (Ley 18.620 de 2009). En la ciudad de Buenos Aires, en 2012, se expidió la Ley 4238 mediante la cual se establecen estrategias para facilitar el acceso a la salud de personas intersexuales, travestis, transexuales y transgénero, incluyendo los servicios de salud necesarios para que “adecuen su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida” (Ley 4238 de 2012).

En Colombia se han dado desarrollos recientes en pos de los derechos de la población LGBTI. Concretamente en Bogotá se vienen realizando esfuerzos, desde la política pública del Distrito, para su plena inclusión social. No obstante, el camino por recorrer es largo, en la medida en que se requieren cambios culturales que aún son incipientes. Para humanizar los servicios de salud y hacerlos incluyentes, se necesita,

entre otras cosas, de un trabajo decidido para que el personal de salud comprenda las necesidades de la población trans —y en particular las de las personas travestis— y esté preparado para ofrecer una atención de calidad.

2. Conclusiones y recomendaciones

Los hallazgos de este trabajo revelan la existencia de una cultura de la feminización que posee momentos, prácticas y significados compartidos, los cuales constituyen un aspecto muy arraigado de las trayectorias en la construcción de identidad del colectivo travesti de la zona de influencia del Hospital Santa Clara E.S.E. En consecuencia, la consideración de este fenómeno sociocultural nos exige tomar en cuenta que, en cualquier intervención de salud con este grupo humano, debe primar sobre todo el respeto al libre desarrollo de la identidad sexual. La feminización, para las personas que fueron abordadas en este estudio, significa un medio para la reafirmación de su identidad femenina, a la vez que un modo de abrirse oportunidades, como el logro de mejores ingresos y la adquisición de mayor estatus en el medio en que se desenvuelven. Un cuerpo transformado, en este contexto, resulta ser un vehículo para la movilidad social y para la captación de nuevos clientes, en el caso de quienes se mueven en el ámbito de la prostitución.

Más allá de los riesgos que pueden representar para la salud, las personas que participaron en este estudio se han valido de prácticas caseras y artesanales para la feminización que les resultan menos costosas que las intervenciones quirúrgicas. De hecho, existe todo un comercio informal en torno a la inyección de silicona líquida, técnica que, no obstante los inconvenientes causados por su aplicación y el alto riesgo que conlleva, es utilizada de manera ampliamente generalizada para dar mayor voluptuosidad al contorno corporal.

El uso de silicona líquida, como se ha visto, es el procedimiento que implica mayores riesgos para quienes efectúan prácticas de transformación corporal con miras a la feminización. Sin embargo, atendiendo a la frecuente utilización de hormonas sin prescripción médica, no se puede pasar por alto que esta forma de intervención del cuerpo significa muy posiblemente otra importante problemática que ha de ser considerada.

De otra parte, teniendo en cuenta las problemáticas que se presentan en Colombia y en otros países de América Latina a causa de las intervenciones corporales de tipo quirúrgico, de las cuales las personas participantes en este trabajo no se vieron exentas, parece necesario instruir a la población travesti del centro de Bogotá sobre los riesgos, los signos de alerta y, especialmente, sobre los aspectos relativos a los estándares de

calidad que se deben observar antes de acudir a este tipo de procedimientos. Solo el trabajo decidido en pro del acceso a la salud de quienes constituyen esta comunidad, y la integralidad de los abordajes destinados a ella, pueden generar los cambios institucionales necesarios para realizar procesos de prevención amigables y acertados en relación con los procedimientos de transformación corporal.

En este orden de ideas, la prevención de los riesgos para la salud derivados de esta compleja realidad sería, en cierto modo, una apuesta por la inclusión social y el fortalecimiento del sentido de vida de quienes hacen parte del colectivo travesti de la ciudad de Bogotá; pues a pesar de que ellas saben que estas intervenciones son altamente riesgosas, la vanidad, el estatus y el deseo de incrementar sus ingresos priman sobre su salud. Por eso, mejorar sus condiciones de vida puede redundar en el cambio cultural que se requiere para posicionar nuevas miradas y nuevas formas de verse a sí mismas en las personas que comparten esta identidad.

En efecto, fomentar la consulta de los servicios de salud por parte del colectivo travesti puede tener positivas repercusiones sobre su situación. Más aún, la Organización Panamericana de la Salud recomienda, además de atender las diferentes necesidades de salud que puedan tener las personas trans, estar alertas ante aquellas problemáticas que suelen ser recurrentes en esta población, como las derivadas de las prácticas de transformación corporal, las relativas a las consecuencias de la violencia y la estigmatización, las relacionadas con la salud mental y las que están referidas a la salud sexual (2013).

Además, convendría preparar al personal de salud para realizar esta atención, lo que sería un paso decisivo tanto de la Red Distrital de Salud en general, como del Hospital Santa Clara en particular. En este sentido, conocer el estado de salud de estas personas y profundizar en los aspectos epidemiológicos asociados a las prácticas de feminización utilizadas, trazaría una nueva e importante ruta en pos de su inclusión social, en aras de ofrecer servicios que puedan atender sus necesidades específicas. Asimismo, resulta necesario desarrollar procesos comunitarios de capacitación en que se prepare a miembros de la colectividad travesti para difundir información importante acerca de los efectos adversos y los riesgos implicados en los procedimientos de transformación corporal, lo cual tendría un impacto positivo en el contexto donde estas personas se desenvuelven. En consecuencia, tanto el equipo de enfermería del Hospital Santa Clara como los equipos de otras instituciones de salud del Estado, en la medida que mantienen un permanente contacto con este grupo de usuarios, están llamados a liderar procesos de formación y de educación para el autocuidado en este campo específico de la salud. Para esto es necesario construir

estrategias, con participación de miembros de la población travesti, que respondan a las realidades y necesidades descritas. El reconocimiento de los derechos de este colectivo y la implementación de un enfoque diferencial constituye un crucial punto de partida.

Finalmente, atendiendo a los hallazgos obtenidos a lo largo de este proceso, se recomienda:

- Adelantar un trabajo transversal de sensibilización de la comunidad en relación con el derecho a la diversidad de género y sexual, considerando a la familia como un ámbito central, y fortalecer los aspectos jurídicos y normativos tendientes a erradicar la discriminación, el matoneo y la estigmatización de las personas transgeneristas, tanto en sus hogares como en las escuelas y las diferentes instancias de la vida social.
- Fortalecer, en concordancia con la *Política pública: garantía de derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales (LGBTI) del Distrito Capital* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2014), las alternativas planteadas desde las instancias gubernamentales para el mejoramiento de la calidad de vida del colectivo travesti y para su inclusión social, partiendo de sus realidades y necesidades específicas.
- Desarrollar acciones de salud incluyentes (por ejemplo, estudiar la posibilidad de crear en el Distrito Capital un tipo de consulta destinado específicamente a la población transgenerista y, por ende, a la comunidad travesti), en que además de ofrecer servicios integrales de salud, se busque dar respuesta a sus necesidades identitarias.
- Desarrollar, desde la epidemiología, la cirugía plástica y otras especialidades clínicas, trabajos de investigación relativos a la alo genesis iatrogénica en la población travesti bogotana, reconociéndola como un grupo particularmente vulnerable.
- Capacitar al personal de salud para que desarrolle procesos educativos, preventivos y de atención en torno a la transformación corporal, destinados a la población transgenerista, con especial énfasis en el colectivo travesti.
- Construir con la población travesti, desde la enfermería y otras disciplinas de la salud, estrategias de prevención y educación para el autocuidado, y diseñar servicios amigables de consejería que puedan responder a las necesidades y realidades detectadas en este proceso.

- Desarrollar procesos de capacitación destinados a miembros de la comunidad travesti, a fin de que actúen como agentes de salud para la prevención del riesgo en el campo de la intervención corporal con miras a la feminización.
- Adelantar campañas de prevención destinadas a concientizar a esta población acerca de los riesgos para la salud de las prácticas de transformación corporal que no cuentan con supervisión médica y sobre los signos de alarma derivados de las mismas.
- Revisar experiencias de otros países que puedan orientar el desarrollo de posibles estrategias de intervención en el colectivo transgenerista, a fin de minimizar las problemáticas de salud relacionadas con las prácticas de transformación corporal y con otras realidades asociadas a su identidad de género que impiden o limitan el ejercicio pleno de derechos.
- Considerar, como punto de partida de cualquier proceso que se desarrolle a favor de la salud de este grupo humano, un enfoque diferencial y de derechos, fomentando especialmente el respeto por su identidad sexual y reconociendo la importancia de tener en cuenta su perspectiva y sus necesidades.

Referencias bibliográficas

- Alcaldía Mayor de Bogotá —Secretaría Distrital de Planeación— (2008). *Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital*. Bogotá: Secretaría Distrital de Planeación. Recuperado de: http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/convocatorias_cartillas_y_anexos/anejo_7._politica_publica_lgbti.pdf
- Alcaldía Mayor de Bogotá —Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales— (2009). Referentes conceptuales para debatir el enfoque poblacional y el alcance de la políticas poblacionales. *Síntesis de Coyuntura*, 98, 1-9. Recuperado de: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Pol%ECTicas%20Sectoriales/Coyuntura%20Econ%F3mica1/Documentos2009/Politiclas%20Poblacionales.pdf>
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2011). *Política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital*. Recuperado de: <http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/polpublicas/LGBT/Balances%20y%20perspectivas%20LGBT.pdf>
- American Psychiatric Association, APA (2013a). DSM-5: *gender dysphoria*. Arlington (Estados Unidos): APA. Recuperado de: <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>
- American Psychiatric Association, APA (2013b). DSM-5: *paraphilic disorders*. Arlington (Estados Unidos): APA. Recuperado de: <http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilic%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>

- Amnistía Internacional (2008). *Amor, odio y ley: despenalizar la homosexualidad*. Londres: Peter Benenson House. Recuperado de: <https://doc.es.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGI/AMOR,%20ODIO%20Y%20LEY%20DESPENALIZAR%20LA%20HOMOSEXUALIDAD?CMD=VEROBJ&MLKOB=26829865354>
- Andrés, R. (2000). La homosexualidad masculina: el espacio cultural entre masculinidad y feminidad y preguntas ante una crisis. En A. Carabí y M. Segarra (Eds.), *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Barreda, V. e Isnardi, V. (2005). *Travestis y prevención del VIH/SIDA: Un dificultoso abordaje desde la teoría y la práctica preventiva*. Ponencia presentada en la Reunión Regional Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.ciudadaniasexual.org/Reunion/M2%20Barreda.pdf>
- Bertoldy, S., Fiorito, M. y Álvarez, M. (2006). Grupo focal y desarrollo local: aportes para una articulación teórico-metodológica. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XVII (33), 111-131. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=s-ci_arttext&pid=S1851-17162006000200005
- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. La investigación en ciencias sociales. Bogotá: Norma.
- Buriticá, I.C. (2010). Las políticas públicas mujer y géneros y LGBT y el caso de las transgeneristas. *La manzana de la discordia*, (5) 1, 35-43. Recuperado de: <http://manzanadiscordia.univalle.edu.co/volumenes/articulos/Vol5N1/art3.pdf>
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Barcelona: Paidós.
- Cabral, M.I. (s.f.). *Me preguntaron cómo vivía/ sobreviviendo, dije, sobreviviendo. ...: trans latinoamericanas en situación de pobreza extrema* (Informe presentado a la Comisión Internacional de los Derechos Humanos para Gays y Lesbianas, Programa para América Latina y el Caribe). Recuperado de: <http://www.portal-sida.org/repos/latin%20America%20Transgender%20People%20surviving%20extreme%20poverty.pdf>
- Cabrera-Quezada, J.J. y Parada-Barraza, L.M. (2009). *Prácticas de feminización y sus manifestaciones en la salud en transgéneros de la zona metropolitana de San Salvador noviembre 2008-febrero 2009* (tesis inédita de maestría). Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador. Recuperado de: <http://www.transsexualia.org/SANIDAD/transsalsalvador.pdf>

- Cachorro, G.A. (2009). Prácticas corporales. Traducción de sentidos en la ciudad. *Pensar á Prática*, 12 (2). Recuperado de: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/6326/4966>
- Camargo, J. y Martínez, F. (2011). Embolismo pulmonar por silicona y SDRA con respuesta adecuada al esteroide. *Act. Col. Cuid. Int*, 11(4), 295-300.
- Campo-Arias, A. (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica*, (41), 179-185.
- Carvalho, C. de, Leite, J.L., Soares, S.B. y Conceição, M.A. (2009). Teoría fundamentada en los datos —aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 17 (4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf.
- Casati, N. (s.f.). Identidades y expresiones de géneros. En Secretaría de Promoción Social de la municipalidad de Rosario, República de Argentina (ed.), *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011*. Rosario: Secretaría de Promoción Social.
- Clavijo Fuquene, D.C., Montoya, S.R. y Suárez Rosas, H.Y. (2007). Construyendo realidad: imaginarios, prostitución y travestis en el centro de Bogotá. *Revista Tendencia & Retos*, (12), 255-257.
- Cutuli, M.S. (2012). Antropología y travestismo: revisando las etnografías latinoamericanas recientes. *Revista Sudamérica* (Universidad Nacional de Mar del Plata), (1), 163-181. Recuperado de: http://www.academia.edu/2095226/_Antropologia_y_travestismo._Revisando_las_etnografias_latinoamericanas_recientes_
- Cutuli, M.S. (2013). Maricas y travestis: repensando experiencias compartidas. *Soc. Econ.*, (24). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-63572013000100009&script=sci_arttext
- Coiffman, F. (2008). Alogenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad. *Cir. Plást. Ibero-latinoam.*, 34 (1). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000100002&lng=es&nrm=iso
- Cordo, J.A. y Cornelli, B. (2008). El cuerpo travesti. *Expresión de la lucha por la diversidad*. Ponencia presentada en el VII Congreso Virtual Seminario Permanente de Tesis, Facultad de Periodismo Universidad de La Plata, Argentina. Recuperado de: http://www.perio.unlp.edu.ar/seminario/VII_congreso_virtual/nivel2/cordo_corneli.doc.

- Cornejo, M. (2006). El enfoque biográfico: trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Psyke*, 15 (1), 95-106. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282006000100008&script=sci_arttext
- De Barbieri, T (1992). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *ISIS Internacional* (Santiago de Chile), 17.
- De la Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25, 1-4. Recuperado de: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf
- De Lauretis, T. (2008). Identidades de género y malos hábitos. En *Identidad de género vs. Identidad sexual* (Actas del IV Congreso Estatal Isonomía). Castellón (España): Fundación Isonomía.
- De Vries, K.M. (2012). Intersectional identities and conceptions of the self: the experience of transgender people. *Symbolic Interaction*, 35 (1), 49-67.
- Decreto Distrital 608 de 2007 (28 de diciembre), por medio del cual se establecen los lineamientos de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas —LGBT— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones. *Registro Distrital* n.º 3902. Recuperado de: <http://www.alcaldia-bogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28145>
- Decreto Distrital 062 de 2014 (7 de febrero), por medio del cual se adopta la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales —LGBTI— y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones. *Registro Distrital* n.º 5296. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=56702#15ChromeHTML\Shell\Open\Command>
- Desmarais, D. (2010). El enfoque biográfico. *Cuestiones Pedagógicas*, (20), 27-54.
- D’Innocenzo, M. y Adami, N.P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. *Acta Paul. Enferm.*, 17(4), 383-91.
- Dubón Peniche, M.C. (2010). La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente. *Rev. Fac. Med.* UNAM, 53(1), 15-20. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un101e.pdf>

- Edwards, J.W., Fisher, D.G. y Reynolds, G. (2007). Male-to-female transgender and transsexual clients of HIV service programs in Los Angeles County, California. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1030-1033. Recuperado de: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/full/97/6/1030>
- Escobar, J. (2007). Diversidad sexual y exclusión. *Revista Colombiana de Bioética*, 2(2), 77-94.
- Escobar, M.R. (2013). La politización del cuerpo: subjetividades *trans* en resistencia. *Revista Nómadas*, (38), 132-149.
- Estrada, H. y García, A. (2010). Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/SIDA en mujeres transgénero en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 9(18), 90-102.
- Fajardo, A. (s.f.). *El test de discriminación para las personas travestis en Colombia: concepto presentado ante la honorable Corte Constitucional de Colombia, dentro del proceso de una acción de tutela, que tuvo lugar por la violación de los derechos de una mujer en razón de su condición transgenerista*. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda. Recuperado de: <http://www.usergioarboleda.edu.co/derechos-humanos/discriminacion-travestis-colombia%20.pdf>
- Fontana, A. y Frey, J. (2008). The Interview, from neutral stance to political involvement. En N.K. Denzin y S. Lincoln (Comps.), *The sage handbook of qualitative research* (pp. 695-727). London: Sage Publications.
- García-Becerra, A. (2009). Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. *Rev. Col. Antr.*, 45(1), 119-146.
- García Suárez, C.I. (2007). *Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia*. Bogotá: Colombia Diversa. Recuperado de: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articles-169202_archivo.pdf
- Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M. y Harper, G.W. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 230-236. Recuperado de: http://67-206-68-10.static.cimcoisp.net/uploadedFiles/New_and_Events/Garofalo_JAH_Article.pdf
- Gil, F. (2010). Travestis: a fronteira não integrada. Sitio web del Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM). Recuperado de: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=6359&sid=7&tpl=printerview>

- Glaser, B.G. (with the assistance of Judith Holton) (2004). Remodeling grounded theory. *Forum: Qualitative Social Research*, 5(2). Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-04/2-04glaser-e.htm>.
- Gómez Suárez, Á. (2009). El sistema sexo/género y la etnicidad: sexualidades digitales y analógicas. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 675-713. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000400003&lng=es&tlng=es.
- González-Gil, T. (2011). "En busca de la feminidad sentida": el proceso transexualizador desde la experiencia de las mujeres. Cuidados competentes para favorecer transiciones sanas. *Biblioteca lascasas*, 7(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0566.php>
- Guasch, O. (2007) La crisis de la heterosexualidad. Barcelona: Laertes.
- Hernández García, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 13(1). Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/nomadas/13/yhgarcia.pdf>
- Hernández, N. y Sanchez, M. (2008). Divergencias y convergencias en la teoría fundamentada. *Revista Ciencias de la Educación*, 18(32), 123-135. Recuperado de: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-5917200800020006&lng=en&nrm=Iso
- Joris, H.J., Kanhai, R., Oen, A.L., Van Diest, P.J. y Karim, R. (2001). The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 107(3), 734-741.
- Kanhai, R., Joris, H.J., Asscheman, H., Mulder, J. y Wiebe, J. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 104(2), 542-549. Recuperado de: http://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/1999/08000/Augmentation_Mammaplasty_in_Male_to_Female.39.aspx
- Lafaurie, M.M. (2002). *La prostitución en escena*. Bogotá: Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS).
- _____. (2003, septiembre). *La investigación cualitativa desde el socio-construccionismo: un proceso de construcción de significado y sentido*. Ponencia presentada en el VIII Congreso Institucional de Investigaciones Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
- _____. (2006). La investigación cualitativa, perspectiva de desarrollo social: aportes a la salud sexual y reproductiva. *Rev. Col. Enf.*, 1(1), 31-40.

- _____. (2009). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en prostitución y VIH/SIDA: construcción de significado y sentido. Bogotá: Universidad El Bosque, Facultad de Enfermería.
- _____. (2012). Equidad, género y salud. Bogotá, Universidad El Bosque, Maestría en Salud Sexual y Reproductiva.
- Lafaurie, M.M., Miranda, R. y Forero, E. (2011). *Qué significa vivir con VIH-SIDA: reflexiones de travestis sobre su salud*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Lafaurie, M.M., García C.C., Giraldo, C., Gutiérrez, A.M., Lara, Y.M., Ortiz, L.A. et al. (2012). Una reflexión sobre la transfobia y la exclusión: narraciones de travestis en un programa social. *Duazary*, 9(1), 42-48.
- Ley 18.620 de 2009 (12 de octubre) que tiene por objeto decretar que toda persona tiene derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios. *Diario Oficial* n.º 27858 (Montevideo, Uruguay). Recuperado de: <http://sip.parlamento.gub.uy/leyes/TextoLey.asp?Ley=18620>
- Ley 4238 de 2012 (12 de julio) de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que tiene por objeto garantizar el desarrollo de políticas orientadas a la atención integral de la salud de personas intersexuales, travestis, transexuales y transgénero. *BOCBA* n.º 3992. Recuperado de <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4238.html>
- Liaño, J.P., Valera Bestard, B. y García López, P. (2003). Mecanismos de transmisión del VIH. En Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (ed.), *La infección por el VIH: guía práctica*. Sevilla: Gráficas Monterreina S.A.
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI, Revista de Educación*, 4, 167-179. Recuperado de: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/viewFile/610/932>
- López, F. (2006). *Homosexualidad y familia*. Barcelona: Editorial Grao.
- Lukomnik, J. y Ramos, M. (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. Montevideo: Agencia Nacional de Investigación e Innovación/Mujer y Salud en Uruguay. Recuperado de: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/relevamiento_trans_web.pdf
- Mañero, I. y Montull, P. (2006). La cirugía de reasignación sexual de hombre a mujer. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y de Psiquiatría de Enlace*, 78, 30-39. Recuperado de: <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad-N%C2%BA78-Trabajo5.pdf>

- Martínez, J.C., Manrique, C., Sáenz, O., Ojeda, P., Rocha, N., González, F., Miranda, R. y López, A. (2009). Embolismo pulmonar por silicona. *Rev. Col. Neum.*, 1, 84-88.
- Martínez-Guzmán, A. (2012). Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. *Psicoperspectivas*, 11(2), 164-184. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242012000200009&lng=es&tlng=es. 10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-197.
- Maxwell, J. (1996). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Londres: Sage Publications.
- Meccia, E., Metlika, U. y Raffo, L. (s.f.). *Trabajos al margen del trabajo. Trayectorias de vulnerabilidad de travestis y mujeres prostitutas en un partido del sur del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Lavboratorio. Informe de Coyuntura Laboral. Recuperado de: http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo/textos/13_4.htm
- Millán de Benavidez, C. (2008). El camino de la "L" a la "T". Recorridos por una sigla. En Espinosa, B. (ed.), *Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Misse, M. y Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, 8(38), 44-55. Recuperado de: <http://antigua.ome-aen.org/norte/38/44-55%20corr.pdf>
- Moore, E., Wisniewski, A. y Dobs, A. (2003). Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467-3473. Recuperado de: <http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/88/8/3467>
- Mueller, A. y Gooren, L. (2008). Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 159(3), 197-202. Recuperado de: <http://www.eje-online.org/cgi/content/full/159/3/197>
- New, G., Timmins, K., Duffy, S. J., Tran, B., O'Brien, R.C, Harper, R. y Meredith, I. T. (1997). Long-Term Estrogen Therapy Improves Vascular Function in Male to Female Transsexuals. *Journal of the American College of Cardiology*, 29(7), 1437-1444. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9180101>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua (Guatemala): OPS/OMS.

- 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*. Washington: OPS. Recuperado de: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Orozco, G., Ostrosky, F., Salin-Pascual., Borja, K. y Castillo-Parra, G. (2009). Bases biológicas de la orientación sexual: un estudio de emociones en transexuales. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(1), 9-24.
- Orozco, G., Ostrosky, F., Borja Jiménez, K., Castillo-Parra, G. y Salin-Pascual, R. (2010). Evaluación afectiva en una población transexual. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 293-299.
- Palacios-Astorquiza, L. (2013). *Sexualidades múltiples y la tiranía de las categorías: clasificación, medicalización y administración estatal de la intersexualidad en Colombia*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Pedraza, Z. (2007). Políticas y estéticas del cuerpo: la modernidad en América Latina. En Z. Pedraza (coord.), *Políticas y estéticas del cuerpo en América Latina*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Pedraza, Z. (2009). Derivas estéticas del cuerpo. *Desacatos*, 30, 75-88. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742009000200006&lng=pt&nrm=iso
- Pérez-Serrano, G. (2007). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Pérez Serrano, G. (2007). *Desafíos de la investigación cualitativa*. Bogotá: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Recuperado de: http://www.rmm.cl/usuarios/pponce/doc/200711151514230.6conferencia_gloria_perez_serrano.pdf
- Profamilia/Universidad Nacional de Colombia/Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. (s.f.). *Encuesta LGBT: sexualidad y derechos. Participantes de la marcha de la ciudadanía LGBT de Bogotá, 2007*. Recuperado de: <http://www.profamilia.com/images/stories/afiches/encuestas-investigaciones/encuesta-lgbt-2009.pdf>
- Puig, M. y Halperin, I. (2006). Papel del endocrinólogo en el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 78, 24-29. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271443>.

- Raffo, M.L. (2005). *El mundo de la prostitución en un contexto de marginalidad laboral y segregación espacial. Trayectorias de vulnerabilidad de travestis y mujeres en situación de prostitución en el sur del Gran Buenos Aires*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Estudios del Trabajo-ASET, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.aset.org.ar/congresos/7/18003.pdf>
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=travesti>
- Resolución n.º 008430 de 1993 (4 de octubre), del Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
- Romi, J.C. (2006). El travestismo: implicancias sexológicas, médico legales y psicosociales. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 5(2), 33-54.
- Rubin, G. (1986). Tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt7.pdf>
- Ruiz-Bolívar, C. (2008). *El enfoque multimétodo en la investigación social y educativa: una mirada desde el paradigma de la complejidad*. Barquisimeto (Venezuela): Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Recuperado de: <http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/CRB%20Art%20Enfoque%20Multim%C3%A9todo.pdf>
- Salvatierra, H.J. (2009). Uso del silicón. *Boletín T-informa*, 2(13), 1-9. Recuperado de: trans_esp.ilga.org/content/download/.../Uso_del_silicon_Tinforma.pdf
- Sánchez Olvera, A. R. (2009). Cuerpo y sexualidad, un derecho. Avatares para su construcción en la diversidad sexual. *Sociológica*, 24(69), 101-122.
- Sanders, D. (2008, septiembre). *Third sex identities and transgender rights: Policies in Asia and the West*. Ponencia presentada en el First South Asia LGBTI Partnership Building Workshop, Kathmandu, Nepal. Recuperado de: www.transgenderasia.org/sanders-third-gender.doc
- Santamaría, J.M., Fernández, J., Jiménez, L., Gómez, J., Pérez, J. y Sotos, L. (2005). Una propuesta de modelización en la búsqueda y recuperación de información en las historias clínicas informatizadas. *Nure Investigación*, 17, 1-9. Recuperado de: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Documentos/Original17.pdf

- Schenone, G. (2008). *Siliconomas mamarios por inyección: clínica, diagnóstico y tratamiento* (tesis inédita de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.drshenone.com.ar/archivos/Tesis-Doctoral.pdf>
- Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá (2009). Referentes conceptuales para debatir el enfoque poblacional y el alcance de la políticas poblacionales. *Síntesis de Coyuntura*, 98, 1-9. Recuperado de: http://portales.sdp.gov.co/resources/no_98.pdf
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev. Panam. Salud Publica*, 11(5-6), 302-309. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>.
- Setz, V.G. y D'Innocenzo, M. (2009). Evaluation of the Quality of Nursing Documentation Through the Review of Patient Medical Records. *Acta Paul. Enferm.*, 22(3), 313-317. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/en_a12v22n3.pdf
- Sociedad Internacional de Equidad en Salud (ISEqH) (s.f.). *Definiciones*. Recuperado de: http://www.iseqh.org/workdef_sp.htm
- Sotelo, R. (2006). *El mundo de la vida travesti. Una reflexión para la promoción de salud y derechos humanos y prevención de ITS-SIDA en el sur del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina*. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames). Recuperado de: http://www.alames.org/documentos/eje1_archivos/EJE01-64.pdf
- Suárez, J.M. (2009, abril). *Universalidad con equidad en salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI*. Ponencia presentada en el Primer Congreso de Medicina y Salud, UNAM, Ciudad de México. Recuperado de: http://www.mex.ops-oms.org/documentos/equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf
- Swearer, S., Turner, R., Given, J.E. y Pollak, W. (2008). "You're so gay": Do Different Forms of Bullying Matter for Adolescent Males? *School Psychology Review*, 37(2), 160-173. Recuperado de: http://extension.fullerton.edu/bullying/pdf/youre_so_gay.pdf
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (segunda edición). Barcelona: Editorial Paidós Básica.
- Téllez, A. (2008). *Mujer/es, sexo social y género/s*. Castellón (España): Universitat Jaume I —Máster en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado—.
- Triviño, Z. y Sanhueza, A. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc. enferm.*, 11(1), 17-24. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000100003&script=sci_arttext

- Ulin, P., Robinson, E., Tolley, E. y Mc Neill, E. (2002). *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research in Sexual and Reproductive*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vargas, I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139.
- Vázquez-García, F. (2009a). Políticas transgénicas y ciencias sociales: por un constructivismo bien temperado. En *Ponencias Seminario Teoría Queer: de la transgresión a la transformación social*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces/Consejería de Presidencia/Junta de Andalucía.
- Vázquez-García, F. (2009b). Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgénera y los límites del constructivismo. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (1), 1-22. Recuperado de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Sexualidad-SaludSociedad/rt/printerFriendly/10/122>
- Velandia, M. (2006). Identidades sexuales móviles: el derecho a estar siendo o la posibilidad emocional, teórica y experiencial de comprender las masculinidades en las minorías sexuales. En M. Viveros (Ed.), *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: CLAM/CES/Tercer Mundo Editores.
- Velandia, M. (2009). Entre sueños y realidades. . . ¿dónde queda la salud? *Revista Semana* (edición digital). Recuperado de: http://www.semana.com/wf_InfoBlog.aspx?IdBlg=29&IdEnt=2076
- Verástegui, D. A. (2013). *Implicaciones psicosociales de la despatologización de la disforia de género para la inclusión o exclusión social de las personas trans en el contexto colombiano* (tesis inédita de maestría). Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.
- Zapata-Barrero, R. (2008-2009). Diversidad y política pública. *Revista Papeles*, 104, 93-104.
- World Professional Association for Transgender Health, WPATH (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Minneapolis (Estados Unidos): WPATH. Recuperado de: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish.pdf

En el camino de la feminización:

Estudio de las prácticas de intervención corporal de travestis del área de influencia
del Hospital Santa Clara E.S.E. de Bogotá, Colombia,
fue editado y publicado por la Editorial Universidad El Bosque.

Noviembre de 2014
Bogotá D. C., Colombia

Este libro es resultado de un estudio sobre las prácticas de intervención corporal de un grupo de personas travestis localizadas en la zona de tolerancia del centro de Bogotá, entre las localidades de Los Mártires y Santa Fe. Aquí el lector encontrará una rigurosa exposición sobre las técnicas artesanales a las que acuden estas personas para alcanzar una apariencia femenina; los riesgos implicados en tales prácticas; los imaginarios e ideas que las estimulan, y los contextos socioculturales de los sujetos abordados.

El propósito es visibilizar las problemáticas de salud que enfrenta la colectividad travesti del Distrito Capital, a menudo excluida e ignorada y analizar algunas historias clínicas de individuos de este grupo poblacional internados en el Hospital Santa Clara E.S.E. por complicaciones con procedimientos no convencionales para feminizar el cuerpo (uso de hormonas, de silicona líquida y de diversas sustancias inyectables, entre otros). La obra, que presenta algunos testimonios de las travestis abordadas, será útil sobre todo para los profesionales de la salud, pues suministra informaciones precisas acerca de las secuelas de los métodos empíricos con que estas personas buscan feminizarse.