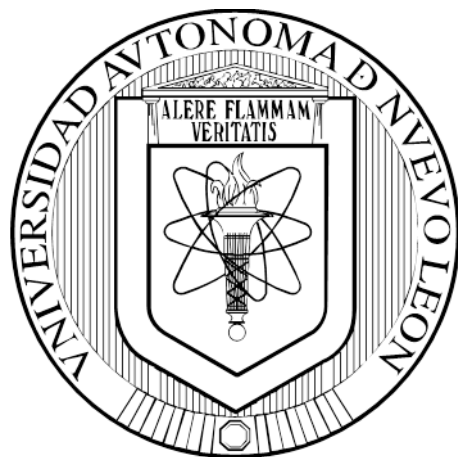


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ANÁLISIS CUALITATIVO MULTINIVEL DEL RIESGO DEL VIH EN MUJERES
TRANS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN**

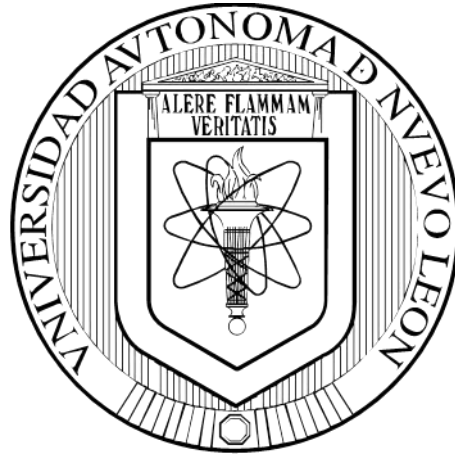
POR

ME. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AGOSTO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ANÁLISIS CUALITATIVO MULTINIVEL DEL RIESGO DEL VIH EN MUJERES
TRANS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN**

POR

ME. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

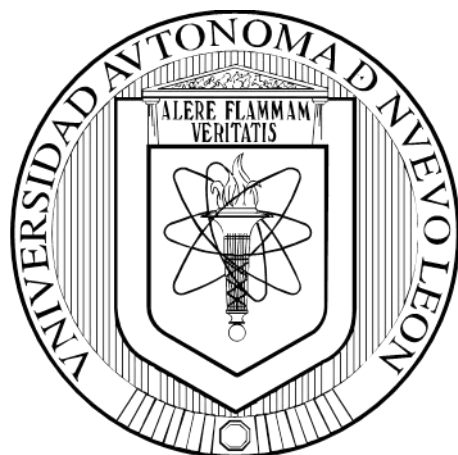
**DIRECTOR DE TESIS
DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ**

AGOSTO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ANÁLISIS CUALITATIVO MULTINIVEL DEL RIESGO DEL VIH EN MUJERES
TRANS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN**

POR

ME. ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

AGOSTO, 2019

ANÁLISIS CUALITATIVO MULTINIVEL DEL RIESGO DEL VIH EN MUJERES
TRANS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Directora de Tesis y Presidenta

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Secretaria

Dr. Juan Antonio Doncel de la Colina

1er. Vocal

Dra. Mariana Gabarrot Arenas

2da. Vocal

Dra. María Aracely Márquez Vega

3era. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su valioso apoyo económico y simbólico hacia el desarrollo de mis estudios de doctorado, sin los cuales no hubiera sido posible culminar con esta etapa de crecimiento personal y profesional.

A la Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez y a la Sub-Directora de Posgrado e Investigación Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su apoyo académico.

A la Doctora Dora Julia Onofre Rodríguez, a quién agradezco su apoyo y confianza para desarrollar esta tesis, por impulsar mi crecimiento personal y por motivarme a seguir creciendo como profesional. Al Doctor Juan Antonio Doncel de la Colina, por su constante guía, paciencia y sabiduría, que fueron claves para el desarrollo y culminación de la tesis.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por su confianza y constante motivación desde el día 0 del semestre. A la Dra. Mariana Gabarrot Arenas por su paciencia y guía para llevar a cabo esta tesis. A la Dra. María Aracely Márquez Vega por su guía y comentarios certeros para fortalecer la tesis. Al Dr. David de Jesús Reyes, amigo entrañable y que fue apoyo, compañía y pieza clave para mi introducción a los sitios de encuentro.

A la Dra. Greta Bauer quién me abrió las puertas de la University of Western Ontario para llevar a cabo la estancia de investigación. Agradezco la confianza puesta en mí, su humildad y pasión al enseñar y compartirme sus conocimientos, el que me haya involucrado activamente en los proyectos de investigación, su reflexión y motivación hacia la introducción del feminismo interseccional. Especialmente, agradezco que me haya enseñado otra forma de investigar, sin instrumentalizar. Doy las gracias a la University of Western, por abrirme las puertas de su institución, así como a

Saverio Stranges coordinador del Departamento de Epidemiología y Bioestadística de esta institución.

Agradezco a las docentes del programa de Doctorado de Ciencias de Enfermería de quiénes aprendí, compartí y me motivé para seguir construyéndome como profesional de enfermería e investigadora: Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Dra. Bertha Cecilia Salazar González y Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal.

A mis compañeras y compañero del doctorado Natalia Ramírez Girón, Jennifer Domínguez Chávez y Aldry Reyes. Iniciamos siete y terminamos cuatro, entre alzas y bajas, depresión, caídas de pelo, remedios para hacerlo crecer, vitaminas, toneladas de café, pan y chocolates. Solo nosotrxs sabemos el camino y los obstáculos que tuvimos que enfrentar y vencer para estar donde estamos. A Fernanda Ramírez Barajas y Natalia Isabel Manjarres Posada, por su amistad, apoyo y reflexión existencial constante.

A mis amigas y amigos que presencial o a distancia estuvieron conmigo durante este proceso, así como a aquellas personas entrañables que conocí en el camino: Claudia Elizabeth García Bernal, Jashiel Margarita Osuna Mondragón, Joselyn Alejandrina Rojas Mora, Paloma López Murillo, Natalia Montes de Oca Chávez, Guadalupe Antonio González, Esmeralda González, Mijail Lorenz Mercado, Brenda Ocampo, Karen Arce, Itzel Cervantes Estrada, Javier Mora, Janelle Haley, Siobhan Churchill, Annastiina Peltola, Nicole Nussbaum, Ayden Scheim, Sandra Gotovac, Mostafa Shokoohi, Victoria Ríos Infante, Rubén Ávila, Elizabeth Buenabad, Lluvia Medina Inda y Ulises Delgadillo.

A familia del CEIN Juan Sordo, Tania Lara y Diana Espino cuyo apoyo y amistad valoro profundamente. A mi familia canadiense Laurie Crouse-Longhurst y Blair C. Longhurst cuyo apoyo y amor fue fundamental para mi estancia de investigación en Canadá. Su cariño y amistad será eterna.

A mi familia, especialmente a mi hermana Alejandra García Rueda, a mi hermano Alejandro García Rueda, a mis sobrinas Valeria García López, Carolina García López, Leyre Cristina Vázquez Estrada y a mis cuñadas Gabriela Olivares y Nohemí Guadalupe López Morán por su amor y apoyo invaluable durante todo el proceso de doctorado, por no dejarme caer. A mi padre Luis Villa Martínez, quién desde la distancia me apoyo y amo incondicionalmente. Agradezco a Rosa Nidia Benavides, cuyo apoyo y motivación durante el último año del doctorado fue vital para culminar mis estudios.

Agradezco especialmente a las mujeres trans que compartieron sus vidas conmigo, por su confianza, amistad y hermandad, por cuestionar mi privilegio, porque solo de esa forma pude crecer y repensarme. Espero haber hecho algo valioso con su tiempo y sus experiencias.

Dedicatoria

Este documento está dedicado a aquellas personas de cuerpos inteligibles para la sociedad, vigilados y castigados por ser diferentes, cuyas violencias siguen invisibles y sin ser nombradas. Para todas aquellas mujeres trans, que viven su identidad con libertad, que al salir de casa revolucionan el mundo y que son un ejemplo de lucha constante para cisgéneros y trans. Pero, sobre todo, a aquellas que siguen en el anonimato, en el rincón oscuro que la sociedad les ha dejado como última opción. Que este documento sea para todas ustedes, que sea evidencia de sus vidas, punto de reflexión, crítica y herramienta para que sigamos luchando.

Al amor de mi vida, mi madre. Te amo infinitamente, eres el regalo más preciado que el Dios y el universo me pudo dar. Gracias por tu fortaleza, motivación y orgullo hacia mí, por no rendirte y amarme por quién soy.

A mi papá Ed, quién la vida no le permitió verme culminar el doctorado, pero quién depositó en mí todo su amor y confianza, desde el inicio hasta al fin de sus días. Tu amor me acompañará eternamente. Desde arriba o desde donde sea que estés, sé que estás orgulloso de mí y esto va para ti.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
El Riesgo de Adquirir el VIH en Mujeres Trans	3
Estigma y Discriminación y sus Reproducciones en las Instituciones, y por Profesionales de Enfermería	9
Pertinencia del Estudio	15
Marco de Referencia	19
Análisis de las definiciones para trans.	20
Perspectiva de género: “epistemología, método y metodología”.	22
Interseccionalidad.	25
Violencia simbólica.	28
Marco de afirmación de género.	29
Capital social.	29
Referente teórico para la exploración del riesgo de VIH en mujeres trans: modelo social ecológico modificado (MSEM).	30
Estudios Relacionados	33
Revisiones de la literatura/sistemáticas.	43
Estudios cualitativos.	50
Estudios mixtos.	52
Síntesis de estudios relacionados.	54
Objetivo General	56
Objetivos específicos.	56
Definición de Términos	57
Capítulo II	60

Contenido	Página
Metodología	60
Diseño del Estudio	60
Muestreo	60
Muestra	61
Criterios para la selección de la muestra.	61
Criterios de inclusión.	62
Criterios de eliminación.	62
Herramientas para la Recolección de la Información	63
Observación participante.	63
Diario de campo.	64
La entrevista semiestructurada.	65
Actividades de Recolección de la Información	67
Consideraciones Éticas	72
Plan de Análisis de la Información: Análisis Temático	73
Procedimiento.	74
Validez y confiabilidad de los hallazgos.	77
Capitulo III	78
Resultados	78
Características de la Muestra	78
Características socio-demográficas.	78
Auto-identificaciones.	79
Expresión de género y procesos de reafirmación del género.	80
Unidades Temáticas	81
Nivel Individual	81
Creencias, Percepciones y Sentimientos Relacionados con el VIH, el sida y el Uso del Condón	82

Contenido	Página
Percepciones de Riesgo del VIH, Uso del Condón y las Pruebas de Detección del VIH	89
Percepciones del Estigma e Impactos en la Salud Mental	96
El Cuerpo Hetero-Cisnormado y Objetivado: Procesos de Reafirmación de Género y la Genitalidad	98
¿Resiliencia?: Activismo, Feminismo, Empoderamiento y Actitudes Religiosas como Factores Protectores	104
Síntesis del nivel individual.	107
Nivel de Redes	107
Rechazo y Aceptación Familiar	108
La aversión a lo femenino y el privilegio masculino: machismo y hetero-cisnormatividad.	111
La violencia cómo representación de poder, castigo y método de alineación.	114
Las madres ¿redes de apoyo o sujetos pasivos?: percepciones y sentimientos.	118
Entender el rechazo del padre y la madre.	122
Redes de apoyo dentro de la familia.	126
Consecuencias del rechazo familiar.	127
Reencuentro con la familia/la madre y reconfiguraciones familiares.	129
Parejas Sexuales: Deseo, Moralidad, Promiscuidad y Amor	133
Relaciones de poder y equidad entre parejas sexuales.	141
Inicio de las conductas sexuales.	145
Las conductas sexuales como medio para legitimar la identidad de género: significaciones.	146

Contenido	Página
Las Comunidades Trans: Identidad y Capital Social	148
Prácticas de Riesgo y Estigma en las Comunidades Trans	155
Comunidades Trans y Sitios de Encuentro/Ambiente: Procesos de Socialización y Disputas	159
Relaciones Interpersonales con Gays y Lesbianas	167
Síntesis del nivel de redes.	169
Nivel Comunitario	170
Impacto y Visibilización de Temas Trans en los Espacios Públicos	170
Acceso a la Educación	176
Acceso a Trabajo	179
Acceso a los Servicios de Salud	183
Relevancia de las OSC en la Prevención del VIH	191
Síntesis del nivel comunitario.	195
Nivel Político	195
Estado Legal de las Mujeres Trans: Ley de Identidad de Género, Criminalización y Persecución de las Mujeres Trans y el Trabajo Sexual, y la Violencia Sexual como Símbolo de la Invisibilidad	195
Valoración y efectos de los procesos de legalización para la rectificación del acta de nacimiento.	199
Ciudadanía e identidad: Beneficios y barreras asociadas a la Ley de identidad de género en Nuevo León.	202
Expectativas y procesos subsecuentes a la rectificación del acta.	209
Ocultamiento social de la identidad en contextos institucionalizados.	212
Juicio para la rectificación del acta de nacimiento en Monterrey.	214
Visibilización política trans: marchas y homonorma.	216

Contenido	Página
Criminalización y Persecución de las Mujeres Trans: Identidad y Trabajo Sexual	218
Violencia Sexual como Fenómeno Estructural	227
Capítulo V	231
Discusión	231
Limitaciones	242
Conclusión	244
Recomendaciones	247
Recomendaciones generales para futuros estudios.	247
Recomendaciones para intervenciones.	249
Recomendaciones para los profesionales de enfermería.	251
Referencias	255
Apéndices	274
A. Guía de Entrevista Semi-estructurada para Informante Clave	275
B. Guía de Entrevista Semi-estructurada para Participante	277
C. Consentimiento Informado	286
Glosario	288

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Caracterización de la muestra por tipo de procedimientos de reafirmación de género	81

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Triangulación de la investigación para la generación de nuevo conocimiento	18
2. Análisis de la realidad en el proceso de investigación cualitativa	19
3. Pirámide interseccional con posiciones sociales de poblaciones LGBTTTIQ+	27
4. Esquematización del Modelo Socio-Ecológico Modificado para el VIH	31
5. Proceso de recolección de la información	68
6. Tipos de análisis cualitativo de la información	74
7. Proceso de análisis temático	75
8. Nube de palabras del análisis de la información	82
9. Unidades temáticas del nivel individual	83
10. Sinergia de elementos individuales del VIH	95
11. Nivel de redes, unidad temática de rechazo y aceptación familiar	110
12. Nivel de redes, unidad temática de parejas sexuales (primera parte)	134
13. Nivel de redes, unidad temática de parejas sexuales (segunda parte parte)	142
14. Nivel de redes, unidades temáticas sobre comunidades trans	149
15. Nivel de redes, unidad temática de relaciones interpersonales con gays y lesbianas	167
16. Nivel comunitario, unidad temática sobre el impacto y visibilización de temas trans en espacios públicos	171
17. Nivel comunitario, unidad temática de acceso a la educación	177

Figura	Página
18. Nivel comunitario, unidad temática de acceso a trabajo	180
19. Nivel comunitario, unidad temática de acceso a los servicios de salud	184
20. Nivel comunitario, unidad temática relacionada a las OSC sobre el VIH	192
21. Nivel político, unidad temática sobre ley de identidad de género (primera parte)	197
22. Nivel político, unidad temática sobre ley de identidad de género (segunda parte)	200
23. Nivel político, unidad temática sobre ley de identidad de género (tercera parte)	210
24. Nivel político, unidad temática de criminalización y persecución de las mujeres trans: identidad y trabajo sexual	219
25. Nivel político, unidad temática de violencia sexual como fenómeno estructural	228

Resumen

ME. Alma Angélica Villa Rueda
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto de 2019

Título del estudio: ANÁLISIS CUALITATIVO MULTINIVEL DEL RIESGO DEL VIH EN MUJERES TRANS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN

Número de páginas: 290

Candidata para Obtener el Grado de Doctora en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Propósito y Método del estudio: El propósito del estudio fue analizar el riesgo de adquirir el VIH que enfrentan las mujeres trans del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, desde los niveles individual, de redes, comunitario y político de un modelo socio-ecológico para el VIH. Se desarrolló un estudio cualitativo con perspectiva de género, mediante entrevistas semi-estructuradas a mujeres trans mayores de 18 años y residiendo en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para el análisis de los resultados se utilizó el análisis temático.

Contribución y Conclusiones: El riesgo del VIH se vinculó con el estigma y discriminación sistémica. El patriarcado y sistemas sociales de opresión de la sexualidad (hetero-cisnormatividad) fueron transversales a todas las unidades de análisis, generando estigma, rechazo y violencia. Esto generó marginación e inequidades sociales y de salud. Las unidades temáticas incluyeron percepciones de riesgo del VIH, el uso del condón y las pruebas de detección del VIH; percepciones de estigma e impactos a la salud mental; repercusiones del estigma y la búsqueda de binario en el cuerpo; factores protectores del riesgo del VIH (activismo, feminismo, empoderamiento y actitudes religiosas); rechazo/aceptación familiar y consecuencias; caracterización de las parejas sexuales; relaciones de poder entre parejas sexuales; significaciones de las conductas sexuales; las comunidades trans como capital social; acceso a trabajo; educación; servicios de salud; relevancia de las OSC para la prevención del VIH; estado político en materia de ley de identidad de género; acceso a derechos humanos; invisibilización política; obligatoriedad de tamizajes del VIH; y violencia sexual como fenómeno estructural. En conclusión, el riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans se presenta como resultado de las inequidades sociales y de salud multinivel, respaldadas por el patriarcado y la hetero-cisnormatividad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El término trans se refiere a una gama de identidades entre las que se incluyen, pero no se limita, a transexual, transgénero y travestí. Las mujeres trans son personas que fueron asignadas con el sexo masculino al nacer, pero su identidad y expresión de género es femenina (Secretaría de Gobernación [SEGOB] & Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2016). Debido a que las mujeres trans subvierten la causalidad del sexo y el género como norma social, enfrentan múltiples experiencias de estigma y discriminación a lo largo de sus vidas, produciéndose inequidades de salud que las vulneran a resultados de salud adversos, como el riesgo de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Baral, Poteat, et al., 2013). Al cual a partir de este momento se le denominara de cualquiera de estas formas: riesgo de VIH, riesgo de adquirir el VIH o el riesgo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), cada día un millón de personas alrededor del mundo adquiere una infección de transmisión sexual (ITS), entre las que destaca el VIH. Para el 2017 cerca de 36.9 millones de personas estaban viviendo con el VIH en el mundo (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS [UNAIDS], 2018a). Las mujeres trans, enfrentan una carga desproporcionada de riesgo de adquirir el VIH. La probabilidad de que esta población adquiera el VIH es de 48.8 a 53 veces más alta en comparación con el resto la población en general. Lo anterior, las ha colocado en el vértice de la epidemia del VIH (Baral, Poteat, et al., 2013; Garofalo, Kuhns, Reisner, & Mimiaga, 2016; Secretaría de Salud [SS] & Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2017; Wolf et al., 2016).

En México, hasta el tercer trimestre de 2018 se registraron 160, 327 personas viviendo con el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) (SS, 2018). En el 2017, México concentró el 14% de las nuevas infecciones de VIH en América

Latina. El segundo país con mayor número de nuevos casos solo después de Brasil (UNAIDS, 2018b). La epidemia del VIH en México se describe como concentrada, ya que afecta a grupos específicos denominados poblaciones clave, como las mujeres trans. Las prevalencias de infección por VIH en mujeres trans van del 16% al 32%, incluso por encima de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trabajadoras sexuales (MTS), hombres trabajadores sexuales (HTS) y personas que usan drogas inyectables (Pudi) (SS & CENSIDA, 2017; Wolf et al., 2016).

Cabe señalar, que las estadísticas antes mencionadas derivan de estudios con poblaciones trans con características geográficas específicas o de cálculos de prevalencias de infección. Por ejemplo, la recolección de la información se limitó a áreas fronterizas (Pitpitan et al., 2015) las cuáles concentran altas prevalencias de VIH asociadas al tránsito migratorio. Centros penitenciarios y/o la clínica Condesa, conocida por ser la única que atiende población trans en el país (Colchero et al., 2015). Otros estudios eliminaron a las mujeres trans del análisis estadístico final (Pines et al., 2016). No hay hasta el momento un estudio multi-céntrico que proporcione información de la situación actual de personas trans con respecto al VIH en todo el país, por lo que se recomienda que las cifras locales de VIH en asociadas a este grupo se consideren con cautela.

Los profesionales de enfermería se han caracterizado por estar al frente de la epidemia del VIH desde sus inicios, cuidando a las personas que viven con el virus, desarrollando investigaciones e implementando programas preventivos (Kirton, 2007). Ahora que las comunidades trans emergen como grupos independientes y se pone sobre la mesa las particularidades en la construcción del riesgo entre las mujeres trans, se da la urgencia de entender la complejidad de la epidemia del VIH en estas poblaciones. Analizar el riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans permitiría, comprender cómo se está generando el riesgo, para desplegar acciones específicas de prevención y cuidado desde cualquiera de sus campos de acción: Educativo, clínico, comunitario y académico.

A partir de lo anterior, el cuerpo de la introducción se segmenta en cuatro partes. La primera, tiene como objetivo introducir un análisis de la vulnerabilidad y riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans. En la segunda parte, se desarrolla un apartado para analizar el estigma y la discriminación como elementos clave para entender el riesgo desde lo social, y cómo estos elementos son reproducidos y mantenidos por las instituciones y profesionales de enfermería. En la tercera sección se describe la pertinencia del desarrollo del estudio y un acercamiento al enfoque metodológico elegido. Y en la cuarta sección, se desarrolla el marco de referencia, el cual incluye análisis de los términos definatorios para poblaciones trans, y se explican las posturas y referentes teóricos seleccionados.

El Riesgo de Adquirir el VIH en Mujeres Trans

El riesgo y la vulnerabilidad son términos concomitantes, con definiciones que varían dependiendo del área en que se utilicen. Desde la salud pública, la vulnerabilidad se refiere a la exposición continuada de un grupo de personas o población al riesgo. El riesgo se moldea a partir de factores o características que, de estar presentes, incrementan la probabilidad de desarrollar resultados de salud adversos (Araujo-González, 2015). La crítica creciente hacia este canon de análisis de riesgo como un fenómeno causal, es cuestionado por centrarse en la probabilidad de ocurrencia más que por explicar las producciones de riesgo incluyendo las inequidades sociales y de salud.

Por mucho tiempo, “el riesgo” se analizó en dos vertientes independientes. La primera, en la que el riesgo se presenta fuera del control del individuo (ej. factores de riesgo del ambiente) y, la segunda, engloba las conductas o estilos de vida que el individuo adopta y que, de ser de riesgo, lo vulneran a determinados resultados de salud adversos. Desde esta última postura, el riesgo recae tácita y plenamente en el individuo. Algunos autores la han señalado como una perspectiva moralista, ya que el riesgo y la enfermedad se ven como un castigo consecuencia de la irresponsabilidad de la persona. En otras palabras, el individuo es el único responsable del riesgo. Esta postura ignora la

responsabilidad e interconexión de la política pública, las normas sociales y otros elementos de niveles macro-estructurales con el riesgo.

El cambio paradigmático en los abordajes del riesgo hacia enfoques más socioculturales fue insertado en el campo de la salud pública, y ha sido posible mediante el trabajo multidisciplinario de sociólogos y antropólogos en las ciencias de la salud. Estas disciplinas introducen una visión que va más allá del riesgo como probabilidad, a una visión que concibe al riesgo como un fenómeno permeado por procesos sociales (Lupton, 2005). Por lo que el riesgo se concibe como un fenómeno construido a partir de las características del entorno y del individuo, simultánea y mutuamente.

En el caso de las mujeres trans, la literatura refiere que las conductas sexuales son el comportamiento principal por el cual esta población está en riesgo de adquirir el VIH. Éstas incluyen el sexo anal insertivo y/o receptivo y sexo vaginal (en el caso de las mujeres trans con cirugía de reasignación de género), mantener relaciones sexuales con hombres cisgénero, tener múltiples parejas sexuales, ser trabajadora sexual y tener relaciones sexuales bajo la influencia de drogas o sustancias psicoactivas, sin el uso del condón (Maiorana et al., 2016; Mayer, Grinsztejn, & El-Sadr, 2016; Neumann, Finlayson, Pitts, & Keatley, 2017; Poteat, German, & Flynn, 2016; Poteat, Scheim, Xavier, Reisner, & Baral, 2016).

Por mucho tiempo el estudio del VIH se ha restringido a enfoques biológicos y conductuales. Autores como Singer (2010), han detallado las consecuencias de plantear la vulnerabilidad de una población a una enfermedad desde enfoques unilaterales. Lo cual puede resultar en inmersiones y elucidaciones reducidas sobre el fenómeno que acortan la perspectiva de interpretación del riesgo. Por ejemplo, enfocarse únicamente en las conductas sexuales como referente para analizar el riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans, no permitiría analizar otros elementos que introducen riesgo, su sinergia, ni profundizar en explicaciones que den sentido a ellos. Además de las conductas sexuales de riesgo mencionadas, las mujeres trans son consideradas un grupo de

población clave para el VIH por la vulnerabilidad que se crea a partir de los procesos de estigmatización y discriminación (Pollock, Silva-Santisteban, Sevelius, y Salazar, 2016).

Estos se transforman en inequidades, que suelen poner en riesgo a minorías sexuales como las mujeres trans, por ejemplo, a través de acciones preventivas dirigidas sólo a población cisgénero, falta de sensibilización, habilidades y conocimientos hacia población no-binaria por parte de los profesionales de salud. Lo anterior, tiende a crear perspectivas negativas de los servicios de salud y, limitar/reducir su presencia en ellas (Safer et al., 2016). Adicionalmente, mediante la protección social que otorga la heterocisnormatividad y la homonormatividad, hay un mayor despliegue de estrategias preventivas para el VIH en esta poblaciones (Boivin, 2014; Center for Disease Control and Prevention [CDC], s.f.).

Stryker (2007), afirma que este esqueleto normativo, condena lo que sale de las líneas sexuales genéricas acostumbradas. El reconocimiento de dicha vulnerabilidad, se refleja en la guía terminológica más reciente de UNAIDS. Ésta, define la vulnerabilidad de un individuo al VIH como el amalgamiento de desventajas socio-económicas, exclusión social y factores socio-culturales y político-legales. Reconoce que los factores que introducen riesgo están frecuentemente fuera del control del individuo (UNAIDS, 2015). Debido al riesgo del VIH que enfrentan las mujeres trans, la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021 (UNAIDS, 2016), la Declaración Política sobre el VIH/SIDA (ONU, 2016) y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (SS, 2013), han urgido al estudio de este fenómeno como una prioridad internacional y nacional en materia de salud.

Los anteriores, también han explicitado que el riesgo del VIH necesita de abordajes que además de incluir las conductas sexuales como factores de riesgo, analicen las inequidades sociales y de salud, y niveles micro y macro como componentes y productores del mismo. Asimismo, han declarado que, de no considerarse a la epidemia del VIH como un fenómeno multi-causal y socio-estructural,

estará lejos de ponerse fin. Con todo lo anterior, el riesgo del VIH en mujeres trans, se entiende y estudia como un fenómeno multicausal (Poteat, German, et al., 2016).

Autoras como Fish (2010) y Bauer et al. (2009), consideran a las mujeres trans un grupo social excluido y marginado. Visibilizar la copiosa variedad de orígenes que excluyen a las mujeres trans es una tarea que implica asumirse en diversas perspectivas de análisis. Baral, Logie, Grosso, Wirtz y Beyrer (2013), proponen que las condiciones que influyen en el riesgo del VIH en las mujeres trans pueden organizarse en cuatro niveles: individual, de redes, comunitario, y político.

Dentro del nivel individual se encuentran los componentes psicológicos, como las conductas e ideaciones suicidas, depresión, ansiedad, trastornos de estrés y transfobia internalizada (Kaplan, McGowan, & Wagner, 2016; Poteat, Scheim, et al., 2016). Además, se incluye situaciones de desempleo, bajo nivel académico, uso de drogas y estados anímicos de frustración por no poseer recursos económicos para realizarse procedimientos de reafirmación de género (Wolf et al., 2016). Lo anterior, se ha interpretado como producto de la discriminación y estigma que emanan de otros niveles. Y se ha vinculado con la presión heteronormativa por corresponder a una de las categorías binarias del sexo-género (Herbst et al., 2008), al estigma de las conductas sexuales y de la orientación sexual (Paiva et al., 2015; S. L. Reisner et al., 2016).

En el nivel de redes, se incluyen el tipo de relaciones de pareja, familia y amigos. Herbst et al. (2008), refieren que las relaciones de pareja son de los principales temas relacionados con el riesgo del VIH. De acuerdo con Sevelius, Reznick, Hart y Schwarcz (2009), las mujeres trans tienen tres tipos de pareja: las primarias, casuales y de trabajo sexual. En este sentido, Pollock et al. (2016), encontraron que las mujeres trans suelen buscar patrones de machismo y agresividad en sus parejas, para distinguirlos de hombres gay y para reafirmar los papeles de hombre y mujer dentro de la díada. Sevelius et al. (2009), manifiesta que esto puede deberse a un sistema patriarcal que se intensifica en las mujeres trans para responder al mecanismo de vigilancia social del

género. Si la pareja decide no usar condón, las mujeres trans acceden por las extremas dificultades que sostienen para converger con parejas heterosexuales que las acepten y al mismo tiempo, mantenerlas complacidas y no que pierdan el interés (Gamarel et al., 2016). En el caso de las parejas casuales y de trabajo sexual, autores como Poteat, German, et al. (2016), indican que las mujeres trans tienden a demandar el uso del condón con mayor frecuencia que en las parejas primarias, dado que no se visualiza el establecimiento de lazos afectivos, sino monetarios-transaccionales.

De acuerdo con Molina Rodríguez, Guzmán Cervantes, y Martínez-Guzmán, (2015), la familia, los amigos y la propia comunidad transgénero, parecen ser las entidades más importantes en el espacio psico-social de las mujeres trans. En este sentido, estos grupos pueden actuar negativa o positivamente frente a las situaciones de vida y de transición. Desde el punto de vista negativo, la discriminación que surge de estos grupos se intersecta con la social e institucional, orillando a las mujeres trans a crear una doble vida en la que su identidad y expresión de género permanecen subrepticios (Boivin, 2014).

La mujer trans queda sin la salvaguarda de los lazos fraternales próximos, de los que la mayoría de los sujetos en la sociedad se valen como fuentes de apoyo. Visto positivamente, Maiorana et al. (2016), sugieren que el apoyo familiar y el de la comunidad transgénero, promueven habilidades para sobrellevar las situaciones de discriminación y estigma de su cotidianidad. Si las mujeres trans están respaldadas por algunos de estos grupos, tiene menores probabilidades de vivir una sexualidad anónima y camuflada, y mayores posibilidades de estar informada con respecto al VIH y evitar las conductas sexuales que la pongan en riesgo de adquirirlo.

Con relación al nivel comunitario, Pollock et al. (2016), mencionan que las mujeres trans enfrentan numerosos obstáculos dentro de los contextos de salud, educativo y gubernamental. En el sistema de salud, no se les identifica y trata como mujeres, aun cuando tienen el cambio legal de la identidad, lo que limita o anula su

acceso a los servicios de prevención y tamizaje del VIH. Como resultado de la falta de reconocimiento de la diversificación de necesidades que emanan de la adopción de la expresión femenina, no se les brinda orientación sobre cómo llevar tratamientos hormonales y/o cirugías de reafirmación de género. Ya sea por la falta de presupuestos institucionales, por el fallo en el reconocimiento de la identidad trans dentro de la estructura interna y/o enfoques a poblaciones mayoritarias. Asimismo, están expuestas a micro-agresiones y ocultamiento de información por parte de los actores del sistema de salud, educativo y gubernamental, lo que rezaga y margina a la población (Poteat, Scheim, et al., 2016).

En el nivel político, autores como Reisner, Keatley y Baral (2016), afirman que existe una relación inseparable entre las políticas, instituciones y estructuras sociales, ya que las primeras permean el ordenamiento interno en las segundas. De esta manera, sin el aval legal de la identidad trans, las mujeres trans quedan desprotegidas. Por ejemplo, las mujeres trans en México han sido personificadas como indocumentadas o inexistentes bajo el lente político, debido a la falta de procesos que legalicen el cambio de identidad. A excepción de Cd. De México, Michoacán, Querétaro, y Coahuila, los únicos estados que ofrecen el trámite de rectificación de acta de nacimiento (Línea Directa, 2019). Subsecuentemente, sus necesidades han pasado desapercibidas en los contextos de salud, educación y gobierno. Estos eventos son reforzados por las estructuras políticas que se niegan a reconocer las identidades producidas fuera de la dicotomía sexo-género, posicionándolas en el escalafón más próximo de riesgo para adquirir el VIH.

La falta de financiamiento para programas y estrategias de prevención y VIH, la criminalización de las identidades trans y del trabajo sexual, también son elementos que asociados al riesgo de VIH en niveles estructurales. El tránsito y acceso a espacios públicos, se obstaculiza ante normas que penan el travestismo, como faltas a la moral. El trabajo sexual es en la mayoría de los casos, la principal fuente de ingresos económicos

para muchas mujeres trans y al mismo tiempo se instrumentaliza para legitimar la identidad de género (Poteat, Reisner, & Radix, 2014; S. L. Reisner et al., 2016).

Por otro lado se introducen la vinculación entre el riesgo de VIH con las categorías definitorias y las políticas (Parker, Aggleton, & Perez-Brumer, 2016; Poteat, German, et al., 2016; Poteat, Scheim, et al., 2016). Los términos que se utilizan para abordar a la población son la piedra angular para el desarrollo de estrategias específicas. Organismos internacionales como UNAIDS, son los encargados de desplegar terminologías para aproximarse a las poblaciones en riesgo del VIH. Dichas terminologías son derivadas a contextos unitarios, es decir, de manera independiente en cada país. Si estas terminologías no se desarrollan coherentemente con las realidades y auto-identificaciones de la población, se corre el riesgo de excluir sujetos de las estrategias y servicios preventivos del VIH. Al invisibilizar a una población, también se invisibilizan sus necesidades.

Estigma y Discriminación y sus Reproducciones en las Instituciones, y por Profesionales de Enfermería

El estigma y la discriminación se producen a partir de las normas sociales que regulan las conductas, características y/o identidades sociales. Goffman (2006), explica que las sociedades tienden a categorizar a las personas, de acuerdo a las características o comportamientos que se asumen “naturales”. Los individuos son asignados a ellas, y cuando alguna de esas características está ausente o alterada, procesos de estigma tienden a emerger con el objetivo de resaltar la desalineación del individuo a los patrones o expectativas de normalidad.

El estigma puede obedecer a patrones de anormalidad corpórea, de carácter y/o tribales, como las posiciones sociales de raza, origen y religión. Los defectos del carácter se refieren, entre muchas cosas, a la sexualidad y sus diversas dimensiones. Por ejemplo, la expectativa social de que las personas con características biológicas desarrollarán causalmente identidad, expresión y roles sociales acordes a ellas. Cuando

dicha causalidad no sucede, el sujeto se estigmatiza, como es el caso de las mujeres trans. En el caso de las mujeres trans, consecuente y paralelo al estigma, los procesos de discriminación, se basan y validan en sistemas sociales de opresión de la sexualidad, basadas en perspectivas identitarias y de orientación sexual.

Por ejemplo, la cisonormatividad y heteronormatividad, las cuáles se articulan en relaciones y prácticas sociales de poder que suelen invisibilizar a las mujeres trans de la presencia social (Molina Rodríguez et al., 2015; Moreno Sánchez & Pichardo Galán, 2006). La cisonormatividad, nace del prefijo en latín *cis*, que se traduce en “de este lado”, mientras que *trans* se refiere a “del otro lado”. La cisonormatividad se refiere a la inmutabilidad del sexo y el género, dónde lo normal es ser una persona cisgénero (no trans).

Por otro lado, la heteronormatividad, sostiene que la única orientación sexual normal es la atracción entre personas de sexos opuestos (SEGOB & CONAPRED, 2016). La combinación de estas dos normas crea un sistema regulatorio denominado hetero-cisonormatividad, el cual privilegia a las personas cisgénero y que tienen una orientación sexual heterosexual. La hetero-cisonormatividad representa una aversión a todo aquello que vaya en contra del postulado que sustenta que “existen solo dos géneros, que el sexo refleja el sexo biológico, y que solo la atracción entre personas de géneros ‘opuestos’ es natural y aceptable” (Worthen, 2016, p. 35).

Por otro lado, es preciso introducir el patriarcado como sistema social que da surgimiento a la hetero-cisonormatividad, y que es pieza clave en la generación de violencias e invisibilización que enfrentan las disidencias sexuales, específicamente las personas trans. El patriarcado concentra el poder en los hombres, lo demás es minusvalorado, violentado y marginado (Battle & Ashley, 2008). El patriarcado es un sistema de opresión que pretende mantener a las mujeres en un estado de represión constante, “en un estado de subordinación relativa al hombre” (Stryker, 2017, p. 125) Este sistema es tanto macro-socio-estructural como micro.

Por otro lado, Foucault (2007), desarrolla una explicación histórica de los procesos de estigmatización asociados con la sexualidad, y posiciona en el epicentro del análisis a la religión y al capitalismo como fuentes y validadores del estigma. En el primer caso, explica que la religión condenó cualquier expresión social que no se apegara a los modos tradicionales de la familia conyugal, es decir, cualquier manifestación sexual que no tuviera como objetivo la procreación. Posteriormente, el capitalismo replicó la misma serie de ideas con fines de producción económica.

La familia tradicional, se encargaba de garantizar que el nuevo sistema político funcionara, a través de la reproducción humana, más hijos > fuerza de trabajo > producción económica. Para ello era necesario que los individuos se ciñeran a la heterocisnormatividad. Martínez-Guzmán (2012), explica que “el sexo se vuelve así un vector clave en el moderno arte de gobernar la vida porque permite acceder simultáneamente a la gestión de la vida de la especie (biopolítica) y a la del individuo (anatomopolítica)” (p. 170). Estos sistemas regulatorios entonces se legitiman y refuerzan mediante el discurso científico y las instituciones.

Actualmente, las instituciones representan el nuevo eje de ordenamiento político-social, las cuales parecen haber adoptado el rol que anteriormente la religión ejercía, el de vigilante y sancionador. Y con las instituciones, “las ciencias biomédicas y sociales emergen como parte de un dispositivo más amplio de gubernamentalidad y administración de la vida” (Martínez-Guzmán, 2012, p. 166). Por su parte, Foucault introduce un análisis hacia la verdad del sexo y explica cómo es que el escudriño de la sexualidad pasa de ser materia de análisis de la iglesia, a ser de las ciencias:

Era el momento en que los placeres más singulares eran llamados a formular sobre sí mismos un discurso verídico que ya no debía articularse con el que habla del pecado y la salvación, de la muerte y la eternidad, sino con el que habla del cuerpo y de la vida – con el discurso de la ciencia (Foucault, 2007, p.62-63).

A diferencia de la religión, las instituciones y las ciencias tienen una manera diferente de “castigar” lo que no se adecua a los principios generales de normalidad social. Desde la salud pública y en contraste con las teorías sociales, enfilarse a la hetero-cisnorma o no, es la línea divisoria entre la salud y la enfermedad (Foucault, 2007). La patologización de las identidades trans es un claro ejemplo. Foucault discute cómo es que la confesión eclesiástica es sustituida por una confesión científica, una que pretendía conocer y profundizar en la verdad del sexo del individuo, conocer si la sexualidad estaba desviada y que tratamiento darle. Algo muy similar a los métodos diagnósticos utilizados en la actualidad por profesionales de salud.

Siguiendo este orden de ideas, el postulado de que las personas trans tienen una enfermedad mental, permite crear procesos de estigmatización transversales. Desde niveles estructurales, institucionales, hasta comunitarios e interpersonales. Lo anterior, legitima los procesos de discriminación hacia las mujeres trans. Por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales versión V (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2013), y la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) (World Health Organization [WHO], 2018), con sus respectivas etiquetas diagnósticas (disforia de género e incongruencia de género, respectivamente), se utilizan por las propias instituciones para definir y justificar el trato que se le da a ese grupo de personas ulteriormente. Al mismo tiempo, para justificar las expresiones sociales de estigma.

Aunque dichos documentos han evolucionado con el paso del tiempo, por ejemplo, en 1973 se elimina la homosexualidad como trastorno mental del DSM y en 1990 del CIE, la identidad trans no ha dejado de ser considerada una patología. En el 2018, el CIE presentó su más reciente versión (11), la cual eliminó las identidades trans como trastornos de la identidad y la re-etiquetó como incongruencia de género en el área diagnóstica de condiciones relacionadas a la salud (WHO, 2018). A pesar de dichas modificaciones, el hecho de que las identidades trans prevalezcan en un catálogo de

enfermedades sigue re-produciendo y fomentando el estigma y la discriminación que pesa sobre las mujeres trans como personas enfermas, sobre todo en el ámbito de la salud.

Sheppard (2010), llama a lo anterior discriminación sistemática, y explica que ésta permite apreciar la interacción de las relaciones institucionales, prácticas y políticas. Por ejemplo, las acciones de instituciones, profesionales y servidores de salud, como entes sociales activos, están permeados por las regulaciones del sexo y el género. Como se mencionó al principio de este apartado, las estrategias de prevención y atención de VIH tienden a asumir que todas las personas son cis y heterosexuales, lo cual tiene implicaciones en el acceso de las mujeres trans a los servicios de salud y prevención del VIH. Asimismo, el entrenamiento de los proveedores de salud se alinea a este sistema (Bauer et al., 2009).

Retomando el ejemplo anterior, Berger y Luckmann (1967), argumentan que este tipo de ideas se agregan al bagaje ideológico de una persona desde que viene al mundo, porque así se le presentó desde que tuvo contacto con él. Así que la manera en que procesa la realidad se estructura en esa binariedad. Durante la cotidianidad de esa persona, ya sea en el área profesional o familiar, ella espera que las personas que la rodean actúen y se expresen de acuerdo a este principio de correspondencia biológica. Esto a su vez, se reafirma a través de las instituciones y políticas, que se encuentran ordenadas del mismo modo (Nadal, Davidoff, & Fujii-Doe, 2014).

De lo anterior se puede explicar que el razonamiento práctico de los profesionales de enfermería, tiende a estar basado en ese patrón de deducción (Lim, Johnson, & Eliason, 2015). La integración de las mujeres trans a los servicios de salud como pacientes, ha sido obstaculizado por la falta de capacitación y sensibilización de los profesionales de enfermería (Mitchell, Lee, Green, & Skyes, 2016). Los cuales según Merryfeather y Bruce, (2014), son primordiales para garantizar el trato digno, el respeto, el reconocimiento y la inclusión de las mujeres trans al contexto sanitario.

Si los profesionales de enfermería no están bien informados sobre las cuestiones distintivas de sexo-género y la diversidad de orientaciones sexuales e identidades, probablemente tendrán dificultades para subsanar las necesidades de las personas que rebasan las categorías normalizadas del sexo-género, como las mujeres trans (Cornelius & Carrick, 2014). Dicho desconocimiento o desinformación, puede producir micro agresiones que transformen los contextos de salud, en espacios negativos de discriminación y estigma de las mujeres trans (Dean, Victor, & Guidry-Grimes, 2016).

En este sentido, la Comisión Permanente de Enfermería (SS, 2001), estipula dentro del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México, el compromiso de abordar al ser humano como un ser biológico, psicológico y social en conjunto. De tal manera que, se oriente la práctica y la investigación hacia la satisfacción de las necesidades de salud de los sujetos. Al mismo tiempo que se garantiza el respeto de su libertad y dignidad como derechos humanos impugnables. Para responder a los principios y deberes de los profesionales de enfermería, para con las personas y como profesionistas, es primordial generar e introducir un cuerpo de conocimientos que permita comprender a las mujeres trans, en cuanto a seres humanos con características y necesidades de salud únicas, al mismo tiempo que se reconozca su identidad (a través del lenguaje, trato, entre otros).

También, que permita obedecer la naturaleza de cuidados de salud equitativos y competentes de enfermería, así como, desarrollar, enriquecer y reformular las intervenciones para el cuidado de la salud de las mujeres trans (Fish, 2010). Aunque las investigaciones de enfermería bajo el espectro de las ITS y el VIH se han abordado desde diferentes vértices científicos y poblaciones de estudio (Castillo-Arcos et al., 2016), las minorías sexuales como las mujeres trans, han sido poco abordados desde ejes de producción propios de la disciplina. En este sentido, Merryfeather y Bruce (2014), mencionan que los profesionales de enfermería han invisibilizado a las mujeres trans en la práctica, en el contexto educativo y en la investigación.

Puesto que enfermería es una profesión que se guía bajo los ordenamientos y agendas internacionales en salud, es importante considerar lo propuesto por Cassiani, Bassalobre-García y Reveiz (2015), en la agenda de prioridades para la investigación en enfermería: canalizar la producción científica de la disciplina hacia las necesidades de salud pública. Y tal como se ha mencionado, el estudio del riesgo del VIH en mujeres trans es una prioridad nacional e internacional en materia de salud pública.

Finalmente, con lo anterior no se trata de afirmar que el discurso médico, científico e institucional son uno mismo, sin embargo, sí existe una dialéctica entre ellos. Por ejemplo, organismos internacionales como UNAIDS financian y desarrollan proyectos e investigaciones relacionadas con el VIH, los resultados que se obtienen son utilizados tanto por los organismos e instituciones, como por los mismos profesionales de salud, a tal grado que el discurso es apropiado en todos los niveles micro y macro-socio-estructurales como “verdad”. Lo mismo pasa con el CIE-11, del cual la OMS es el organismo internacional encargado de gestionar su desarrollo. Su respaldo lo hace un documento valioso, por ser el organismo principal relacionado a la salud pública tanto para los tomadores de decisiones como para los profesionales de salud. De tal forma que, el CIE-11 es primero adoptado por las políticas públicas y las instituciones.

Al ser legitimado, el discurso circunscrito en dicho documento, es adoptado por los profesionales de salud quienes conciben a las mujeres trans como personas enfermas. Por último, el CIE-11 es también un articulado en los niveles micro-sociales (redes, individual), para generar expectativas y legitimar discursos de discriminación. Con lo anterior se ve que el discurso, aunque dialéctico entre niveles macro-socio estructurales, también se arraiga en los micro, lo que lo hace tener efectos en todos los niveles de análisis.

Pertinencia del Estudio

La falta de investigaciones que incluyan mujeres trans como población de estudio, es evidente. La indagación ha sido tradicionalmente orientada a grupos

mayoritarios, teniendo severas consecuencias para poblaciones minoritarias como la de mujeres trans. En el caso específico de este grupo y el riesgo del VIH, la revisión de la literatura permitió identificar que los abordajes se centran en enfoques biologicistas, y psicológicos. Se encontró escasa evidencia que profundice en el abordaje y deconstrucción del riesgo del VIH que enfrentan las mujeres trans, incluyendo performativas social-culturales como lo son los niveles referenciales: individual, de redes, comunitario y político; de manera simultánea y desde la intersubjetividad de la población.

Lo mismo pasa en el caso particular de México, del cual la literatura que conecta a mujeres trans y el riesgo de VIH es exigua. Las investigaciones que se han llevado a cabo en esta población en el país, retoman el análisis de la identidad desde explicaciones médicas (Salin Pascual, 2008). Por otro lado, se encontraron estudios con encuadres en las ciencias sociales, que, si bien permiten analizar con mayor profundidad las experiencias de mujeres trans, no relacionan el riesgo del VIH (Boivin, 2014; Constant, 2017; Escobar, 2011; Molina Rodríguez et al., 2015; Sandoval Rebollo, 2008).

Esto quizá se puede atribuir a que el enfoque a poblaciones trans es relativamente nuevo en la academia mexicana en comparación con otros países. Por ejemplo, Estados Unidos de América (E.U.A), tiene más de 11 centros especializados en población trans. Canadá por otro lado, ha logrado establecer una ley de identidad de género en todas sus provincias, mediante los resultados de investigaciones centradas en las necesidades y consecuencias de salud en población trans, lo cual ha tenido resultados positivos en materia de salud (Bauer, Scheim, Pyne, Travers, & Hammond, 2015; Scheim & Bauer, 2015).

Dado que México posee dimensiones políticas, comunitarias, religiosas, entre otras, únicas y que atraviesan diferenciadamente las experiencias de las mujeres trans y el riesgo del VIH, es primordial bosquejar la particular situación actual de la población. Para estructurar la presente investigación se optó por un enfoque cualitativo, el cual, de

acuerdo con Patton (2012), se propone cuando: se pretende comprender las experiencias de las personas; los significados de las experiencias; y cuando se desea estudiar a las personas dentro de su entorno cotidiano. Por otro lado, Creswell y Poth (2017), mencionan que el investigador opta por la perspectiva cualitativa cuando un problema necesita ser explorado o se precisa una comprensión compleja de un fenómeno. Dicha exploración tiene como propósito estudiar un grupo específico de personas, identificar variables que podrán ser medidas posteriormente, y/o escuchar voces silenciadas.

El enfoque requiere que el investigador se relacione directamente con los sujetos del estudio en su cotidianidad, que profundice y comprenda el fenómeno en sus contextos, sin que se segmenten. Es decir, analizar la experiencia del individuo fuera del contexto en el que se ha dado. Obteniendo finalmente teoría que permita interpretar el fenómeno. Asimismo, permite develar las realidades de los sujetos de estudio, a través de las personificaciones que nacen del diálogo interactivo entre el investigador-investigado, al mismo tiempo que minimiza las relaciones de poder que pudieran surgir en el proceso, y enriquece la interacción recíproca. De esta manera se cultiva un contexto donde las subjetividades de las mujeres trans no se ven fragmentadas y/o reducidas durante el proceso de investigación (Maykut & Morehouse, 1994).

Esta perspectiva metodológica, permitió profundizar en el discurso y crear un panorama interpretativo lo suficientemente amplio, para comprender el riesgo del VIH en mujeres trans. Posibilitó analizar no solo al sujeto con relación al fenómeno, las normativas circunscritas que se vinculan a ellos; conocer y analizar la multiplicidad de antecedentes y aspectos críticos que vulnerabilizan a las mujeres trans de un contexto específico a estar en riesgo del VIH.

Se espera que, con los resultados de esta investigación, se desarrollen recomendaciones específicas, dirigidas a aquellos puntos que requieren mayor profundización o abordajes específicos. Asimismo, reforzar la comprensión del fenómeno, para dar respuesta a las necesidades de salud de esta población y generar

conocimiento para ser integrado en el bagaje de conocimientos de enfermería, posibilitando entender y articular el sexo, el género, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. Dicho conocimiento puede ser aplicado en los contextos educativos, clínicos, comunitarios y políticos, y transformarlo en una práctica de enfermería incluyente. Lo anterior puede visualizarse en la figura 1, donde se muestra la triangulación de la investigación con respecto a las mujeres trans como sujetos de estudio, a la investigadora como agente de conocimiento, a la enfermería como disciplina receptora del conocimiento y, en medio los referentes que dieron pie a la reflexividad.

Figura 1. Triangulación de la investigación para la generación de nuevo conocimiento

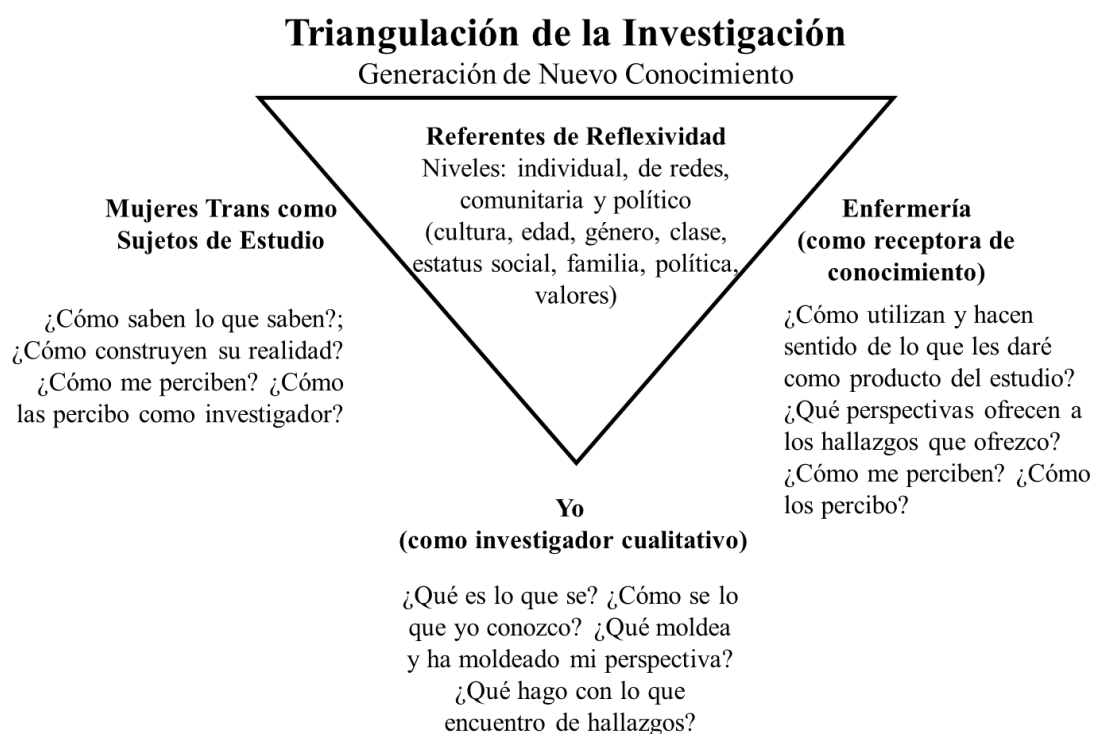


Figura 1. Adaptado de “Strategic Themes in Qualitative Inquiry”, por M. Q. Patton, 2002. En M. Q. Patton (Eds.), *Qualitative Research & Evaluation Methods* (pp. 33-73). Thousand Oaks, California: Sage.

Teniendo en cuenta la vulnerabilidad reconocida de las mujeres trans frente al riesgo de adquirir el VIH, es necesario desplegar un análisis del riesgo del VIH que

enfrentan las mujeres trans desde los niveles individual, de redes, comunitario y político, como referentes de aproximación, mediante un enfoque cualitativo con perspectiva de género.

Marco de Referencia

El uso de la teoría en los abordajes cualitativos es un aspecto crítico (Denzin & Lincoln, 2017); dado que se utiliza de diversas formas, en diferentes momentos y adquiere numerosos significados en un mismo estudio. Por lo general, la teoría se elige cuando se ha tenido un primer acercamiento con la población de estudio, dado que se genera una idea aproximada de los referentes teóricos que servirán para fundamentar la propuesta. Otro punto de vista recae en el debate sobre las perspectivas *emic* y *etic* y en la elección de teorías a priori. La primera, se refiere al lenguaje y categorías de la realidad que ignoran la subjetividad de los sujetos de la población de un estudio; la segunda, hace alusión a las categorías creadas por el investigador a partir de la subjetividad del actor social, desde una visión periférica del fenómeno (Patton, 2012).

El objetivo de la investigación cualitativa, es precisamente llegar al *emic*, para posteriormente crear el *etic* y converger en un punto medio que algunos denominan análisis de la realidad, como se muestra en la siguiente figura:

Figura 2. Análisis de la realidad en el proceso de investigación cualitativa

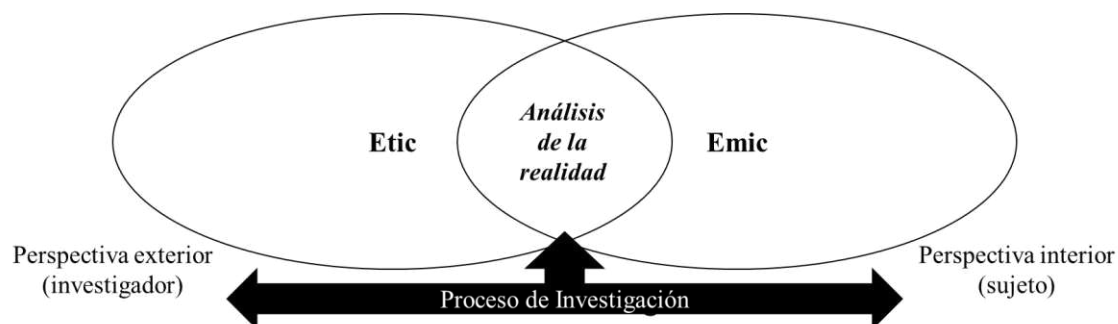


Figura 2. *Etic*, corresponde a las ideas preconcebidas del investigador que desea comprobar en el campo; *Emic*, son las subjetividades del sujeto, concebidas por la interacción directa con el fenómeno.

La teoría en este estudio se utiliza para organización y comprender la interacción de la evidencia de la literatura; visualización del comportamiento del fenómeno a partir de la evidencia previa; estructuración de la guía de entrevista; interpretación del riesgo sistémico del VIH en mujeres trans.

Análisis de las definiciones para trans.

Históricamente, el primer término que se concibió para caracterizar a las personas trans fue: transexual. Acuñado por el médico Magnus Hirschfeld, refinado por el psiquiatra David O. Cauldwell y planteado como se conoce en la actualidad por Harry Benjamin en 1952 (Lamas, 2013). Este último autor, analiza el término desde el esencialismo bio-médico y lo propone como la subversión del sexo. Más tarde (Stoller, 1984), sería quien re-analizaría el concepto desde la identidad de género y definiría la transexualidad como “la convicción de una persona biológicamente normal de ser de un miembro del sexo opuesto” (p. 90). Esto agrega en el panorama, la influencia de lo cultural en la auto-percepción del individuo y le resta importancia al genicentrismo.

Por otro lado, Kessler y McKenna (2000), agregan la importancia de la construcción del género. Parte de esta construcción, es la modificación del cuerpo, a través de los procedimientos de reafirmación de género. Las autoras ponen a crítica, que, al redimirse a este tipo de procedimientos, se cae en la aseveración social de la existencia natural de dos sexos. En este sentido, nace el término transgénero, el cual viene a refutar el esencialismo social-biológico inmiscuido en el transexualismo, y por lo tanto, cuestiona los procedimientos de reafirmación de género. Este término surge como una opción entre la transexualidad y el travestismo. De acuerdo con Lamas (2013), lesbianas, gays, drag queens etc. pueden identificarse con este término, sin embargo, también hace notar que puede resultar peligrosa la variedad de identidades inter-mezcladas, y/o favorable hablando de visibilidad política.

Hasta aquí, es importante que se consideren los contextos históricos que han originado los términos identitarios de la población trans, para consecuentemente

comprender la terminología vigente. En la actualidad, los organismos internacionales desarrollan terminologías que son aplicadas en macro-estrategias, y que son derivadas a contextos unitarios en cada país. Sin embargo, en el proceso de adopción de los términos, éstos pueden ser modificados, eliminar o agregar elementos de acuerdo al contexto, características definitorias de la población y/o incluso por cuestiones políticas. En este sentido se presenta primero la definición desarrollada por UNAIDS (2015), y posteriormente la que se ha implementado en el contexto mexicano.

De acuerdo con UNAIDS (2015), las mujeres transgénero son personas que nacieron con sexo biológico masculino, tienen características primarias como pene, escroto, vesículas seminales, testículos y próstata, pero su identidad y expresión de género no concuerdan con él. Las mujeres transgénero pueden haberse o no, sometido a cirugías de reafirmación de género y/o tratamientos hormonales, así como expresarse femeninamente la mayor parte del tiempo. En contraste, en el contexto mexicano se despliegan cuatro términos que hacen referencia a población trans, y que tienen como característica general la discordancia entre el sexo y el género: trans, transexual, transgénero y travesti (SEGOB & CONAPRED, 2016).

El primero de ellos es trans, en este se incluyen todas las variantes de identidad de género: transgénero, transexuales y travestís. Éste término se ha utilizado anteriormente como término paraguas en el discurso político, para evitar la división de la población y no correr el riesgo de dejar sujetos al margen de la variación sexogénica. El segundo término hace alusión a transexuales, que – en el caso de mujeres transexuales – corresponde a las mujeres que se realizan procedimientos de reafirmación de género y/o utilizan hormonas. El tercer término corresponde a personas transgénero, quienes optan únicamente por tratamiento hormonal. Por último, el término travesti, incluye a los sujetos que visten y se expresan de acuerdo al género contrario a su sexo, la mayor parte del tiempo.

A partir de esta diversificación de términos se pueden concluir tres cosas,

la primera, se repiten características de identificación lo que puede confundir el abordaje de la población en la práctica; segundo, al observar el desglose de términos, puede percibirse una clasificación con base en la gradualidad de la modificación corporal; tercero, que se están otorgando los términos que se han utilizado con mayor frecuencia y que éstas no deberían utilizarse tácitamente, sino como directrices teóricas para acercarse a la población y permitir la producción de auto identificaciones. La generación de categorías para identificar a grupos y sujetos en relación a un fenómeno específico, puede coadyuvar positiva o negativamente en el desarrollo de estrategias - directrices relacionadas.

Las categorías pueden emanar de la autopercepción de los individuos, y de los patrones sociales normativos. Esto puede a su vez segmentar a un grupo en estratos con características definitorias que puede tender a representar o no a su totalidad. En el caso de las mujeres trans, ha habido un debate sostenido con respecto al abordaje terminológico para indagar sobre fenómenos asociados a este grupo. Recordar la multiplicidad de identidades y características varias que engloban cada uno de estos términos permite cuestionarse la pertinencia de adherirse a ellos rigurosamente. Para este estudio, se utiliza el término trans como término paraguas y de acercamiento a la población.

Perspectiva de género: “epistemología, método y metodología”.

Los estudios con perspectiva de género o “estudios feministas de la ciencia” en general evocan dos principios primordiales de los feminismos. El género como posición social que interactúa y converge con otras identidades como la raza, la etnia, el nivel socio-económico, la edad, entre otras. Y emprender cambios sociales para las mujeres en términos de igualdad y equidad. Una parte importante para analizar los dos ejes centrales de los estudios de género, se desarrolla a partir de la “epistemología feminista”, mediante preguntas que traen a la discusión la influencia del género en los métodos de investigación, las herramientas teóricas de aproximación, como los

conceptos y las teorías, y cómo es qué la ciencia está organizada. La parte más importante radica en los cuestionamientos hacia la ciencia como reproductora de las expectativas y modos de organización social basados en el género (Blazquez Graf, Flores Palacios, & Ríos Everardo, 2012).

Una de las partes medulares de los estudios de género es también el cuestionamiento hacia la binariedad de lo natural y lo cultural. Es decir, el ser humano es biológico y también es un recipiente, reflejo y reproductor de la cultura. La discusión a dicha binariedad trata de articular ambas partes, para concebir al individuo como natural y cultural (Subramaniam, 2017).

La epistemología feminista, objeta la visión tradicional de la ciencia, una visión androcéntrica. La ciencia, al ser dominada y ejercida por el hombre, utiliza herramientas metodológicas y métodos que le son útiles a su visión del mundo. Una que, por lo general concibe lo femenino como inferior, que excluye a la mujer como sujeto de estudio y como generadora de conocimiento, y en ese sentido es que desacredita las perspectivas desde las cuáles ella puede explorar e interpretar diferenciadamente los fenómenos.

La epistemología feminista trae a la luz estos aspectos y re-diseña las preguntas que urgen al conocimiento, para introducir al género como una perspectiva desde la que se puede conocer y generar saber, a través de la comprensión e interpretación del mundo con ese lente. Aquí el género se analiza independientemente del sexo, aunque no se le desarticula. Asimismo, posiciona a las mujeres como generadoras de conocimientos únicos, que son dados mediante el entendimiento del mundo subjetivo. En este sentido, la epistemología se basa en tres aspectos principales:

La crítica a los marcos de interpretación de la observación; la descripción e influencia de roles y valores sociales y políticos en la investigación; la crítica a los ideales de objetividad, racionalidad, neutralidad y universalidad, así como las propuestas de reformulación de las

estructuras de autoridad epistémica (Blazquez Graf et al., 2012, p. 22-23).

Las investigaciones con perspectiva de género representan entonces, una forma diferente de entender los fenómenos de estudio. Una donde las preguntas de indagación se replantean para poner al género como el lente desde el cual se observa y se entiende. Quiénes llevan a cabo las investigaciones representan en parte, la metodología. Gorelick (1991), explica que “algo fundamental pasa cuando ambas, conocedora y conocido son mujeres” (p. 460), porque ambas se reflejan, sus experiencias son parecidas y la conexión entonces les permite cierta empatía.

La perspectiva de género trajo luz a una población marginada, oscurecida terminológicamente y pasada por alto por la salud pública. La visibilidad de las mujeres trans en los terrenos de la epidemia del VIH, surge a partir de la adopción de una perspectiva de género que trae al discurso la existencia de identidades de género, que se articulan sin causalidad con los elementos biológicos y conductuales del individuo. La adopción de enfoques de género permite analizar el riesgo del VIH considerando los sistemas sociales que se crean en términos de regulación del género y la sexualidad, dando un giro a la respuesta de la epidemia del VIH, y posibilitando la comprensión y acción de raíz sobre el riesgo del VIH (ONUSIDA, 2000).

Por una parte, esto se puede observar en las transformaciones terminológicas de ONUSIDA, las cuales incluían inicialmente a las mujeres trans en la categoría de HSH, a razón del enfoque biológico (Baral, Poteat, et al., 2013). Sin embargo, ellas no viven como tal, al incluirlas en esta categoría se niega su identidad femenina, se oscurecen temas como la violencia y discriminación sistémica basada en el género, y se corre el riesgo de pasar por alto prácticas sexuales de riesgo, y rutas de transmisión del VIH (Logie et al., 2017).

Por ejemplo, dentro de las poblaciones trans, las mujeres trans son las más estigmatizadas y discriminadas, en comparación con los hombres trans (Coll-Planas,

2010). Escudero Ledesma (2015), explica que esto se puede explicar a través de la visión social normativa, enraizada en un canon paternalista. Esta preminencia de género, se filtra al riesgo de VIH en mujeres trans (Gómez Sónora, 2016). Autores como Coll-Planas (2010) y Valcárcel Bernaldo de Quirós (2008), proponen que el género visto unitariamente, despliega un plano de análisis que permite interpretar la discriminación y las violencias no solo por la identidad trans, sino del hecho de ser mujer. Entonces, el género tiende a convertirse en un sistema de jerarquía social y símbolo de vulnerabilidad (Hierro, 2014).

Existe un sistema de opresión patriarcal, machista, hetero-cisnormativo, que infravalora lo femenino y lo no hetero-cisnormado. Las violencias que viven las mujeres trans son un castigo a la subversión que significan sus identidades para ellos. Cabe señalar, que la identidad trans y la identidad femenina, no son independientes una de otra. En palabras interseccionales, los procesos de marginación de mujeres trans son únicos, porque derivan de la intersección de lo trans y lo femenino, y las demás posiciones sociales de la persona (ej. raza, nivel socio-económico).

La perspectiva de género también permite analizar la movilidad de las identidades trans, en una línea que representa un continuum del género, más que categorías estáticas. Por ejemplo, aproximadamente 95 términos han sido identificados para caracterizar a poblaciones trans alrededor del mundo, con variaciones culturales. (S. L. Reisner et al., 2016). Desde la salud pública se entiende que la identidad de género se moldea distintivamente a partir del bagaje de regulaciones y creencias socio-culturales y sistemas políticos propios de cada contexto. Entonces las significaciones e implicaciones de ser una mujer trans que vive en Monterrey serán diferentes de una que vive en Ciudad de México, así como lo sería el riesgo del VIH.

Interseccionalidad.

De las perspectivas teórico-metodológicas feministas más utilizadas para analizar el riesgo del VIH en mujeres trans es la de interseccionalidad. El concepto de

interseccionalidad fue acuñado por Kimberly Crenshaw (1989). Esta perspectiva feminista propone que los sistemas de regulación social como la hetero-cisnormatividad, la homonormatividad, el sexismo, el racismo entre otros, desencadenan procesos de opresión y discriminación sobre los individuos que trasgreden las normas que sostienen dichos sistemas. La interseccionalidad también pone sobre la mesa la relación que existe entre un sistema predominantemente patriarcal, que da lugar a sistemas hetero-cisnormativos. Como respuesta principal a la desalineación o ruptura de ellos, se encuentra el estigma que se transforma en rechazo y violencias socio estructurales (Hill-Collins, 1998). La violencia es un castigo, donde cuanto más grande sea la transgresión, mayor será éste.

Las mujeres trans, transgreden los dos sistemas sociales hegemónicos de regulación de la sexualidad y por el hecho de ser mujeres merecen por parte del patriarcado toda la aversión y violencia. Como resultado de dichos sistemas de opresión también se encuentra la marginación y la vulnerabilidad de enfrentar situaciones de riesgo, como el VIH. En uno de los primeros textos de interseccionalidad (Crenshaw, 1989) presenta una ejemplificación de la interseccionalidad a partir de una pirámide que integra grupos marginados que de acuerdo a características como la raza, la edad, el sexo, el género, el nivel socio-económico etc. les van colocando en una pirámide jerarquizada donde en la punta se encuentra el modelo más apegado al ideal.

Este ideal tiende a ser una persona blanca, heterosexual, cisgénero, de clase alta, con nivel de estudios altos. En el caso de las mujeres trans en relación a una pirámide que ejemplifique la transgresión a los sistemas sociales, incluiría a hombres y mujeres con orientaciones sexuales bisexuales, homosexuales, y lesbianas. Los sistemas serían la heteronormatividad, cisnormatividad y homonormatividad. La figura 3, es una representación gráfica de dicho ejemplo. Con la figura se trata de evidenciar una posible explicación hacia la jerarquización de visibilización de necesidades dentro de las comunidades de la diversidad sexual. En la base de la pirámide como la población más

marginada, están las mujeres trans. En la cima de la pirámide los hombres gay. Del lado izquierdo se encuentran las normas sociales que “quebrantan” como disidencias sexuales.

Figura 3. Pirámide interseccional con posiciones sociales de poblaciones LGBTTTIQ+

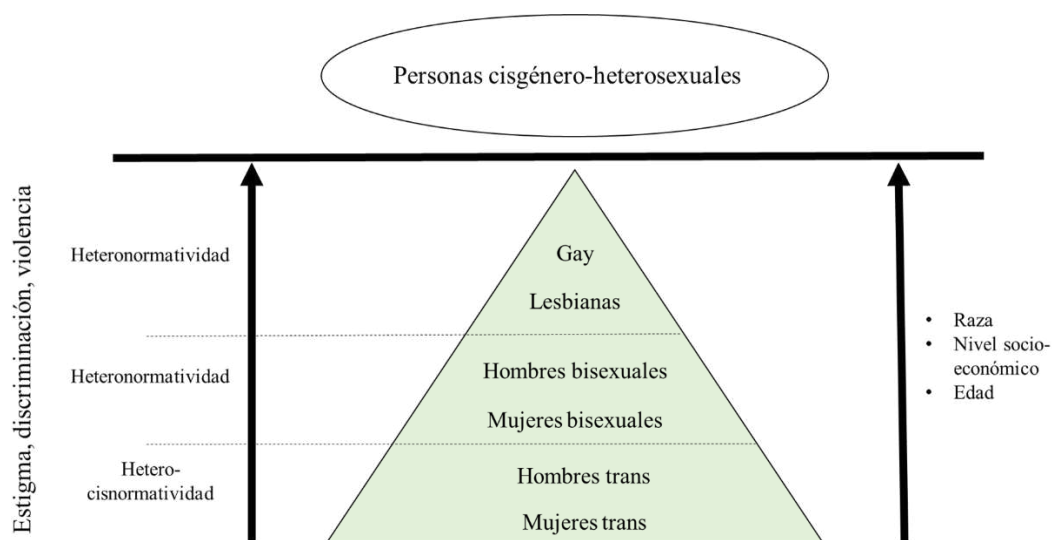


Figura 3. Ejemplo de jerarquización de identidades en la comunidad LGBTTTIQ+. Adaptación del ejemplo de interseccionalidad escrito por Crenshaw (1989).

Cómo se observa, las mujeres y hombres trans son los únicos en este ejemplo esquemático que rompen con la hetero-cisnormatividad. Por lo tanto, las experiencias de estigma y discriminación son más intensas en la base de la pirámide y se suavizan cuanto más se acerca a la cima. Aquellas con identidad femenina siempre se encuentran debajo de las masculinas, porque aparte de las posiciones sociales de orientación sexual e identidad de género, el género femenino en sí mismo representa vulnerabilidad social en comparación con el masculino. Del lado derecho, se enlistan algunos ejemplos de otras posibles posiciones sociales que podrían sumarse a las poblaciones dentro de la pirámide.

Por ejemplo, dentro del grupo de mujeres trans, de acuerdo con la teoría de interseccionalidad, podría haber grupos sufriendo múltiples marginaciones. Imagine

una mujer trans negra, sin estudios y en estado de pobreza y una mujer trans blanca, con estudios universitarios y un nivel económico alto. Arriba de la pirámide después de esa línea negra que representa una ventana, se encuentran los sujetos “normales”, cisgénero y heterosexuales. Cuanto más se acerque una persona a dicho ideal, habrá menos experiencias negativas.

La interseccionalidad se utiliza en el nivel de redes en las relaciones con las familias para explicar hipotéticamente cómo surge el rechazo familiar, a partir de las posiciones sociales de la familia que se interseccionan con las sexualidades de las mujeres trans y que representan a sistemas dominantes de opresión. Asimismo, se utiliza en el nivel político para explicar la jerarquización y visibilización de necesidades de las comunidades LGTBTTIQ+ en el discurso y presencia política.

Violencia simbólica.

Dentro de las violencias que resultan de las rupturas a los sistemas de opresión se encuentra la violencia simbólica, de la cual Bourdieu (1999) menciona:

La violencia simbólica es esa coerción que se instituye por mediación de una adhesión que el dominado no puede evitar otorgar al dominante (y, por lo tanto, a la dominación) cuando sólo dispone para pensarlo y pensarse o, mejor aún, para pensar su relación con él, de instrumentos de conocimiento que comparte con él y que, al no ser más que la forma incorporada de la estructura de la relación de dominación hacen que esta se presente como natural (p. 224-225).

Las personas que enfrentan marginación y vulnerabilidad por las transgresiones a los sistemas de opresión tienden a introyectar el discurso y las conductas hegemónicas que las deslegitiman, al grado de considerar que el rechazo y las violencias son merecidas. El concepto de violencia simbólica se utiliza para explicar las situaciones donde mujeres trans tratan entienden las violencias que viven a partir del argumento de que ellas son las transgresoras sociales y el castigo es repercusión y

responsabilidad directa de ellas.

Marco de afirmación de género.

Una de las perspectivas teóricas que mejor explica las significaciones de las conductas sexuales de las mujeres trans es el Marco de Afirmación de Género (Sevelius, 2013). Este marco, basado en la teoría de interseccionalidad, menciona que las conductas sexuales son el reflejo de ciertas características del entorno, específicamente de sistemas socio-estructurales de regulación. Por ejemplo, si se vive en una sociedad transfóbica y sexista, probablemente las mujeres trans buscarán en sus conductas sexuales, la manera de legitimar su identidad a través de la adaptación de sus conductas sexuales a los sistemas hetero-cisnormativos.

Para Sevelius (2013), la afirmación del género se refiere a “un proceso interpersonal, iterativo mediante el cual una persona recibe reconocimiento social y apoyo por su identidad y expresión de género” (p. 676). La autora explica que la legitimación de la identidad a través de las conductas sexuales supone frecuentemente riesgo del VIH, dado que puede implicar situaciones de riesgo conductuales como la adopción de posiciones sexuales que por sí mismas tienen riesgo elevado del VIH (receptivo vs. insertivo). El Marco de Afirmación de Género se utiliza a nivel de redes en las relaciones con parejas sexuales para explicar las significaciones que las mujeres trans otorgan a sus conductas sexuales.

Capital social.

El capital social es considerado como un concepto e incluso una teoría, que engloba otros elementos como el apoyo y la cohesión social. Éste concepto a nivel interpersonal se refiere a los “recursos disponibles derivados de las interacciones y relaciones entre individuos agrupados en una comunidad, a través de la cohesión social y la solidaridad dentro del grupo” (Perez-brumer et al., 2017, p. 2). En el caso de las mujeres trans, el capital social en las comunidades trans ha demostrado tener un impacto positivo con respecto al riesgo del VIH. El concepto de capital social se utiliza a nivel

de redes en la comprensión de la relevancia de las comunidades trans como fuente de apoyo.

Referente teórico para la exploración del riesgo de VIH en mujeres trans: modelo social ecológico modificado (MSEM).

El MSEM fue desarrollado por Baral, Logie, et al. (2013). Está compuesto por cinco niveles de riesgo de adquirir el VIH/sida: individual, de redes, comunitario, político y la etapa de epidemia del VIH. El MSEM está basado en el Modelo Ecológico de McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz (1988), del cual se modificaron los niveles de riesgo y se añadió la etapa de epidemia del VIH. La premisa que sustenta el MSEM es que mientras los riesgos a nivel individual son fundamentales para el esparcimiento de la enfermedad, al mismo tiempo son insuficientes para explicar las dinámicas de la epidemia en la población.

Los niveles de orden social y estructural de mayor riesgo (redes, comunidad, política y etapa de la epidemia) representan los elementos que la persona no puede controlar. Aunque los políticos y tomadores de decisiones tienden a enfocar las intervenciones de prevención al nivel individual, éstos solo son un componente relacionado con la transmisión del VIH entre las poblaciones minoritarias o marginadas. El MSEM puede ser utilizado para contextualizar el riesgo del VIH en poblaciones vulnerables y clave, como las mujeres trans. Para complementar los niveles del MSEM se integró información, de las recomendaciones multinivel para la prevención del VIH de Kaufman, Cornish, Zimmerman, y Johnson (2014). La información anterior se encuentra esquematizada en la figura 4.

Nivel individual. Características biológicas, conductuales y psicológicas asociadas con la vulnerabilidad de adquirir o transmitir el VIH. Por ejemplo, conocimiento, percepciones (de riesgo, instituciones de salud), actitudes, creencias, motivaciones, emociones, intenciones, uso de drogas, conductas sexuales (uso inconsistente del condón), habilidades para negociar el uso del condón,

empoderamiento, percepciones de las normas sociales, miedo al estigma, no tener la circuncisión o afecciones de la salud mental.

Figura 4. Esquematación del Modelo Socio-Ecológico Modificados para el VIH

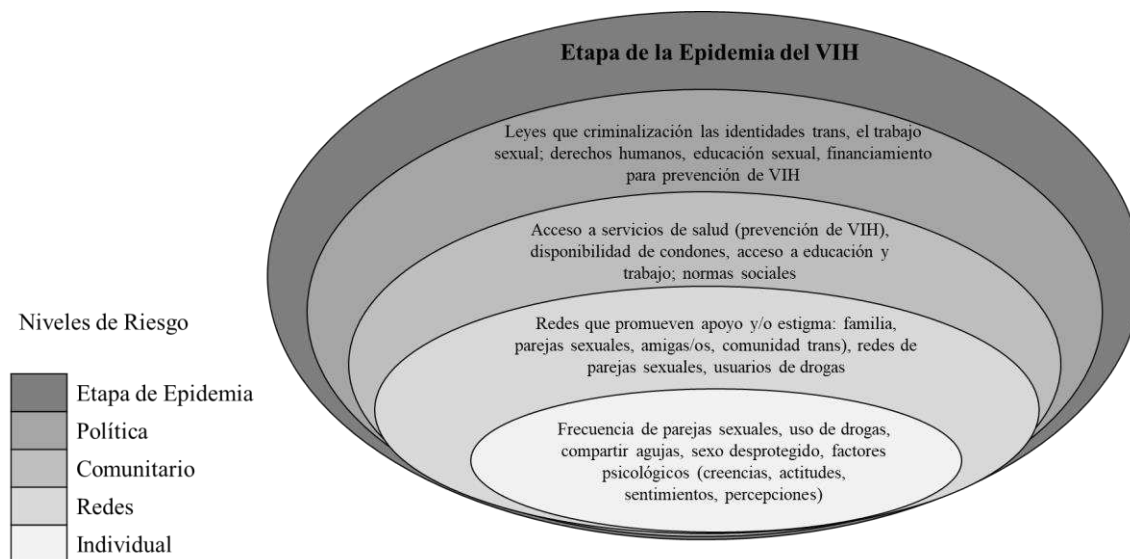


Figura 4. Elementos que se vinculan y conforman el riesgo del VIH de Baral, Logie, et al. (2013) con Adaptaciones de Kaufman et al. (2014).

Nivel de redes. Engloba las relaciones interpersonales, las cuales incluyen a la familia, parejas, amigos, vecinos y otros. Estos pueden influir positiva o negativamente en la salud y las conductas de salud de los sujetos. En el nivel de redes también se incluyen aquellas que no se vinculan por área geográfica, clase, contexto cultural, raza o cuestiones religiosas. Las normas sociales se activan y son puestas en práctica en el nivel de redes, a través de la interacción social. En este nivel de análisis el riesgo de adquirir el VIH está asociado con la influencia, compromiso social, tasas de infección por VIH en las redes sexuales, acceso a la información, contacto íntimo y redes sociales. También aquí se encuentran factores como relaciones de poder y equidad, nivel de comunicación, relaciones íntimas, y violencia interpersonal.

En el MSEM, las redes sexuales son consideradas como un grupo que tiene

alta probabilidad de exposición a la enfermedad entre sí, por las relaciones sexuales y el uso compartido de inyecciones. Dentro de los elementos que se asocian a las redes sexuales son el nivel de comunicación entre parejas, relaciones de poder y equidad, y violencia. Las redes sexuales y/o sociales al fungir como redes de apoyo pueden vincularse con la reducción del riesgo del VIH del sujeto, es decir, fungen como factores protectores de riesgo. Las redes también se encargan de reforzar las normas sociales y conductuales. Éstas también pueden influir negativamente en la salud del sujeto, en caso de que exista rechazo y discriminación.

Nivel comunitario. Los contextos comunitarios pueden tanto promover la salud y el bienestar o pueden ser la fuente principal de estigma. En el nivel comunitario se integran las instituciones y normas sociales. Generalmente incluye: lazos entre redes; relaciones entre organizaciones y grupos, y regiones geográficas/políticas. La cultura, economía, religión, líneas geográficas, las paredes de una prisión o cualquiera de las combinaciones anteriores puede vincular a las comunidades. La ausencia de un hogar, barrio o comunidad, el acceso a servicios de salud, educación, justicia y trabajo pueden incrementar el riesgo de adquirir el VIH.

Las normas socioculturales y valores, y las estructuras de las redes, son moldeadas por fuerzas sociales-estructurales y por la influencia de procesos interpersonales y conductas individuales. La interpretación de las normas sociales puede incrementar o mitigar el nivel de riesgo para adquirir el VIH dentro de la comunidad. Por ejemplo, la vinculación de la idea binaria del sexo-género de los servidores sanitarios, tiende a derivar en la obstaculización o discriminación de las mujeres trans en los contextos de salud.

Nivel Político. Las leyes y políticas proporcionan los cimientos generales para dar forma al riesgo de las poblaciones en riesgo, así como de la población en general. Las políticas, los financiamientos y su implementación se relacionan con el acceso a servicios de prevención del VIH, tratamiento y cuidado, es decir, estos

pueden obstaculizar o promover las estrategias de prevención, cuidado y tratamiento del VIH. Los contextos políticos y legales juegan un rol crítico en la obstaculización o apoyo de los programas de prevención del VIH.

Las políticas determinan la distribución de los recursos económicos para la educación, la salud, el empleo, la asistencia financiera y servicios de prevención del VIH. Asimismo, juegan un papel primordial en la modelación de contextos estructurales de riesgo para el VIH. Estas leyes y políticas influyen en los demás niveles de análisis (Baral, Logie, et al., 2013, p. 4).

Etapa de la epidemia. La etapa de la epidemia, se refiere a las cifras relacionadas a la infección por el VIH en una población. Las cifras permiten estimar la probabilidad de que una persona de cierto grupo o población adquiera el VIH a partir de las prevalencias de infección en dichos grupos. Cabe señalar que para la presente investigación la etapa de epidemia, se utilizó únicamente como referente para justificar la pertinencia del desarrollo del estudio y caracterizar la conformidad del mismo. Lo cual fue plasmado en la parte introductoria de este documento. No se llevaron a cabo tamizajes del VIH en ningún momento.

Estudios Relacionados

Logie et al. (2019), desarrollaron un estudio para explorar la convergencia de factores psicosociales que elevan la vulnerabilidad del VIH de personas jamaicanas gay, lesbianas, bisexuales y trans. Se empleó un modelo de ecuaciones estructurales para examinar el efecto directo e indirecto de un constructo latente de sindemias (consumo de alcohol, síntomas depresivos, abuso infantil/en la adultez) sobre las vulnerabilidades para VIH (parejas sexuales, percepciones de riesgo de VIH, auto-eficacia para el uso del condón) y el rol mediador de factores protectores (apoyo social, afrontamiento resiliente).

La muestra estuvo compuesta por 911 personas, de las cuales 596

fueron personas gay, lesbianas y HSH; 137 mujeres transgénero; y 205 lesbianas, bisexuales y mujeres que tienen sexo con mujeres. La media general de edad fue de 25.46 ($DE = 5.41$, rango 15-55). Para cada grupo fue de 25.49 (5.73, 16-55), 24.22 (4.57, 15-44), 26.22 (4.86, 18-47) respectivamente. Estado inestable del hogar 182 (33.46%), 71 (52.99%) y, 31 (15.50%) para cada grupo. Educación preparatoria o más 484 (85.84%), 110 (80.96%), 191 (93.17%) respectivamente.

Síntomas depresivos en las últimas dos semanas 498 (87.52%), 117 (85.40%), y 176 (85.85%) respectivamente. Abuso sexual en la infancia 182 (32.04%), 47 (34.31%) y, 65 (32.34%). Violencia por parte de parejas íntimas en la adultez 97 (17.20%), 36 (26.47%) y, 55 (26.83). Necesidad de apoyo social en una escala de 7 a 35 puntos, 22.75 ($DE = 6.38$, 7-35), 23.26 ($DE = 6.52$, 8-35) y, 21.13 ($DE = 5.77$, 7-35). Resiliencia en una escala de 6 a 30 puntos 20.01 ($DE = 4.77$, 6-30), 19.69 ($DE = 5.79$, 6-30) y, 19.75 ($DE = 4.94$, 6-30).

Se encontraron patrones directos significativos de sindemias con parejas sexuales, percepciones de riesgo del VIH y autoeficacia del uso del condón. El afrontamiento resiliente y el apoyo social mediaron parcialmente la asociación entre las sindemias y la autoeficacia del uso del condón. El afrontamiento resiliente, medio parcialmente las relaciones entre sindemias y parejas sexuales. La necesidad de apoyo social contó como el 35.02% (0.076/0.217) y el afrontamiento resiliente como el 49.30% (0.107/0.217) del efecto total del constructo latente de sindemias en autoeficacia para el uso del condón. El afrontamiento resiliente contó como el 26.56% (-0.067/-0.192) del efecto total del constructo latente de sindemias en parejas sexuales.

Chakrapani, Willie, Shunmugam, y Kershaw (2018), llevaron a cabo un estudio transversal en 300 mujeres transgénero en India, con el fin de identificar clases latentes de cuatro condiciones de sindemias (depresión-D, uso de alcohol-A, Violencia victimización-V, estado positivo para VIH). Probar si las clases de sindemias median la asociación entre el estigma y el riesgo sexual, y probar si el apoyo social y el

afrentamiento resiliente moderan la asociación entre las clases de sindemias y el riesgo sexual.

La media para la edad fue de 29.6 años ($DE = 7.8$), el ingreso económico medio fue de 134 dólares ($DE = 104$). La mayoría de las participantes tuvo hasta la educación secundaria (63.3%). El 76.3% reportó no vivir con el VIH, el 9.3% vivir con el VIH y 13.3% reportó nunca haberse realizado una prueba de VIH y el 1% no respondió. Las auto-identidades reportadas fueron: hijra (66.7%), transgénero (24.7%) y jogta (8.3%). Emergieron cuatro clases distintas: 1) sindemia DAV (15.3%), 2) sindemia AV (49%), 3) sindemia DV (23.3%), y 4) sin sindemia (12.3%). El apoyo social moderó significativamente el efecto de la clase de sindemia DAV en el uso inconsistente del condón. Se encontró que la sindemia DAV es un mediador significativo del efecto del estigma por la identidad de las personas transgénero sobre el riesgo sexual.

Budhwani et al. (2017), desarrollaron un estudio primero para caracterizar a las mujeres transgénero trabajadoras sexuales ya que son una población difícil de acceder en República Dominicana, y en segundo lugar, para evaluar las asociaciones entre el conocimiento de VIH, el estigma experimentado, y el uso del condón entre tres tipos de parejas. La muestra estuvo compuesta por 78 mujeres transgénero trabajadoras sexuales. La media de edad de las participantes fue de 23 años con un rango de 18 a 39 años. El 17% estudio hasta la primaria, y el 35.90% reportó tener estudios universitarios. El 76.9% reportó el trabajo sexual como su principal fuente de ingresos, y el resto como una fuente secundaria o terciaria. El promedio de edad de la primera relación con penetración fue de 13.12 años (rango de 7 a 20 años).

Las participantes reportaron un promedio de 8.45 parejas sexuales en el último mes con un máximo de 49 parejas. Aproximadamente dos tercios usaron condón en el último encuentro sexual con una pareja sexual confiable (67.76%). Lo anterior, fue considerablemente menos que el uso del condón reportado con parejas coercitivas (92.96%) y comerciales (91.78%). El 80% de las participantes afirmó que el VIH puede

ser transmitido a través de sexo sin condón (80.77%), el 44.87% refirió que el VIH solo puede ser transmitido por sexo anal, casi el 80% por sexo oral, y el 79.49% creyó que aquellas personas que ya lo han adquirido morirán pronto. Más del 40% de las participantes reportó que las personas les llaman con “nombres sucios” en el trabajo sexual. El 42.31% reportó haber sido físicamente agredida por clientes. El 73.3% reportó tener dificultades para obtener servicios médicos.

El 96.55% de las participantes que creyó que una persona puede adquirir el VIH si tiene sexo sin condón aunque sea una sola vez, usaron condón durante su último encuentro sexual con un cliente, comparadas con el 73.33% de las participantes que respondieron no ($\chi^2 = 8.52, p < 0.05$). Solo el 44.44% de las mujeres transgénero trabajadoras sexuales que respondió que era difícil acceder a servicios médicos utilizó condón durante su último encuentro sexual con una pareja confiable, comparadas con el 77.27% de las participantes que reportaron no tener dificultad ($\chi^2 = 6.30, p < 0.05$); con parejas coercitivas 75% vs. 98.18% ($\chi^2 = 10.17, p < 0.01$); clientes, 80.95% vs. 96.15%. El 83.73% de las participantes que no fueron llamadas con nombres despectivos en el trabajo, usaron condón en el último encuentro sexual con una pareja coercitiva, comparadas con el 100% de las que no sufrieron discriminación verbal ($\chi^2 = 6.94, p < 0.05$); con un cliente 81.25% vs. 100% ($\chi^2 = 8.38, p < 0.01$).

El uso del condón y la exposición a violencia física por los tres tipos de parejas estuvieron significativamente asociados. El 50% que reportó haber sido víctima de violencia, uso condón en su último encuentro sexual con una pareja confiables, comparadas con el 80% que no sufrieron violencia física ($\chi^2 = 5.87, p < 0.05$); con parejas coercitivas 83.87% vs. 100% ($\chi^2 = 6.44, p < 0.05$); con clientes 81.82% vs. 100% ($\chi^2 = 7.36, p < 0.05$).

Salazar et al. (2017), realizaron un estudio en mujeres transgénero residiendo en Atlanta, Georgia, con el propósito de proveer información descriptiva, estratificada por el estado de VIH (infectado - o no), que incluyera una gama de factores contextuales

relacionados con el VIH, factores de experiencia y conductas de riesgo relacionadas con el VIH. La muestra estuvo conformada por 92 mujeres transgénero. Con respecto a la raza el 83.7% fueron afro-americanas, el 10.9% blancas, el 3.3% indio-americanos/nativos de Alaska, el 1.1% asiáticas y el 1.1% multirracial. Etnicidad el 6.5% hispano/latinas. Por estado de VIH (negativo/positivo respectivamente): sin empleo y sin escuela 51 (33.3% vs. 76%), sin hogar en los últimos 12 meses 46 (42.4% vs. 59.2%), sin seguro médico 48 (57.6% vs. 50%), alguna vez en prisión o encarcelada 53 (51.5% vs. 64%), arrestada por su identidad trans 34 (33.3% vs. 44%), experimentado abuso físico por una pareja sexual 51 (54.5% vs. 61.2%), forzadas a recibir sexo anal 48 (45.5% vs. 56%), abuso sexual en la niñez 47 (54.5% vs. 50%).

Con respecto a los factores de afirmación de género, el 79.3% tomaba regularmente hormonas femeninas, y el 50% había obtenido legalmente el cambio de nombre. El 58.1% alguna vez realizó trabajo sexual y, el 15.1% alguna vez utilizó drogas inyectables. La media de apoyo familiar percibido por ser mujer transgénero fue de 4.96 (DE = 2.26) de un posible 5. Para la felicidad por apariencia la media fue de 27 (de un posible 35 [DE = 5.18]). El puntaje promedio para la medida de la escala con respecto al impacto psicosocial de la condición de género fue de 10.24 de un posible 20 (DE = 3.65).

Las mujeres trans que no estaban laborando o en estudiando eran casi cinco veces más propensas a auto-reportarse VIH positivo, en comparación con las mujeres trans que tenían empleo o estaban asistiendo a la escuela. También, se observó un efecto protector para aquellas personas que sufren abuso por la identidad de género. Estas mujeres trans eran aproximadamente 50% menos propensas a ser VIH positivo en comparación con sus homólogas que habían experimentado abuso por ser transgénero ($OR = 4.92$, IC 95% [1.62-4.99] vs. $OR = 0.51$, IC 95% [0.28-0.93], respectivamente).

Kapla et al. (2016), se plantearon el objetivo de evaluar las relaciones demográficas de los comportamientos de riesgo y la prevalencia del VIH entre las

mujeres trans en Beirut, Líbano. La muestra se compuso de 53 mujeres trans mayores de 18 años. La media de edad fue de 22 años, 53.9% eran de religión musulmana, 28.9% cristiana y 17.3% sin afiliación religiosa. El 56.6% no completo la preparatoria, el 26.4% la completó y el 17% completó algún tipo de estudio universitario. Con respecto a la orientación sexual el 17% era gay, el 39.6% heterosexual y el 43.4% otra. La media de edad para debut sexual con un hombre fue de 13 años. El 35.9% tuvo sexo anal insertivo con un hombre en los últimos tres meses. El 66% tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero. El 35.9% estaba en una relación estable. El 39.9% nunca se había hecho una prueba del VIH, el 17% se la hizo más de 12 meses atrás y el 43.4% en los últimos doce meses. El 47% supo dónde realizarse una prueba de VIH, y el 16.98% tenía seguro médico.

Cerca del 32% de los participantes reportó haber tenido una necesidad de cuidado médico, pero ser incapaz de obtenerlo, por falta de dinero. El 62.3% estaba deprimida al momento de la entrevista. El 20.8% había tenido ideaciones suicidas, el 41.5% lo había intentado y el resto ninguna de las dos. El 52.8% uso alguna vez hormonas, el 18.9% cirugías y el 32% indicó aceptar su cuerpo a pesar de las imperfecciones. El 49.1% informó estar muy conforme con su género, el 9.4% inciertas y el 41.5% muy inconforme con él. El 64% de las mujeres trans comunicó tener una identidad parcialmente abierta en su vida privada y profesional, el 28.3% completamente y el resto nada.

Tener una identidad abierta como una persona trans en el trabajo o en la escuela estuvo asociado con tener siete veces más probabilidades de tener sexo anal receptivo sin condón en comparación con aquellos que no tuvieron identidad abierta ($OR = 7.20$, IC del 95% [1,52, 33,85]). Un historial de trauma como abuso sexual/agresión fue reportado por casi la mitad de los participantes (49%). El 78% informó haber experimentado violencia física y 32% arresto policial, debido a su identidad o expresión de género. El 98% de las encuestadas informó haber

experimentado la discriminación basada en su identidad de género o la discriminación relacionada con el género. El 67% de la muestra informó que la familia no apoyaba en absoluto su identidad. Un tercio también informó haber sido discriminada en un entorno médico por estas razones.

Wilson, Santos, y Raymond (2014), desarrollaron un estudio con el objetivo de examinar las conductas de riesgo para VIH y los patrones de mezcla de parejas sexuales de mujeres transgénero por comportamientos de riesgo demográficos y relacionados con el VIH. Se calculó la asortividad (preferencia) por raza, tipo de pareja, estado serológico del VIH e UDI (uso de drogas inyectables) a través de las redes sexuales utilizando el coeficiente de asortividad de Newman (NC). Se utilizaron modelos de regresión logística de ecuaciones generalizadas (GEE) para evaluar las asociaciones entre relaciones sexuales anales no protegidas con serotipos de raza y VIH, estatus de UDI asociado y discordancia de tipo de relación mientras se ajustaba el estatus de VIH de las mujeres transgénero.

La muestra estuvo compuesta por 235 mujeres transgénero sexualmente activas residiendo en San Francisco. La media de edad fue de 41 años. Del total de participantes 112 reportaron una identidad de género femenina y el resto trans; 31.3% reportaron raza/etnia afroamericana/negra, 6.4% asiática o de las islas del pacífico, 30.6% latina, 15.3% blanca y el resto otra. El 68.9% uso drogas inyectables, el 55.7% reportó estar viviendo con el VIH y el, 62.6% reportó no tener ningún tipo de encuentro sexual sin condón con sus parejas sexuales.

Sus parejas sexuales fueron caracterizadas de la siguiente manera, edad media de 34.8 años; identidad de género 93.4% hombre, 3% femenina, 2.3% mujer trans, 0.5% hombre trans y el resto no especifico. Raza 31.8% negra, 2.6% asiática, 23.3% latina, 33.9% blanca y el resto otra. Relación con la participante, el 26.3% pareja primaria, el 56% casual y el 17.7% comercial. Sitios de encuentro 39.1% calle, parque o espacio público, el 11.7% presentado por amigos, 10.8% internet, 9.9% bar y el resto en

otro lugar. Uso de drogas inyectables el 90.4% no uso. El 41.9% estaban viviendo con el VIH, el 11.8% no y, el resto desconocía su seroestado. Con respecto a si tenían el mismo seroestado de VIH que su pareja el 61.4% contestó que no y el resto que sí; la misma raza 63.5% dijo que sí; sexo anal sin condón con la participante 78.6% contestó que no.

Dentro de las 575 asociaciones, las mujeres trans afroamericanas/negras y latinas fueron las más asortivas racialmente ($NC = 0.40$, IC 95% [0.34-0.45] y $NC = 0.43$, IC 95% [0.38-0.4], respectivamente). En las asociaciones donde se conocía el estado serológico de VIH de la pareja ($n = 309$, 53.7%), la mayoría de las mujeres entablaban relaciones sexuales con personas de su mismo seroestado de VIH (71.8%, $n = 222$). En el análisis multivariante, el coito anal no protegido se asoció significativamente con las parejas formales, teniendo una pareja sexual que era un usuario de drogas inyectables, y pareja sexual seroconcordante.

Bowers, Branson, Fletcher, y Reback (2012), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de aclarar qué factores conocidos de riesgo de VIH (tipo de pareja, ubicación sexual, serodiscordancia, compañeros sexuales múltiples, uso de sustancias durante la relación sexual) contribuyen a las relaciones sexuales de alto riesgo (sexo anal receptivo) en HSH, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres (HSHM) y, en mujeres transgénero. La muestra incluyó 371 HSH, 286 HSHM y 255 mujeres transgénero residiendo en el condado de Los Angeles. La media de edad para cada grupo fue 36.1, 34.6 y 31.9 respectivamente. Raza en mujeres transgénero 33 caucásica/blancas, 47 afroamericanas/negras, 129 hispano/latinas y el resto otra raza. Del total de mujeres transgénero el 45.7% reportó tener menos de la preparatoria, 31.5% tener preparatoria y el 22.8% más de la preparatoria. El 21.2% reportó estar viviendo con el VIH y el 73.7% no y el resto no sabía. El 58% reportó no tener hogar.

Los resultados mostraron que, la participación en el sexo serodiscordante fue alta en todas las poblaciones, aunque en las mujeres transgénero mostró una probabilidad

significativamente mayor de participar en un encuentro sexual con un compañero de diferente seroestado o desconocido en comparación con HSH ($OR = 1.51$; $p < 0.05$; $IC\ 95\%$). El tipo de pareja fue el predictor más consistente de comportamientos sexuales de alto riesgo en las tres poblaciones. En todas las poblaciones, el coito anal receptivo no protegido era significativamente más probable que ocurriera con las parejas principales (la categoría de referencia) que con cualquier otro tipo de pareja.

En general, los participantes de las tres poblaciones eran aproximadamente de la mitad a dos tercios menos propensos a participar en comportamientos sexuales de alto riesgo con sus parejas ocasionales o anónimos como lo fueron con sus principales parejas. Los participantes eran menos propensos a participar en comportamientos sexuales de alto riesgo con sus socios de intercambio. La serodiscordancia de la pareja no influyó en la participación en el coito anal receptivo sin protección en ninguna población.

Las mujeres transgénero tenían aproximadamente la mitad de probabilidades de participar en coito anal receptivo no protegido con parejas serodiscordantes ($OR = 0.58$; $p < 0.08$; $IC\ 95\%$). La presencia de múltiples parejas sexuales se asoció con aumentos significativos en las probabilidades de sexo de alto riesgo tanto para los HSH ($OR = 3.6$; $p < 0.001$) como para las mujeres transgénero ($OR = 3.39$; $p \leq 0.01$; $IC\ 95\%$).

Sevelius et al. (2009), realizaron un estudio para examinar cómo los recursos materiales, personales y sociales influían en las conductas de riesgo que incrementan el riesgo del VIH, describir las conductas demográficas y de riesgo de mujeres trans, e identificar factores contextuales que predicen conductas sexuales de riesgo. La muestra fue de 153 mujeres trans mayores de edad, de origen asiático, afroamericano y latino.

Obtuvieron, que el 57% habían completado o tenían al menos la preparatoria, el 47% tenían estado inestable del hogar y 22% eran VIH+. El 26% reportó haber tenido

algún tipo de intervención de confirmación de género, el 74% había usado hormonas en el último año. El 24% de las participantes fue arrestada alguna vez en su vida y el 31% había estado en tratamiento contra las drogas en algún momento. Con respecto a las conductas de riesgo, el 40% reportó el uso inconsistente del condón durante el sexo anal receptivo en el último año, el 41% haber usado alcohol o drogas durante el sexo en el último encuentro sexual y el 34% reportó estar comprometido con el trabajo sexual en ese momento. El uso inconsistente del condón fue más común entre las mujeres trans que fueron reclutadas en la calle, tenían hogares inestables, tomaban cinco o más tragos en un solo día en el último mes y que habían usado estimulantes en el último año.

El uso de drogas y/o alcohol durante el último encuentro sexual y el trabajo sexual fueron más comunes en mujeres trans latinas, también en aquellas que tenían hogares inestables en el último año, habían usado hormonas en el último año, habían sido arrestadas y usado estimulantes en el último año. Las mujeres trans que reportaron el uso de estimulantes en el último año fueron cuatro veces más propensas a reportar uso inconsistente del condón ($OR = 4.47$, $IC\ 95\% [1.39-14.43]$). Las mujeres trans reclutadas en la calle, así como aquellas que reportaron estado inestable del hogar fueron cuatro veces más propensas al uso inconsistente del condón ($OR = 4.20$, $IC\ 95\% [1.36-12.93]$ y $OR = 4.40$, $IC\ 95\% [1.44-13.39]$).

Las mujeres trans que reportaron estado del hogar inestable en el último año fueron tres veces más propensas a reportar el uso de sustancias en el último año ($OR = 3.11$, $IC\ 95\% [1.11-8.73]$). Las mujeres trans que informaron usar hormonas en los últimos 12 meses, fueron siete veces más propensas a reportar trabajo sexual ($OR = 7.09$, $IC\ 95\% [2.02-24.86]$). Por último, el haber tenido algún tipo de procedimiento de confirmación de género y ser joven fueron predictores significativos de trabajo sexual ($OR = 3.14$, $IC\ 95\% [1.13-8.68]$ y $OR = .94$, $IC\ 95\% [0.90-0.99]$ respectivamente).

Logie et al. (2017), desarrollaron un estudio con la finalidad de examinar

los factores asociados con el involucramiento de las mujeres trans jamaicanas en el trabajo sexual. La muestra constó de 137 mujeres trans y se utilizaron los resultados de una encuesta transversal realizada en 2015. Se encontró que el 25.2% de las mujeres trans reportaron ser VIH positivo, el 51.82% informó cualquier tipo de involucramiento de trabajo sexual, eso incluyó sexo por: dinero (47.06%), necesidades para sobrevivir (19.85%) y drogas/alcohol (4.41%).

En el análisis multivariado, el sexo pagado y el sexo por dinero estuvieron asociados con: factores personales (depresión), interpersonales (pobre apoyo social, sexo forzado, abuso sexual en la infancia, violencia por parte de la pareja y tener múltiples parejas sexuales) y estructurales (estigma por ser mujeres trans, desempleo). Las participantes que reportaron sexo transaccional también tuvieron mayores probabilidades de encarcelamiento por su identidad transgénerica, el sexo forzado, no tener hogar y bajos niveles de resiliencia, en comparación con las mujeres trans que no reportaron trabajo sexual.

Revisiones de la literatura/sistemáticas.

Jaspal, Kennedy y Tariq (2018), realizaron una revisión de la literatura con el objetivo de explorar los factores individuales y sociales en relación con el VIH en mujeres trans. Las autoras consideraron los principios de la teoría del proceso de identidad desde la psicología social y el concepto de violencia estructural de la antropología médica. Se enfocaron en estudios publicados con respecto a 1) información epidemiológica, 2) factores sindémicos, 3) barreras para el apoyo social, 4) VIH y transición de género, y 5) acceso y compromiso con el cuidado de la salud.

Encontraron que las prevalencias de VIH van de 18% en países con ingresos económicos bajos-medios y 20% en países con ingresos altos. Las mujeres trans tienen una probabilidad 49 veces más alta de vivir con el VIH que otros adultos. Las autoras sugieren que dichas estadísticas se consideren con precaución ya que las mujeres trans tienen menor probabilidad de acceder a servicios de salud, y por ende muchas de ellas

podrían vivir con el VIH y no estar diagnosticadas. La contrastación de las tasas de auto-reporte del VIH por mujeres trans y las infecciones del VIH confirmadas por laboratorio, indican que muchas mujeres trans viven con el VIH y no lo saben, y no están accediendo a tratamiento. Otras disparidades sociodemográficas que se intersectan con la vulnerabilidad al VIH podrían ser el pertenecer a una minoridad étnica y privación socioeconómica.

Con respecto a los factores sindémicos y el riesgo del VIH, encontraron que la violencia estructural puede amenazar los principios de identidad de auto-estima, auto-eficacia, continuidad y entonces afectar el bienestar psicológico. El sexo anal sin condón, el trabajo sexual y el uso de sustancias puede funcionar en algunas ocasiones como una vía de afrontamiento para el estigma y los estresores sociales. La discriminación sistémica, institucional e interpersonal contra las mujeres trans puede derivar en resultados psico-sociales y conductuales negativos. La discriminación puede emerger de la familia, el lugar de trabajo, proveedores de salud y el sistema de justicia. Las mujeres trans tienen prevalencias altas de abuso emocional, físico y sexual. Las mujeres trans tienen riesgo elevado de vivir en las calles, vivir en pobreza y de experimentar dificultades para obtener y mantener un empleo. Estos están independientemente asociados con conductas de riesgo del VIH como el trabajo sexual, abuso de sustancias y sexo sin condón.

Las inequidades socio-económicas y la necesidad de financiar su transición, contribuye en parte a enrolarse en el trabajo sexual. Un estudio reportó que en Estados Unidos de América del 24%-75% de las mujeres trans ha realizado trabajo sexual y en Perú 63.9%. Las mujeres trans que realizan trabajo sexual tienen cuatro veces más probabilidades de vivir con el VIH en comparación con mujeres cisgénero trabajadoras sexuales. Las altas prevalencias concernientes al abuso de sustancias en mujeres trans se asocian con conductas de riesgo para el VIH. Posiblemente el abuso de drogas se relacione con las altas prevalencias de trabajo sexual y por otro lado con el

deseo de escapar de aspectos pre-existentes de la salud mental. Muchos de los factores sindémicos mencionados anteriormente impactan en los resultados de salud mental, como depresión, ansiedad, despersonalización y otros.

Las mujeres trans pueden experimentar desconexión social y por ende tener dificultades para acceder a apoyo social. El apoyo social puede promover la resiliencia en las mujeres trans. La ausencia de apoyo social puede representar una barrera para que las mujeres trans enfrenten la adversidad e impactar negativamente en su salud mental y física. El que las mujeres trans no usen cuidados médicos relacionados con los procesos de transición estuvo asociado con el mal uso de sustancias, alcohol y con ideaciones suicidas. Estos están asociados con el riesgo elevado del VIH. Por último, las mujeres trans enfrentan múltiples barreras para acceder a los servicios de salud, incluyendo los de cuidado y prevención del VIH. La falta de apoyo familiar y social se asoció con la desconexión de los servicios de cuidado de VIH. Lo anterior, impacta el continuum del VIH, desde el tamizaje del VIH hasta adherencia al tratamiento ART.

Johns, Beltran, Armstrong, Jayne y Barrios (2018), realizaron una revisión sistemática de artículos publicados en revistas con revisión por pares en Español e Inglés entre 1999 y 2014 para identificar los factores protectores socio-ecológicos en jóvenes transgénero y variantes de género, con muestras con medias de edad entre 10 y 24 años. Nueve de ellos fueron cuantitativos, nueve cualitativos y tres de métodos mixtos. Todos fueron transversales, escritos en inglés y 19 fueron llevados a cabo en Estados Unidos de América. Se identificaron 27 factores protectores, nueve en el nivel individual, nueve en el de relaciones, y nueve en el comunitario. No se encontraron artículos que examinaran factores protectores en el nivel social. En el nivel individual se identificó en creencias y percepciones: autoestima, estima corporal (satisfacción con el peso, atribución [creencias de como otros aprecian su cuerpo], satisfacción con la apariencia), religiosidad (prácticas religiosas, actitudes religiosas), sentimientos positivos del ser, autoeficacia sexual. Habilidades y competencias: empoderamiento,

internet y redes sociales, habilidades para resolver problemas, habilidades de auto-defensa.

En el nivel de relaciones: parejas románticas y sexuales (comunicación con las parejas sexuales), padres y familias (apoyo de los padres, cohesión familiar), adultos confiables (educadores y personal de la escuela como apoyo, modelos transgénero, proveedores de servicios útiles), pares (apoyo de pares/aceptación, alternativas de las familias de origen), apoyo social (apoyo social). En el nivel comunitario: políticas en la escuela (políticas anti-bullying/abuso en las escuelas, planes de estudio que incluyen identidades LGBT, factores escolares protectores), recursos organizacionales (escuelas alternativas, servicios sociales y salud transgénero [espacios seguros en la comunidad para jóvenes LGBT, servicios de salud afirmativos para transgénero dentro del campus]), invisibilidad comunitaria (comunidad transgénero [conexión con e involucramiento con la comunidad trans], facultad, personal y cuerpo estudiantil diverso, activismo dentro del campus).

Diehl et al. (2017), llevaron una revisión narrativa de la literatura sobre el fenómeno del “tercer género” en Brasil (travestis), India (hijras) y México (muxes). Consideraron el estigma social, los aspectos legales y de salud de estas identidades.

Travesti en Brasil se refiere a personas anatómicamente hombres pero sus relaciones sociales en el mundo son como mujer, son andróginas. Se presentan así mismas como mujeres, sostienen una identidad femenina pero pueden adoptar conductas sexuales masculinas. La mayoría no desea cirugías de reasignación de género. Hijra, es un rol de tercer género institucionalizado. No son hombres ni mujeres, pero contienen elementos de ambos. Algunas personas hijras pueden someterse a la castración (pene y/o testículos) sin la creación de una neovagina. Las personas muxes con un grupo único de hombres indígenas, quienes se visten abiertamente con vestimentas Zapotecas femeninas. Han sido descritas como el tercer género. Muchas tienen pelo largo, usan maquillaje y algunas también pueden someterse a procedimientos para feminizar sus

cuerpos. Encontraron que los tres grupos mencionados tienen experiencias similares de estigmatización, marginación, abuso sexual, infección de VIH, violación de sus derechos humanos y agresiones en el acceso a servicios de salud.

En Brasil las personas transgénero (incluyendo a travestis) no tienen ningún derecho específico. Pueden solicitar el cambio de nombre. Los derechos de las personas hijras han sido reconocidas recientemente por la Suprema Corte de Justicia de India, los cuales garantizan derechos igualitarios, no discriminación y autonomía. En la Ciudad de México ha habido un poco más de avance que en el resto del país, dando acceso al cambio de nombre. Travestis en Brasil son personas socialmente excluidas, rechazadas por sus familias, usualmente están desempleadas y obtienen trabajos informales o son trabajadoras sexuales. Las hijras son consideradas por tener una posición social-religiosa, fuera de la familia, como capaces de bendecir con buena suerte o lanzar mala suerte o maldición. Las hijras han sido desterradas y abusadas por la sociedad y sus familias. Antes del fallo de la Suprema Corte de Justicia no podían votar. Las muxes asumen roles femeninos tradicionales y son ampliamente aceptadas por la comunidad. Sin embargo, han sido tradicionalmente consideradas sirvientas o prostitutas, las amigas que animan las fiestas y los hijos destinados a la soltería y el cuidado de los padres.

En el acceso a la salud, en los tres casos los servicios de salud son escasos e inadecuados para las necesidades de los grupos mencionados, así como considerando la alta demanda de usuarios potenciales. En el caso de las hijras la emasculación puede ser llevada a cabo por hijras adultas de la comunidad. En el caso de México, solo la clínica condesa ubicada en la Ciudad de México, ofrece servicios específicos esta población (terapia hormonal, psicoterapia, pero no cirugías).

Neumann et al. (2017), desarrollaron una revisión de la literatura, para resumir: la naturaleza de los riesgos de las personas transgénero de contraer el VIH. Los autores encontraron con relación a los riesgos, cuatro tipos de factores: individuales, interpersonales, sociales y estructurales. Entre los factores individuales e interpersonales

mencionan: el sexo anal receptivo sin condón, sexo anal insertivo sin condón, tener múltiples parejas sexuales, trabajo sexual, infecciones de transmisión sexual previas, uso de drogas inyectables, uso de hormonas, uso de silicón, tener sexo mientras se encuentra bajo los efectos del alcohol o drogas, depresión, ansiedad, abuso sexual, físico y falta de apoyo social/familiar.

Con respecto a los factores sociales y estructurales, encontraron: el estigma, la discriminación y el no tener hogar, la transfobia, discriminación en el empleo y el que las cirugías de confirmación de género sean caras (hormonales y quirúrgicas), ya que crean crisis financieras que las llevan al trabajo sexual (sin el uso sostenido del condón). Estos factores producen estresores sociales.

Otras problemáticas fueron: el abuso físico y verbal basado en la discriminación y homicidio, salud mental pobre (depresión y pensamiento suicidas); uso de alcohol y drogas, marginalización económica, necesidades de salud desconocidas (resultando en acceso limitado a los servicios de salud y ambiente de servicios de salud negativos). Las conductas, el contexto y los determinantes socio-económicos son factores que se asocian a los altos índices de infección de VIH.

Reisner, Poteat, et al. (2016), llevaron a cabo una revisión de la literatura, con el objetivo de caracterizar la carga global de salud que enfrentan las poblaciones transgénero, incluyendo los contextos específicos y los múltiples determinantes de salud que las afectan. La revisión incluyó 116 artículos en inglés, español y francés (30 países). Se realizó una revisión por pares, también se incorporaron principios de la teoría fundamentada, donde los códigos fueron agrupados iterativamente en conceptos y los conceptos en categorías.

Se encontraron 95 operacionalizaciones diferentes de transgénero. Los hallazgos muestran altas prevalencias de resultados adversos en salud como: problemas de salud sexual y reproductiva, problemas de salud mental y uso-abuso de sustancias. Dentro de los resultados en salud sexual y reproductiva, se encontró que las mujeres trans están

desproporcionadamente afectadas por el VIH y otras ITS, el 75% de los resultados de los estudios reportan prevalencias de éstas. Cuando se analizó la información por el sexo asignado al nacer, queda claro que la concentración del contagio de VIH e ITS demuestra una concentración de casos en mujeres trans. Los resultados en problemas de salud mental más frecuentes fueron: conductas suicidas, depresión (mayor), ansiedad, síntomas depresivos, ideación suicida, e intentos suicidas, desorden bipolar, desorden de adaptación, distrés somático.

Los resultados adversos con respecto al uso-abuso de sustancias indicaron que las sustancias tóxicas más utilizadas son: el alcohol, marihuana, cocaína, crack, éxtasis, inyección de drogas y hormonas, nitrato de amilo, heroína, GHB (algunos de ellos durante el sexo). Se encontró que el uso de sustancia se ha empleado como un mecanismo de afrontamiento para manejar el estrés de pertenecer a una población minoritaria.

Asimismo, las investigaciones demuestran altas tasas de violencia y victimización en población transgénero. Se identificaron cuatro tipos de éstas: sexual (34%), física (17%), psicológica o emocional (7%), verbal (4%), no especificada (38%). Diez de 14 artículos que abordan discriminación y estigmatización fueron en población transgénero, el 54% de ellos muestra resultados dirigidos al cuidado de la salud (obstaculización del cuidado por parte de profesionales de salud y posposición de éste por el estigma).

Poteat et al. (2014), realizaron una revisión de la literatura, utilizando el marco social ecológico, para resumir los datos recientes sobre la carga de VIH en mujeres trans, así como describir los contextos que contribuyen a la vulnerabilidad desproporcionada de este grupo. Encontraron que las mujeres trans experimentan una vulnerabilidad única al VIH, atribuible a factores de intersección de varios niveles que también influyen en las etapas del tratamiento y el continuum del tratamiento del VIH. Las mujeres trans que tienen relaciones sexuales con hombres a menudo, pero

no exclusivamente, participan en relaciones sexuales anales receptivas.

Las personas transgénero se enfrentan a niveles altos de estigma y discriminación, falta de reconocimiento social y legal de su género y exclusión del empleo y oportunidades educativas. Las mujeres trans son perseguidas por la ley y la justicia. La marginación económica y legal incrementa la vulnerabilidad de las mujeres trans de contraer el VIH, limitando las opciones laborales al trabajo sexual, lo que posteriormente resulta en estigma y privación de los derechos. Para muchas mujeres trans el sexo con hombres puede proveer validación de su identidad de género, de tal manera que el trabajo sexual brinda tanto afirmación de género como estabilidad económica, frecuentemente con mayor ingreso si no se usa condón.

Asimismo, encontraron que el abuso de género de forma verbal, acoso y/o físico, basado en la identidad de género de las mujeres trans, o su apariencia, son factores de riesgo poderosos de contagio del VIH. También se encontró que la falta de apoyo parental se relacionaba con el riesgo del VIH, así como el uso de sustancias. Las mujeres trans enfrentan barreras al acceder a los servicios médicos, estas barreras incluyen el rechazo de la atención, el acoso y la violencia, y la falta de proveedores médicos competentes.

La resiliencia juega un papel importante en el uso sostenido del condón, tanto en mujeres trans como en mujeres trans trabajadoras sexuales. Apoyar las estructuras comunitarias transgénero existentes y las redes sociales para reducir el odio y movilizar a los miembros de la comunidad es una forma de apoyar la resiliencia y catalizar el cambio estructural impulsado por la comunidad.

Estudios cualitativos.

Molina Rodríguez et al. (2015), realizaron un estudio cualitativo, a través de la técnica de producciones narrativas, con el objetivo de explorar las formas de violencia y transfobia que, desde la perspectiva de la propia comunidad transgénero, son ejercidas en contextos particulares, para comprender los determinantes contextuales que

promueven y mantienen un complejo fenómeno de alcance global. La muestra constó de cinco mujeres transgénero-transexuales mayores de edad. El análisis de la información mostró que, un primer agente social relevante en el espacio psicosocial de las personas transgénero es la familia.

La tensión de comunicar el cambio de identidad, de la exposición al rechazo o la condena, conduce a las personas transgénero a ocultar la identidad en el espacio familiar, generando una especie de “doble vida” en función de distintos espacios sociales. Se identificó que los espacios escolares funcionan como escenarios sociales privilegiados donde se ponen en marcha los procesos de asunción y afirmación de la identidad. Existe un proceso de elección entre asumir la identidad transgénero y el abandono de los estudios. Pareciera que ser transgénero y ser estudiantes son práctica y materialmente incompatibles. Existe una exclusión de los contextos de desarrollo social (educativo).

El contexto laboral se cierra a las personas transgénero y pareciera ser el contexto donde se acentúa con mayor severidad la transfobia. Asimismo, encontraron una reproducción de valores heteronormativos y prácticas discriminatorias y segregacionistas no solo de la sociedad, sino también de grupos gay ylésbicos. La transfobia emana del estado y se refleja mediante las instituciones de poder, como la policía, que, en el caso de las mujeres transgénero son la fuente de detenciones injustificadas, acosos, extorsión y en ocasiones violencia física.

Se encontró en ese sentido, criminalización de la identidad transgénero, derivada de un canon normativo. Otra fuente de discriminación fue la institucionalizada, que permea los servicios de salud. Las preconcepciones de los servidores de salud afectan la atención hacia las mujeres transgénero, además, la identidad transgénero es vista como una enfermedad mental. El estigma superpuesto en este contexto sobre las mujeres transgénero, por no pertenecer a la categoría sexual binaria, por tener relaciones sexuales por dinero y por ser vulnerable al VIH, limitan el acceso a los servicios

de salud.

Perez-brumer et al. (2017), realizaron un estudio de tipo cualitativo. El estudio aplica la comprensión del capital social como un determinante social de la salud y examina su relación con las vulnerabilidades del VIH en mujeres trans de Perú. Se evaluaron las intersecciones entre marginación social, capital social y vulnerabilidades del VIH; así como las estrategias de resiliencia a nivel comunitario utilizadas por las mujeres trans para amortiguar la marginación social y vincularse con los servicios necesarios relacionados con el VIH en Perú. Se realizaron grupos focales y cuestionarios demográficos con 48 mujeres trans.

Los hallazgos mostraron que los temas asociados con la vulnerabilidad al VIH incluyeron experiencias de estigma en diferentes niveles y limitadas oportunidades ocupacionales que pusieron a las mujeres trans en riesgo y limitaron su compromiso con los servicios del VIH existentes. Las estrategias basadas en la resiliencia emergente incluyeron el intercambio de conocimientos entre pares, los servicios clínicos de apoyo (por ejemplo, la asistencia clínica en grupo) y el apoyo emocional a través de la cohesión social (es decir, sentirse parte de una comunidad).

Estudios mixtos.

Maiorana et al. (2016), desarrollaron un estudio mixto, para evaluar la factibilidad, la aceptabilidad y la eficacia potencial de Proyecto Orgullo (PO), una intervención piloto de movilización comunitaria para disminuir el riesgo sexual, promover comportamientos de búsqueda de salud y facilitar el empoderamiento personal y comunitario entre hombres gay y mujeres trans en Perú. La edad de la muestra fue de 18 a 45 años de edad. La recolección de la información para la parte cualitativa se hizo a través de 25 entrevistas semi-estructuradas. Con respecto a la sección cuantitativa la muestra se conformó por 68 hombres gay y 47 mujeres trans ($n = 115$). La media de edad fue de 33 años. El 87% reportó tener escuela completa (hombres gay 95% y mujeres trans 73%). Algunas mujeres trans reportaron apoyarse a

través del trabajo sexual. Basados en sus observaciones, los autores determinaron que la mayoría de los participantes eran de nivel económico bajo.

Las mujeres trans se auto-representaron de diversas formas, a través del uso de maquillaje, diferentes tipos de mejoras de género y modificaciones del cuerpo, así como vestirse e identificarse como mujer tanto de tiempo completo, como parcialmente. Los participantes jóvenes aprendieron de la resiliencia de los más grandes y del cómo afrontan las experiencias negativas. Los participantes de mayor edad aprendieron de los más jóvenes que pueden ser más abiertos sobre su sexualidad y/o identificación de género. Por último, encontraron que el empleo es un determinante social del bienestar y salud de los hombres gay y las mujeres trans.

Poteat, German, et al. (2016), desarrollaron un estudio con el objetivo de explorar similitudes y diferencias en la vulnerabilidad sobre VIH entre HSH y mujeres trans. La muestra fue de 645 HSH y 49 mujeres trans. También incluyeron entrevistas cualitativas a profundidad. Los hallazgos mostraron que 25% de las mujeres trans fueron arrestadas en los últimos 12 meses (HSH 19%). Las mujeres trans fueron más dadas que los HSH a describir su orientación sexual como heterosexual u otra ($p = .001$). Una porción más grande de mujeres trans reporto usar condón, con respecto a los HSH (92% vs. 79%, $p = .007$). El 95% de las mujeres trans usaron marihuana en los últimos 12 meses (HSH 76%, $p = .05$), 49% de las mujeres trans usaron éxtasis en los últimos 12 meses (HSH 19%, $p = .02$). El 43% de las mujeres trans y el 38% de los HSH resultaron ser VIH positivos.

Con respecto a las mujeres trans, 33 de 39 quieren ser vistas como femeninas. Las acciones más frecuentes que reportaron utilizar para apoyar su transición de género fueron: cross dressing (80%); cambiarse el nombre casualmente (80%); hormonas o cirugías (65%); cambiar de marcador de género en la identificación legal (50%). Sólo una mujer trans se realizó la cirugía de reconstrucción genital. Dos tercios de las mujeres trans deseaba transición de género (73% de ellas hormonas o cirugía),

55% reportó el cambio legal del nombre, 52% recibió consejo psicológico y 45% practicaba “cross-dressing”. El 62% de las mujeres trans reportó que la falta de dinero era la causa principal para no iniciar la transición de género, el 19% por no encontrar profesionales que les ayudaran en el proceso. El 88% de las mujeres trans tenía parejas cisgénero, 12% parejas femeninas.

De las 40 mujeres trans, 21 se realizaron la prueba de VIH, de las cuales el 33% resultó positiva. De las entrevistas a profundidad se encontró que para las mujeres trans era fácil tener encuentros sexuales, pero difícil tener parejas sexuales comprometidas (cuando encuentran parejas que aceptan su identidad, tienen miedo de ser abandonadas por una pareja cisgénero). Las mujeres trans con parejas masculinas, describen tener sexo insertivo sin uso de condón, para mantener a la pareja en la relación. Algunas mujeres trans mencionaron que las familias eran más dadas a rechazar niños trans que niños con orientación sexual gay. Este rechazo, repercute en la pérdida de apoyo emocional y financiero y lleva a las mujeres trans al trabajo sexual. El trabajo sexual permite obtener dinero para subsistir, así como para financiar intervenciones de afirmación de género. El trabajo sexual callejero, conlleva el riesgo de encarcelamiento, detención y esto en ocasiones a la violación (por prisioneros). Todas reportan el uso del condón con parejas masculinas, pero no dejan claro que tan consistentemente esto sucede.

El 71% de las mujeres trans reportó ser verbalmente atacada, 60% tener problemas consiguiendo trabajo y 54% perderlo por su identidad de género. El 39% de las mujeres trans reportó haber sido violada y el 29% haber sido violentada físicamente. Las estrategias para afrontar los retos fueron el uso de drogas y la búsqueda de apoyo social. Las fuentes de apoyo y resiliencia incluyeron la comunidad trans, la aceptación de los amigos y familiares y la fe espiritual.

Síntesis de los estudios relacionados.

En síntesis, las situaciones y eventos que influyen en el riesgo de adquirir

el VIH/sida en las mujeres trans son:

Nivel individual: Las mujeres trans enfrentan múltiples problemáticas de frustración por no poseer recursos económicos suficientes para realizarse cirugías de confirmación de género, lo cual se vincula con la búsqueda del trabajo sexual como soporte económico. Repercusiones a nivel psicológico como, ideaciones suicidas, ansiedad, depresión, estrés por la discriminación y estigma social; que se sustentan en el obscurecimiento de la identidad transgénero y en la falta de aceptación externa como mujeres.

El uso del condón se diferencia por parejas sexuales, siendo las parejas formales donde se evidencian los índices más bajos. La búsqueda de la legitimidad del género se da a través de las conductas sexuales y por tipo de pareja sexual. El uso de drogas, la depresión y la violencia crean sindemias que impactan el uso del condón. La escolaridad y el acceso a trabajo se relacionan con la incursión al trabajo sexual, violencia física, uso de drogas y estado de calle. Los factores protectores en este nivel son el activismo y las actitudes religiosas.

Nivel de redes: Las mujeres trans tienden a entablar relaciones que avalan su identidad como mujeres, dichas relaciones se basan en mecanismos de vigilancia de género. Las parejas suelen ser machistas y violentas para definir los roles de género dentro de la relación sexual. Ello se vincula a la falta de habilidades y empoderamiento para negociar el uso del condón. El apoyo familiar, amigos y comunidad trans, se vinculan positiva y negativamente con el riesgo de adquirir el virus. A falta de uno de los primeros, el riesgo aumenta, y viceversa. El apoyo de las parejas sexuales y la familia fungen como elementos protectores para el VIH.

Comunitario: La ideología de correspondencia entre el sexo y género, despliega normas sociales que se arraigan en las distintas dependencias de orden social, como instituciones de salud, gubernamentales y educativas. Las normas y sistemas sociales de regulación de la sexualidad atraviesan las relaciones interpersonales y la salud

individual de las mujeres trans. Dichas normativas sociales se vinculan con la exclusión de las mujeres trans de los servicios de salud y tamizaje del VIH, con la discriminación por parte de los profesionales de salud, y el segregamiento del contexto educativo. Las mujeres trans que no se desenvuelven en el ámbito educativo, se asocian con el trabajo sexual y el riesgo de VIH aumenta. El estado del hogar inestable (no tener casa), discriminación y estigma social crea estresores sociales que repercuten en la situación económica y educativa, la búsqueda de la afirmación de género bajo el lente social (cirugías de afirmación de género).

Político: El despliegue de políticas que reducen la comprensión de la identidad y el género, asimismo, se encuentra el uso de terminologías que tienden a ser discriminantes y segregacionistas, esto se vinculan con el incremento del riesgo de adquirir el VIH en las mujeres trans. La criminalización de las identidades trans y el trabajo sexual se vincula con mayor riesgo de adquirir el VIH.

Objetivo General

Analizar el riesgo de adquirir el VIH que enfrentan las mujeres trans, desde los niveles individual, de redes, comunitario y político, de un modelo socio-ecológico para VIH.

Objetivos específicos.

1. Describir cómo los niveles: individual, de redes, comunitario y político, son valorados desde la subjetividad de las mujeres trans.
2. Analizar la conceptualización y la construcción de la relación con el riesgo de adquirir el VIH de las mujeres trans.
3. Ahondar en los significados que las mujeres trans dan a sus conductas sexuales.
4. Analizar cómo las mujeres trans perciben y vinculan sus conductas sexuales con el riesgo de adquirir el VIH.
5. Analizar cómo la subjetivación de los niveles individual, de redes, comunitario y político, explican el riesgo del VIH en mujeres trans.

Definición de Términos

Riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans. Es el resultado de los efectos de un sistema social patriarcal y machista y de la subversión que representan sus identidades hacia la hetero-cisnormatividad, lo que detona múltiples experiencias de estigma, discriminación y violencias sistémicas. Dichas experiencias incluyen la falta de redes próximas de apoyo, la búsqueda constante de su identidad género a través de conductas que las ponen en riesgo, barreras para acceder a derechos humanos (derecho a la identidad) y servicios públicos como el acceso a trabajo, educación, salud y justicia, la invisibilizan de la presencia social y política para retomar sus necesidades en las tomas de decisiones. Todos los anteriores introducen riesgo y cuando convergen potencializan el riesgo del VIH, ya que crea marginalización y vulnerabilidad.

El riesgo de adquirir el VIH es el amalgamiento de factores de riesgo en niveles micro y macro socio-estructurales, surge y se moldea por la presencia, convergencia e interacción de factores de riesgo alocados en los niveles individual, de redes, comunitario y político. Los factores de riesgo son elementos que de estar presentes, incrementan o han sido relacionados con el incremento de la probabilidad de adquirir el VIH. Los sistemas de opresión son transversales a todos los niveles de análisis. No existe linealidad entre niveles, sobre cual genera el riesgo primero que otro, todos se constituyen mutuamente y son interdependientes.

El riesgo de adquirir el VIH a nivel individual. Incluye las características demográficas de la mujer trans como edad, identidad de género, y fuente de ingresos. También, las creencias, percepciones y sentimientos sobre el VIH, las percepciones de riesgo del VIH, el uso del condón y habilidades para negociar su uso, y los tamizajes de VIH. Asimismo, las percepciones de estigma y sus repercusiones en la salud mental, el cuerpo como terreno donde se refractan las normas y sistemas sociales, los procedimientos de reafirmación del género, las significaciones de los genitales. Por último, aquí se encuentran aquellos elementos que tienen una función protectora contra

el riesgo de adquirir el VIH, como el activismo, el feminismo, el empoderamiento y las actitudes religiosas.

El riesgo de adquirir el VIH en el nivel de redes. Se refiere a las condiciones aceptación y rechazo de las mujeres trans por sus familias, el cual se vincula con vigilancia y castigo a sus sexualidades y expresiones de género. El rechazo de las familias representa frecuentemente la exposición a situaciones de calle, explotación sexual infantil y migración. Generalmente el apoyo familiar se vincula con la evasión de situaciones de riesgo. Dentro de las redes sexuales, el riesgo de adquirir el VIH se moldea por el mantenimiento de parejas sexuales concurrentes. Las mujeres trans suelen tener parejas del trabajo sexual (clientes), parejas formales y casuales. Las parejas sexuales de mujeres trans, por ser una red reducida de hombres cisgénero, representan una ruta importante de riesgo. Las relaciones de poder y equidad que se suscitan aquí se vinculan con el uso del condón, específicamente en las parejas formales, quiénes condicionan su uso como prueba de confianza y amor. Las conductas sexuales emergen como medio para legitimar la identidad de género (insertivo-receptivo).

Sobre las comunidades trans el riesgo de adquirir el VIH se relaciona con los procedimientos de reafirmación de género que se suelen realizar entre pares (hormonas, polímeros). Las comunidades trans se relacionan con el inicio del trabajo sexual, así como con la adquisición de conocimientos sobre el VIH y el uso del condón. Éstas también ofrecen apoyo para enfrentar situaciones adversas, como violencia.

El riesgo de adquirir el VIH en el nivel comunitario. Es el acceso a los servicios públicos de salud, educación y empleo los cuales son condicionados por los sistemas de opresión hacia las mujeres trans. Surgen como aspecto relevante las OSC como provisoras de información y pruebas de detección del VIH, y condones.

El riesgo de adquirir el VIH en el nivel político. Incluye las políticas, estrategias y financiamientos relacionados a la prevención del VIH, así como vinculados a los derechos humanos de las mujeres trans. Por ejemplo, ley de identidad de género, leyes

para penalizar la discriminación, leyes y normas que criminalizan las identidades trans y el trabajo sexual. Este nivel también contiene la violencia sexual como fenómeno macro-estructural, por ser ésta una expresión de impunidad legal y de sistemas macro-estructurales de opresión.

Capítulo II

Metodología

Este apartado describe la metodología utilizada, en el siguiente orden: diseño del estudio, muestreo, muestra, criterios de selección de la muestra, inclusión y exclusión, herramientas de recolección de la información, actividades de recolección de la información, consideraciones éticas y plan de análisis de la información.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio de tipo cualitativo. Este tipo de estudios tiene como principal característica la flexibilidad para asegurar el proceso de descubrimiento y garantizar que las narrativas de los sujetos de estudio sean transcritos, analizados e interpretados bajo la realidad unívoca de cada uno. Este tipo de enfoque refuerza la deconstrucción de la realidad de los individuos, y propicia el escrutinio de las relaciones y antecedentes existentes de un evento. Esto ofrece un panorama interpretativo que funge como preludeo para la comprensión de un fenómeno mediante el análisis de las narrativas (Gray, Grove, & Sutherland, 2017).

Se utilizó la perspectiva de género para agregar el valor del género en el entendimiento de las relaciones humanas de las mujeres trans y los procesos sociales. La perspectiva de género se basa en el entendido de que las categorías clasificatorias de los seres humanos, hombre y mujer, moldean las formas de pensar y actuar en los procesos sociales y sostiene como interrogante central ¿Cómo el género estructura y repercute en los entendimientos y las acciones de los sujetos? (Patton, 2012). Se enfoca en el escrutinio de cómo las mujeres entienden su género y las maneras en que enfrentan su devaluación como mujeres (Creswell & Poth, 2017).

Muestreo

Se aplicaron muestreos propositivos: bola de nieve, extremo y teórico (Gray et al., 2017; Patton, 2012). Con lo anterior, se buscó adherirse al fundamento de heterogeneidad, el cual establece que las muestras de estudios cualitativos deben estar

conformadas por personas con características diversas, en orden de desarrollar análisis más profundos mediante la comparación de experiencias (Valles, 1997) . Cabe señalar que con la heterogeneidad de la muestra no se buscó la generalización de los resultados, sino generar una perspectiva dilucidaría del fenómeno:

Bola de nieve. Después de que un participante es incluido, se le pide que invite a otros con experiencias similares a integrarse en el proyecto. Por lo general, tienden a ser informantes clave.

Extremo. Se eligen sujetos con experiencias extremas, por ejemplo, mujeres trans trabajadoras sexuales/mujeres trans no trabajadoras sexuales.

Teórico. Se buscan informantes específicos para indagar o saturar un concepto que ha surgido.

Muestra

El presente estudio estuvo conformado por 16 mujeres trans que residían en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, y que hubieran nacido con sexo masculino, y tuvieran identidad femenina. También se incluyó a un hombre cisgénero joven, líder de una OSC. El tamaño de la muestra se determinó a partir del principio de saturación teórica. Una vez que se realizó una entrevista, se analizó y se volvió al campo hasta que ninguna categoría nueva surgiera y se saturarán de información las categorías o conceptos existentes. O bien, hasta llegar al refinamiento o expansión de las categorías ya establecidas (Denzin & Lincoln, 2017).

Criterios para la selección de la muestra.

La edad y la fuente de ingresos fueron los dos criterios primordiales para asegurar la valirabilidad de la muestra y para responder al muestreo de casos extremos. El VIH y el género no son estáticos por lo que mujeres trans adultas y jóvenes tuvieron experiencias distintas entorno a él, es decir, las experiencias basadas en el género y el VIH están atravesadas por el tiempo socio-histórico en el que han vivido. Por ejemplo, las mujeres trans de mayor edad podrían recordar las implicaciones que les trajo el

estigma a principios de la epidemia del VIH y cómo esto repercutió en ellas. La manera en que vivieron su género podría ser distinto al de las más jóvenes..

El riesgo del VIH se encuentra también diferenciado por la fuente de ingresos, ya que, por ejemplo, las mujeres que realizan trabajo sexual y las que no se enfrentan a exposiciones distintas del VIH, así como violencia. El trabajo sexual se ha asociado a la exclusión laboral, por lo que este grupo de mujeres trans podrían representar un grupo en riesgo de entre los grupos de riesgo de mujeres trans (Logie et al., 2017). Incluir un líder de OSC permitió conocer la perspectiva de un sujeto que trabaja a favor de los derechos de las comunidades LGBTTTIQ+ y que es ejemplo comunitario en la movilización y lucha por la visibilización de estas comunidades, en un ámbito universitario.

Criterios de inclusión.

De las mujeres trans que cumplieron con las características para población (identidad de género), se eligieron para el presente estudio aquellas que fueron mayores de 18 años. Para la inclusión del líder de la OSC, se consideró que la organización estuviera vinculada con la prevención del VIH y/o activismo relacionado a las comunidades LGBTTTIQ+ y que la persona fuera mayor de 18 años.

Criterios de eliminación.

Aunque no fue el caso, se consideró eliminar del estudio a las mujeres trans que refieran durante la entrevista vivir con el VIH. Preguntas como “¿Se ha hecho la prueba del VIH?” “¿Usted sabe si tiene VIH?” se utilizaron para eliminar las entrevistas del estudio. Autores como Musinguzi et al. (2014) y Marks et al., (2005) refieren que las conductas sexuales se modifican intencionalmente cuando el sujeto es consciente de que vive con el VIH. Asimismo, esto difiere con el objetivo de este estudio de explorar el riesgo de adquirir el VIH. La participante no sería informada de la exclusión de la entrevista del estudio. La entrevista continuaría con normalidad, pero no se abordaría todo el guión de entrevista, y el audio no sería transcrito ni analizado.

Herramientas de Recolección de la Información

Para la recolección de la información del estudio, se utilizó: la observación participante, el diario de campo y la entrevista semi-estructurada.

Observación participante.

Para la observación participante la investigadora se involucró con las y el participante a través de la interacción social en sus contextos de desenvolvimiento, con el objetivo de establecer contacto, acceso, confianza y empatía con ellas y recoger sistemáticamente datos de una forma no intrusiva (Taylor & Bogdan, 1994). La investigadora estableció periodos de permanencia parcial durante un tiempo establecido, para observar y registrar el comportamiento natural de las mujeres trans (Goode, 2008). Los sitios de encuentro fueron el principal contexto de observación, sin embargo, cualquier observación no intencionada también se registró. Por ejemplo, observaciones de mujeres trans en la calle, durante el tránsito cotidiano de la investigadora.

La introducción de la investigadora a dichos contextos fue uno de los aspectos esenciales en esta investigación, ya que de ello dependió la profundización, formulación y/o reformulación de los ejes rectores de la investigación. De acuerdo con Taylor y Bogdan (1994), antes de que el investigador tenga contacto con el campo de estudio, es común que tenga ideas erróneas, sobre-ejemplificadas o hipótesis preconcebidas del fenómeno. Y aunque, se aconseja no sea así, resulta particularmente difícil desprenderse del bagaje ideológico-teórico del fenómeno que nace de lo que se lee en la evidencia de la literatura, se escucha y/o se cree de él. Así que, se estuvo consciente de la existencia de esas ideas y se les puso al margen del quehacer como investigadora en la mayor medida posible.

Durante la observación se debe considerar que lo que se creía importante indagar o el contexto que se reputaba ideal, puede no serlo y se deberá cambiar un escenario por otro. Por ejemplo, la literatura menciona que los sitios de encuentro son excelentes lugares para localizar a mujeres trans, sin embargo, estos pudieron no serlo y entonces

se debió cambiar de lugares de localización de participantes (Taylor & Bogdan, 1994). A través de esta técnica, también se pudo contrastar el discurso de las participantes, con el actuar diario de las mujeres trans en los sitios de encuentro.

En el caso particular de esta investigación, se planeó la asistencia a dichos lugares cada fin de semana y al finalizar cada visita se documentaron ideas y otra información en el diario de campo. Como regla de seguridad la observadora dio aviso a una persona sobre el lugar al que asistió y el periodo de tiempo que planeo estar ahí. Familiares, la tutora y co-tutor de la investigadora principal, fueron los contactos de seguridad.

Se debe cuidar que el acceso al campo por el investigador sea de forma sutil y no intrusiva. Por general, es difícil entrar, pero se negocia el acceso y obtiene la confianza de los sujetos paulatinamente. Para el acceso a las organizaciones se debe manejar la imagen que se quiere proyectar, de tal manera que se logre exitosamente el contacto con los miembros de la organización. En los escenarios públicos y semi públicos, no se negocia el acceso, dado que cualquier persona puede entrar. En este caso, la asistencia frecuente a los sitios de encuentro y ambiente permitió a la investigadora ser percibida con mayor normalidad cada vez, al tiempo que ella se integraba con mayor naturalidad. El acceso a las OSC se dio a través del contacto con líderes o miembros de las organizaciones.

Diario de campo.

Es una técnica utilizada para añadir profundidad a la observación dentro de un estudio. En él se registran todos los acontecimientos importantes de la visita a un contexto del estudio, el encuentro con un sujeto relevante, así como para hacer reflexiones y descripciones de lo que el investigador considere importante para incluir en el análisis de la información (Schatzman & Strauss, 1973).

Para el presente estudio, se utilizaron las notas de campo de acuerdo a la clasificación de Valles (1997). Notas condensadas, se toman inmediatamente después de

una sesión de trabajo de campo. Se registra en detalle lo que el observador ve y escucha, pero que sea relevante para el estudio. Notas expandidas, se desarrollan a partir de las notas condensadas, agregándole mayor profundidad y detalle, cuando el investigador se encuentra en privado. Notas del diario de campo, se registra el lado personal de investigador con respecto al trabajo de campo. Se considera útil para no pasar por alto la influencia del investigador como sesgo personal. Notas de análisis e interpretación, en ellas convergen las notas del trabajo de campo directo, las reflexiones personas del investigador y las perspectivas teóricas utilizadas.

La entrevista semiestructurada.

Es un encuentro personal, cara a cara entre el entrevistado y el entrevistador, que se da a partir de la empatía de asumirse en el lugar del otro (Maykut & Morehouse, 1994), dirigido hacia la comprensión de la visión del entrevistado y a la captura de los diversos escenarios y situaciones del sujeto. Esta técnica es un encuentro social que tiene como objetivo conocer las ideas o formas de pensar de un sujeto sobre determinado fenómeno y que no pueden ser observadas (Deslauriers, 1991). En este tipo de técnica el entrevistador es considerado un instrumento de recolección de la información (McCracken, 1988).

Es importante mencionar dos aspectos básicos con respecto a esta técnica:

La elección del sitio para la entrevista. Se debe buscar un lugar donde el sujeto se pueda desenvolver naturalmente y la conversación fluya sin problemas de ruido o interrupciones frecuentes. No se deben utilizar espacios muy superficiales o armados, como laboratorios u oficinas, ya que estos predisponen la relación del poder del entrevistador (Deslauriers, 1991; Gray et al., 2017). Para este estudio se procuró que la participante eligiera el lugar de la entrevista y se le proporcionaron una serie de opciones como cafés, restaurantes y/o bibliotecas, evitando el menor número de interrupciones, ruido y que la participante se sintiera lo más cómoda posible. Asimismo, se cuidó que los lugares fueran seguros para ambas.

El clima de la entrevista. No se debe cuestionar el discurso del sujeto, el posicionamiento del entrevistador debe ser de neutralidad e incredulidad. Debe estar abierto y sensibilizado al testimonio que se le ofrece en este espacio de tiempo y profundizar lo más posible en él. Como menciona Deslauriers (1991), es imprescindible el establecimiento de confianza, cooperación y participación.

Sobre la guía de entrevista, Taylor y Bogdan (1994) establecen que ésta se utiliza para garantizar que las unidades temáticas primordiales sean abordadas durante el encuentro. No debe ser rígida ni estática, si se necesita profundizar en una parte se debe hacerlo y se tiene que dar la pauta para la generación de nuevas preguntas que no habían sido consideradas. Para el presente estudio se utilizaron dos guías de entrevista (Apéndice A y B). Una para el líder de la OSC y otra para participantes.

La guía para el líder de la OSC se dividió en tres secciones. La primera se trató sobre la indagación acerca de la OSC en cuestiones de objetivo, cómo surge el involucramiento con ella, las problemáticas que manejan, financiamiento y proyectos de trabajo. La segunda, se enfocó a conocer como se relacionaban las mujeres trans con dicha OSC, las percepciones que tenía de ellas y sus problemáticas, los sitios de encuentro, acceso de las mujeres trans a trabajo, educación, salud y familia. La última, profundizó en los posicionamientos de la OSC en cuanto al VIH, las acciones relacionadas a éste, y las percepciones sobre las mujeres trans y el VIH.

La guía para participantes se dividió en tres secciones. La primera fue de datos personales de la mujer trans. Aquí se incluyó el alias proporcionado por la investigadora, para proteger la identidad de la participante y utilizarlo en el apartado de resultados; identidad de género, edad; ocupación; y otros medios para obtener ingresos. La segunda contenía preguntas lanzaderas para detonar el flujo de la entrevista. La última sección contenía preguntas para profundizar en los objetivos. Se propusieron preguntas para indagar y profundizar en las experiencias de las mujeres trans en todos los niveles de análisis propuestos, en términos de género y experiencias

relacionadas con el VIH.

Nota: Durante el trabajo de campo, se emplearon en primera instancia o en el primer contacto el término trans para evitar percepciones de discriminación, cuando la propia participante se identificó como trans o en alguna de las variantes del término, se le abordó de esa manera.

Actividades de Recolección de la Información

Para realizar la presente investigación, se solicitó las aprobaciones pertinentes a los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se dio inicio al proceso de recolección de la información. Las fases de actividades de recolección de la información de este estudio se apegaron a lo propuesto por Creswell y Poth (2017) (ver figura 5). Se localizaron diversos sitios de encuentro, bares-antros de ambiente, OSC y AC, que congregaran mujeres trans en la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Dicha localización se llevó a cabo a través de informantes clave que sugirieron sitios de encuentro de mujeres trans, búsqueda en las redes sociales y acercamiento con otros académicos que han trabajado con población LGBTTTIQ+.

Se procuró que estos lugares fueran lo más diversos posible en cuanto a la caracterización de mujeres trans que congregaban. Asimismo, se asistió a eventos relacionados con la diversidad sexual, o específicamente de población trans, ya fueran académicos o de activismo, para establecer contacto con posibles participantes: “Semana Universitaria de la Diversidad Sexual UANL” (abril de 2017); “Acción por la Despatologización Trans” en el marco del Día Internacional por la Despatologización Trans (21 de octubre 2017); “Semana de Concientización TRANS” UANL (16 de noviembre 2017); Encendido de la iluminación en color morado del Palacio Municipal de Monterrey para conmemorar del “Día Internacional de la Lucha contra la Homofobia, Lesbofobia, Transfobia y Bifobia” (16 de mayo 2018); Marcha de la diversidad sexual de Monterrey (16 de junio 2018)

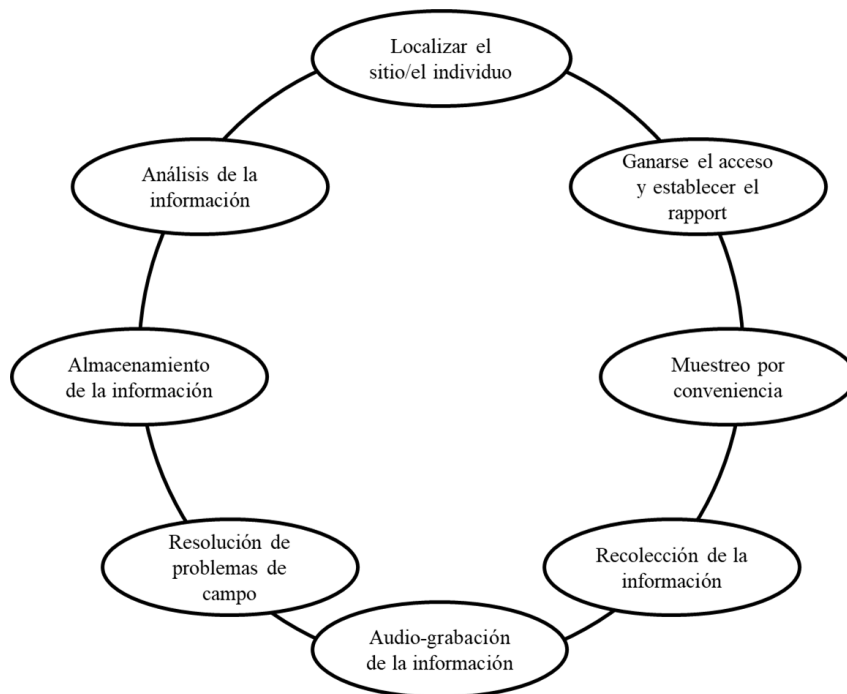
Figura 5. Proceso de recolección de la información

Figura 5. Esquematación de las fases iterativas de las actividades de recolección de la información de acuerdo a Creswell & Poth (2017).

Marcha de la diversidad Monterrey (23 de junio 2018); Mesa de Diálogo sobre Diagnóstico Derechos LGBTI, Comisión Estatal de Derechos Humanos (28 de agosto 2018); “Semana de Concientización TRANS” UANL (27, 28 y 29 de noviembre 2018); Al finalizar cada encuentro, se registró en el diario de campo la reflexión sobre estos eventos y encuentro con posibles participantes.

En el caso de los sitios de encuentro/ambiente, se contó con el apoyo de un docente-investigador que tenía experiencia con el trabajo de campo en este tipo de lugares. Esta persona explicó algunas cuestiones básicas sobre la socialización que se desarrolla en estos sitios, y las mejores estrategias para abordar mujeres trans. Asimismo, de las estrategias de seguridad a implementar en caso de algún evento adverso. Se utilizó el diario de campo para registrar lo que ahí se observó y las reflexiones que surgieron a partir del encuentro. Estas técnicas también sirvieron para analizar los procesos de socialización de las mujeres trans en los sitios de

encuentro/ambiente (ej. cómo conseguían parejas, cómo negociaban las relaciones sexuales, entre otros).

Cuando se contactó a alguna de las participantes, se buscó desde el primer momento, entablar un canal de respeto y confianza, incluso antes de elegir quién participaría o a quién se entrevistaría formalmente. En el caso de los sitios de encuentro y ambiente, el acceso y el establecimiento de empatía se hizo conjuntamente con la localización de los sitios y las personas que ahí se encontraban. Cada nueva visita a un sitio de encuentro permitió a la investigadora adaptarse y socializar con mayor naturalidad. Este punto fue relevante, en la medida en que la empatía no es únicamente importante en las mujeres trans que fueron potenciales sujetos del estudio. En ocasiones otros sujetos ahí presentes, pudieron obstaculizar o actuar favorablemente para que la investigadora pudiera acceder sin problemas a esos lugares, o incluso algunas personas fungieron como vínculos para contactar a mujeres trans.

Después de que se hizo contacto informal con alguna de las participantes (a través de pláticas comunes), se le explicó de una forma generalizada el propósito de la investigación, cuáles serían algunas de las ventajas de participar (ej. posibles contribuciones a la visibilidad de la comunidad trans), que no habría compensación monetaria o del algún otro tipo, que la entrevista sería audio-grabada con su previa autorización y que en cualquier momento ella podía dejar de participar en la entrevista sin ninguna consecuencia. Se recalcó que el anonimato se mantendría en todo momento, a través del uso de seudónimos para proteger su identidad, y en caso que surgieran datos que pudieran identificarla por su experiencia particular, se modificarían o eliminarían (ej. Edad, nacionalidad). Asimismo, se le hizo saber que el uso de la información de la entrevista sería utilizada únicamente con fines científicos, y el almacenamiento y tratamiento de la información quedaría a cargo de la investigadora.

Una vez que alguna de las participantes aceptó participar, se intercambiaron números telefónicos o redes sociales para el siguiente contacto, y para concretar la

entrevista. En dicho segundo contacto, se estableció fecha, lugar y hora de la entrevista. Se procuró que el sitio lo eligieran las participantes para proporcionar comodidad y confianza. En los casos que las participantes no sugirieron un lugar para la entrevista, se proporcionaron algunas opciones autodenominadas amigables de las comunidades de la diversidad sexual (cafés y restaurantes).

Una vez en el lugar de la entrevista, se explicó nuevamente el propósito de la investigación, la protección de su identidad, que la entrevista sería audio-grabada, el uso de la información resultante, quién tendrá acceso a la misma y se hizo entrega del consentimiento informado escrito. El cual tenía la misma información de manera escrita. Se resolvieron dudas concernientes al documento y se entregó una copia. Al iniciar la entrevista, se pidió el consentimiento verbal para que quedara registrado en el audio. El encuentro no necesariamente siguió el orden de la guía de entrevista, pero todas las unidades de indagación fueron cubiertas. A partir de las preguntas detonantes se hilaron las siguientes preguntas para mantener la flexibilidad y naturalidad de la entrevista.

Al finalizar la entrevista, se apagó la grabadora de audio, y se preguntó de manera general cómo se sintieron durante el encuentro, si tenían dudas y cuáles serían algunos aspectos que ellas creían requerían ser modificados, por ejemplo, la forma de formular las preguntas, el lenguaje etc. Posteriormente, se preguntó si conocían a otras mujeres trans que podrían estar interesadas en participar, y se les pidió voluntariamente que fungieran como canal de comunicación. Es decir, ya fuera que ellas las invitaran a participar o que compartieran la invitación. Las entrevistas se fueron desarrollando paulatinamente, conforme se contactaron mujeres trans.

El diario de campo, se usó para tomar notas importantes de la entrevista. Ninguna de las participantes refirió durante la entrevista estar viviendo con el VIH. Pero en caso de que hubiera sido así, se planeó que la entrevista siguiera naturalmente, pero la información proporcionada no sería incluida en el análisis de la información. La participante no sabría que su entrevista no sería utilizada, y se seguirían abordando

preguntas de la guía de manera resumida, para evitar sentimientos negativos y/o de discriminación. Aunque tampoco se presentó el caso, si alguna de las participantes hubiera visto su estado emocional afectado como resultado del proceso de la entrevista y de los temas sensibles que surgieran, se planeó sugerirles continuar en otro momento, tomarse un tiempo antes de continuar, o si lo desease no hablar del tema o culminar la entrevista.

Adicionalmente, se contó con el apoyo del Colectivo Trans Monterrey para canalizar a las participantes que desearan recibir apoyo o acompañamiento, y de psicólogos del grupo de Universitarios por la Equidad y una Sociedad Íntegra e Incluyente [UNESII]. Asimismo, un par de psicólogos voluntarios con experiencia en contención emocional estuvieron disponibles en caso de que alguna participante desarrollara sentimientos negativos durante o derivados de la entrevista. De cualquier manera, al finalizar la entrevista se le entregó a la participante información sobre las organizaciones antes mencionadas y otras OSC localizadas en el área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Al finalizar cada entrevista, se almacenó el audio en una computadora en la que la investigadora fue la única usuaria. Se transcribieron las entrevistas conforme se fueron realizando y las notas de campo se añadieron en el mismo orden. Por ejemplo, el recuerdo de una gesticulación o expresión cuando se abordó una palabra, oración o silencio significativo. Con la transcripción lista, se procedió a su análisis. Con ello se buscó que si un concepto o categoría importante para el estudio, que no estaba prevista en la guía de preguntas, pudiera ser incluida y profundizada en las próximas entrevistas.

La asistencia a eventos, sitios de encuentro/ambiente y búsqueda de participantes continuo hasta que se alcanzó la saturación teórica. Si hubiera sido necesario, otras posibles estrategias de reclutamiento serían implementadas para abordar a las mujeres trans, por ejemplo, redes sociales o carteles que invitaran a compartir sus experiencias (con el permiso previo de dichos sitios).

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS 1983), el cual establece los lineamientos y principios generales inherentes a la investigación científica. Se atendió al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos. Para desarrollar la presente investigación se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, fracción VII). Durante la realización del mismo se respetó la dignidad, se protegió los derechos y se favoreció en todo momento el bienestar de las participantes (Artículo 13). Se elaboró un consentimiento informado (Apéndice C) que fue entregado a cada una de las participantes a quienes se les solicitó la firma del mismo antes de iniciar la entrevista (Artículo 14, fracción V).

De acuerdo a lo estipulado en el Artículo 17 con respecto a la probabilidad de daño como consecuencia de participar en el estudio, se retomó la Fracción II de investigación con riesgo mínimo, ya que se abordaron temas sensitivos que pudieran haber alterado sus emociones o estado de ánimo. Las participantes pudieron suspender su participación en el estudio cuando ellas así lo manifestaran, tal como lo estipula el Artículo 18. Con respecto al Artículo 20, en este estudio se entendió como consentimiento informado el convenio escrito a través del cual la participante autorizó su participación en la investigación en pleno conocimiento del procedimiento de entrevista al que se introdujo, con la capacidad de libre elección y sin ser obligada.

En relación al Artículo 21, para considerar que el consentimiento informado estaba presente, la participante recibió una explicación clara y concisa del estudio sobre: el objetivo y justificación de la investigación (Fracción I.); la dinámica del proceso de la entrevista semi-estructurada (Fracción II); las molestias esperadas al tratar temas personales sobre sus conductas sexuales (Fracción III); la garantía de resolver cualquier duda, pregunta o aclaración sobre el proceso de entrevista, uso posterior de la

información obtenida en la entrevista, riesgos, beneficios y cualquier tema relacionado con el estudio (Fracción VI); la libertad de retirar el consentimiento informado en cualquier momento y retirarse del estudio, sin que se crearan prejuicios en su contra (Fracción VII); y, por último el anonimato de su identidad y la confidencialidad de su testimonio mediante el uso de nombres ficticios (Fracción VIII)

El consentimiento informado se enunció por escrito de acuerdo al Artículo 22. Asimismo, fue el investigador principal quien los estructuró con base en los postulados del artículo anterior (Fracción I); fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Fracción II); se requirió que fuera firmado por dos testigos y por la participante, si ella no supiera firmar se imprimió su huella digital y otra persona firmará por ella (Fracción IV); se extendió una copia idéntica para la participante (Fracción V).

Plan de Análisis de la Información: Análisis Temático

Las estrategias de análisis de información cualitativa son variadas, algunas de ellas se esquematizan en la figura 6. Para este estudio, se decidió realizar un análisis de las entrevistas como flujo-libre de texto mediante un análisis temático. Éste es un método que se basa en la identificación, organización y análisis de patrones en la información que surgen mediante la lectura constante y escrupuloso de la información recabada. Los patrones obtenidos dan posibilidad a la interpretación de resultados en relación al fenómeno estudiado.

Dichos patrones tienen que dar sentido a en función de la comprensión del fenómeno (Braun & Clarke, 2006; Gray et al., 2017).

En comparación con otros métodos de análisis:

[...] el análisis temático no está vinculado con ningún marco teórico pre-existente, y por lo tanto, puede ser utilizado dentro de diferentes marcos teóricos (aunque no todos), y puede ser utilizado para las diferentes cosas dentro de ellos. El análisis temático puede ser un método esencialista o

realista, el cual reporta experiencias, significados y la realidad de los participantes, o puede ser un método construccionista, que examina las maneras en que los eventos, realidades, significados, experiencias y más, son los efectos de una gama de discursos operando dentro de la sociedad [...] el análisis temático puede ser un método que funcione para ambos, reflejar la realidad y para desmenuzar o desentrañar la superficie de la realidad (Braun & Clarke, 2006, p. 9).

Figura 6. Tipos de análisis cualitativo de la información

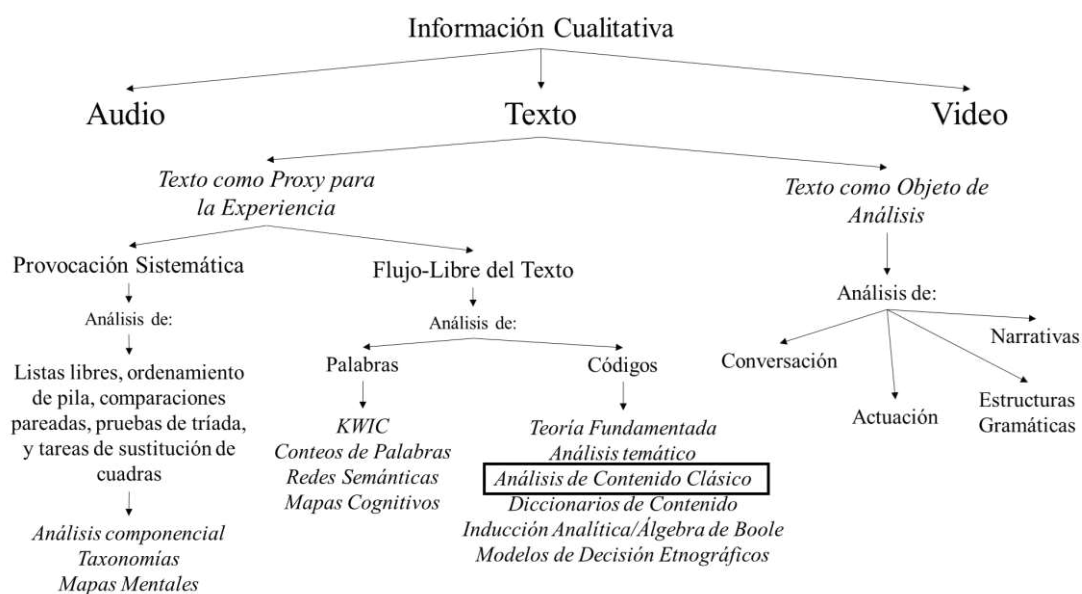


Figura 6. Tipología de Técnicas de Análisis Cualitativas. Traducción de “Data Management and Analysis Methods”, por G. W. Ryan, & H. R. Bernard, 2000. En N. K. Denzin & Y. S Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 771-802). Thousand Oaks, California: Sage.

Procedimiento.

Para el desarrollo del análisis temático se siguieron los lineamientos de Braun y Clarke (2006) (ver figura 7). El MSEM y la perspectiva de género guiaron el análisis de la información. Lo anterior quiere decir que, la generación de unidades temáticas partió de los elementos integrados en el MSEM por nivel de análisis. Por ejemplo, el MSEM

integra creencias, percepciones, sentimientos actitudes, entre otros. en el nivel individual de análisis, de tal forma que éstos cuando se identificaron en las narrativas, fueron asignados a unidades temáticas en el nivel individual. Y así sucesivamente.

Figura 7. Proceso de análisis temático

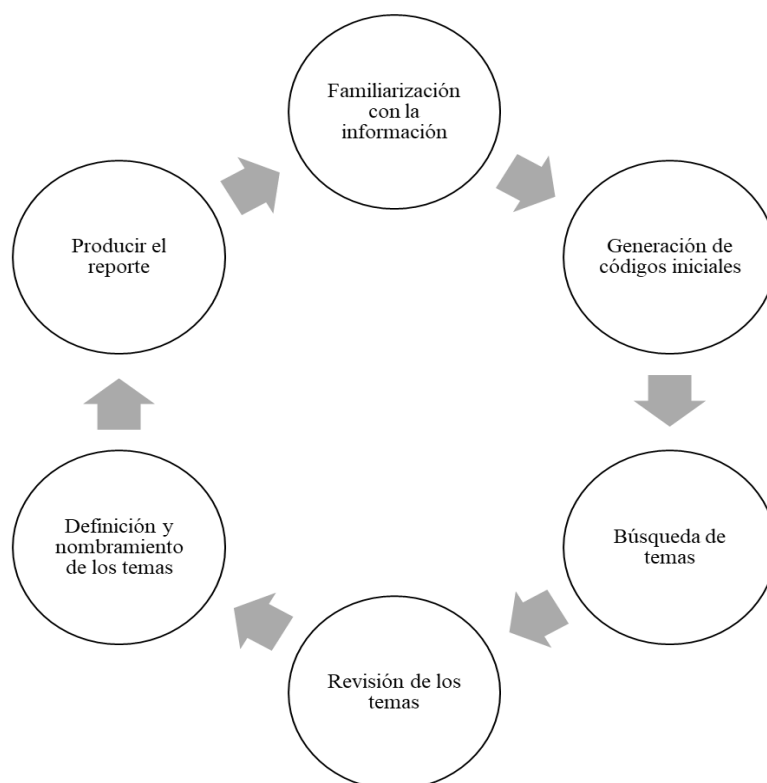


Figura 7. Adaptado y traducido de “Using thematic analysis in psychology”, por V. Braun y V. Clarke, 2006, *Qualitative Research in Psychology*, 3, p. 35.

En primer lugar, se transcribieron las entrevistas y se corroboró la precisión de las transcripciones. Las transcripciones se leyeron repetidas veces en orden de encontrar patrones mediante la similitud de información y se fueron anotando ideas iniciales. El paquete estadístico Nvivo Plus 11 para Windows (No. de licencia 56005), fue utilizado para la codificación, análisis de la información y generación de figuras relacionadas a la presentación de resultados.

Los códigos surgieron de las características relevantes e interesantes para el fenómeno de estudios, esto se realizó de forma sistemática en todas las entrevistas,

pareando la información importante para cada código. Después los códigos se agruparon en unidades temáticas potenciales. Posteriormente se revisaron los temas para confirmar que la información integrada en cada uno de ellos fuera consistente y representara el espectro del fenómeno que se propuso integrar ahí. Asimismo, se corroboró la relación de las unidades temáticas entre sí. Se refinaron las etiquetas de las unidades temáticas, para que finalmente quedaran etiquetas de unidades temáticas claras, que representaran la información contenida. Para el reporte final se seleccionaron cuotas representativas y se generó un texto plausible acorde a los objetivos establecidos en el estudio.

Para asegurar la validez del análisis, además de la verificación de las transcripciones, se codificaron las características interesantes de los datos de forma sistemática en todo el conjunto de datos, compaginando los datos relevantes para cada código. En el proceso de codificación todas las entrevistas fueron tratadas con el mismo orden de importancia y se les prestó la misma atención. Las unidades temáticas no se generaron con información parcial o proveniente de solo una parte de las entrevistas realizadas. Las citas importantes fueron colocadas en la presentación de resultados. Las unidades temáticas se contrastaron entre ellas. Asimismo, las unidades temáticas fueron coherentes, consistente y distintivas. La presentación de resultados, incluye tintes de discusión que permitieron comparar y dar base objetiva para su sustento. Se consideró que el reporte final ilustra de forma coherente los hallazgos del estudio en relación al fenómeno. Por último, la investigadora se posicionó como sujeto activo durante todo el proceso de la investigación.

La triangulación de las notas de campo, las entrevistas y la literatura previa existente, se dio mediante la contrastación constante. A la vez que se realizaron entrevistas se agregaron en forma de memos las notas de campo vinculadas que daban sentido a las cuotas. Asimismo, se agregaron memos para vincular la literatura existente sobre los hallazgos. Cuando se presentaron información nueva, se consultó nueva literatura para comprender y volver a profundizar en el resultado en otras

entrevistas próximas.

Validez y confiabilidad de los hallazgos.

Para asegurar que la interpretación de los hallazgos fuera válida y confiable se desarrollaron reflexiones constantes sobre los posicionamientos personales de la investigadora hacia el fenómeno de estudio. Poner de lado las percepciones con respecto al fenómeno no fue total, ya que la perspectiva de género permite el posicionamiento activista y éste se volvió importante en la indagación e interpretación de las narrativas y observaciones.

Asimismo, se identificó cuando en la interpretación de los resultados se incluyeron posibles suposiciones sesgadas. Para ello, se volvió con la entrevistada para preguntar (indirectamente) si lo quiso decir en un espacio de la entrevista coincidía con la interpretación de la investigadora. La literatura existente también sirvió como medio de contraste de validación y confiabilidad, consultando frecuentemente hallazgos similares o diferentes. En el último caso, se volvió a retomar el resultado para analizar el por qué de la disimilitud.

Capítulo III

Resultados

A continuación, se presentan las características generales de la muestra y las unidades temáticas que emergieron a partir de las entrevistas que se llevaron a cabo. Para la presentación de citas se incluye entre paréntesis el pseudónimo asignado a la participante, seguido de una coma y la edad. Por ejemplo: (Alma, 28).

Características de la Muestra

Características socio-demográficas.

La muestra estuvo integrada por 16 mujeres trans. El rango de edad osciló entre los 22 a los 69 años. La fuente de ingresos económicos varió en las participantes. Al momento de la entrevista cuatro se encontraban desempleadas, una tenía negocio propio, cuatro se dedicaban únicamente al trabajo sexual, cuatro trabajaban en empresas privadas, dos combinaban el trabajo sexual con otra actividad (1. empresa privada; 2. comerciante y cosmetóloga) y una trabajaba en una OSC.

Sobre el trabajo sexual es importante mencionar que seis realizaron trabajo sexual al momento de la entrevista y 13 en algún momento de su vida. Las experiencias para esta investigación sobre el trabajo sexual fueron pasadas y presentes. Referente a la orientación sexual, 14 de las participantes reportaron tener orientación sexual heterosexual y dos bisexuales. Con respecto a la escolaridad, una reportó primaria trunca, una primaria completa, seis secundaria completa, una secundaria trunca, dos preparatoria completa, dos carrera técnica, dos carrera universitaria trunca y una estudios universitarios completos.

Del lugar de procedencia se encontró que del estado de Nuevo León nueve nacieron en el área metropolitana de Monterrey. El resto nacieron en otros estados de la República Mexicana como Michoacán (área rural n = 1), Veracruz (área rural n = 1; área urbana n = 1), Durango (área rural n = 2), Chiapas (área rural n = 1) y Oaxaca (área urbana n = 1).

Auto-identificaciones.

De las 16 participantes incluidas en el estudio, nueve se auto-identificaron como mujeres trans, cinco como mujeres transexuales, una como mujer transgénero y en una de ellas fluctuaron auto-identificaciones como “trans”, “travesti” y “jotos” (dicha por la participante). La muestra de este estudio estuvo conformada por identidades variadas. Las auto-identificaciones no fueron estáticas. Los procesos de auto-identificación fluctuaron con el tiempo y estuvieron tocados por eventos singulares en las vidas de las mujeres trans. Fueron resignificadas. Algunas de las mujeres que se identificaron como trans al momento de la entrevista explicaron que, aunque no siempre se identificaron de esa forma “antes como transgénero o transexual” (Julieta, 37), el activismo cambió la forma de percibirse y de identificarse. Ésta participante comentó que el término trans es uno más inclusivo y reduce la discriminación que se genera entre las categorías de transgénero y transexual.

Las mujeres que se identificaron como transexuales, dígase activistas y/o del trabajo sexual basaron su identificación en los procesos de reafirmación de género que ya habían llevado a cabo. Lo anterior sugiere que las etiquetas generadas en niveles macro-socio-estructurales para dar nombre a sus identidades, fueron integradas y colectivizadas por ellas. Para la participante que se identificó como transgénero, el término representó el estar conforme con sus genitales, para ella, las mujeres transexuales fueron quienes estuvieron inconforme con los genitales y desearon retirarse el pene y testículos.

Las identificaciones de la participante que se definió como travesti, trans y “otro”, explicó en detalle las terminologías de asociadas a las poblaciones trans, a través del tiempo “que ahora son trans porque en mi época no éramos trans, éramos travestis” (Ale, 57). La participante comentó que antes la palabra “trans” no existía, solo palabras como travesti u otras “altisonantes”. Tampoco “gay” existía y las palabras asociadas a las personas con orientación sexual homosexual eran “machorriones, porque traían

bigote patilla y barba y las que parecían mujeres eran las que les decíamos travestis”. Ale (57) también explicó que los términos empezaron a cambiar “no de cuando salió el bicho [el VIH], empezó a cambiar más para acá, tiene poco, como unos 10 años 5 años que empezaron a ser trans, chicas trans”. A la fecha de la entrevista Ale se identificó como “chica trans”.

Aparte de la claridad que trajo la cita de la entrevistada sobre los cambios en las auto-identificaciones a través del tiempo, un dato que se hace relevante discutir es el del momento aproximado en donde surgen los términos trans. Aproximadamente, UNAIDS (2011) en el 2011 introdujo por primera vez en las guías terminológicas el término transgénero. Dicho evento histórico puso por primera vez en el terreno de la salud pública el género como categoría independiente del sexo y por lo que dijo la entrevistada, los términos parecen haberse adoptado por ellas mismas para identificarse. Butler (2016), menciona que las etiquetas se vuelven relevante para las personas porque son la vía por la cual las personas se presentan ante el mundo y “frente a las autoridades médicas y legales y a través de los cuales son interpretadas” (p.9). La autora afirma que las palabras son sumamente relevantes, porque suponen la base para que su entorno las interprete y sostiene que existe una “una lucha hegemónica por la terminología y sería un error pensar que simplemente se trata de nombres” (p. 10).

Expresión de género y procesos de reafirmación del género.

Todas las participantes nacieron con sexo masculino y tuvieron una identidad femenina. Al momento de la entrevista, solo una participante no tenía expresión de género masculina. Las otras 15 participantes tuvieron una expresión de género femenina que permaneció durante todo el tiempo en el espacio temporal de su cotidianidad. Dos de las participantes estaban en terapia hormonal, dos se habían realizado cirugías, seis estaban en terapia hormonal y se habían hecho cirugías y una no tenía ningún tipo de transformación corporal. Ninguna de las participantes reportó haberse realizado la cirugía de reasignación de género (Tabla 1).

Tabla 1

Caracterización de la muestra por tipo de procedimientos de reafirmación de género

Tipo de procedimiento de reafirmación del género	<i>n</i> =
Hormonas	2
Cirugías	2
Hormonas y cirugías	6
Sin transformaciones	6

Unidades Temáticas

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías que emergieron del análisis temático. La figura 8 muestra la nube de palabras que surgió a partir del análisis de frecuencia de palabras del total de entrevistas. A mayor tamaño de la palabra, mayor es la cantidad de palabras que emergen del total de las entrevistas. La nube de palabras ayuda a visualizar aquellos aspectos que tuvieron mayor peso en el discurso de las participantes, lo cual es congruente con el desarrollo de las unidades temáticas.

Para articular la presentación de resultados con el MSEM, al principio de cada nivel de análisis, se incluyó un párrafo con los elementos que identifica el MSEM relacionados al riesgo de adquirir el VIH. Al final de cada nivel de análisis, se hizo una descripción de aquellos elementos identificados congruentes con el MSEM y los que no, y cuál fue la perspectiva teórica que ayudó a explicarlos.

Nivel Individual

De acuerdo con el MSEM, el riesgo del VIH en el nivel individual se compone por las características biológicas, conductuales (conductas sexuales [uso del condón], uso de drogas) y psicológicas, como el conocimiento sobre el VIH, percepciones de riesgo del VIH e instituciones de salud, actitudes, creencias, motivaciones, emociones, intenciones, habilidades para negociar el uso del condón, empoderamiento (uso del

Figura 8. Nube de palabras del análisis de la información



Figura 8. El tamaño de las palabras representan la frecuencia en que éstas se presentaron en el total de entrevistas.

condón, servicios de salud), percepciones de las normas sociales, miedo al estigma, afecciones de la salud mental y no haberse realizado la circuncisión. A continuación, se presentan los hallazgos concernientes a este nivel de análisis.

La figura 9 muestra gráficamente las unidades temáticas y hallazgos más relevantes en cada una de ellas.

Creencias, Percepciones y Sentimientos Relacionados con el VIH, el sida y el Uso del Condón

El nivel individual debe ser visto en dos sentidos. Uno, cómo un nivel de

Figura 9. Unidades temáticas del nivel individual

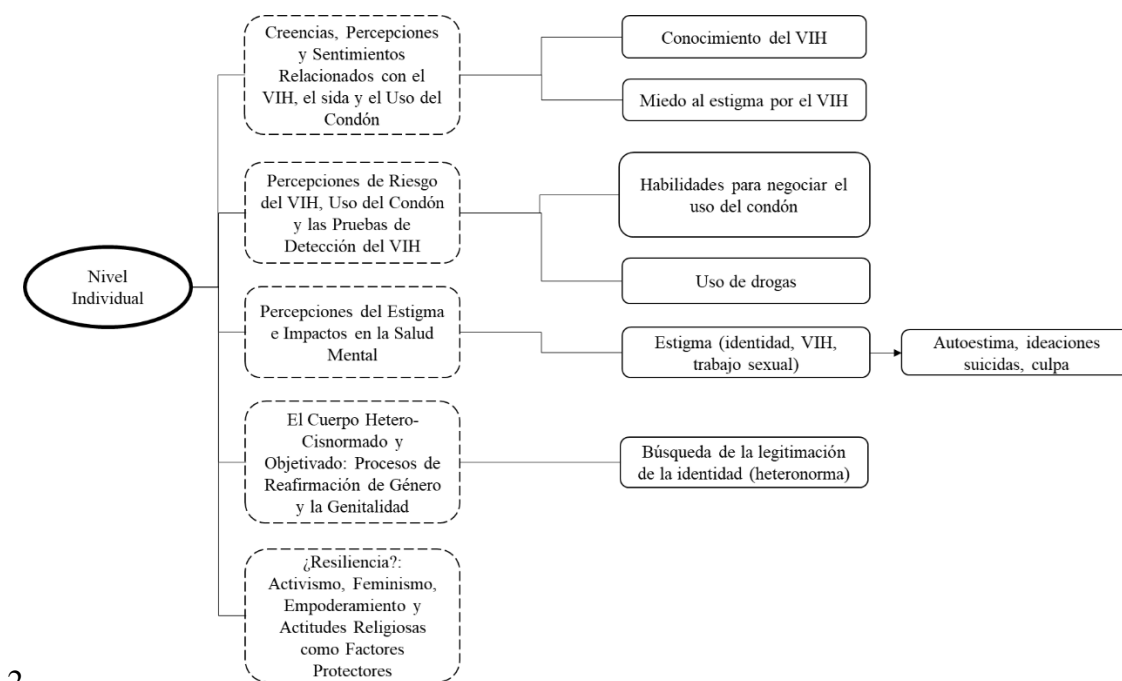


Figura 9. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, rectángulos con línea punteada larga representan las unidades temáticas. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

análisis que integra las creencias, percepciones y sentimientos que las mujeres trans tienen sobre determinados fenómenos, como el VIH/sida y el estigma. Y, en segundo lugar, un nivel donde las mujeres trans internaron y se volvieron reflejo de todo un aparato socio-cultural y estructural, que impactó en las formas en que ellas se vivieron a sí mismas, el cómo concibieron el mundo que les rodeaba y cómo se relacionaron con ese mundo.

Con respecto al primer punto, las creencias, percepciones y sentimientos que las personas tienen sobre determinado fenómeno, juegan un papel relevante en el desarrollo y puesta en práctica de conductas. Por ejemplo, si las personas consideran un fenómeno como relevante, y se consideran vulnerables o en riesgo con relación a él, las conductas relacionadas se verán influenciadas por dichas subjetividades (Soto Mas, Lacoste Marín, Papenfuss, & Gutiérrez León, 1997). En este caso, el cómo las mujeres

trans concibieron al VIH, y cómo se percibieron frente a él o no, proporcionó una postura explicativa de las conductas asociadas. En este sentido, fue relevante analizar como punto de partida, las creencias, percepciones y sentimientos de las mujeres trans con respecto al VIH.

El VIH/sida se construyó en el imaginario social como una enfermedad mortal de la cual usualmente surgieron sentimientos negativos. Por ejemplo, cuando se les preguntó a las entrevistadas por los que surgían al pensar en el VIH, se identificó el miedo como sentimiento generalizado “pues se siente miedo la verdad porque es una enfermedad muy de miedo” (Paty, 22). En la historia del VIH se hace evidente que, a principios de la epidemia, fueron ciertas poblaciones en específico quienes se vieron más afectadas por la adquisición del virus en comparación con otras, por lo que el ojo público se posicionó sobre ellas “[el periódico] donde decía que nada más nosotros traíamos ese mugrero [el VIH], que nada más nosotros” (Ale, 57). Parte de la colectivización social que se hizo del VIH sobre las poblaciones de homosexuales a principios de la epidemia se pudo rescatar también en la cuota de Elena (44), cuya cita se remonta a su infancia en un proceso todavía de formación de la identidad:

Me puse un vestido de mi hermana en la preparatoria o en la secundaria, y como decían que el sida les daba a los homosexuales, decía ‘tengo sida’, así era lo que yo pensaba, era la información que había en esa época. Así que por eso tenía miedo.

Elena permitió introducir la relevancia de la información sobre el VIH en la generación de creencias entorno al VIH. La información juega un papel crucial en el riesgo del VIH dado que permea la toma de decisiones e influye en las percepciones de riesgo.

Los análisis de estigma del VIH, sugirieron que más allá de la mortandad que significaba el sida, era la sexualidad de quiénes vivían con él o de quiénes se consideraban en riesgo de adquirirlo lo que originó las respuestas sociales negativas

hacia esas poblaciones. Si se trae de vuelta la heteronormatividad como punto de análisis, el hecho de que dos hombres (XY-XY) tuvieran relaciones sexuales anales, suponía la base para desencadenar el estigma y con la devenida del sida, éste representaba para la sociedad el castigo por la desalineación a la norma (Lupton, 2005). El sida pues, pasa de ser una enfermedad con implicaciones únicamente biológicas a una enfermedad con implicaciones también sociales.

En este sentido, una de las participantes comentó que además de las percepciones de muerte que vienen con el VIH y los sentimientos de miedo e incertidumbre, se encuentra la carga social de estigma que implicaría el adquirirlo.

Siento que es algo que da miedo, que es mucho peligro [...] Más bien yo le tenía miedo a lo que dijera la gente... porque en esa ocasión decían ‘es que se murió aquella (otra mujer trans) de VIH’, antes morías de VIH y todos te volteaban a ver y como que te rechazaban más ¿no?... nada mas de escuchar la palabra VIH como que ya eso mismo te enfermaba ¿no? (Elena, 44).

En la anterior cuota, surgió una palabra que trajo a reflexionar sobre vértices distintas de las creencias, percepciones y sentimientos: el “antes”. Esta palabra invita a profundizar en el VIH como un fenómeno en movimiento. Las creencias, percepciones y sentimientos hacia el VIH cambiaron durante el transcurso de una misma entrevista repetidas veces. Los matices introducidos parecieron estar tocados por la cronología de sucesos en las vidas de las mujeres trans (conocer personas viviendo con el VIH) y por la temporalidad del VIH. Por ejemplo, el principio de la epidemia, la introducción del uso del condón como medida de prevención y la disponibilidad de tratamientos: “sabían que existía [el VIH], tenían algo de información sobre el VIH [las mujeres trans], todas tenían miedo del VIH porque había compañeras que habían muerto por eso, no había tantos medicamentos como ahora” (Selmi, 38).

Quiénes mejor evidenciaron las diferenciaciones en cuestión de temporalidad

del VIH fueron las mujeres trans de mayor edad, las cuales vivieron en gran medida las implicaciones del VIH en sus etapas iniciales. Las experiencias de las ya mencionadas y las de mujeres trans más jóvenes, posibilitó el contraste de experiencias entre aquellas que vivieron los cambios del VIH en el transcurso del tiempo y de aquellas donde la realidad se les presenta en un tiempo donde el tratamiento para el VIH ya existía y la persecución social no era tan intensa. Por lo tanto, las creencias, percepciones y sentimientos fueron distintos.

Para dar plausibilidad al texto es necesario, de antemano cuestionarse ¿cómo se construyeron las creencias y percepciones? Ya la narrativa de Selmi asomó un punto crítico para dar respuesta a la interrogante. La cuota de la participante permitió apreciar que el VIH se concibió como una enfermedad mortal, a partir de que quiénes le rodearon y estaban viviendo con el virus, murieron. Similarmente, otra de las participantes hizo referencia a cómo ella empezó a saber qué era el VIH, mediante la socialización con amigos que portaron el virus:

Todo por cuestión de un amigo que conocí, que estaba enfermo. Era un amigo, hombre, niño pero gay tenía su pareja y los conocí a ellos y estaban enfermos. Ahí fue donde yo supe de que era el VIH, qué era lo que te provoca, por pláticas con ellos me dijeron [...] me contaban que uno tenía el VIH que uno era positivo y que el otro no sé qué, uno era portador y no sé qué. O sea, sacaron muchas palabras y ya, o sea yo lo que sentía era como los veía, ambos se ponían malos (Tania, 34).

Si se analiza la narrativa de Tania, pareciera que lo que tuvo más peso para ella fue el ver a sus amigos lidiar con la enfermedad. Por lo tanto, no es de extrañar que aquello que se asocia con mayor intensidad a la enfermedad, son los procesos de sufrimiento y pérdida. En esta cronología del VIH de la que se hablaba, se hizo importante introducir el condón. Con el surgimiento del VIH viene posteriormente el condón, el cual fue y es, el método de prevención físico más utilizado y

promocionado. Sin embargo, a principios de la epidemia no era de fácil acceso.

¿Qué sentía? mucho dolor porque te imaginabas morir igual, porque no había nada, porque lo poquito que existía de información y de medicinas decían que eran para ricos. Llevar un tratamiento del VIH en los ochentas noventas era quedarte pobre, era muy caro... ya después hubo más difusión del condón y tenías que ir a comprarlo, porque no había quien te los diera como ahora (Renata, 50).

La cita de Renata es muy ilustrativa en cuanto a que integra los elementos de los que se hablaba. Los procesos de dolor, las asociaciones que se hacen de ver a alguien muy parecida/o a ti sufrir e imaginar que existe la posibilidad de pasar por lo mismo, y por último la asociación causal del VIH y poblaciones homosexuales. Con todo esto, Renata trajo a alusión un poco de lo que se hablaba en la introducción de este apartado, sobre las formas en que una persona se percibe a sí misma y al mundo y cómo se relaciona con ese mundo.

En este caso, el mundo o la realidad inmediata de Renata fue una donde las personas que le rodearon y que le fueron similares vivieron con el VIH. Todos los procesos que les conllevó a esas personas, Renata lo integró a su realidad y reformuló la forma en cómo se concibió a ella con respecto a ese fenómeno. Cabe señalar que, hasta aquí Renata todavía habló en el sentido del “antes”, sobre la relación que se hacía del VIH a las poblaciones de homosexuales, la dificultad para acceder a condones y, finalmente puso sobre la mesa el último punto de la cronología del VIH: los tratamientos. La disponibilidad de tratamientos para el VIH, mejor conocidos como Tratamientos Antirretrovirales (TAR) representaron un cambio trascendental en la línea histórica del VIH. La proliferación de su uso, trae a discutir el “después” en las percepciones y creencias del VIH, lo cual se reflejó en las narrativas de las participantes, quienes a través de sus discursos pasaron de ilustrar el VIH/sida como enfermedad mortal, a una con la que se podía vivir.

Chavas trans, que ya tienen 25-30 años viviendo con el VIH. Y las ves y cómo un roble, como si nada. Pero ¿por qué? Porque llevan el tratamiento, se lo diagnostican a tiempo, entonces eso también da mucho de que, da mucho decir la vida que te prolongues (Fernanda, 41).

Además de que la disponibilidad del TAR originó mejores expectativas sobre la posibilidad de vivir con el VIH, el TAR también tuvo implicaciones en las conductas sexuales. Una participante, de 26 años de edad, expresó que vivir con el VIH ya no es sinónimo de muerte, debido a la disponibilidad de tratamientos, al tiempo que reconoció que esas creencias la hicieron sentir más cómoda a ella y posiblemente a otras mujeres trans, cuando no usaron condones:

Pues creo que a todos nos da miedo, pero digo yo, pues ahora gracias a la ciencia o no sé, ahora puedes tener VIH y no ser tan grave, tener cuidados y vivir como todo mundo. Algo normal. Eso es lo que ya no nos da tanto miedo, ya tienen un control y ya no nos podemos morir tan fácil, y por eso se nos hace fácil no cuidarnos (Natalia, 27)

Lo anterior, es mejor conocido como optimismo al tratamiento. Éste es un fenómeno que se ha identificado con mayor precisión en las poblaciones de HSH y el cuál surge a partir de que las personas conocen sobre los beneficios del TAR en la supresión de cargas virales del VIH.

Dicha supresión se logra cuando el TAR se lleva a cabo correctamente (tiempo, dosis etc.), y por ende las cargas virales se vuelven indetectables. Incluso si se realiza una prueba de detección del VIH, puede resultar negativa, lo que ha traído un cambio sobre las percepciones y creencias del VIH/sida como afección mortal y sobre el uso laxo del condón (Macapagal, Birkett, Janulis, Garofalo, & Mustanski, 2017; Rowniak, 2009). La lucha por terminar la epidemia del VIH ha transformado las creencias, percepciones y sentimientos hacia él, originando en el camino, nuevos fenómenos como el que se mencionó en el párrafo anterior.

Percepciones de Riesgo del VIH, Uso del Condón y las Pruebas de Detección del VIH

Otra arista que es fundamental retomar y que se relaciona con lo que se ha venido mencionando son las percepciones de riesgo ¿cómo las mujeres trans se perciben frente al VIH? En esta sección se muestran los diferentes ángulos obtenidos del trabajo de campo con respecto a las percepciones de riesgo en tres momentos. Las percepciones de riesgo en sí mismas, el uso del condón vinculado a las percepciones de riesgo, las significaciones de las conductas sexuales y por último, las pruebas del VIH como última adición a al cuarteto sinérgico. De primera entrada, las percepciones de riesgo se vieron en sintonía con las ya mencionadas creencias, percepciones y sentimientos entorno al VIH ¿Por qué? Porque la percepción de riesgo hacia una enfermedad emana hipotéticamente de un previo conocimiento o por lo menos, acercamiento sobre lo que es la afección y sus complicidades.

De tal forma que, si una persona nunca recibió información y/o escuchó sobre el VIH, no tendrá un bagaje que le sirva de antecedente o punto de referencia para que cuando lleve a cabo una conducta de riesgo (ej. no usar condón), la reconozca como tal. Si existen creencias, percepciones y sentimientos hacia el VIH, es muy probable que existan percepciones de riesgo. En esta muestra de mujeres trans, todas tuvieron percepciones de riesgo del VIH, aunque en diferentes modos. Las percepciones de riesgo estuvieron claramente marcadas y diferenciadas de manera independiente en dos contextos, el trabajo sexual y el terreno de las parejas primarias (“formales”) y secundarias (“novios”).

El trabajo sexual fue por lo general, el medio que se asoció con más intensidad al riesgo del VIH, porque conllevó el mantener relaciones sexuales con parejas concurrentes “En el trabajo sexual hay muchísimas enfermedades, no nada más el VIH, muchos andan en todo eso, son muchísimas enfermedades que puedes prevenir, porque no te metes con uno nada más, te metes con varios” (Natalia, 27). Las percepciones de

riesgo entorno al trabajo sexual tuvieron dos vertientes. Una que evidenció las percepciones de riesgo de las mujeres trans que reportaron nunca haber realizado trabajo sexual y otra, en las que las participantes lo hicieron en algún momento de su vida o lo hicieron en el tiempo en que se llevó a cabo la entrevista. Natalia, aunque posicionó a las mujeres trans trabajadoras sexuales como de las poblaciones trans más afectadas por el VIH, también se consideró en riesgo, aunque ella no lo era:

Porque aparte de las mujeres trans que se dedican al trabajo sexual, que son la principal población que está siendo víctima del problema de las ITS y del VIH, pues también estamos las otras mujeres que no hacemos trabajo sexual, pero que también podemos ser un factor de riesgo (Julieta, 37).

En contraste directo con las percepciones de riesgo de las mujeres trans que no realizaron trabajo sexual, se encuentran las que sí. Las percepciones dentro de las mujeres trans que ejercieron el trabajo sexual fueron ampliamente identificadas, todas concluyendo que el condón cuando se tuvieron encuentros sexuales con clientes fue el método principal para prevenir el VIH y éste debió estar siempre presente. Por ejemplo, Fernanda (41), expresó que las mujeres trans trabajadoras sexuales son las que más se cuidan de contraer el VIH “pero fíjate que la mayoría de las mujeres que hacemos trabajo sexual somos las que más nos cuidamos”.

La misma participante, más adelante discutió que la prevención del VIH en las mujeres trans trabajadoras sexuales se debe principalmente a mantener el trabajo sexual como fuente de ingresos, ya que una vez que se vive con el VIH y los clientes lo saben, ya no “te buscan”. Sin embargo, de acuerdo a las participantes, en ocasiones el uso del condón no alcanzó como método de protección, pues entraron a la trama del trabajo sexual otros factores como el uso de drogas. Fernanda explicó que incluso cuando usaba condón con los clientes, se percibía a sí mismas en riesgo porque los condones podían romperse y los clientes que usaban drogas suponían una entrada de riesgo “porque, no

sabes si se revienta algún condón, no sabes si algún cliente en algún momento llegue con una jeringa y te quiera también... inyectar ya en el... la loquera, en la fiesta” (Fernanda, 41).

El segundo contexto que sobresalió en las narrativas fue el de las parejas primarias. Mientras que en el trabajo sexual y entre parejas casuales, las percepciones de riesgo parecieron estar agudizadas y el uso del condón ser constante y reglamentario “con los clientes la verdad, de ley” (Paty, 22), dentro de las relaciones sexuales con parejas más íntimas, las percepciones de riesgo y el uso del condón parecieron estar en pausa “conozco a mi novio y fue con el único que tuve relaciones sin preservativo. Y después pensé que se iba a morir, porque mi novio me estaba penetrando sin preservativo” (María, 31). Otra participante expresó en el mismo sentido:

¡Cállate! ¡No! Eso fue otra historia ¡No! ¡Cállate! ¡Con él no usaba!
 Porque él me decía ‘No, pues somos pareja’, ¡No lo pude negociar güey!
 ¡No lo pude negociar! (el condón) (...) Como que sentía la confianza de él, y se veía y se sentía. Entonces, o sea, pues yo también. Yo me cuidaba con mis clientes ¡con todos! ¡pero menos con él! (Fernanda, 41).

Satcher et al. (2017), realizaron un estudio en mujeres trans en Perú para analizar los patrones del uso de condón entre parejas comerciales, casuales y formales. Los autores explicaron que existe una tendencia entre las mujeres trans a no utilizar condón con las parejas primarias, mientras que el uso del condón en parejas comerciales y casuales es mucho mayor. Por lo tanto, no es de extrañar que se identifique un cambio en el uso del condón de un contexto a otro, ya que se ha mostrado que el uso del condón puede utilizarse como medio para diferenciar las parejas comerciales y casuales, de las formales.

Un elemento adicional a la sinergia de percepciones de riesgo y condón que trajo la participante a colocación, fue la habilidad para negociar el uso del condón. Y ésta, nuevamente, se diferenció principalmente entre parejas comerciales y casuales

de las primarias. Es importante resaltar que no se identificaron habilidades de negociación del uso del condón con parejas primarias, pero sí en las del trabajo sexual como lo ilustró la cita de Fernanda. Las participantes destacaron la importancia de las habilidades de negociación para el uso del condón durante el trabajo sexual específicamente para prevenir el VIH, especialmente cuando los clientes no quisieron usarlo. La experiencia adquirida a través del trabajo sexual fue señalada por la mayoría de las participantes como su principal fuente para desarrollar habilidades de negociación, ya que tener relaciones sexuales con muchos hombres las empujó a diseñar estrategias para imponer su voluntad y convencer a los clientes a usar condones.

Pues haz de cuenta que te metías con muchos, ‘No, así no quiero. Yo quiero sin preservativo’ ‘hay no papasito, aquí no se va hacer lo que tú digas, es con condón si quieres’. Y lo enredabas ‘Es para que me cuides y te cuides y blabla’. Y enredabas al cliente y ya lo usabas, lo hacías que usara condón (María, 31).

Las narraciones indicaron que las relaciones sexuales sin protección también ocurrieron como resultado de una desventaja socioeconómica relacionada con el uso de drogas, así como con la búsqueda de placer. En el primer escenario, las mujeres trans hablaron en referencia de otras mujeres trans que solían estar dispuestas a tener relaciones sexuales sin protección con clientes, por el deseo de comprar drogas y la falta de dinero para hacerlo. Por lo tanto, aceptaron cualquier cantidad de dinero y cualquier otra condición “porque ellas quieren comprar una piedra quieren comprar un vicio, quieren si ocupan sin preservativo” (Ale, 57). La cita anterior, hizo relevante traer a discusión que, aunque las entrevistadas se percibieron en riesgo de adquirir el VIH, también consideraron que el riesgo no es específico de las mujeres trans, sino que cualquier persona está en riesgo. Lo que sí es verdad, es que la situación de vulnerabilidad a la que están expuestas las hace adoptar prácticas de riesgo, como se evidenció en la siguiente cuota:

Propiamente una mujer trans nada más por ser trans no creo que tenga más riesgo de tener VIH [...] El riesgo viene por lo que hay detrás de la identidad trans, que muchas por rechazo familiar, por rechazo escolar, por todo eso se han dedicado al trabajo sexual y las hace vulnerables. Por algún motivo tienen que dedicarse al trabajo sexual o algo similar, por la falta de opciones y te digo porque llegué a andar sin dinero y un día dije ‘bueno a ver que sale algo de trabajo sexual’. Me habla un tipo ‘¿cuánto?’ me dice ‘mira te pago lo que quieras, pero sin condón’. O sea, ese es el riesgo que hay, que por la necesidad... (Elena, 44).

En el segundo escenario, la pornografía fue el referente en la construcción de cómo se podía alcanzar el placer y cómo esto repercutió en el uso del condón “a mí en lo personal a mí me excita la pornografía ¡sin condón!, porque veo la piel, semen todo ¡Uy! Dices tú ¡Wow! ¡Qué rico sería coger sin condón!”. El percibirse en riesgo de enfermedad, supone para algunas personas emprender medidas ya sea de prevención o de inspección, como en este caso lo fueron el ya mencionado condón y las pruebas del VIH. Una parte importante de las participantes no se realizaron pruebas del VIH como una respuesta directa a las percepciones de riesgo, sino como paralelas a requerimientos previos de cirugías “entonces cuando me operé la nariz, el un doctor, me hizo estudios, de VIH” (Selmi, 38). O bien, como parte de otros padecimientos.

Ya tengo como ¡ay! ¿Qué será? Como unos 2 o 3 años que no me la he hecho, pero este mes si me la hice gracias a Dios [...] me la mandaron hacer porque me hice análisis de todo porque me estaba checando porque tengo varicocele (Paty, 22).

En este rubro aparecieron de nueva cuenta las creencias, percepciones y sentimientos entorno al VIH como barreras parciales para las pruebas del VIH. Se dicen barreras parciales, porque a pesar de que las participantes expresaron tener miedo a la prueba, sobre todo al resultado, se sometieron a ella “no quería porque tenía miedo

porque me dijeron te vamos a hacer una prueba [...] y me van diciendo ‘no tienes, eres 0 reactivo’ Dice ‘no, no tienes VIH’ (Elena, 44). También aquí cabe aclarar que, el miedo surgió en algunas de las participantes por el mantenimiento previo de relaciones sexuales sin condón “Yo sentí, sientes el nervio porque pues sí he tenido relaciones sin condón” (Natalia, 27). También, hubo una participante que expresó tener la necesidad de realizarse pruebas rutinarias por la conjunción del trabajo sexual, que ya por si solo representaba una fuente de riesgo, y por el estado inestable de salud “para mí era muy inseguro no hacerme una prueba, y que dentro de todas mis alergias que tenía, me diera una gripa y que no fuera de gripa sino de VIH ¿sabes?” (Selmi, 38).

Un caso que emergió en el trabajo de campo y que resulta importante traer independiente de los demás, fue la historia de una participante que fue víctima de violación sexual. Este suceso creó en ella, además de todos los procesos emocionales derivados de la violación, percepciones de riesgo que se diferencian del resto, por la forma en que el riesgo del VIH se presentó en su vida.

Me hicieron análisis del VIH [en la clínica en la que la atendieron], me hicieron análisis de esto [...] Yo si tenía miedo de que tuviera... qué bueno, al momento no se ve [el VIH]... pero ya haz de cuenta que me quedó la idea de que... haz de cuenta no fue uno, fueron siete, no los conozco, no sé qué pueda pasar y me quedo con la idea de que quiero saber que es... pero si estoy enferma no sé qué vaya a pasar conmigo... (Hilda, 39).

A la fecha que Hilda concedió la entrevista, fueron más de cinco las veces que ella se realizó la prueba del VIH para conocer si a partir de ese evento en su vida, había adquirido el VIH. Cuando ella menciona “al momento no se ve” parece dejar ver que conoce sobre el período de ventana para detectar el virus y aunque ya pasaron algunos años desde ese momento que relata, y considerando la tecnología de detección del VIH, podría ser que ella no presente el VIH, por lo menos a raíz de ese evento. Sin embargo,

la angustia que ella debió sentir y la percepción de riesgo del VIH puede estar siempre presente.

Para cerrar esta sección, se presenta la figura 10, la cual es un intento por mostrar gráficamente, como se entendió la sinergia de las creencias, percepciones y sentimientos sobre el VIH, las percepciones de riesgo, el uso del condón y las pruebas del VIH. La flecha representa al VIH como un fenómeno en movimiento, porque conforme pasa el tiempo se van dando nuevos procesos que afectan su incidencia en las poblaciones, como la disponibilidad de tratamientos. Por dentro se encuentran el ya enunciado cuartero, y se le nombre sinérgico debido a que a la vez que interactúan recíprocamente, los efectos son simultáneos en todas las esferas ¿Cómo es esto? Por ejemplo, con la venida de los tratamientos TAR, las creencias percepciones y sentimientos sobre el VIH cambiaron, y con ello las percepciones de riesgo, el condón y la necesidad individual de realizarse pruebas del VIH. La figura 10 debe verse, no como un proceso, sino como un ir y venir, una re-construcción constante.

Figura 10. Sinergia de elementos individuales del VIH

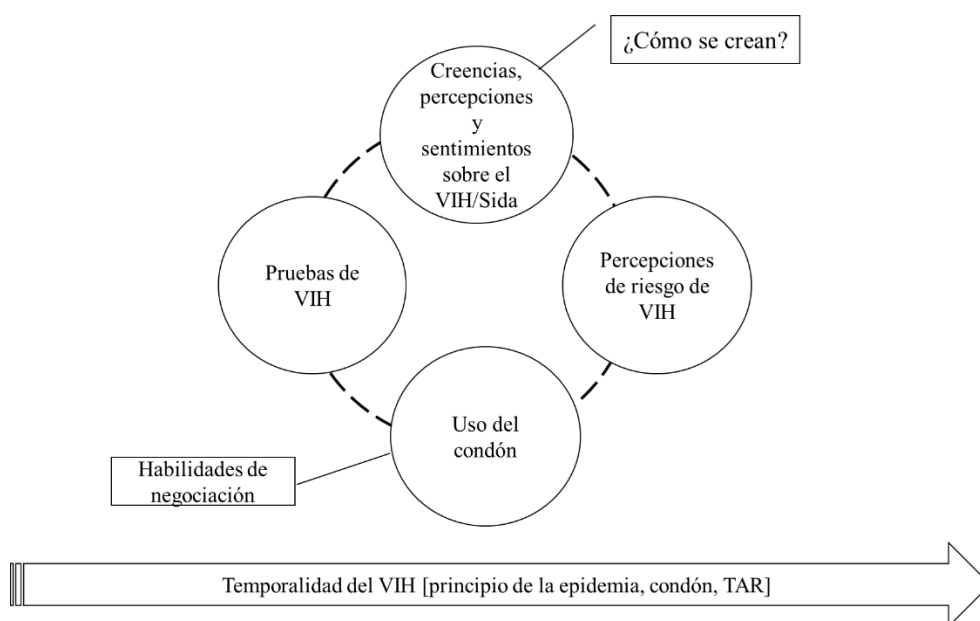


Figura 10. Representación de la Sinergia entre Creencias, Percepciones y Sentimientos sobre el VIH, Percepciones de Riesgo, el Uso del Condón y las Pruebas de VIH.

Percepciones del Estigma e Impactos en la Salud Mental

En la introducción de este documento se desarrolló una explicación sobre el estigma, cómo se genera y algunas observaciones de sus impactos. Aunque el estigma es un fenómeno transversal a todos los niveles de análisis, aquí lo que me interesa rescatar fueron las percepciones de estigma y los impactos individuales del estigma para la salud mental de las participantes.

Las fuentes emergentes de estigma percibidas por las mujeres trans se relacionaron con la identidad de género, el trabajo sexual y el VIH. Las participantes consideraron que la mayoría de las experiencias de estigma y discriminación enfrentadas en su vida diaria surgieron como resultado del imaginario social, el cual dió por sentado que todas las mujeres trans por ser trans, realizan trabajo sexual y viven con el VIH. Es importante señalar, que incluso las mujeres trans que no realizaron trabajo sexual percibieron las mismas fuentes de estigma. Las participantes se mostraron molestas ante esta suposición social que las colocó en desventaja y las marginalizó.

Yo creo que la gente tiene el estigma que esa enfermedad [el VIH] es exclusivamente trans, exclusivamente gay. Todos tienen esa exclusividad... O sea, porque tienen como que ese estigma hacia nosotras. O sea, que una persona trans tiene sida de ley que ya la tiene (Paty, 22).

La cita de la participante muestra como las personas no saben si son o no son trabajadoras sexuales, o si viven o no con el VIH, pero esas son cuestiones que están implícitas como parte de su identidad de género. Por otra parte, las percepciones de estigma se conectaron con la salud mental, en la medida en que el estigma social impuesto sobre ellas a través del rechazo y las violencias, afectó el cómo se sintieron con respecto a ellas mismas.

[...] como también está muy estigmatizado el trabajo sexual, pues te sientes mal, porque que es un pecado, que está mal, que es denigrante,

eres una persona que no vale. Entonces obviamente ¡te pega! O sea, ‘¿por qué hago trabajo sexual no valgo nada?’ Y tú misma te denigras (Fernanda, 41).

La presencia de sentimientos negativos hacia quiénes son las mujeres trans, se relaciona con la interacción entre el mundo que habitan las mujeres trans, su interacción con ese mundo y la percepción sobre ellas mismas a partir de esa interacción. Otro dato que se incluye en las dimensiones del estigma a nivel individual, fue el de los sentimientos que se desataron a partir de la estigmatización y procesos subsecuentes, con respecto a la propia identidad de género. La culpa, fue el principal sentimiento identificado a lo largo de las experiencias de las participantes “y luego ese sentimiento de culpa que se crea uno por ser transexual, de estar mal ante la sociedad, me sentía culpable de ser y de sentirme como me sentía” (Blanca, 55).

Las percepciones de estigma y los sentimientos que se generaron a partir de éstas son el ápice para introducir los impactos del estigma a la salud mental de las mujeres trans. Como nota contextual, hay que tener presente que el estigma se transforma en eventos más tangibles como aquellos en los que se sufre un rechazo más directo, más en vías de procesos de discriminación y rechazo. Algo de esto lo ventiló Ofelia de 26 años, cuando explicó que el estigma y la discriminación de sus redes más próximas de apoyo afectaron sus emociones y la condujeron a desarrollar ideaciones suicidas.

No era aceptada que llegué a un trastorno depresivo, de decir ‘bueno si ya no funciona aquí, pues tengo que morir’, ‘no me acepta mi papá’, ‘no me acepta mi mamá’, ‘los familiares, no me aceptan’, ‘en la calle, mis compañeros, nadie’, ‘¿qué voy hacer? mejor me muero’ (Ofelia, 26).

El estigma y discriminación multifactorial y *multilayered* (multinivel o multicapas) ha mostrado ser un determinante fundamental en la salud mental de las mujeres trans. El estigma en este caso, responde a la aglutinación de tres posiciones sociales (trans, trabajo sexual y VIH) (Khan, Ilcisin, & Saxton, 2017). Una de las

participantes reflexionó sobre los efectos de los estigmas en la salud mental, en el terreno de la disforia de género, posicionándola como producto de la interacción de distintos estigmas.

Las personas trans ya están, para prevenir la disforia de género ¿cuál es la prevención en las personas trans? Que no haya estrés que no haya disforia, que no haya suicidios, que todo eso nos lleva al suicidio o nos lleva a las otras prácticas que estábamos diciendo de riesgo (Julieta, 37).

El Cuerpo Hetero-Cisnormado y Objetivado: Procesos de Reafirmación de Género y la Genitalidad

El estigma entendido, como una respuesta que indica la transgresión a sistemas de regulación social, los cuales dictaminan los esquemas de normalidad, también pasaron a tener impactos en los cuerpos de las mujeres trans. El cuerpo según Coll-Planas (2010), es un terreno biológico que aparte se moldea y transforma de acuerdo a la cultura “en un proceso dialéctico”.

El cuerpo es un elemento central en las relaciones de poder ya que se encuentra en el epicentro de procesos clave como la natalidad, la mortalidad o la salud pública, y tiene una energía pulsora que se puede destinar a diversas finalidades. Los diferentes (y cruciales) papeles que juega el cuerpo lo sitúan a medio camino de lo individual y lo colectivo (p. 75).

De acuerdo a la cita de Coll-Planas, el cuerpo parece ser el terreno donde se tejen las normas sociales. El mismo autor añade, que, en vías de obtener el reconocimiento social, en este caso como mujer, los cuerpos tienen que ser “inteligibles” ¿Qué quiere decir esto? Que, de acuerdo a un sistema predominantemente binario, los cuerpos de las mujeres trans tienen que ser moldeados para ser encajados en algunas de las dos opciones dicotómicas aceptables. Y es aquí donde los procesos de afirmación del género, como una vía para encajar en el binario, cobraron importancia.

¿Por qué pasa esto? porque vivimos en una sociedad donde las mujeres trans, se te dice constantemente que no eres mujer, entonces llegas, ese bombardeo hace que en la búsqueda de tu identidad, caigas en la hiperfeminidad, en la hipersexualización, de tu propia identidad y la hipersexualización va a llegar, te va a ir a llevar a las cirugías extremas, a mermar tu salud, tu salud por las otras cuestiones de ITS y VIH y otras cuestiones, estar en constante riesgo en la calle, en situaciones de riesgo, no solo de salud sino también físicas, psicológicas y demás ¿no? ¿Por qué existe esto? Porque vivimos en un sistema patriarcal en donde todo lo femenino tiene que ser cosificado [...] las mujeres en general son objeto de deseo del hombre y en base a eso construyen sus cuerpos para ser bonitas (Julieta, 37).

La cita de Julieta, ilustró perfectamente lo que Coll-Planas mencionó sobre el cuerpo como resultado de la dialéctica entre lo biológico y lo cultural. El discurso de la participante permitió conectar con claridad el cómo la búsqueda de la legitimación social de la identidad llevó a muchas de ellas a situaciones de riesgo. Además, pone al patriarcado como agente detonante y circundante de los procesos de búsqueda de la afirmación social de la identidad, poniendo al frente al cuerpo. Por último, añadió el fenómeno de la cosificación y objetivación sexual del cuerpo, como parte de un sistema que desdeña lo femenino.

Cuando se hizo el análisis de las entrevistas, fue claro que, aunque el VIH es un fenómeno que desde la salud pública pone a las poblaciones de mujeres trans en el foco del escudriño, las narrativas indicaron que las valoraciones son mucho más marcadas hacia los procesos de afirmación del género, específicamente hacia las consecuencias. Esto tiene sentido si se retoma la idea de que el cuerpo es el medio que supone su existencia y su interacción con el mundo, y que de él depende como se les miré “pienso que el principal problema de salud de una mujer transexual es desde el paso número

uno, las hormonas” (Selmi, 38); “del VIH, yo no entiendo porque tanto del VIH si es un problema del que todo el mundo sabemos [...] pero yo digo que es eso [el principal problema de salud], de las mujeres trans son los malos procedimientos [hormonas y polímeros]” (Gabriela, 40). De los procesos de transición es primordial aclarar que no todas las mujeres trans llevaron a cabo procesos de modificación del cuerpo, las significaciones hacia dichos procesos cambiaron en varios momentos en una misma entrevista, y no para todas las participantes modificar el cuerpo significó lo mismo.

Las participantes tuvieron la certeza de su identidad de género, sin embargo, el rechazo social obligó a algunas de ellas a buscar la legitimación de su identidad principalmente, a través del uso de hormonas “El primer paso para visibilizarte y ponerte como mujer transexual son las hormonas. Todas recurrimos al tratamiento hormonal en cierta etapa de nuestra vida, es el paso número uno para convertirte mágicamente en mujer” (Selmi, 38). Lo que mencionó Selmi sobre el uso de hormonas como paso inicial en los procesos de transición se rescató de la misma manera en las demás narrativas que refirieron adoptar procesos de afirmación de género. Asimismo, en la cadena de procesos asociados, se encontraron después el uso de polímeros y cirugías estéticas. Con frecuencia, los procedimientos de reafirmación del género resultaron en problemas de infiltración.

Entonces como esa presión social de ‘que pareces mujer, pero te falta culo, te falta nalga, te falta cadera’ pues ándale ahí tienes a las dos putas inyectándose, ¡y corriendo riesgo! Porque terminamos en el hospital, cuando nos terminamos de inyectar [...] Pero el aceite de comer se sale, o sea se desecha, y el polímero no. Pues yo me inyecté aceite de comer, pues yo bien perra dije ‘Pues brutal y todo’ pero salgo a trabajar en la noche, me caigo, y dije ‘no, me dolió’, pero pues no. A los cuatro meses siento una bolita, como una espinilla, y se me hace un absceso. Me abrieron la nalga [...] (Fernanda, 41).

De acuerdo con las participantes, los biopolímeros suelen tener consecuencias más agresivas para el cuerpo, incluso hasta llevar a quiénes los usan a la muerte. El problema con los biopolímeros es que no tienen regulación sanitaria, es decir, no se necesita receta y cualquier persona los puede pedir por internet. Para aquellas mujeres trans que utilizaron hormonas, los resultados adversos de hormonarse se asociaron principalmente a la falta de información para llevar a cabo la terapia “otro de los problemas de salud de las mujeres trans, es la desinformación, y la ignorancia del auto-hormonizarse” (Fernanda, 41). En la búsqueda de la afirmación del cuerpo, las narrativas de las participantes sugirieron que adoptaron medidas drásticas de las cuales esperaron cambios evidentes y rápidos en el cuerpo “llegué a inyectarme hasta 18 hormonas [inyecciones] semanales” (María, 31).

Con regularidad la edad inicial en la que las participantes comenzaron a usar hormonas fue entre los 14 y 16 años. Para algunas mujeres trans que, durante las etapas iniciales de los procesos de transición, específicamente a través del uso de procesos de modificación del cuerpo, tuvieron malas experiencias o enfrentaron resultados adversos derivados de ellos, les hizo replantearse la idea de volver a someterse a alguno de ellos “total, me operaron me recuperé, y no me quise volver a operar nada, ni quise volver a tomar hormonas, ni quiero” (Selmi, 38). El cambio en las percepciones hacia los procesos de modificación del cuerpo fue muy evidente en el grupo de mujeres trans de mayor edad. Esto se atribuyó a las experiencias ganadas de cuando se sometieron a ellos y de ver las consecuencias en otras mujeres trans.

Lo anterior también trajo a relucir cierta reflexión sobre los procesos de afirmación y sus consecuencias “empecé a tomar hormonas por mi cuerpo, no fui con un endocrinólogo, que está muy mal que no lo hagamos [...] entonces cuando yo me empecé a auto medicar de lo que oyes aquí y oyes allá” (Renata, 50). Cuando la entrevistada mencionó que está mal el auto-hormonarse sin la guía de un endocrinólogo, evidenció un proceso de reflexión sobre el evento. Uno que incluyó, tal vez, el haber

adquirido información y haber vivido la experiencia. En contraste con ese grupo de mujeres trans, el grupo de menor edad reveló inclinaciones más pronunciadas hacia los procesos físicos de transición al momento de la entrevista. Lo cual adquirió claridad si se considera que están en las etapas iniciales de procesos de transición.

Los métodos de modificación mencionados apuntaron también a ajustar sus cuerpos al binario, lo que también les permitió “encajar en la heterosexualidad”. Una participante explicó que normalmente las mujeres trans buscan que sus cuerpos se vean femeninos porque quieren que los hombres las perciban como mujeres.

Nosotros nos queremos ver un poco más femeninas, por eso le estamos entrando mucho a las hormonas, ‘para verme muy hiperfeminizada’, porque queremos caber en la heterosexualidad, de que los hombres me digan que yo soy mujer que yo (Ofelia, 26).

La cita de Ofelia invitó a pensar en el término “pasar”, el cual, si bien no es nuevo, representa las dinámicas adoptadas por las mujeres trans en vías de encajar en un sistema tradicional y hegemónicamente binario. Además, brinda una perspectiva analítica en cuanto a los deseos de ser percibidas como mujeres, independientemente de su certeza y para aminorar el estigma de sus identidad (Sevelius, 2013). Pasar se refiere a “pasar como mujer” ante la sociedad. De acuerdo con las participantes, éste término engloba una multiplicidad de eventos. Por ejemplo, el pasar con el cuerpo estereotípico de una mujer cisgénero, que las personas que rodean a esa persona no perciban que es trans, el acceso a los espacios públicos como el baño, sin enfrentar barreras. Para las mujeres trans de este estudio, sobre todo para las más jóvenes, el pasar se volvió sumamente necesario en su cotidianidad y estuvo relacionado a las modificaciones del cuerpo en cuanto a que estos les permitieron “pasar” “y yo decía wow, sí ves muchos cambios en voz, en cara, en cuerpo, en piel y te gusta y pues ya le sigues” (Natalia, 27). Pasar también significó menos discriminación y rechazo.

Ninguna de las entrevistadas mencionó haberse hecho o tener deseos

de realizarse la cirugía de reasignación de género (retirar el pene y construir una neovagina). Sin embargo, una de ellas explicó querer retirarse los testículos (orquiectomía) en el futuro “porque de los testículos sale lo que es la testosterona, tengo entendido, así que va a ser menos cargas de hormonas lo que voy a estar tomando” (Elena, 44). Para algunas mujeres trans los genitales representaron en algún momento de su vida o al momento de la entrevista, una barrera para legitimar su identidad

Yo no permitía ni que me vieran, ni que me tocarán ¡cállate! O sea, no, yo odiaba esa parte de mi cuerpo, odiaba mis genitales, mi pene, mis testículos. Pero por lo mismo de que, el mismo entorno me decía ‘¡No! es que el ser mujer, es una vagina’ (Fernanda, 41).

Una entrevista que llamó mucho la atención fue la de María (31), porque cuando explicó su proceso de transición invitó a pensar en la violencia simbólica como un concepto que explica cómo las fuerzas de poder o los sistemas hegemónicos de opresión de la sexualidad son interiorizados en las personas para desencadenar sentimientos que ponen en duda sus identidades “Nunca he tenido ganas de verme mejor que una mujer [cis], trato de representar a una mujer que es lo mejor que yo puedo”. Tanto las cuotas de María, Fernanda y Ofelia reflejan que tal vez las participantes internalizaron la hetero-cisnormatividad, tanto en la forma en que consideraron quién era una mujer y cómo, y también realzaron la manera en que se concibieron a ellas mismas.

La hetero-cisnormatividad es clara en cuanto a que las participantes designaron a los genitales como determinantes para ser o no mujer, y ser percibidas como tal por sus parejas en la díada hombre-mujer. Estos, desde su perspectiva, parecieron invalidar cualquier forma, expresión o construcción de género que no fuera paralela a ellos. Aunque la violencia simbólica ha sido aplicada, generalmente, a entender los procesos y dinámicas sociales que se dan entre hombres y mujeres en términos de poder e inequidad, en el contexto que aquí se presentó se volvió una postura teórica que permitió explicar las interiorizaciones del sistema hetero-cisnormativo y patriarcal en

las entrevistadas.

¿Resiliencia?: Activismo, Feminismo, Empoderamiento y Actitudes Religiosas como Factores Protectores

La resiliencia es un concepto que se ha utilizado para explicar las capacidades que tienen las personas para hacer frente a situaciones negativas de la vida o a eventos que suponen alteraciones perjudiciales para el individuo (Baral, Poteat, et al., 2013). En el marco de estudio del riesgo del VIH, el activismo, el empoderamiento y las actitudes religiosas han sido identificados como factores que promueven la resiliencia y por lo tanto, protegen contra el riesgo de adquirir el VIH (Johns et al., 2018).

En las mujeres trans activistas entrevistadas, el involucrarse en el activismo les permitió cambiar sus percepciones con respecto al VIH. El activismo les ayudó a desarrollar habilidades para enfrentar el rechazo. También les ayudó a las mujeres trans a saber que el VIH no es una enfermedad exclusivamente de estas poblaciones. Las participantes que se unieron al activismo por medio de OSC dirigidas a la prevención del VIH, comentaron que tuvieron acceso a información más específica sobre el VIH relacionada con el uso del condón, el acceso a las pruebas y el tratamiento, y sus derechos al recibir atención médica. Algunas mujeres trans declararon que antes de su participación en el activismo temían a las pruebas de VIH, mientras que después, desarrollaron pensamientos más positivos. La integración a OSC también se relacionó con la aceptación de la identidad de género. Renata (50), explicó que al integrarse a una OSC relacionada a la prevención del VIH, comenzó a tomar talleres que le permitieron conocer que sus genitales no determinaban su identidad. Lo anterior le motivó a no esconder su identidad y vivirla libremente “O sea, empecé a asimilar lo que yo tengo y no lo voy a esconder porque ahí está”.

La cita anterior sugiere que la entrevistada logró la aceptación de su cuerpo. Otro campo en que se identificó el “empoderamiento” fue en el trabajo sexual. Como se vio en la parte de la negociación del uso del condón, la experiencia ganada en el trabajo

sexual les ayudó a las mujeres trans a desarrollar habilidades para negociarle, en otras palabras, se volvieron expertas y adquirieron dominio. Fernanda de 41 años de edad, sugirió que el “empoderamiento” en el trabajo sexual la ayudó a subvertir los sentimientos negativos que solía tener sobre sí misma y navegar con el estigma social del trabajo sexual. Ella explicó que el empoderamiento en el trabajo sexual trató de aprenderse a amarse a sí misma y, al amarse a sí misma, podía protegerse a ella y al cliente a través del uso del condón. La misma participante comentó que el empoderamiento vino como parte de su integración a redes que apoyan el trabajo sexual como empleo digno:

Pues obviamente yo me voy empoderando del trabajo sexual. Que de hecho pertenezco a una red internacional de trabajo sexual, que se llama... Y es donde realmente se empodera el trabajo sexual y el negociar con el cliente.

Hubo una sola persona que se refirió al “empoderamiento del cuerpo” a través del feminismo. Ella, explicó que el feminismo cambió la manera en que se percibía a sí misma, a su cuerpo y como resultado reflexionó sobre los procesos de modificación del cuerpo. Esto la llevo a comprender que independientemente de la transición física que pudiera llevar, ella ya era una mujer. Y que quién la empujaba a dicha transición, no era más que la sociedad, porque la certeza de su identidad ya la tenía “yo soy feminista, entonces para mí el entrar en el alineamiento genitalista y hormonal me parece absurdo (...) Yo tengo 37 años y solamente 3 años me hormonice y estoy arrepentidísima, te lo juro ¿qué necesidad?” (Julieta, 37). Por otro lado, aunque Claudia (69) no se identificó como feminista, sí hablo sobre el empoderamiento del cuerpo como vía principal para subvertir el estigma y discriminación social. Sobre todo, cuando las personas a su alrededor trataron de acomodarlas en el binario, utilizando como punto de partida la cirugía de reasignación de género.

Las actitudes religiosas sobresalieron en las narrativas cuando las

participantes refirieron la ausencia de eventos negativos en sus vidas, “gracias a Dios”. En el caso de Paty de 22 años, cuando se le preguntó sobre las experiencias negativas en el trabajo sexual, contestó “no, gracias a Dios no me ha pasado algo malo”. La misma participante comentó que no se realizó la prueba del VIH por un lapso aproximado de entre dos o tres años, pero “pero este mes sí me la hice gracias a Dios”. Por su parte Claudia (69), mencionó que el nunca haber necesitado acudir a un hospital o servicio de salud por enfermedad fue “gracias a Dios”. Incluso la ausencia de encuentros negativos con elementos de la policía también “fue gracias a Dios”.

Blanca de 55 años explicó que cuando se trasladó a la Ciudad de México a realizar el trámite de rectificación del acta, se fue sin conocer a nadie en ese lugar y sin información muy clara sobre el proceso. Sin embargo, sus deseos por realizar el trámite y la confianza que puso en Dios para hacer frente a la situación fue lo que la ayudaron a culminar el proceso “y le dije [a su amiga] ‘Tú déjame ahí, Dios me va a guiar’, y me dijo ‘estás loca’ y le dije, ‘sí, esa es mi fe’”. La misma participante compartió que al no tener casa, se vio en la necesidad de habitar aquellas locaciones que parecían desocupadas, hasta que de ahí la sacaran:

Yo no tengo capacidad para pagar, la neta, una casa. Instalo todo, la hago habitable. Total, que tengo 6 o 7 meses con esa casa, nadie me ha dicho nada ya investigué, el dueño murió, la casa estaba rentada, el banco, no sé, yo siento que Dios me presta a mí en donde vivir, no Infonavit, ni el Banco.

Similar a Blanca, Renata (50) platicó sobre un episodio de su vida en el que vivió carencias económicas, que la llevaban a no comer durante algunos días. Sin embargo, la solidaridad de sus vecinas y vecinos la ayudaron durante esta etapa “gracias a Dios vivía en un tipo vecindad en dónde tenía amigas señoras que me apreciaban mucho, porque siempre nos apoyábamos ahí”. La misma participante consideró que el haber encontrado a una pareja estable, que la aceptara y apoyara de acuerdo a su

identidad de género, fue un suceso vinculado a Dios “gracias a Dios me llegó una persona muy linda, que me ha apoyado al mil”.

La organización dentro de las comunidades trans, para realizar actos colectivos que permitieron visibilizar social y políticamente las violencias y necesidades de las mujeres trans, fue para Tania (34) algo vinculado con Dios “a Dios gracias nos estamos uniendo y estamos sobre una misma cuestión”. La ausencia de consecuencias de los procesos de reafirmación de género también se enlazo con las actitudes religiosas “me metí un producto que no debí haber metido, no me arrepiento, porque no me arrepiento, porque gracias a Dios no me hizo daño y no me ha hecho daño” (María, 31).

Las entrevistadas no explicitaron un acercamiento con la iglesia como institución, ni hacer comunidades con las personas que ahí acuden. Sus actitudes religiosas son más bien un apoyo intrapersonal que ellas desarrollan para hacer frente a su cotidianidad, dígase de eventos negativos o positivos.

Síntesis del nivel individual.

Congruente con el MSEM en este estudio se identificaron a nivel individual como elementos relacionados al riesgo de adquirir el VIH: creencias, percepciones y sentimientos sobre el VIH (información sobre el VIH, miedo al estigma por VIH), percepciones de riesgo del VIH, uso del condón, habilidades para negociar el uso del condón, uso de drogas y el placer como elementos vinculados al sexo sin condón, pruebas del VIH, percepciones de estigma e impactos a la salud mental y empoderamiento como elemento protector. De lo que se identificó y que no incluyó el MSEM fueron los procesos de reafirmación del género como resultados vinculados a las percepciones del estigma y como posibles impactos a la salud mental. Asimismo, el activismo (feminismo) y las actitudes religiosas como factores protectores al riesgo del VIH.

Nivel de Redes

El nivel de redes es descrito por el MSEM cómo aquel que incluye las

redes interpersonales más próximas de los individuos, como la familia, las parejas sexuales, las amigas y los amigos, los cuales pueden ser una fuente importante de apoyo o bien, fuentes importantes de rechazo y estigma. El riesgo de adquirir el VIH en este nivel de análisis surge precisamente en relación a la existencia o ausencia de apoyo, ya que esto puede influir de manera positiva o negativa en la salud y conductas de salud de los individuos. En el caso específico de las parejas sexuales, además de ser fuentes potenciales de apoyo o no, el riesgo de adquirir el VIH se enlaza con el contacto íntimo a través de las conductas sexuales, las relaciones de poder y equidad en las negociaciones de la conducta, la comunicación y la violencia.

Rechazo y Aceptación Familiar

La familia es reconocida como la primera esfera dónde los individuos aprenden a socializar y como una de los sistemas más importantes de apoyo (Gutiérrez Capulín, Díaz Otero, & Román Reyes, 2016). Dentro de las funciones primarias de la familia se encuentra, reproducir y mantener las normas sociales y valores incrustados en una cultura, promover habilidades de afrontamiento y proveer sentido de pertenencia e identidad a sus miembros (Base, 2003). La figura 11 muestra la síntesis de las unidades temáticas e información más relevante identificada en las narrativas sobre las relaciones familiares.

El apoyo familiar es particularmente importante para las mujeres trans, dado que la infancia es un periodo de la vida donde se detonan procesos de desarrollo de la identidad de género. Aproximadamente a partir de los tres años de edad, las personas comienzan a construir su identidad mediante la socialización con otros individuos. Dicha identidad se reafirma en el medio familiar, mediante el lugar la familia asigna y a través de la identidad de género que la familia legitima (Nuttbrock et al., 2009; Parker, Hirsch, Philbin, y Parker, 2018). Sin embargo, para muchas mujeres trans las experiencias familiares se encuentran sesgadas por el estigma y la discriminación hacia

sus identidades y expresiones femeninas, culminando en muchos de los casos en rechazo y abandono del hogar (Fuller y Riggs, 2018).

Las mujeres trans de este estudio resaltaron el apoyo familiar como indispensable para tener “una buena autoestima”, tener mejores condiciones de vida en el futuro y como elemento protector para evitar situaciones de riesgo:

Si tienes una buena autoestima es porque tu familia te la ha dado... si esa familia de sangre en tu infancia, adolescencia y adultez no tiene ese apoyo moral en todos los sentidos, pues vas a caer en muchas situaciones de riesgo (Julieta, 37)

El apoyo familiar también tuvo valoraciones relacionadas a la posibilidad de extender los estudios mientras las mujeres trans se encontraban en procesos de transición “su cambio y su transición fuera mucho más correcto, ‘termina mejor, ponte a estudiar primero’. Si tienes el enfoque familiar es ‘primero estudia, si tú quieres estar haciendo tu transición, se te puede hacer, no hay problema, pero termina tu estudio’” (Tania, 34). Paralelo a dichos procesos, el acompañamiento de la familia para enfrentar los procesos de transición a nivel individual y social fue importante para salvaguardar la salud emocional y mental de las mujeres trans.

Lo que en este apartado interesa traer a discusión es el recuento de las experiencias familiares de las entrevistadas, en las cuales se evidencia cómo las normas y sistemas sociales se amalgaman con la intersección de posiciones sociales propias de la familia (área geográfica, nivel económico, educación) y las sexualidades de las mujeres trans a partir de sus narrativas. Para ello, es relevante introducir cómo el contexto en el que se desarrollaron y crecieron tendió a rechazar lo femenino y a partir de ahí cómo se detonaron las experiencias familiares. Las cuáles, no en todos los casos fueron negativas. El rechazo y aceptación en este apartado, no deben verse como dos categorías excluyentes, sino en una línea continuum que parece más una negociación que va de la aceptación al rechazo. O incluso, donde hubo aceptación también hubo

Figura 11. Nivel de redes, unidad temática de rechazo y aceptación familiar

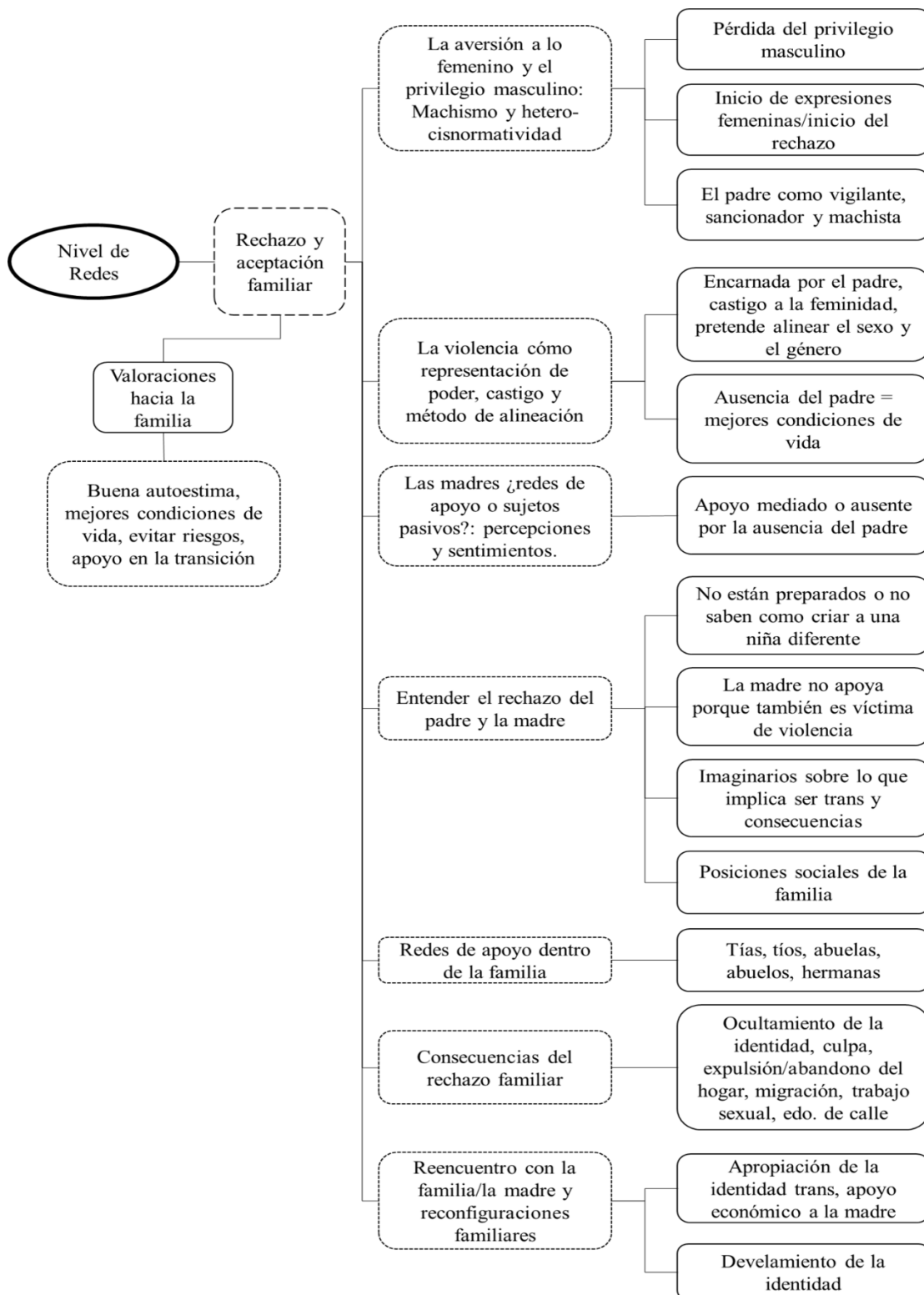


Figura 11. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea punteada corta

las sub-unidades, los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

rechazo y viceversa.

La aversión a lo femenino y el privilegio masculino: machismo y hetero-cisnormatividad.

La identidad trans en las participantes surgió en el proceso de formación de la identidad, cuando conocieron a otra persona que representó la manera en que ellas querían ser o que reflejaba todo lo que ellas eran, pero hasta antes de ese momento no sabían cómo nombrarle. Esto generalmente sucedió cuando las mujeres trans conocieron a otras mujeres trans. O bien, la identificación trans surgió cuando la participante tuvo conocimiento de quién es una persona trans y cómo. Hay que recordar que los términos, aunque son desarrollados desde la academia o con fines de investigar un fenómeno, sirven también para que la persona le dé nombre a una parte de sí misma, como la identidad.

Por lo tanto, en esta sección se habla de la aversión a lo femenino y no específicamente a la identidad trans, ya que las narrativas indicaron que el rechazo en el núcleo familiar, no surgió por una asociación específica de las familias a que las participantes fueran niñas trans, sino más bien a sus expresiones femeninas. Éstas en la mayoría de los casos se confundieron con expresiones que las familias asociaron a orientaciones sexuales homosexuales o gay. Y si bien las identidades trans y las orientaciones sexuales homosexuales o gays conciernen a las dimensiones de la sexualidad, las experiencias si se vieron diferenciadas por las violencias que enmarcan a una y otra cuando la identidad fue más evidente o se le pudo nombrar.

En este sentido es importante primero introducir el privilegio masculino en el contexto familiar y éste fue entendido por las participantes como aquella protección que emergió de la familia por el hecho de tener una identidad masculina, dígase concordante con el sexo, o trans masculina. Para contextualizar lo anterior, Julieta (37) explicó que

cuando los hombres trans tienen expresiones masculinas en la niñez, la familia suele decir “¡ay es machetona, al rato se le quita!”. Más adelante, en la adolescencia “ya andan más machincillos y nadie dice nada, ‘¡ah machorra, marimacha’! Julieta consideró que la familia comienza a rechazar cuando perciben que las hijas son lesbianas “pero luego que te haces hombre trans, la familia te protege, porque adquieres un privilegio masculino”.

Lo anterior adquiere claridad cuando de acuerdo a las entrevistadas, las familias les expresaron su aceptación, siempre y cuando fueran hombres gay “porque muchas veces, ¡te permiten que seas gay! ‘pero no te vistas de mujer’ cómo a mí me lo dijo mi mamá una vez ‘Ta’ bien mijita, mijito, está bien. Si te gustan los hombres, no hay ningún problema, nomás ya no te vistas de mujer” (Elena, 44). Por otro lado, Selmi (38) compartió que su infancia más temprana estuvo llena de amor, ya que fue el primer varón de su familia. Su abuela paterna había tenido 15 hijos y la materna nueve. Posteriormente sus tíos/as procrearon solo mujeres, 12 primas en total “y luego nací yo, entonces era como la alegría de la familia de que había nacido un niño, en ese momento y nací rodeada de cariño”. Posteriormente Selmi comentó que las experiencias familiares cambiaron conforme se fue expresando femeninamente.

El valor que se le da al hombre o bien “el privilegio masculino” señalado en las cuotas no es extraño, y coincide con las caracterizaciones que se han desarrollado de la cultura mexicana, la cual resalta las significaciones y valores atribuidos a lo masculino y la minusvaloración de lo femenino (Gutiérrez Capulín et al., 2016). Además, son respuestas de esperarse de un sistema hetero-cispatrilial. La interseccionalidad ofrece una arista de análisis que vale la pena traer a discusión. Esta perspectiva ya explicaba como las transgresiones a los sistemas hegemónicos de regulación de la sexualidad desencadenan severas consecuencias de estigma y discriminación (Hill-Collins, 1998). Cuanto más grande sea la transgresión, mayor será el castigo. Las mujeres trans, transgreden los dos sistemas sociales hegemónicos de regulación de la sexualidad,

mientras que los homosexuales solo una (heteronormatividad). Por ello las madres y padres, pero sobre todo los padres, tendrán una tendencia más afirmativa a que las mujeres trans sean homosexuales y no trans, ya que en la ruptura de normas sociales, quienes menos quebrantan y quienes se vuelven “más aceptables” son los homosexuales.

Entonces, volviendo al tema, precisamente cuando las familias atisbaron expresiones o comportamientos femeninos, que indicaron “anormalidad” en cuanto a las expectativas sociales de comportamiento que se asociaron al ser hombre, fue donde las experiencias familiares de las entrevistadas adquirieron relevancia. Las participantes mencionaron que fue alrededor de los tres y seis años cuando ellas empezaron a percatarse de su identidad femenina: “yo desde que tenía 3 años, yo le decía a mi mamá, yo soy una niña” (Julieta, 37); “yo tenía 6 o 7 años y a esa edad justo yo ya empezaba a sentir que yo no era un niño que yo era una niña” (Selmi, 38).

Este momento en el que las mujeres trans expresaron su identidad femenina, fue el punto crítico en el que la familia empezó a entrar en conflicto y a castigar la feminidad o bien, buscó vías para entender e integrar a la mujer trans en la familia. Fernanda (41) explicó que al principio su familia creía que sus expresiones se trataban de algo transitorio, pero al no ser así, el padre la empezó a reprender “Pero mis papás me daban como que ‘play’ ¿no? O sea, como que pues no al rato se le pasa o así”.

El padre pareció tener una participación definitoria en las experiencias familiares “todo empezó en casa, fue como que el círculo del papá machista, que como él daba... él tomaba decisiones y todo lo que tú quieras y uno tenía que ser sumisa” (Tania, 34). El padre adquirió en las narrativas un papel preponderante como vigilante y sancionador de la hetero-cisnormatividad. El rechazo que el padre enunció es claramente antecedido por una infravaloración a lo femenino, que se enmarca en el contexto hetero-cisnormativo-patriarcal.

En la mayoría de los casos el padre fue caracterizado como machista “mi papá

la verdad si era una persona, muy muy machista, demasiado machista, mujeriego, machista y esas cosas” (Patty, 22). Se resaltó el papel del padre cómo el único integrante que podía tomar decisiones en las cuestiones familiares. Además, parte de las caracterizaciones del padre machista también incluían el uso de la violencia, y el consumo de alcohol “porque era muy macho, mi papá, de los 15 hijos que tuvo mi abuelita, era el borracho, el machote, el grosero, el que regañaba a todos” (Selmi, 38); “en cierta parte egoísta porque pues lo que ganaba lo ganaba para tomar” (Tania, 34). Esto coincide con las descripciones desarrolladas de la familia mexicana, las cuales subrayan patrones patriarcales, dónde valga la redundancia, el padre posee el poder para tomar decisiones y castigar a través de la violencia, y el uso de alcohol forma parte en la construcción de masculinidades hegemónicas (Flores-Galaz, 2011).

La violencia cómo representación de poder, castigo y método de alineación.

La violencia de la familia hacia las mujeres trans tuvo tres características. La violencia como una representación del poder encarnada por el padre, la violencia como castigo a la feminidad, por último, la violencia que pretendió alinear el sexo y el género. Las formas de violencia adoptaron patrones diversos, desde la exclusión de los espacios cotidianos de la familia y la violencia verbal, hasta violencias más tangibles como la física. En la experiencia de Ofelia se pudo observar el poder del padre para tomar la decisión de excluirla de la mesa dónde come la familia, y esta segregación bien podría haber representado un castigo hacia su disidencia sexual:

Mi papá no podía estar en la misma mesa donde estaban ellos y decía ‘o se va el o que pedo... se retira de aquí’, y tenía que comer afuera de mi casa y mi mamá tenía que guardarme algo que se quedara ahí (Ofelia, 26)

Aunque en algunos casos la violencia física no fue impartida únicamente por el padre, sí es importante señalar que las violencias del padre parecieron presentarse, de acuerdo a las entrevistadas, como métodos que objetivaron el demostrar la aversión a lo femenino.

Mi papá si era más intolerante a mis ademanes, a mis femeninos y hacia mi manera de hablar... sí era muy enérgico, sí me decía: ‘habla bien, pórtate bien, ¿qué van a decir tus tíos? arréglate el cabello’ (Selmi, 38)

Otras narrativas como la de Paty, permitieron resaltar que, si bien los miembros de la familia eran todos receptores de violencia, su feminidad era un detonante para que ésta o bien se intensificara o se diferenciara de la del resto. En la cuota siguiente, la participante identificó a través del lenguaje, que la violencia que recibió estuvo basada en las percepciones de su sexualidad por su padre y madre:

Pues sí la percibí un poquito más fuerte, de hecho, sí llegué a recibir palabras de mi padre, bueno de mi madre también, palabras feas como ‘maldito homosexual’ ‘maldito joto’ o cosas como esas y este, más que nada de mi papá, de mi mamá solamente una vez lo escuché (Paty, 22)

El lenguaje, fue punto importante para las mujeres trans, ya que en él se enmascaró o evidenció el rechazo a sus expresiones femeninas. Es decir, el lenguaje supuso una forma de violencia porque invisibilizó sus identidades “siempre me hablaron en masculino, toda mi vida fue mi pleito con ellos” (Julieta, 37); “Entonces te van estigmatizando así, pero tú no te sientes así, hasta coraje te da. Entonces y creces con eso, que te da mucho coraje que te hablen en masculino ¿no? ¡Soy una niña!” (Fernanda, 41). Por otro lado, la genitalia permitió validar la invisibilización, el rechazo y las violencias con respecto a la identidad de género:

Mi papá los reclamos ‘¿por qué eres así?’ ‘Compórtate así, los hombres no se portan así’ ‘tienes que comportarte así, no eres una niña’ ‘o sea mira lo que tienes entre las piernas, eso es de niño’. O sea, y... me vestían como un niño y pues yo me tenía que aguantar, yo lloraba, sufría (Fernanda, 41)

En el discurso de Fernanda se evidenció cómo los genitales permitieron

justificar las violencias, al mismo tiempo que el padre buscó la alineación entre su cuerpo y su identidad. Para lograr el paralelismo entre ambos, Fernanda explicó que se implementaron castigos, lo cuales tendieron a ser una expresión del rechazo:

Y me hincaba con las fichas, me daba de tomar que para que me hiciera hombre... hacía frío y me sacaba de la cama como estuviera... Ese era un castigo para que yo me hiciera hombre, lluvia, frío o sea mal ¿no? Entonces yo lo aceptaba, porque pues yo decía ‘me tengo que componer’... de los 6 a los 8 años, pues, eran golpes todos los días para que me compusiera (Fernanda, 41).

Tal parece que en las experiencias que desdeñan tintes de rechazo no hay cabida para lo femenino. Pareciera imperdonable la transgresión que se le hace al cuerpo como símbolo de lo biológico y a las expectativas sociales que se le han impuesto. Al grado que debieron implementarse mecanismos físicos para intentar “arreglar” la ruptura o por lo menos, si no se pudo, castigar. Como parte del aparato patriarcal transgresor, en las narrativas de las participantes, no solo el padre se volvió verdugo de la norma, el rechazo y las violencias fueron en algunos casos también reproducidos por los otros familiares masculinos, como los hermanos. Y fuera del círculo familiar inmediato, por tíos, primos y cuñados.

El padre, cómo se ha explicado anteriormente, tuvo un papel importante en las dinámicas de aceptación/rechazo que se dieron en el contexto familiar. Lo anterior, se corroboró en las narrativas que resaltaron cómo la ausencia del padre fue valorada en la medida en que permitió tener experiencias más positivas en el ámbito familiar. Renata (50) explicó que su padre murió cuando ella iba cumplir tres años de edad, recordó entre risas los momentos en que otras le preguntaron por él, y a lo que ella generalmente contestaba “‘Ah murió cuando yo iba a cumplir tres, gracias a Dios’”. Renata comentó que su madre siempre lo caracterizó como un hombre machista y entonces la asociación que ella usualmente hacía era que de haber estado él presente, su vida hubiera tomado otro curso totalmente distinto y probablemente la unión que tenía con su madre no se

hubiera dado de esa manera “yo creo que sí hubiera estado vivo mi papá no me hubiera tocado eso, no me hubiera tocado lo que yo viví en ninguno de los aspectos, estuvimos las dos juntas, gracias a Dios” (Renata, 50).

Así como Renata, Gabriela (40) reflexionó sobre el tipo de experiencias que hubiera tenido de haber estado su padre presente, quién se ausentó de la familia debido al divorcio de sus progenitores cuando ella aún era muy pequeña:

Yo digo que, por eso, porque mi papá y mamá se divorciaron entonces mi mamá y mi papá vienen de una familia muy machista. Entonces yo pienso que si mi mamá hubiera sido mi papá no me hubiera desarrollado como mujer trans, ¿sabes cómo? O sea, si hay veces como que estás así oprimido, pero no, a mí me dieron libertad

En la experiencia de Gabriela se puede observar cómo ella vincula al padre con el machismo, y estos dos con percepciones de tener experiencias familiares negativas. En cambio, la presencia única de la madre le dio la posibilidad de tener otro tipo de experiencia. En otros casos dónde el padre sí estuvo presente, también se reflexionó sobre ¿qué hubiera pasado de no haber estado el padre o de que éste no fuera machista? “yo hubiera tenido una infancia mucho mejor si mi papá no hubiera sido así de, muy egoísta [...] machista” (Tania, 34).

Elena (44) habló un poco de lo que significó para ella que su padre falleciera con relación a su expresión de género “cuando falleció dije bueno al menos ya nadie me va a decir que me corte el cabello. Odiaba cortarme el cabello, no me gustaba”. Con relación a este mismo tema, Selmi (38) comentó que cuando su mamá y papá se divorciaron, los días de visita con su padre eran muy incómodos, ya que mientras su madre le permitía conservar el cabello largo, cada que pasaba vacaciones con su padre era un hecho que él le haría cortar el cabello. Selmi compartió que vivir su infancia con su madre le dio la oportunidad tener una niñez sin opresión por sus expresiones femeninas.

Sin embargo, no en todos los casos la ausencia del padre significó no

ser rechazada. En contraste directo con las experiencias expuestas, Laura (32) compartió que su padre aceptó sus expresiones de género desde que ella era una niña.

Pues porque él decía que por lo mismo de su carrera (profesor de primaria) vieron algo de psicología para este tipo de situaciones y pues aparte él decía ‘no pues desde chiquilla se le veía’ entonces pues... ‘pues ni modo, no hay más que hacerle’, mi mamá si fue un poco más difícil nuestra relación, pero poco a poco...

También, reconoció que más tarde fue su padre quién deseó que ella dejara de estudiar y su madre quién intercedió para que ella lo siguiera haciendo “pero mi mamá dijo ‘no, él va a seguir estudiando’, entonces ahí ya como que mi papá se calmó”. Cabe señalar que, si bien el padre de Laura aceptó su feminidad, dicha aceptación pudo ser el resultado de las intersecciones de su educación universitaria y posterior entrenamiento en psicología, aspectos que los demás padres de las participantes no tenían. Con su historia, Laura ayudó a reflexionar sobre el posicionarse en dos polos radicales sobre aceptación y rechazo. Aunque las narrativas de otras participantes parecieran afirmarla.

Las madres ¿redes de apoyo o sujetos pasivos?: percepciones y sentimientos.

Las representaciones de las madres tuvieron diferentes enfoques. En la mayoría de los casos la madre fue caracterizada como un miembro de la familia que también permaneció bajo el yugo de la autoridad del padre. Al igual que las participantes, fue víctima de violencia. La madre se caracterizó como impotente ante las decisiones del padre “bueno siempre ha existido el machismo mamá no era... su opinión o su voz no era escuchada (Tania 34); “pobre de haz de cuenta de mis orejas porque haz de cuenta eran chingas, la espalda me quedaba roja de los golpes y mi mamá no podía hacer nada” (Hilda, 39).

En la mayoría de las narrativas no se describió a las madres como personas

que rechazaron a las participantes activamente, pero tampoco se identificó apoyo explícito. En este sentido, en estos casos las madres tuvieron un papel pasivo con relación a fungir como una red de apoyo o no, lo cual concuerda con el modelo patriarcal familiar tradicional, donde la madre no participa en la toma de decisiones familiares y es sometida al poder del padre (Flores-Galaz, 2011). Por ejemplo, cuando se le preguntó a Fernanda (41) ¿si su madre la apoyaba? Ella contestó “pues a medias, pero pues por mi papá, o sea ¿sabes? que muy raro”. Esta narrativa iluminó y conectó la cuestión de que quizás las madres ven obstaculizado el apoyo hacia las participantes por la influencia del padre.

Otra de las participantes explicó que su madre significó un apoyo importante en su infancia, sin embargo, fue un apoyo mediado más por el hecho de no querer rechazarla, que de aceptar su identidad y expresión de género:

Creo que a ella le tocó como conciliar esta parte para no dañarme o para no hacerme sentir mal, creo que ella tampoco lo entendió del todo y no sé si le hubiera gustado, sabes, pero siento yo, siento que ella siempre supo que yo era una niña transexual y nunca me impidió, nunca me encaminó a serlo, nunca me dio un consejo de que ‘¡ay qué bonita mi niña péinate así!’ En realidad, no lo tuve, pero tampoco hubo un reproche (Selmi, 38).

Aquí es pertinente contextualizar la experiencia familiar de Selmi, donde sus padres se divorcian cuando ella era pequeña, y quedó al cargo de su madre. Si bien, de acuerdo a lo que ella comentó, su padre pareció no querer rechazarla podría al mismo tiempo sentirse confundida sobre su sexualidad. Wahlig (2015), explica que madres y padres suelen sentir un grado de incertidumbre sobre si las expresiones femeninas en infancias trans son producto de etapas transitorias o bien, por la falta de información de cómo afrontar este tipo de experiencias. Por su parte Berger y Luckmann (1967), hablan sobre la repetición de patrones socio-culturales, de tal forma que para la madre de Selmi podría haber resultado difícil romper con la hetero-cisnorma.

El apoyo de la madre también se describió en términos de mayor “comprensibilidad” en comparación con el padre:

Con mi mamá siempre ha sido una relación, pues bien, mi mamá también ha sido de carácter fuerte, pero mi mamá se hizo un poquito más comprensible, y siempre ha sido la que ha visto por nosotros y por mis hermanos (Paty, 22).

Ésta comparación entre la comprensión de la madre vs. padre, también se dejó ver en la narrativa de Natalia (27), quién explicó que la relación con su madre fue la mejor que había tenido, aunque recibió el apoyo de su madre y padre ella consideró que tuvo una conexión más profunda con la primera. Contrariamente a las experiencias de mujeres trans que describieron a sus madres en términos de pasividad, Natalia comentó que sus expresiones femeninas nunca fueron foco de rechazo, al contrario, los personajes femeninos de su familia (madre, abuela, tías) siempre se percataron de sus expresiones femeninas y las legitimaron:

Mis tías tenían ahí tacones y yo me los ponía, pero me los ponía y andaba en la casa, mi abuelita me veía con los tacones yo no me escondía. Es que mi familia ya sabía, porque mi abuelita le decía a mi mamá ‘ya se puso los tacones’ y mi mamá me decía ‘te vas a caer, te vas a caer’ era lo único, no me prohibieron el ‘sabes que eso no es de niña, tú debes traer esto’, no me acuerdo de que me hayan dicho eso (Natalia, 27).

La aceptación que vivió Natalia, bien podría estar atravesada por el tiempo en el que ella y su madre crecieron. Uno en el que el modelo patriarcal familiar ya no es tan lineal y donde existe mayor apertura hacia las disidencias sexuales. Esta conclusión o hipótesis se sostiene mediante la contrastación de experiencias de mujeres trans de mayor edad, quienes sufrieron experiencias familiares “menos positivas”. Dentro de esta de gama de personificaciones más activas de las madres, Hilda explicó que a pesar de que su madre recibió violencia de su padre, ésta ejerció un papel importante como

barrera ante la violencia ejercida por él “mi mamá siempre me defendió cuando mi padrastro me pegaba” (Hilda, 39).

Las percepciones ya enunciadas, permitieron identificar los sentimientos que las participantes tuvieron respecto a sus madres. Algunas participantes hablaron de cómo a pesar de que sus padres eran los tomadores de decisiones en la familia, sus madres se encargaban de los gastos de todos los miembros del hogar, así como de los estudios de las hijas e hijos. Las percepciones de la madre estuvieron caracterizadas por el reconocimiento al esfuerzo y sacrificio de éstas frente a la precaria situación económica y las violencias familiares:

Y mi mamá era la que nos pagaba los estudios, la que nos pagaba la comida, esas cosas. Pero si los ingresos a veces por su parte los ingresos a veces mi mamá, se llegaba a quitar el taco de la boca por nosotros, y en esa parte estoy muy agradecida con mamá, mi mamá para mí lo es todo. Mi mamá para mí lo es todo (Paty, 22).

Otra de las participantes se expresó de su madre en términos de amor, reconociendo al mismo tiempo lo que a ella le implicaba estar sometida a un padre violento y comprendiendo la ausencia de apoyo más explícito de su parte “Tuve una madre amorosa que es toda mi vida, pero ¿qué podía hacer ella? cuando ella callaba, cuando ella aguantaba, para que sus hijos no anduvieran rodando ¿no?” (Claudia, 52). ¿Podría aquí hablarse de sororidad entre madres e hijas? De acuerdo con Riba (2016) la sororidad “se vuelve camino de empoderamiento para resistir a la violencia patriarcal” (p. 228), sin embargo, lo que aquí se puede apreciar es que, aunque si hay una resistencia es pasiva e inconsciente, no hay empoderamiento. Esto no deja de lado, el especial énfasis que se hace sobre las madres, como sujetos de comprensión hacia las mujeres trans y de las mujeres trans hacia ellas, como ambas sujetas a la violencia patriarcal, y lo que hipotéticamente significaría crecer con un padre, como se evidenció en la unidad temática anterior. En otras narrativas, se presentaron sentimientos de enojo

por el papel pasivo de la madre hacia las violencias que el patriarca ejercía “Como que tomamos ese rechazo con mi mamá” (Hilda, 39). Otra participante comentó que le daba mucho coraje que su madre no hiciera nada frente a la violencia que ejercía su padre – “siempre tuvo la oportunidad de hacerlo, pero nunca lo hizo” (Ofelia, 26). A pesar de que, como Ofelia, algunas mujeres trans tuvieron o pudieron desarrollar sentimientos de rencor hacia los padres y madres por la falta de apoyo, en la cronicidad de los hechos y de las líneas de vida de las entrevistas surgieron puntos de reflexión hacia el rechazo.

Entender el rechazo del padre y la madre.

Como parte del proceso familiar no lineal de rechazo/aceptación, se encontraron narrativas posteriores de entendimiento hacia el rechazo de la familia. Estas parecieron ser resultado de reflexiones desarrolladas y maduradas a través del tiempo, y que surgieron mediante el posicionamiento personal de las participantes “en los zapatos” de sus padres “la familia no está preparada, nadie nos enseña a ser padres” (Claudia, 52); “ahorita te pones a pensar y dices, es que los papás necesitan su tiempo para asimilar las cosas, tienes que darles su tiempo y forma de asimilarlo” (Natalia, 27). De las cuotas más ilustrativas hacia la comprensión del rechazo familiar se encontró la de Selmi (38), quién explicó que su padre no estaba preparado para criar a una niña transexual y con base en ello es que entendió el poco apoyo que tuvo de él:

la vida nos puso en una situación en la que ninguno de los dos quería estar, yo no quería un papá como él ni él un hija como yo, pero fue lo que nos tocó y aprendimos a respetarnos, a entendernos y a seguir amándonos. Yo no pienso que me deje de amar, yo no pienso que se desinteresó en mí, siento que no era el hijo que él esperaba, el hijo que él estaba preparado para tener, porque el sueño de su primogénito se le desvaneció por completo y siento que, no lo culpo de haber sido machista ni homofóbico, ni transfóbico, lo entiendo, yo ahora lo entiendo (Selmi, 38).

Ésta misma participante comentó que en el caso de su abuelo, aunque la apoyaba y defendía de su padre, tampoco comprendía su sexualidad y no había un esfuerzo para orientarla. La cuidaba y protegía porque no quería que su padre la infringiera físicamente, pero él abuelo tampoco entendía lo que era una niña transexual. Adicionalmente, el padre aparte de no estar “preparado” para tener una niña trans, parece experimentar sentimientos de pérdida de un hijo varón, en el sentido en que no pudo reproducir la masculinidad “sí era un poquito difícil porque pues como macho, dices ‘es que yo tuve un hijo’” (Claudia, 52). Natalia (27) explicó que, aunque su padre apoyó su sexualidad, lo vinculó con potenciales resultados de salud sexual negativos “[le dijo el padre] lo único que yo quiero es que te cuides toda tu vida, porque no quiero que el día de mañana vengas y me digas que estas enfermo por culpa tuya, porque es tu obligación cuidarte”.

Por otro lado, Ofelia compartió que, a pesar de haber desarrollado sentimientos de rencor hacia su madre por no haber hecho algo ante la violencia de su padre, la psicoterapia le ayudó en parte a entender que, su madre también estaba sometida a violencia al igual que ella “Yo la pude haber culpado, pero cuando fui a la psicoterapia, me dijeron ‘oye, pues que diría ella también, ¿no?’ Mi mamá en ese momento mostró Síndrome de Estocolmo sabe que chingados, pero ha de haber sido” (Ofelia, 26). Asimismo, Hilda compartió que ella, su hermana y hermanos también desarrollaron sentimientos negativos hacia su madre, pero ésta misma les compartió que también era víctima de violencia:

Como que tomamos ese rechazo con mi mamá y ya después mi mamá nos dijo, se vio en la obligación de dejarlo y pues dijo que ella se... eh... estaba amenazada y que todo lo hacía por nosotros, porque como éramos muchos, ¿cómo le iba a hacer para mantenernos? (Hilda, 39)

Otra perspectiva sobre el rechazo familiar radicó en las características de la familia. La intersección del padre alcohólico, machista, con educación vaga; la madre

sumisa, la pobreza y el área geográfica se entendieron como características que cuando convergieron con las sexualidades e identidades de las mujeres trans moldearon el rechazo:

Fue un poquito complicado, porque obviamente vienes de una familia en la cuál por ejemplo mi papá, bueno... los papás de mi papá se separan, entonces él se cría con mis abuelos. Entonces de ahí parten muchas cosas porque la vida de él, no fue muy fácil ¿sí?, entonces él tenía que trabajar para poder comer, entonces la educación fue muy vaga ¿sí?, porque no terminó su escuela, he pues conoce a mamá en otro lugar, mamá igual persona también de rancho, donde pues había mucha... para ellos era un poco complicado ¿no? Entonces el hecho de tener un hijo con una preferencia sexual distinta era el... hoy que tengo uso de razón, no era por ser diferente como lo llamaban ¿si no? Porque habían escuchado otras experiencias en las cuales eran rechazados ¿sí? Y eso hizo que se hundieran en drogas y prostitución, de hecho, muchas personas que iniciaron, ya no están (Claudia, 52).

La teoría de interseccionalidad aplicada a los estudios de familia sugiere que las posiciones sociales de la familia se interseccionan para crear respuestas a las sexualidades de sus integrantes (Allen, 2016; Hill-Collins, 2013). Dichas posiciones sociales son representaciones de sistemas más grande de opresión, como la heterocisnormatividad y el clasismo. En el caso de Claudia, vivir/crecer en un área rural donde el machismo era “más fuerte”, donde el padre careció de estudios y donde la familia vivió carencias económicas, y el tener una hija transexual, creó respuestas familiares negativas. Dichas respuestas son parte de los sistemas hegemónicos de regulación social (Battle & Ashley, 2008).

El final Claudia, trajo a la luz el que el rechazo familiar también podría estar vinculado a las percepciones que se generan de los imaginarios o expectativas que las

familias tienen sobre lo que implica o las “consecuencias” de ser una mujer trans u homosexual. Por ejemplo, en el caso de Claudia, se señaló el uso de drogas y la prostitución. Así como en el de la participante anterior, en la narrativa de Hilda se observa que la madre asocia su sexualidad con el trabajo sexual:

Que yo no me fuera haz de cuenta a tener relaciones con cualquier chamaco (la madre le dijo), de que yo me cuidara ‘es que no vayas a querer andar haciendo así’ y ‘no puedes hacer igual que aquella que anda allá’. Me dijo ‘no vayas a ser como ella, no vayas a ser así’ y ‘yo quiero que te portes bien’ ‘tienes que estudiar’ y que esto... ‘y que quiero sentirme orgullosa de ti’ y yo me quedaba así de que ‘¿cómo?’ (Hilda, 39)

Es resaltable que estos imaginarios sexuales no estuvieron interiorizados en las participantes. Ellas parecieron no comprender por qué la madre está relacionando sus expresiones femeninas con sexo. Fernanda (41), también compartió algo parecido sobre su padre “Y no me dejaba salir wey, porque me decía wey que iba andar dando las nalgas. O sea, yo después, hasta después reaccione que era eso, yo ni sabía que era eso, el sexo ¿Si me entiendes?”

Ale fue abandonada de bebé por su madre, la madre y el padre adoptivo la apoyaron durante su infancia hasta su muerte, cuando ella tenía siete años de edad. Desde entonces vivió en las calles, migrando de un lugar a otro, hasta que encontró a su tía, la esposa del hermano de su madre. Si bien ella no sufrió un rechazo por su identidad/expresión de género por su madre y padre biológico, cuando encontró a su tía, a pesar de ésta aceptarla, su tío la rechazó:

Entonces llegó un tío y en la noche yo oí cuando le estaba diciendo a la tía ‘es que él va a ser así así así’ ‘¿Qué tiene?’ ‘¿apoco su mamá era así?’ ‘¿También andaba de linguilingui por allá?’ Ella dijo ‘y además que sea lo que sea ¿qué tiene?’ ‘Es que es pura sal’. O sea que ya a uno lo

tenían así.

Se han creado en el imaginario social asociaciones directas hacia las mujeres trans, sobre que estas son personas con una enfermedad mental por la desalineación del sexo y el género, sobre la hipersexualización que las lleva al trabajo sexual y que las hace sujetos potenciales al VIH. Sharek, Huntley-Moore, y McCann (2018), evidencian que las familias suelen rechazar a sus hijas e hijos cuando presentan muestras de ruptura a las expectativas sociales relacionadas a la sexualidad, principalmente por las asociaciones colectivizadas de los infortunios que suelen vivir durante el transcurso de sus vidas.

Redes de apoyo dentro de la familia.

Aunque las significaciones familiares sobre el rechazo/aceptación familiar se confirieron por parte de las entrevistadas a la madre y al padre, también se identificaron personajes dentro del círculo familiar que fueron importantes fuentes de apoyo a la falta del apoyo paterno y materno, o en conjunto con el apoyo de la madre. Aunque se mencionaron brevemente en las narrativas, cuando las participantes comentaron tener hermanas, éstas describieron sus relaciones con ellas en términos de empatía por ser ambas mujeres y receptoras de violencia ¿sororidad? Las (os) tías (os), primas (os) y abuelas (os) también fueron importantes redes de apoyo “tuve la oportunidad de conocer gente muy maravillosa, mis tíos, mis tías, mucha familia, nunca... nunca me excluían” (Claudia, 52). Cómo ya se evidenció en la narrativa de Fernanda (27), su abuela y tías en conjunto con su madre le ayudaron a legitimar sus expresiones de género en la infancia. En el caso de otra participante sus abuelos paternos fueron quiénes supusieron una barrera entre la violencia ejercida por el padre:

Tuve el apoyo de mis dos abuelitos paternos. Cuando mi papá se ponía violento por mi forma de ser, él era el que me defendía, entonces siempre salía mi abuelito paterno a defenderme y a cuidarme de las agresiones de

mi papá, pero tampoco siento que él quería que yo fuera trans ¿sabes?
(Selmi, 38).

Consecuencias del rechazo familiar.

En esta muestra de mujeres trans, las consecuencias del rechazo familiar fueron desde el ocultamiento de la identidad, y el desarrollo de sentimiento de culpa, hasta la expulsión o abandono del hogar. Por un lado, algunas de las participantes comentaron haberse visto en la necesidad de esconder su identidad “sus manierismos”, sus expresiones femeninas “pues fíjate que no se percataron fui muy cuidadosa en todo eso” (Tania, 34). Ya fuera por las percepciones que ellas tenían sobre el cómo iban a reaccionar su mamá y papá o por la certeza derivada de la ya violencia existente dentro de la familia:

Pero en su momento todo lo mantuve siempre escondido, oculto y por eso no le decía a nadie porque dije ‘a lo mejor voy a tener problemas’. Incluso en una ocasión escuche a mi papá decir ‘si yo veo a Abel vestido de mujer lo agarro a patadas’... Y total lo reprimí mucho, todo lo reprimí en mi mente porque creí que estaba mal también (Elena, 44).

El rechazo despertó sentimientos de culpa y vergüenza:

Sabes que eres una niña, te identificas con lo femenino y con las niñas y como niña, pero luego llega un momento en que dices, ‘ya no lo voy a decir, porque cada que lo digo es un cachetadón, o un manazo o un grito’. Entonces con el tiempo y con la edad, todavía en la infancia te vas dando cuenta que tú eres algo diferente, y que eres algo malo y entonces entra una culpa, entra una culpa, una vergüenza (Julieta, 37).

Las vestimentas masculinas impuestas a las participantes significaron procesos de sufrimiento, dado que estas prendas no las representaron “me vestían como un niño y pues yo me tenía que aguantar, yo lloraba, sufría” (Fernanda, 41). La misma participante

compartió que los castigos constantes que confrontaron su identidad y lo que su padre esperó de ella la hicieron sentir “que estaba mal, que estaba loca, o sea me sentía confundida”. Algunas mujeres trans explicaron que las “marcas” psicológicas del rechazo de su madre y padre fueron las consecuencias más resaltables “hubo muchas agresiones más que físicas, fueron las psicológicas las que me marcaron en un tiempo, porque yo en mis piernas tengo cicatrices de los golpes, porque... ‘te hubieras muerto cuando naciste, así que para shoto [joto] vas a servir’ (le decía su padre)” (Claudia, 52) Frente a la carga de violencias y en algunos casos, en la búsqueda de la independencia y vivir una vida bajo su propia identidad, algunas participantes comentaron haber abandonado sus hogares “y de la vida dije ‘¡hay!, equis, aquí estoy batallando’ y de repente de buenas a primeras ... me voy” (Tania, 34). Hilda compartió que cuando su familia se decidió a mudarse de ciudad, ella aprovechó para escaparse de casa. Ella comentó que escapar de la familia representó dejar atrás las violencias del padrastro y buscar independencia.

Caminé por una casa y me escondí y ya no regresé y esperé la noche nomás a lo lejos veía que estaba la camioneta. No se fueron ese día y al otro día esperaba y se fueron y mi mamá me dejó dicho nada más ahí en una tienda que se había ido y que me cuidara (Hilda, 39)

En el caso de una de las participantes la violencia familiar tuvo consecuencias legales que ameritaron el retiro de la custodia parental sobre la participante “Pues recibo maltrato por parte de mi papá, estuve 3 semanas en el DIF” (Paty, 22). Esta narrativa, nuevamente, evidenció cómo el tiempo atraviesa las experiencias de las mujeres trans. Mientras que en los casos de mujeres trans de mayor edad no hubo repercusiones legales ante la violencia familiar, en el caso de las mujeres trans más jóvenes sí. Esto pudiera traer a discusión el papel de la política pública en materia de violencia familiar a menores en la temporalidad de la participante. Por su parte, Fernanda (41) relató que,

frente al constante rechazo familiar, hostigamiento y violencias físicas y psicológicas, optó por abandonar el hogar cuando tenía ocho años:

‘Ahora sí te voy a matar cabrón’... empezó a golpearme, o sea, lo que encontró. Era como si... pues yo como un trapo, yo tenía 8 años [...] Me fui a la carretera, en un libramiento acá por Saltillo. Ahí estuve, desde las 2 de la mañana hasta las 5 de la mañana que me dio rai’ un trailerero. Oye pues se paró y me dijo ‘¿qué haces aquí hija?’ ¡Cállate! me dijo hija y me salieron pestañas, tacones y todo, y pues yo divina. O sea, como que sentí respeto, pero pues después se me cayó el teatro ¿verdad? ‘No pues es que mi papá me quiere matar’ ‘no, pero ¿cómo que te quiere matar?’ ‘es que, sí así, así’ [resumiéndole el por qué] ‘¡Aaah yo pensé que eras niña cabrón, que no sé qué!’ ‘bueno pues si te llevo, pero vas a tener que, darme sexo oral, y pues lo que sigue ¿no?’

En el testimonio de Fernanda, se pudo observar como un entorno que usualmente respalda a sus integrantes, la colocó en una situación de riesgo que detonó otras posteriores. Primero, la migración; y segundo, situación de calle y el trabajo sexual. ¿Qué pasa con una niña de 8 años en situación de calle y en un lugar desconocido? ¿Cuáles son sus opciones? El caso de Ale (57) aunque fue particularmente distinto, el rechazo de su tío y la ya acostumbrada “independencia” que tenía, la llevó a seguir en las calles, migrando de un lugar a otro. El abandono/expulsión del hogar trajo consigo simultáneamente el abandono de la escuela.

Reencuentro con la familia/la madre y reconfiguraciones familiares.

Las participantes que rompieron lazos con sus familias después del rechazo, expulsión o abandono de sus hogares, relataron cómo fue el reencuentro con dichas familias. Dentro de estas experiencias, llamó la atención como se dio una búsqueda de la reconexión familiar, específicamente con la madre. En el caso de Fernanda (41), el reencuentro con su madre no pudo suceder hasta la muerte del padre. Una vez que él

falleció, Fernanda comentó que se estableció una nueva relación marcada por la comprensión de la participante hacia su madre y de la madre hacia ella.

En algunos casos, a pesar del distanciamiento que se dio entre las familias y las mujeres trans en la infancia/adolescencia, éstas últimas conservan un sentido de responsabilidad económica con la madre:

Las veces que pude hacerlo, lo tiraba (el dinero) a la calle cuando salía de trabajar, antes de que ella se fuera a trabajar yo ya me había levantado mucho antes [para que se lo encontrara tirado en la calle] tirada el dinero en la calle y ella se lo encontraba, como nadie más pasaba por ahí, este aquella se lo encontraba (María, 31).

En la historia de Hilda, ella regresó a su pueblo a buscar a su madre cuando estuvo más entrada en años. Su regreso se caracterizó porque ella ya se encontraba “empoderada” de su identidad, era independiente y había atravesado por situaciones difíciles después de haber abandonado el hogar (situación de calle, trabajo sexual, “trata de blancas”). El regreso a casa significó una amenaza para su padrastro, quién la percibió como alguien que podía alterar el poder que ejercía sobre su madre “a lo mejor y vino a darle malos consejos a tu mamá, vino a darle malos consejos a tu hermana” (Hilda, 39). Tal pareciera que las mujeres trans reconfiguraron sus papeles en la familia, y tal cómo ellas se apropiaron de sus identidades y vidas, desearon para las madres lo mismo. El apoyo económico de las mujeres trans hacia la madre o las familias en general, fue pieza clave en las reconfiguraciones del papel que tenían antes de salir de casa. Fueron repetidos los discursos dónde de una u otra manera, las participantes buscaron ayudarlas. Como en el siguiente caso, Tania trató hacer salir a su madre de la sumisión del padre mediante la independencia económica:

Su opinión o su voz no era escuchada, hasta pues hasta hace poco cuando yo empecé con esto (el trabajo sexual). Donde empecé a ver dinero, de hecho, desde que empecé a trabajar, de repente yo le llevaba dinero a mi

mamá, ahí le empecé a dar dinero, de ahí fue la forma en la cual yo empecé como que a decirle a mi mamá que ya no fuera tan tonta, que ese dinero lo agarrara para ella (no para el padre), para sus gastos (Tania, 34).

Las mujeres trans tendieron, a volverse el sostén principal del hogar que no habitaron. De acuerdo con las narrativas, a partir del apoyo monetario que significaron las participantes para sus familias, parece haberse dado un reacomodo en las representaciones familiares. Por ejemplo, algunas de las participantes compartieron que a partir de que se hacen responsables económicamente de sus madres, hermanas y/o sobrinas (os), la toma de decisiones sobre asuntos familiares recayó sobre ellas “y ahorita para hacer un movimiento mis hermanos, todo me lo tienen que avisar, los mayores” (María, 31).

Dentro de los procesos de reencuentro con la familia, se identificó que también vino la develación de la identidad de género trans. Cómo se ha mostrado, la madre tuvo un papel central en las vidas de las mujeres trans. Una de las participantes comentó que la única opinión que le importó después de su cirugía de aumento de busto fue la de su madre “¿Cómo fue la reacción? pues sí fue algo fuerte, pero no me enfocaba en ellos, me enfocaba en mi mamá. O sea, para todo, mi prioridad siempre fue mi mamá, los demás no importaban” (Tania, 34). El impacto de la transición en el caso de otras participantes fue más positivo, como en el caso de Blanca (55), que a su regreso a su ciudad natal ya con el cambio legal de la identidad fue aceptada con cariño por sus familiares “fue maravilloso, toda mi familia, (ella) era el sobrino y ahora soy la sobrina, mis primas me dicen ‘¡prima hermosa!’” (Blanca, 55).

Gabriela explicó en términos similares la aceptación de su familia a su transición. El reconocimiento de su identidad despertó en ella sentimientos positivos y fortaleció su red familiar, como sistema de apoyo:

Ahora que me ven normal, o sea cuando me han visto mis cambios o sea todo mi proceso, desde gay, y luego jotito y luego vestida y ahora trans, tonces todo. Para mis sobrinos soy su tía, hasta mi abuelita que me la hacía de nervios ahora me habla y pues me habla de mujer” (Gabriela, 40).

Particularmente quiénes mejor aceptaron el develamiento de la sexualidad fueron las hermanas “la mayor ella fue a la que yo le dije ‘sabes que yo soy gay’ ‘como quiera te voy a querer mucho hermanito’ (María, 31). Cómo en el caso de María, la hermana de Elena (44) fue quién mejor aceptó el develamiento de su identidad “y cuando se lo dije me dijo, ‘no hay problema te queremos te apoyamos’ (Elena, 44). En el caso de Hilda, la confrontación con la familia después de la transición no fue tan fácil como en las anteriores. Ella tuvo que primero, “educar” a su familia en cuestiones de quién es una mujer trans, y esto la llevó a obtener el reconocimiento como mujer por parte de sus familiares:

Porque ahorita con el tiempo he ido trabajando a mi familia, a mis hermanos, a los hijos de mis hermanos inclusive, he hecho que ya se eduquen y ya me llamen con el nombre de “tía”, eh, mis hermanas aunque no quieran me hablan ya de hermana (Hilda, 39).

Otros procesos de develación de la identidad, que no estuvieron asociados con el reencuentro familiar fueron los de Elena (44) y Paty (27). La primera viviendo todavía en la misma casa de la madre, decidió develar su identidad trans a la madre quién no terminó de aceptarla:

[...] porque mi mamá no me aceptaba en ese momento, o sea era como que me dijo ‘está bien’, pero de hecho no me quería ver como Alisa y fue mucho tiempo estar platicando con ella hasta que pues al final accedió o sea realmente entendió que no podía bloquear eso.

Paty (27) señaló que, si bien su padre la apoyó y él fue quién se sentó un día a la

mesa para preguntarle si le gustaban los “niños o las niñas” y reafirmó su apoyo hacia ella independientemente de su orientación sexual (en ese momento se identificó como gay), cuando empezó a adoptar expresión femenina a través de la vestimenta, su padre se resistió y llegaron a tener conflictos que culminaron en intenciones de correrla de casa “Cuando ya me veía más femenina, que los pantalones a la cadera y eso, era como “ay pues” pelearnos, sí tuvimos pleitos, si llegó a molestarse conmigo, sí llegó a correrme de mi casa pero eran pleitos que los solucionábamos”

Con la develación de la identidad vinieron sentimientos de alivio y libertad “fíjate que sentí un alivio de poder decir lo que me gustaba, sentí un alivio y sentí un alivio mucho más grande que mi papá me apoyaba” (Natalia, 27). Y aunque no se han evidenciado en estudios anteriores las experiencias de mujeres trans a partir de la partida del núcleo familiar y posterior al reencuentro de ésta, las entrevistadas ponen sobre la mesa nuevas direccionalidades de análisis hacia las reconfiguraciones familiares mediante el revenimiento de su transición.

Parejas Sexuales: Deseo, Moralidad, Promiscuidad y Amor

Para ver la síntesis gráfica de esta unidad diríjase a la figura 12.

Se distinguieron tres tipos de parejas sexuales en las narrativas de las entrevistadas: primarias (“formales”), casuales (“novios”) y clientes, en el caso de aquellas que realizaron trabajo sexual. Las parejas formales o primarias fueron aquellos hombres con quienes las mujeres trans tenían una relación “más íntima”, caracterizada por el establecimiento de lazos afectivos. Las parejas ocasionales fueron descritas como “novios” con quienes tuvieron relaciones sexuales ocasionales sin ningún tipo de compromiso, y sin fines de encontrar intimidad o “amor”. Las parejas sexuales en los tres contextos fueron personificadas como hombres cisgénero, los cuales generalmente eran casados o tenían relaciones simultáneas con mujeres cisgénero.

Para algunas mujeres trans, las parejas sexuales representaron una ruta importante de riesgo del VIH, por dos razones. La primera, debido a que las parejas

Figura 12. Nivel de redes, unidad temática de parejas sexuales (primera parte)

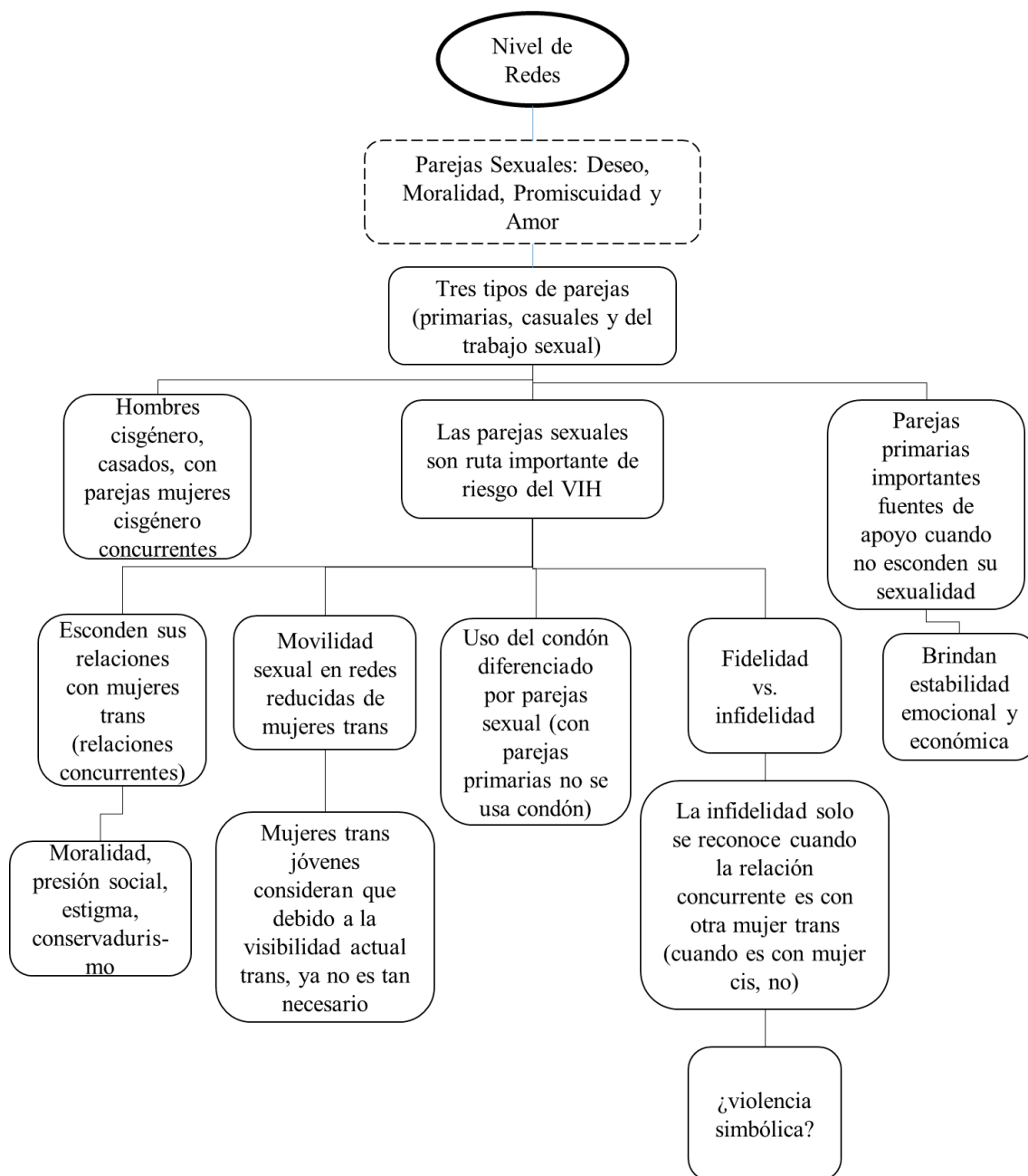


Figura 12. Esquematación de Resultados de la Primera Parte de la Unidad Temática de Parejas sexuales: Deseo, Moralidad, Promiscuidad y Amor del Nivel de Análisis de Redes. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

sexuales solían esconder sus relaciones con las participantes, teniendo por lo menos

dos relaciones simultáneas. Julieta (37) describió lo anterior en términos de moralidad:

El deseo es deseo, al hacer una cosa pública y otra cosa a escondidas... y ahí vienen los problemas de por ejemplo a HSH, el VIH/sida. La moralidad esta de que ‘en la calle tengo una puta y en la casa una pendeja mojigata’ y todas estas cosas por la doble moral con la que vamos creciendo.

La cita de Julieta ilustró al VIH/sida como un fenómeno que es permeado o parcialmente creado por las normas sociales en cuanto al poder que ejercen en la regulación de la sexualidad de aquellas personas disidentes de la heterocisnormatividad. De acuerdo con las entrevistadas, el ocultamiento de la sexualidad por parte de sus parejas sexuales potenciales, se vio como resultado de la presión social, así como las relaciones simultáneas que las parejas sexuales parecen tener la necesidad de mantener en vías de alinearse de forma visible con la sociedad.

La otra razón recayó en la “movilidad sexual” que, de acuerdo a la percepción de las entrevistadas, las parejas sexuales suelen mantener. Con ello, las participantes sugirieron que las parejas al tener atracción por mujeres trans suelen moverse dentro de las mismas comunidades trans, las cuales son pequeñas en comparación con las de mujeres cisgénero, manteniendo relaciones sexuales con diferentes personas. Si alguna de estas parejas llegara a adquirir el VIH, representa para el resto de las mujeres trans una ruta de riesgo, ya que la pareja seguirá moviéndose en las comunidades trans.

[...]Pero tú lo conocías (a la pareja) que era diferente, o sea, donde él se movía. Pero hay muchos novios de mujeres trans que ya anduvieron con ¡todas las chicas trans! Entonces de esas chicas trans que anduvo, una de ellas tiene VIH. Entonces, como ya ando yo con él, pues yo no uso condón y entonces ahí ¡Tras! ¡Ahí va la cadenita! (Fernanda, 41).

En esta cuota se pudo ver un poco de lo que se describía a nivel individual sobre el uso del condón diferenciado por pareja sexual. Fernanda introdujo en primer término,

el peso de las percepciones sobre el riesgo que representó la pareja cuando mencionó que conocía dónde esa pareja “se movía”. Aquí se refirió a con quiénes esa persona solía mantener relaciones sexuales. Después explicó cómo es que el condón se vio condicionado por el tipo de pareja sexual, siendo las parejas primarias aparentemente las que más riesgo del VIH conllevaron, por la ausencia del uso del condón. Por ejemplo, si una mujer trans tiene una pareja sexual primaria con la que no utiliza condón y ella o él adquirieron el VIH, las parejas primarias de ambos correrán el riesgo de adquirirlo también, ya que el condón parece estar ausente en ese tipo de parejas. En el caso de las parejas sexuales la red de infección podría extenderse hasta las relaciones con mujeres cisgénero.

Retomando el ejemplo de Julieta, sobre el ocultamiento de la sexualidad de las parejas sexuales de mujeres trans, se encontró que todas las entrevistadas consideraron que tener relaciones primarias fue muy difícil para ellas.

Y, así pues, como que si quieren, pero como que la sociedad hacen que se cohiban de no sé, de tener relaciones sexuales. Porque muchas veces sí, los hombres se llegan a enamorar de una pero no quieren dar su brazo a torcer porque, ‘que dirá la sociedad o mi hermano o mi familia’, o de repente alguno que otro casado (Fernanda, 41).

Aquí convergió lo que Julieta explicó sobre el peso de las normas sociales en el ocultamiento de la sexualidad y como esto condicionó el que las parejas sexuales pudieran entablar lazos más íntimos, sobre todo de visibilidad de sus relaciones. Las normas sociales parecieron atravesar en primer lugar la posibilidad de las mujeres trans de tener relaciones primarias y, subsecuente o paralelamente la percepción de las parejas sexuales sobre la negatividad de la sociedad hacia las personas cuyas sexualidades infringen los sistemas sociales de regulación sexual. Paty de 22 años explicó que, aunque hay hombres dispuestos a tener relaciones formales con ellas, siempre se da el condicionamiento a la visibilidad de la relación por el estigma social:

Nosotras batallamos con el ‘vamos a vernos a escondidas’ o ‘si vamos a ser novios pero a escondidas, porque si me gustan las trans, si me gustan las mujeres, pero no me gusta este... no me gusta que me vean con trans o así, porque van a decir que soy gay’. O blablablá, es el estigma que todavía tienen acá

Lo anterior, también se ligó al conservadurismo característico de Monterrey. Blanca (59) comentó al respecto, que en Monterrey debido al conservadurismo, las parejas sexuales suelen mantener una imagen de “hombres” para evitar la vigilancia social sobre su sexualidad y que los sitios de encuentro son el punto donde estas sexualidades no heteronormadas pueden vivirse con mayor libertad “Monterrey es un estado con ideas muy radicales, de bota y sombrero y aunque allá en el Wateke los ves así besándose, pero aquí afuera son bien machotes”.

Del trabajo de campo en los sitios de encuentro/ambiente se pudo confirmar lo anterior. Wateke fue el principal sitio de encuentro y ambiente en el área metropolitana de Monterrey identificado en el trabajo de campo. Éste es un lugar que abre los 365 días del año las 24 horas del día. Aquí acuden todas las personas “disidentes” de la heteronormativa, de todas las clases sociales, especialmente personas de clase baja. Todo está permitido en este lugar, aunque no hay cuartos oscuros (espacios específicos para tener relaciones sexuales), los intercambios sexuales se dan en cualquier punto del lugar. Quienes quizás llaman más la atención en Wateke son los hombres con bota, sombrero y barba porque físicamente representan el estereotipo de hombre Regio o “macho”, sin embargo, sus orientaciones sexuales rompen con dicho esquema. La misma participante compartió que si hay alguien que conoce los fondos más bajos en lo sexual de los seres humanos son las mujeres trans “porque nada más nosotros sabemos quiénes son los que se nos acercan, porque ves a alguien que aparenta ser muy recto, mucha rectitud” (Blanca, 59).

Aunque las parejas sexuales de las mujeres trans y las significaciones de

ellos hacia las conductas sexuales no fue objeto de estudio de esta tesis, ya que se trata de otra población distinta donde el riesgo de VIH se construye de forma diferenciada, vale la pena hacer un pequeño análisis sobre cómo las mujeres trans consideraron que las parejas sexuales las percibían. Por ejemplo, similar a Blanca, otra de las participantes describió que las parejas sexuales de las mujeres trans están con ellas porque no son mujeres:

O sea, se van contigo porque te ves mujer, y guapísima, pero ellos saben que realmente eres chica trans y ellos van muchas veces a que quieran que seas activa y pues de repente pasiva, ahora si como dicen, de lado derecho y del lado izquierdo (Gabriela, 40).

Lo anterior, podría sugerir que algunas parejas sexuales de las mujeres trans en vías de subvertir un poco la fractura a las normas sociales que representa su orientación sexual o el deseo de ser penetrados analmente, buscan a una mujer trans. Esto podría subsanar de alguna forma dicha ruptura, ya que al tener una apariencia femenina evitarían la “etiqueta” de homosexuales. También, aquí podrían explicarse las concepciones que las mujeres trans se tienen de fidelidad vs. infidelidad en las relaciones con parejas primarias.

En párrafos anteriores se comentó que las mujeres trans tuvieron dificultades para entablar relaciones “formales” por toda la vigilancia social, estigma y discriminación que les rodearon a ellas y sus parejas. Esto las pudo llevar a establecer acuerdos sexuales con sus parejas primarias, en dónde estos últimos pudieron tener relaciones con mujeres cisgénero al mismo tiempo que estuvieron con las mujeres trans. Lo anterior, sin considerarlo infidelidad. Mientras que el “engaño” si se consideró cuando las parejas primarias estuvieron con otras mujeres trans “‘Tú puede hacer lo que quieras con cualquier vieja, pero conmigo... con una de nosotras no te quiero ver’ [le dijo a su pareja primaria] y él me obedecía y todo” (Ale, 57). Por su parte otra de las entrevistadas explicó que ella estaba consciente que su pareja primaria mantenía parejas

cisgénero concurrentes, sin embargo, no le molestaba ya que consideraba que ella no podía darle lo que mujeres cis sí, una vagina “yo te he dicho que si tienes ganas de una vieja a mí qué me cuentas, que te cuides’ [le dice a su pareja primaria]” (María, 31).

Al parecer, para algunas mujeres trans los genitales fueron definatorios para concretar su identidad de género femenina y este tipo de acuerdos sexuales podrían ser un síntoma de violencia simbólica. La hetero-cisnormatividad se introyectó en algunas de las participantes al grado de percibir infidelidad solo con aquellas personas que le fueron similares, y no con quiénes “son el referente” de una “verdadera mujer” (Ale, 57), porque se perciben diferentes. Esto podría vincularse con la violencia simbólica.

En el mismo orden de ideas, las mujeres trans más jóvenes tuvieron otro tipo de perspectivas en cuanto al camuflaje sexual que implementaron sus parejas sexuales y el VIH. Paty (22) comentó anteriormente que, las parejas sexuales suelen esconder sus relaciones afectivas con ellas debido al estigma social, sin embargo, cuando se le preguntó sobre el riesgo del VIH en el contexto de las parejas sexuales, explicó que en la actualidad ya no había mucha necesidad de que sus parejas sexuales vivieran en promiscuidad (teniendo relaciones concurrentes), porque las mujeres trans se estaban haciendo más visibles, “es algo un poco más normal todos los días”. Y, por lo tanto, el riesgo del VIH es menor:

Bueno yo creo que ya hoy en día ya es más parejo [las infecciones por VIH], o sea yo ahorita ya no lo veo así, quizás antes si porque pues antes era a escondidas. Antes era de que sí se metían más con casados y eran cositas a escondidas porque no era un tema tan visible. Ahorita ya somos un tema más visible, yo creo que ya no hay tanta necesidad como que andar en esa promiscuidad, porque pues ya, es algo un poquito más normal.

En primer plano, la entrevistada asoció la promiscuidad con el ocultamiento de la sexualidad y esto con el riesgo del VIH. Sugirió que a mayor visibilidad social de las

mujeres trans, menor era la necesidad de encubrir sus relaciones. Lo anterior, podría sugerir que se están suscitando cambios en las percepciones de las posibles parejas sexuales de las mujeres trans y la vigilancia social sobre sus sexualidades. Esto derivado de la visibilización social de las mujeres trans, que se ha visto en incremento a partir de la disociación del término HSH.

Con todo lo anterior, las mujeres trans expresaron que las parejas primarias fueron para ellas una fuente importante de apoyo, únicamente cuando aceptaron vivir una relación socialmente abierta. Las participantes sintieron que las parejas primarias les ayudaron a encontrar estabilidad emocional y económica, mejores expectativas para el futuro y, en algunos casos, a abandonar el trabajo sexual. En el caso de María (31), a partir de que establece una relación “formal” y socialmente visible con su pareja, refirió sentirse mejor con ella misma, su pareja le apoyo para enfrentar el estigma social que vivía cotidianamente y a legitimar su identidad.

[...] Y en ese tiempo que un chavo te dijera ‘vamos a salir’ era raro, porque el salir a la calle, que salieras con el de la mano, era de ‘pinches jotos, pinches putos’. Has de cuenta que en ese tiempo era así le digo [a su pareja] ‘es que cómo vas a salir conmigo, si yo no soy una chica’, ‘no, para mí si lo eres, a mí no me importa lo que diga la gente’. Pues haz de cuenta que te levantan más, y te van levantando y te sientes en la nube de la más hermosa de todas, que no importa lo demás y así empezamos a vivir el noviazgo. Fue un noviazgo normal como le llaman.

Con el tiempo en conjunto, compraron una casa y mejoraron sus condiciones de vida. La entrevistada explicó que durante los años que mantuvo la relación con él, tuvieron planes para adoptar a uno de los hijos de su hermana, ya que siempre quiso ser madre. Sin embargo, la relación culminó cuando él la engañó con un hombre. En la experiencia de otra de las entrevistadas, encontrar a una persona que la aceptó conforme a su identidad de género significó para ella encontrar estabilidad económica, pero sobre

todo significó el apoyo para realizar el trámite de rectificación del acta en Ciudad de México.

Fueron mis últimos trabajos que tuve de estilista porque pues nunca sabe uno cuando te llega la persona indicada a la vida [...] nos fuimos a vivir juntos [...] gracias a él [su pareja] hice mi cambio de identidad, me pagó todos los viajes [...] le dije que me hicieron cita para tal día y me dice, ‘¿cuándo nos vamos?’, y le digo ‘¿adonde?’, ‘pues a México’, ‘la cita es tal día’, y me dijo, ‘vámonos’. Y él me acompañó (Renata, 50).

Relaciones de poder y equidad entre parejas sexuales.

La figura 13 muestra la síntesis de hallazgos de las sub-unidades temáticas, de esta unidad.

Conforme se avanzó en el análisis de las entrevistas, las redes de apoyo parecieron reducirse poco a poco y estar condicionadas por las identidades de género de las mujeres trans. La búsqueda de afecto es quizás, a parte de las fisiológicas, una de las necesidades básicas del ser humano. Las relaciones interpersonales permiten legitimar la existencia del individuo, los ojos del otro se vuelven la certeza de la existencia ¿quién no quiere existir? ¿quién no desea que los otros le reconozcan cómo esa persona se reconoce a sí misma? En el caso de las mujeres trans, dicha búsqueda de afecto y legitimización de la identidad les llevó en ocasiones a aceptar las situaciones o condiciones, cualquiera que estas fuesen, que los demás impusieron para entablar relaciones con ellas. Aquí entraron las relaciones de poder y equidad entre ellas y sus parejas sexuales.

Yo creo que a veces te enamoras, o a veces... no que te enamores, pues como persona trans a veces, no hay tanto como que de dónde agarrarte, como que a veces poco es mucho. Como persona trans a veces poco es mucho, a veces no sé, quieres sentir amor hasta de la pared (Paty, 22).

Las sensaciones que describió Paty, empujaron también a otras mujeres trans

Figura 13. Nivel de redes, unidad temática de parejas sexuales (segunda parte parte)

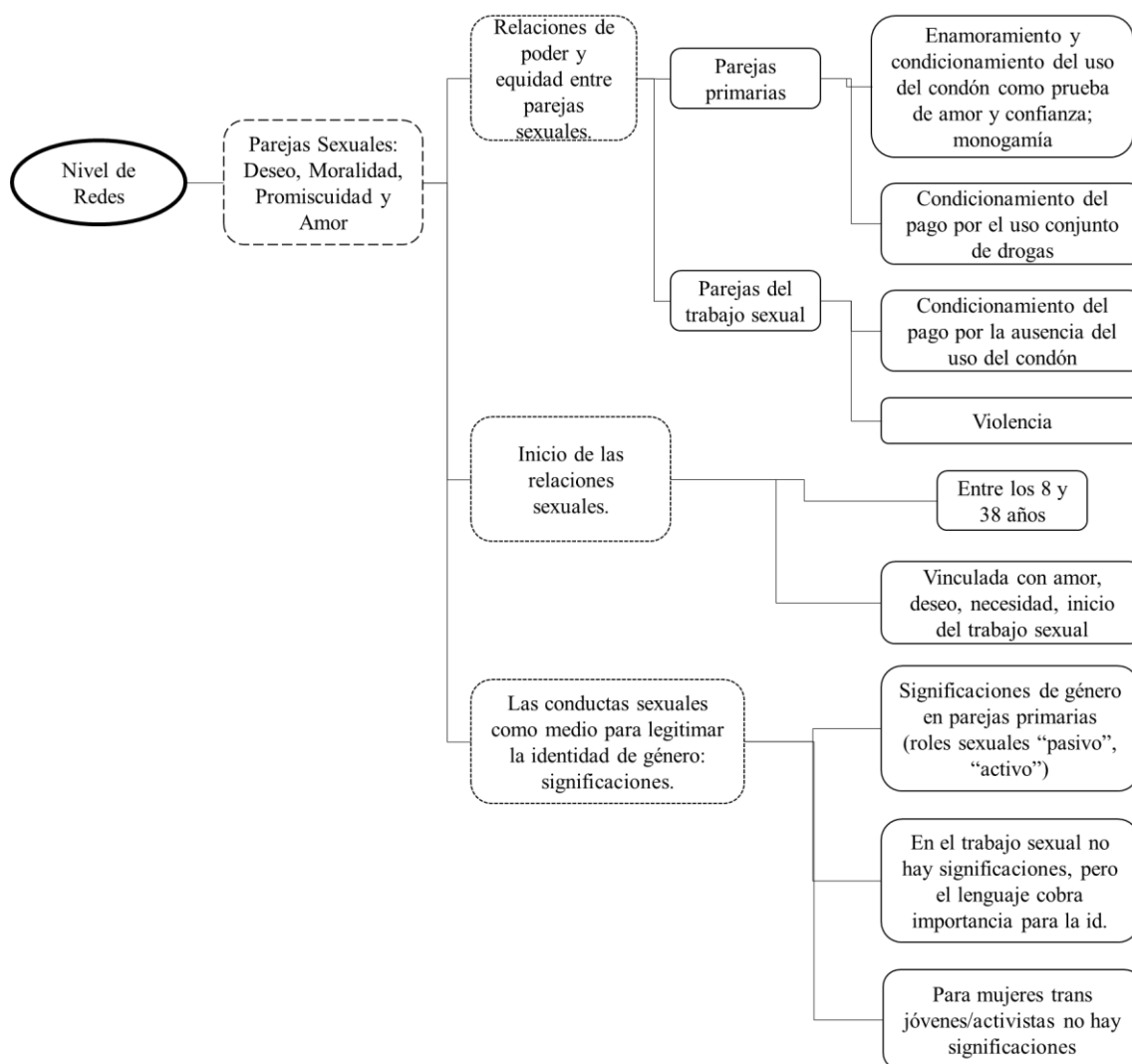


Figura 13. Esquematación de Resultados de las Sub-unidades Temáticas de la Unidad Temática de Parejas sexuales: Deseo, Moralidad, Promiscuidad y Amor del Nivel de Análisis de Redes. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea con línea punteada larga representa la unidad temática, rectángulos con línea punteada son sub-unidades temáticas. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

a aceptar cualquier condición vinculada a sus relaciones afectivas. Por ejemplo, hubo algunas participantes que les ocultaron a sus parejas sexuales que mientras tenían relaciones “formales” con ellos, realizaron trabajo sexual, ya que temían ser abandonadas. El uso del condón cobró importancia en este apartado debido a que se

describió como condicionado por parte de las parejas sexuales. La mayoría de las mujeres trans, que informaron tener habilidades para la negociación de condones en el trabajo sexual, se describieron a sí mismas como incapaces de negociarlo entre sus parejas principales. Las participantes declararon que esos compañeros usualmente condicionaron el uso del condón como una prueba de amor y confianza.

Sé envolver mucha gente, pero en esa cuestión yo creo que sí me envolvieron muy bonito y rico... ‘es que no me demuestras tu amor’ ‘no a ver, mi amor está demostrado, pero quieres que te dé otra prueba’ que como quiera lo hice [no usar condón]. Como quiera lo hice, que es lo que te ponen siempre, cualquier tipo te pone esa... ‘el amor incondicional, pero sin condón’ (Tania, 34).

En las relaciones sexuales, el poder que ha tenido el hombre sobre las decisiones sexuales es histórico. Las estrategias de poder entonces, se dan en estos casos, cuando las parejas sexuales utilizaron el amor y la confianza como elementos para manipular la toma de decisiones en el uso del condón. Las mujeres trans se sometieron a esas decisiones, por la ya vulnerabilidad social que enfrentaban y la necesidad de mantener a esas parejas sexuales con ellas. Además, entró en juego el imaginario de la monogamia “pero aquí viene el detalle con la pareja afectiva, ‘no, es que es mi pareja y nomás él y yo’ y pues digamos es una manera de demostrarle tu amor es tener sexo sin condón con la pareja afectiva” (Laura, 32). Las mujeres trans y sus parejas primarias, podrían ver el uso del condón como significado de “exclusividad” o como se dijo anteriormente para diferenciar las parejas primarias de clientes y casuales.

Lo mismo pasó con los clientes. Algunas de las participantes explicaron que los clientes condicionaron el “elegirlas” sobre las demás mujeres trabajadoras sexuales, así como el pago por el “servicio sexual”, por el uso conjunto de drogas “pues, como que a veces drogas... Yo ahí las conocí [en el trabajo sexual], porque era a huevo, era ‘o fumas, o te metes el pase o ¡te vas!’ O sea, ‘¡no te pago!’” (Fernanda, 41). Para una de

las entrevistadas esta situación significó mantener el uso de drogas no solo dentro del trabajo sexual como condición de los clientes, sino como adicción “dejo al cliente y así como me veo, caigo en las drogas. Me empecé a drogar, vendí la camioneta, vendí el coche, perdí el departamento, en el banco ya no tenía dinero” (María, 31).

Otro aspecto que emergió de las relaciones de poder entre parejas sexuales fue la marginación económica. Aunque las mujeres trans explicaron que el uso del condón con los clientes fue de “ley”, en ocasiones cuando su situación económica es carente, puede existir la posibilidad de aceptar cualquier condición que el cliente proponga como el sexo sin condón “de repente el cliente llega y te dice ‘te pago una lana más, sin condón’” (Laura, 32); “me dice [el cliente] ‘mira te pago lo que quieras, pero sin condón’ o sea ese es el riesgo que hay, que por la necesidad [aceptan]...” (Elena, 44). Considerando lo anterior, los clientes pueden percibir la necesidad económica de las mujeres trans y utilizar este aspecto para obtener lo que ellos desean.

Por último, las representaciones del poder se reflejaron en la violencia física. Cuando las entrevistadas refirieron episodios de violencia fue siempre por parte de los clientes, y por lo general al principio de su inserción en el trabajo sexual. Sobre dichos episodios una de las participantes comentó que posterior al uso conjunto de drogas con uno de sus clientes, amaneció amarrada y permaneció secuestrada por una semana hasta que pudo escapar:

Me contrató, me subí en la calle, pues vamos y pues ‘te pago por una noche’ y tomamos y luego, ps’ ya sabes que la droga y todo pues súper padre. Me fui y en la mañana amanecí sentada amarrada, en ligeros y todo ¡brutal! (Fernanda, 41).

Aunado al riesgo del VIH que se presentó en el trabajo sexual, el uso de drogas y la violencia convergieron para crear vulnerabilidades sindémicas. Por su parte, Ofelia (26) consideró que de las violencias más representativas que vivió en el trabajo sexual vinieron de clientes que querían “experimentar” sexualmente con una mujer trans.

Posterior al encuentro sexual la pareja le dijo que no le había gustado y que lo había violado. Dicha pareja la amenazó de muerte y la persiguió durante algunos días. Algo parecido se encontró durante el trabajo de campo, al acudir a una OSC de prevención y tamizaje del VIH. El encargado de la OSC explicó que los clientes de las mujeres trans que se abordan en la calle, generalmente conductores de tráileres, suelen sentir los encuentros sexuales con otros hombres como una violación. Esto se da más cuando los hombres están explorando su sexualidad, entonces para evitar el sentimiento de “violación” buscan a mujeres trans.

Inicio de las relaciones sexuales.

El rango de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 8 a 38 años. Los diferentes discursos que se rescataron para ilustrar las experiencias de las primeras relaciones sexuales sugieren que éstas fueron en algunos casos, una decisión de “amor” o de “deseo” y en otros, por necesidad. Para Natalia (27), quién tuvo su primera relación sexual alrededor de los 14 años, la primera relación sexual no fue placentera “no sabía y me asusté mucho, me asusté en la cuestión de lo que pasó, que me dolió y todo eso”. En el caso de Claudia (69), sobre la edad de su primera relación sexual no la dijo, pero si indicó la primera que fue placentera “yo cuando tuve mi primera relación sexual, fue con alguien a quien quería y porque ¡yo! lo decidía, no me forzaron [...] de hecho mi primera relación sexual, que te puedo decir completa y plena, fue a los 15 años”; “yo mi primer relación la tuve a los 13 años, y si la disfruté, me gustó” (Tania, 34). Aquellas que refirieron la primera relación sexual como placentera, convergieron que mucho de ello se debió a que tenían sentimientos de amor por la pareja.

Por otro lado, Hilda contó que su primera relación sexual significó su incursión al trabajo sexual. Después de salir de su casa, se vio en la necesidad de generar dinero lo que la llevó al trabajo sexual.

Ya yo necesitaba dinero para solventar mis gastos [...] me iba a talonear con los trailereros. Mi primer día me llevo una amiga, ella era experta en el

oficio [...] fue mi primer trabajo con el hombre que me acosté, no sabía ni que iba a sentir ni nada, solamente pensé en lo que iba a comprar el otro día con ese dinero

La experiencia de Ale (57) fue similar a la de Hilda, sin embargo, ella tenía ocho años cuando tuvo su primera relación sexual. Ella explicó que, al quedar sin hogar, vivió en las calles, y el único medio de sobrevivir fue “vender la caricia”. Recordó el evento fríamente y mencionó que, aunque le dolió, fue su modo de sobrevivir y después ya no sintió nada. Elena (44) tuvo su primera relación sexual a los 38 años: “la primera relación sexual la vine teniendo a los 38 años y todavía no salía del closet, pero ya al menos había contactado a alguien que era también una mujer trans”. Elena explicó que para ella su primera relación sexual significó mucho, porque al sentirse atraída tanto por hombres como mujeres, tenía dudas sobre la compatibilidad de su identidad de género con su orientación sexual, comprendió después que no tenía que haber causalidad entre su identidad y su orientación sexual. En el caso de Paty (22), cuando se le preguntó por ese evento en su vida, seguido de la respuesta aclaró que la relación sexual no fue un medio para asegurarse de su identidad:

Pues si me sentí bien la verdad, si me gustó, aunque pues la verdad nunca sentí como que, como decían muchos de los heterosexuales ‘voy a probar’ o ‘tengo que probarlo’ la verdad que no me sentí como que tengo que probar o experimentar, como dicen ¿verdad? para saber lo que me gusta, saber lo que quiero. Como que ya tenía bien claro lo que me gustaba lo que quería.

Las conductas sexuales como medio para legitimar la identidad de género: significaciones.

Lo anterior trae a la luz las significaciones de las conductas sexuales. Las conductas sexuales, más allá de su definición de acto seguido a un estímulo, tienen diversos significados para las mujeres trans. El Marco de Afirmación de Género

(Sevelius, 2013), sugiere que los roles “pasivo” y “activo” se vuelven medios para legitimar la identidad femenina, al mismo tiempo que suponen frecuentemente riesgo del VIH.

Las posiciones sexuales entre las parejas primarias tuvieron significados relacionados con el género. Adoptar el rol "pasivo" (receptivo) respondió a la posición que las mujeres trans consideraron que debían tomar como mujeres. Asimismo, intentaron adaptarse a la forma sexual naturalizada del hombre y la mujer. Por el contrario, las posiciones sexuales en el trabajo sexual y las relaciones casuales no tuvieron significados personales. Los dos aspectos se reflejaron con claridad en la narrativa de una de las entrevistadas:

En la cuestión de mi trabajo [sexual] quién o cómo, eso es viceversa [ser pasivo o activo]. O sea, porque pues ahí vienen chicos que son activos, vienen chicos que son pasivos, vienen parejas... en las parejas formales siempre han sido activos, pues ¡imagínate! voy a conocer a una niña. No, no tiene caso (Tania, 34).

Sin embargo, las mujeres trans indicaron que el lenguaje utilizado por los clientes en el trabajo sexual era importante en la medida en que reconocía y respetaba su identidad de género. Fernanda (41) ilustra lo anterior a través de un episodio con uno de sus clientes:

‘Aunque yo te estoy penetrando, dime mamita no me digas Papito’ [le dice ella al cliente], ‘no pero es que te estoy pagando’ le digo ‘sí güey pero así como me estás pagando así te puedes ir güey’. O sea, porque tú también como trabajadora sexual, tienes que tener sus límites (Fernanda, 41).

Para una de las entrevistadas que no ejercieron el trabajo sexual, quiénes son pasivas y activas son las mujeres trans que si hacen trabajo sexual “pero en su mayoría, las trabajadoras sexuales son las pasivas, activas y de todo. Incluso hay algunas que por

trabajo han tenido que interactuar con mujeres, lo han hecho por dinero, bueno, a fin de cuentas pero lo han hecho” (Claudia, 69). La diferenciación que se hizo entre parejas sexuales, reafirmó que la búsqueda de la legitimación de la identidad se dio con aquellas que fueron más íntimas. Mientras que las del trabajo sexual fueron instrumentalizadas con fines económicos.

Las posiciones sexuales y sus significaciones cobran importancia en el terreno del riesgo del VIH a partir de que quien ejerce el papel de “activo” conlleva menor riesgo de adquirir el VIH que la persona que es receptiva (“pasiva”). Incluso las prácticas de sexo anal, con condón o sin condón, son consideradas de riesgo por sí mismas, en comparación con las vaginales (Snowden, Raymond, & McFarland, 2011). Volviendo a las significaciones, fue interesante encontrar que para las mujeres trans jóvenes, activistas y/o feministas los roles sexuales no estuvieron relacionados con el género, sino con el placer. Pero la gente suele pensar que, debido a que son mujeres, deben adoptar el papel pasivo en respuesta a su identidad femenina.

Mucha gente asume que ‘hay mugres chicos’ o hasta mujeres asumen que por ya ser uno trans ya va a ser uno pasiva... para mí son más como formas como placenteras, formas... como te diré... si o sea formas sexuales que no es ni de hombre ni de mujer (Paty, 22).

La cita de Paty sugiere que tal vez, para las generaciones más jóvenes de mujeres trans las conductas sexuales ya no son un medio para legitimar su identidad y han subvertido la presión social de ajustar las relaciones sexuales al binario. Esto podría, también, como ya lo mencionaba la participante, deberse a la visibilidad social creciente de las poblaciones trans.

Las Comunidades Trans: Identidad y Capital Social

La figura 14 muestra las unidades temáticas referentes a las comunidades trans.

Como se pudo ver a nivel familiar, la mayoría de las mujeres trans quedaron sin el apoyo de la familia a edades tempranas, por lo que las comunidades trans, se

Figura 14. Nivel de redes, unidades temáticas sobre comunidades trans

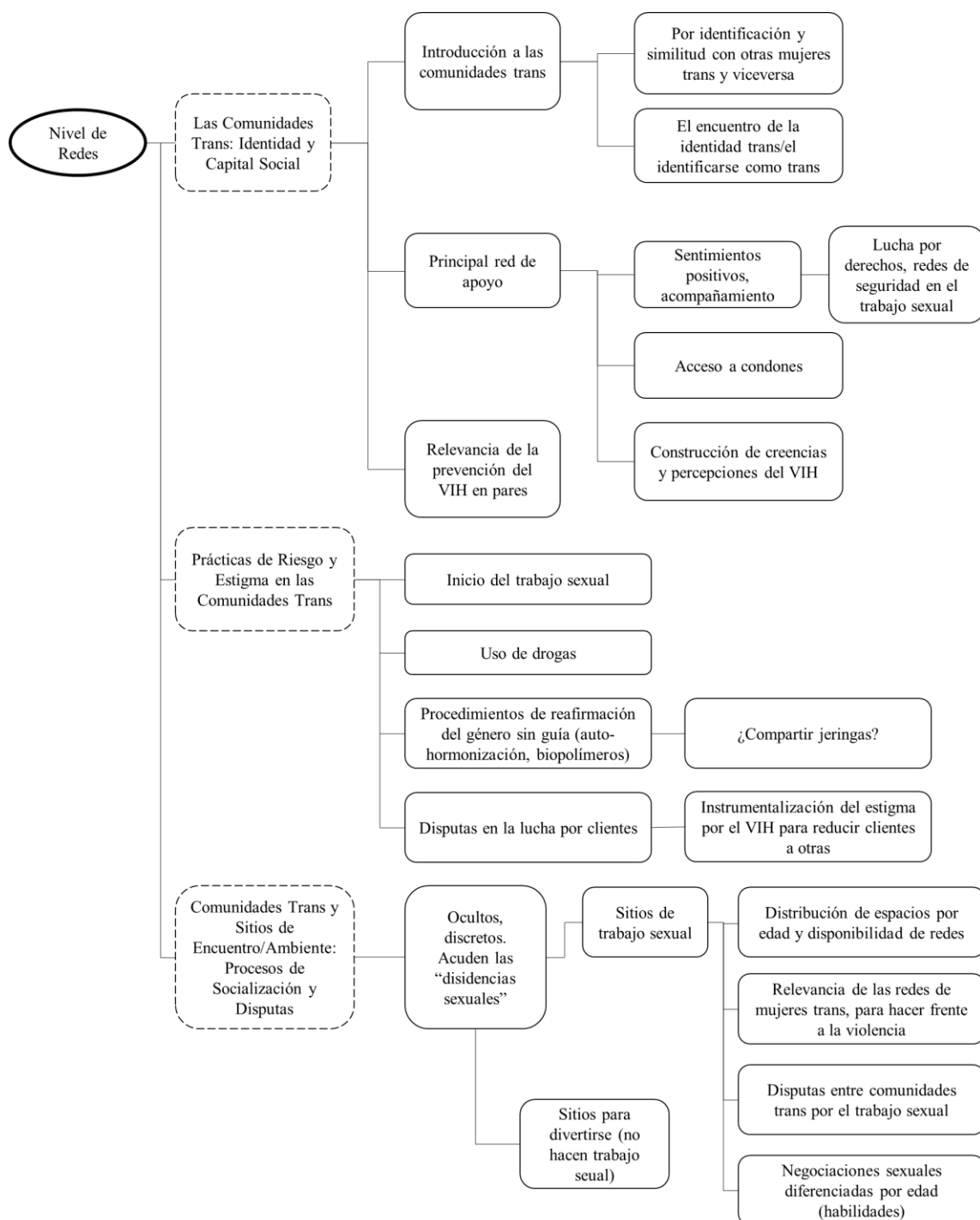


Figura 14. Esquematización de Resultados de las Unidades Temáticas Referentes a las Comunidades Trans del Nivel de Análisis de Redes. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, los rectángulos con línea punteada larga representan las unidades

temáticas. Los rectángulos con línea sencilla contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

volvieron su principal red de apoyo. La integración de las entrevistadas a las comunidades trans se relacionó con el encuentro de su identidad femenina, dejando atrás la de gay. Las formas en que las entrevistadas se integraron a las comunidades trans fueron parecidas. En la experiencia de una de las entrevistadas, fue una persona que no era trans quién se encargó de conectarla con mujeres trans “fue por una señora que vivía a la vuelta de la casa. La conocí a ella, y ellas [otras mujeres trans] vivían en una vecindad ahí donde vivía, y ella fue la que me presentó primero a una de ellas” (Tania, 34). Cabe señalar, que tanto las personas que hicieron las conexiones entre las entrevistadas y las comunidades trans percibían de cierta forma su parecido con las otras mujeres trans.

A unas desde antes de ser expulsadas de sus hogares veían en las calles a mujeres trans y se identificaban con ellas. Entonces, o bien ellas buscaron acercarse a las comunidades trans o las comunidades trans a ellas, al igual que Tania por una cierta percepción de similitud de identidades. Hilda (39) antes de ser expulsada de su hogar, describió como el ver a las mujeres trans. en las calles le hacía sentir ganas de ser como ellas, por sus expresiones femeninas y por la “libertad” que aparentaban tener sobre vivirse libres. En su caso, fueron las otras mujeres trans quiénes ser acercaron a ella en un primer contacto:

Pasaba y volteaba [donde estaban las mujeres trans]. Y luego me decían ‘oye, mueves mucho las caderas’ y ya más o menos y me dijo ‘oye y ¿cómo te llamas?’ y ya empezamos a platicar y ya me dijo, ‘cuando quieras vente a acá, vente a platicar y esto y lo otro’.

Más tarde, cuando Hilda salió de casa se integró a la comunidad de mujeres trans que ya conocía. Similar a la experiencia de Hilda, otra de las entrevistadas se integró a las comunidades trans a partir de que las vio en la calle y se sintió identificada con ellas.

En su caso, este episodio se suscita en la Ciudad de México, ya que al ser expulsada de su hogar a los ocho años de edad migró de Monterrey:

Ahí en la Ciudad de México, hay zonas así bien estratégicas donde puras chicas trans. Yo iba y las veía ‘¿Chiquilla que estás haciendo?’ ‘Ay, es que cuando esté grande quiero ser como ustedes’ Y las chicas se le salían las lágrimas y me agarraban. Y este, ‘Ay miya no sabes lo que dices’ Y pues yo me quedaba pensado ‘¿porque me dirán?...’ y yo pensaba que a veces me decía por envidiosas ¿vea? (Fernanda, 41).

Fernanda ilustró un poco los sentimientos que las mujeres trans pudieron tener sobre la integración de otras personas a sus comunidades, los cuales se generaron de las experiencias difíciles que ganaron como mujeres trans. Desde calle, pobreza, hambre, violencia, entre otros. Sin embargo, el deseo de la participante de ser como una de ellas podría significar el punto que ilumina sus identidades. Como ya mencionó, aunque las participantes comentaron que desde niñas se les impuso y después ellas adoptaron la etiqueta de gay, ésta nunca terminó de representarlas del todo, hasta que llegaron al encuentro con otras mujeres trans. El reflejo de quién desean ser: “la primera vez que me ponía tacones, me ponía un vestido y que me cortaba el pelo, entonces desde ahí dije ‘esa soy yo’” (Claudia, 69).

En todos los casos, de acuerdo a las participantes conocer e integrarse a las comunidades trans significó el encuentro de su identidad “me acuerdo perfectamente como a los 14 años conocí a unas amigas chicas trans y me empecé a juntar con ellas, ‘ay, deja te visto de mujer’ [le dijeron ellas]. Fue mi primera vez” (Tania, 34). Este encuentro estuvo marcado por el nacimiento de sentimientos positivos y, sobre todo, sensaciones de acompañamiento

Como que ya sabíamos que éramos como que amigas [cuando ella encuentra a otras mujeres trans]. O sea, ya sabíamos los que éramos desde ese entonces, pero si la verdad pues me sentí como que más

cómoda, me sentí más identificada, me empecé a sentir un poquito mejor (Paty, 22).

Lo anterior cobra sentido cuando se considera que a la ausencia del apoyo familiar las mujeres trans quedan solas, sin redes de apoyo. Encontrar a personas con las cuales se identificaron y fueron aceptadas por quiénes eran, dio la pauta para que ellas encontraran su lugar en el mundo. Para las entrevistadas que decidieron emprender procesos de transición o que decidieron vivir conforme a su identidad y expresión de género femenina en la adultez, su integración a las comunidades trans se vio diferenciada.

Blanca (55), vivió hasta los 43 años de edad con una identidad y expresión de género masculina, marcada por la presión social y el miedo de vivir como ella se sentía, una mujer. Después de la muerte de su pareja, decidió realizar la transición a mujer trans, con el apoyo de otra mujer trans “yo me amadriné con una amiga mía, ‘oye, me quiero hacer esto’”. La entrevistada explicó que conoció a mujeres trans mucho antes de realizar su transición, sin embargo, su entrada a las comunidades trans como tal o como parte de ellas, se dio hasta que se identificó y fue aceptada entre las mujeres trans como una de ellas.

En la experiencia de Laura (32), la identificación con la comunidad trans vino cuando ella tenía alrededor de 29 o 30 años de edad, como parte de su incorporación a una OSC de prevención del VIH. Ella no sugirió que ocultó su identidad, más bien lo relacionó como un período de transición prolongado. Su mayor preocupación cuando pasó de identificarse como gay a mujer trans, era la aceptación de la comunidad trans. Ya que su primer encuentro con las comunidades trans fue con el objetivo de promocionar la salud sexual en los sitios de encuentro:

La primera vez que yo fui a entregar [condones] a un antro, yo iba con muchísimos nervios, porque no sabía si me iban a aceptar o si no me iban a aceptar las chicas trans. Llegas a un círculo social o te aceptan o te

rechazan, y afortunadamente a mi sí me aceptan. Ya como te digo, me identifican, se acercan, las chicas que no se acercan yo voy y ‘ay cómo ves, mira, tengo esto’ y es más fácil ellas que se acerquen si voy yo y las abordo a que vaya un compañero mío que no es trans. Que se les hace que a veces nomás no o se alejan o no hacen caso.

Tania pone a punto de crítica dos aspectos importantes. El primero es el cómo la integración a las comunidades se da cuando dichas comunidades las aceptan, las hacen parte y las reconocen como igual. Lo otro, es el potencial de las relaciones entre mujeres trans para promocionar la salud sexual. La entrevistada sugirió que, aunque los programas de prevención de VIH en sitios de encuentro habían sido implementados con anterioridad, las mujeres trans no se acercaban. Esto cambia, cuando las otras mujeres trans perciben a quién está distribuyendo información y condones, como igual.

Del trabajo de campo se rescataron las significaciones de la “solidaridad” que surge de las relaciones entre mujeres trans. Esta se entendió como el apoyo para tener un lugar donde vivir y encontrar una fuente de ingresos “empecé a vivir con una chica, con la que tenía una estética allá en su casa, la primer semana estuve ahí y ahí le ayudaba hacer su cositas a ella” (Tania, 34). Otro aspecto importante fue el de hacer frente a las adversidades. Por ejemplo, Julieta (37) explicó que en una ocasión un grupo de mujeres trans fueron encarceladas por realizar trabajo sexual en la calle, por lo que varias de ellas se unieron para manifestarse en las instalaciones de gobierno y pedir su liberación “llegamos a hacerla de pedo y yo, y con todas las mujeres del barrio”.

La unión o solidaridad significó mucho para las mujeres trans en el terreno del trabajo sexual. Muchas de ellas mencionaron el despliegue de estrategias para garantizar su seguridad en la medida posible, cuando se iban con clientes:

Yo les decía [a otras mujeres trans] ‘mándame la ubicación y foto de con quien vas a ir’ y ese tipo de cosas. Lo hacemos para respaldar un poco de ‘se fue con tal persona’ si pasa algo te vas sobre esa

persona (Paty, 22).

En el mismo sentido otra de las participantes contó que cuando solía realizar trabajo sexual, la comunicación entre ella y sus otras amigas trans fue importante como estrategia de seguridad

Yo me acuerdo de que si yo me tardaba un poquito más ellas (otras mujeres trans) luego me hablaban [...] y así si veíamos que se tardaba y le hablábamos y decía ‘ah es que ya me vine para mi casa’. Pero sí nos cuidábamos entre nosotras (Natalia, 27).

María (31) recordó sus inicios en el trabajo sexual cuando tenía 14 años y su inserción en los sitios de encuentro y lo que significó el tener el apoyo de mujeres trans de mayor edad cuando se presentaron situaciones de peligro “ella [mujer trans adulta] me salvó una vez de ahí de la coyotera, de que me fueran hacer algo, de que me fuera a robar un pelado”.

Por otro lado, las mujeres trans involucradas en el activismo resaltaron el impacto que están generando entre las comunidades trans como una fuente confiable de información y apoyo para otras mujeres trans “se acercan mucho [otras mujeres trans]. Me gusta mucho ir a talleres, me gusta informarme, me gusta mucho leer, me gusta mucho estar actualizada y responder a todas sus dudas que un día yo tuve”. También se encontró que las mujeres trans adultas fueron una fuente importante de apoyo e información cuando lo necesitaron, por lo general con respecto a cuestiones de salud.

La integración con la comunidad trans les permitió crear percepciones y creencias sobre el VIH, el acceso a la información relacionada con el VIH e influyó en el acceso y el uso de condones. En algunos casos, la primera vez que las mujeres accedieron a los condones fue debido a que otras mujeres trans se los proporcionaron. Ellas comentaron que no había muchas explicaciones sobre cómo o por qué usarlo, pero entendieron que las relaciones sexuales sin protección podrían llevarlas a la muerte. En ese momento de su vida, cuando se unieron a la comunidad trans, las mujeres

trans mayores les hablaron y compartieron sus experiencias y las de otras mujeres trans de cómo la mayoría de ellas habían muerto por “el bicho” (el VIH).

Empecé a conocer a otras chicas que también tenían eso [el VIH] y una de las chicas que quedaba en la compañía, ella estaba enferma de VIH y ella me platicaba. Ella me enseñó muchísimo al respecto, mi primer acercamiento con esto, de este tema, fue con ella. Y me platicaba, que era lo que era, ‘terror, terror’. Siempre usó preservativo para todo, entonces el preservativo era naturalizado, siempre en mi punto personal, yo no recuerdo haber tenido sexo con alguien sin preservativo (Selmi, 38).

Prácticas de Riesgo y Estigma en las Comunidades Trans

En otro orden de ideas, las participantes expresaron que las comunidades trans fueron también el contexto de inicio de prácticas de riesgo, como el trabajo sexual, el uso de drogas y el uso peligroso de polímeros y hormonas.

Todas las personas trans emigramos, muchas veces de, de nuestra casa tenemos que migrar de otro estado, o tenemos que migrar a otro domicilio, pues para ver quién nos puede apoyar, y los únicos apoyos, o quien, si nos puede incluir pues es nuestras propias amigas trans. De ahí ya conocemos el trabajo sexual, el uso de drogas ¿sí? (Ofelia, 26).

Las mujeres trans se vieron envueltas en el trabajo sexual, si como aspecto relacionado a la integración a la comunidad trans, pero también es importante aclarar que las mujeres trans que fueron guía de las entrevistadas en aquel momento, solo pudieron enseñarles el único modo de vida o de generación de ingresos que ellas conocían. Sobre el uso de drogas se identificó que la droga se “movía” con bastante facilidad dentro de las comunidades trans “ah pues sí una [mujer trans] te saca una pastilla, otra te dice ‘traigo un pase para ponernos más padre’ o no sé, cualquier cosa (Natalia, 27). Pero no en todos los casos, las otras mujeres trans “ofrecieron” droga a las

entrevistadas, al contrario, protegieron de cierta forma a las mujeres trans del uso de drogas, como lo explicó una de las participantes:

En esa primera vez [que se vincula con mujeres trans] fíjate que fue la primera vez que yo conocí la droga, la coca. Había una amiga y la voy a querer siempre porque, fíjate que ellas se estaban drogando en camerino y yo me acerco y le digo ‘dame’ y ella estira la mano ‘¿tienes dinero?’ le digo ‘no’, ‘bueno cuando tengas dinero para comprarlo, la pruebas’ y yo [pensó] ‘hay pinche choto envidioso’ ‘esas palabras que me dices ahorita, mañana me las vas agradecer’ y hasta el día de hoy se las agradezco eternamente porque ella pudo haberme dado y tal vez me hubiera enganchado (Claudia, 69).

Otro aspecto que identificaron las entrevistadas sobre las comunidades trans fue sobre las disputas que se dan internamente. Existieron conflictos basados en las expresiones de género:

La comunidad transexual somos muy burlistas de nosotros mismos, ¿que digan que tenemos respeto? No, no tenemos respeto. Yo no soy respetada ni por el que está al lado, hay transexuales más feas, más guapas, la que tiene la pompi más deforme (Natalia, 27).

La misma participante expuso que durante un encuentro con mujeres activistas, se dio una discusión que culminó en el cuestionamiento de las identidades femeninas de quienes estaban inmersas en el “pleito” “estábamos en un grupo en donde había transexuales y tuvieron una diferencia de opiniones dos personas, y esas dos personas se dijeron hasta lo que no y se dijeron de su sexualidad” (Natalia, 27). Asimismo, se encontró que, en el contexto del trabajo sexual, otras mujeres trans solían decirles a los clientes que otras mujeres trans estaban viviendo con el VIH, para disminuir el número de clientes entre sí. El estigma del VIH también emanó de otras mujeres trans cuando las “exhibieron” por asistir a servicios de salud y/o OSC relacionadas al VIH.

Algunos clientes me dijeron ‘Oye ¿sabes qué? Aquella vieja así y así me dijo’ [que ella vivía con el VIH] y dije ‘¡Ay! ¿cómo?’ ‘Pues si, como tú eres activista y trabajas para una asociación, este pues te dan todos los medicamentos’ (Fernanda, 41).

La cita de Fernanda encaja las dos cuestiones que se mencionaron sobre las disputas dentro de las comunidades trans. Al parecer, el VIH fue instrumentalizado para crear conflictos por la lucha de clientes en el trabajo sexual. Además, el estigma instrumentalizado podría ser una barrera para que las mujeres trans acceden a servicios de salud relacionados con el VIH.

En la unidad temática anterior se dijo que el encuentro con la comunidad trans se relacionó con el encuentro de la identidad de las entrevistadas. Dichos encuentros también se vincularon con los procesos de afirmación de género, los cuales generalmente se realizaron en parejas (mujer trans y mujer trans) e iniciaron en los contextos de las comunidades trans. De los primeros pasos hacia la transición que se evidenciaron fueron el uso de prendas femeninas, subsecuentemente se adoptó el uso de hormonas y otras sustancias como los biopolímeros.

Las entrevistadas sugirieron que el conocimiento sobre la disponibilidad de esos métodos para transicionar físicamente los conocieron por medio de otras mujeres trans que ya los utilizaban “Conocí a estas chavas [trans] y lo primero que me recomendaron fueron las hormonas” (Natalia, 27); “empecé a escuchar por amigas y, amigas me empezaron a recomendar de que ‘ponte eso, ponte lo otro’. Al principio sí era muy exagerada me metía de que 4-5 inyecciones por semana” (Paty, 22). La aplicación, tanto de hormonas como biopolímeros, solía hacerse en pares. Fernanda (41), compartió su experiencia con el uso de polímeros entre ella y otra amiga mujer trans:

Una amiga y yo nos inyectamos una a la otra polímero. Lo compramos en la Ciudad de México, es más lo mandamos traer pedir ¡Todavía! Lo mandaron por paquetería. Entonces es un polímero, bio-polímero, que

supuestamente no hace daño, que no sé qué, pero bueno total de que te lo dicen así para vendértelo ¿no? Entonces como somos muy chingonas, y pues te inyectas una a la otra. Entonces como esa presión social de ‘que pareces mujer, pero te falta culo, te falta nalga, te falta cadera’ pues ándale ahí tienes a las dos putas inyectándose, ¡y corriendo riesgo!

Porque terminamos en el hospital, cuando nos terminamos de inyectar.

Lo anterior trae a analizar si las mujeres trans compartieron agujas en los procesos de afirmación de género realizados en pares. Aunque ninguna de las entrevistadas mencionó hacerlo, una de ellas sí lo identifico como una ruta importante de riesgo para el VIH.

Muchas chicas trans se meten en tratamientos para feminizar su cuerpo y en ocasiones se inyectan biopolímeros etcétera, y a veces es ‘mira mana, me quedó... ten’ [le dice una a la otra ofreciéndole el producto en la jeringa], se comparten agujas, así como personas usuarias de drogas, se repente comparten agujas (Laura, 32).

Cabe señalar que Laura era una persona involucrada con la prevención del VIH, y esto pudo hacerla identificar el uso compartido de agujas como una ruta de riesgo, que para otras pasó desapercibido. Las cuotas anteriores resaltan el peso de la presión social como una fuerza que empujó a las entrevistadas y a sus amigas a hacer uso de sustancias que atentan con la salud. Actualmente, el uso compartido de agujas para aplicarse hormonas, polímeros u otros aceites como medio de transmisión, es relativamente nuevo en la exploración de las conductas de riesgo para VIH, específicamente en las comunidades trans y se ha vinculado con la búsqueda grupal de la afirmación del género (Sevelius, 2013; Wilson et al., 2014).

El concepto de capital social podría explicar también este aspecto, utilizando el elemento de conexión a nivel grupal. Las citas parecen sugerir que en comunidades de personas que se reconocen como iguales, también los procesos de legitimación de

la identidad se dan de forma parecida. Entonces, no es de extrañar que este sea el contexto donde se dan con mayor fuerza los procesos de afirmación de género.

Comunidades Trans y Sitios de Encuentro/Ambiente: Procesos de Socialización y Disputas

Esta unidad temática tiene como objetivo presentar el análisis de la información recabada durante el trabajo de campo en los sitios de encuentro y ambiente. Dichas notas, añadieron sentido e información a las dinámicas dadas dentro y entre las comunidades trans, y con respecto al trabajo sexual con los clientes. Los sitios de encuentro/ambiente fueron descritos en su mayoría, por las participantes como lugares para el intercambio sexual comercial, pero en algunos casos también como sitios de diversión. Darío (23), explicó con claridad los sitios de encuentro en cuanto a lo que representan para las sexualidades de las personas que acuden ahí y para las mujeres trans que realizan trabajo sexual:

Bueno, normalmente si bien hay diferentes tipos de sitios de encuentro, los que se perciben por ejemplo, por lo menos en Nuevo León, tienden a ser normalmente sitios muy digamos, escondidos o como muy discretos, ya que también suele suceder que la población trans, que se dedica, por ejemplo, al trabajo sexual, pues bueno también atienden a una población de hombres que no necesariamente se identifiquen como homosexuales. Entonces pues bueno estos contactos tienden a ser bastante cerrados, o bastante discretos. También creo que algo que, algo que interfiere mucho en como son los lugares de encuentro, es la cuestión de la seguridad. De cómo existe como una fuerte represión o un fuerte, como un sentido de persecución de la sexualidad en general, más de lugares donde literal son lugares en los cuales la gente va a tener relaciones [sexuales]. Pues bueno estos lugares tienen que permanecer un poco discretos, este para evitar que tengan problemas con la seguridad pública etc.

Las sexualidades e identidades de las disidencias sexuales han sido constante objeto de vigilancia y castigo social. Los sitios de encuentro representan espacios donde las personas pueden crear tanto redes sociales como sexuales, sin tener que ocultar su identidad u orientación sexual. De la puerta para adentro, los sitios de encuentro/ambiente presentan un mundo distinto, que siempre ha existido, pero ha sido obligado a permanecer subrepticio y marginado, fuera de la mirada social porque rompe las normas sociales, “incómoda”. Los sitios de encuentro cumplieron dos funciones para las entrevistadas, el interactuar con otras mujeres trans y crear redes sexuales. Para contextualizar los resultados de esta unidad, es importante mencionar que se acudió a seis sitios de ambiente/encuentro del área metropolitana de Monterrey, caracterizados por la afluencia de mujeres trans. Aquí solo se incluyen las descripciones de tres de ellos, ya que los últimos tres no sumaron información relacionada a los objetivos de este estudio.

El primer sitio (A) y más relevante, abre los 365 días del año las 24 horas del día, aquí se congregaron una multiplicidad de personas de la diversidad sexual. Aquí se encontraron personas con orientaciones sexuales heterosexuales, gay, lesbianas. Además, mujeres y hombres transgénero, transexuales, travestis; bisexuales, no conformes con el género, “osos”, chacales, mujeres y hombres cisgénero. Fue difícil establecer un rango de edad para las personas que acudieron ahí, dado que fue un lugar donde no se pidió identificación para entrar. Sin embargo, se encontraron personas menores de edad, aproximadamente 16 años hasta personas de más de 60. Las personas en su mayoría parecieron de ingresos bajos, pero también se observaron personas de ingresos medios y altos. Este sitio fue el más emblemático entre las comunidades trans y fue punto estratégico para el trabajo sexual.

El sitio A contaba con cuatro salas de “diversión” distintas. La primera presentó “show travestis”, los meseros fueron hombres cisgénero jóvenes, no mayores de 25 años, vestidos únicamente con bóxer, lentes oscuros, tenis, una mariconera de lado

para guardar el dinero y algunos con cachucha. Los meseros eran trabajadores sexuales. Todos ellos bailaron dentro de una regadera de cristal posicionada al público, con poca iluminación, pero suficientemente visible para el público. Cabe señalar que las regaderas para hacer *striptease* fueron espacios simbólicos del trabajo sexual en los sitios de encuentro, ya que la exhibición de los cuerpos, la masturbación y el baile en ellas, les permitieron conseguir clientes.

Toda la decoración (baños, pisos, imágenes en paredes, regaderas), fue una forma de sexualizar el ambiente. Las mujeres del show travesti no parecieron participar en dinámicas de trabajo sexual, nunca se les vio ser abordadas por hombres, ni mediar algún tipo de negociación sexual. Salvo durante el performance del show, algunas personas se acercaron a entregarles dinero como una forma de propina o reconocimiento a la personificación de la artista interpretada. Entre las artistas encarnadas estuvieron Ana Gabriel, Amanda Miguel y Mon Laferte. Las mujeres trans que se observaron en esta sala por general ya estaban sentadas en las mesas con clientes o bien, acudieron a ver el show travestí. En esta sala no se observó negociación sexual, por lo general, esta sala es la más tranquila y las personas que se posicionaron ahí fue con fines de diversión.

La segunda sala fue muy representativa porque aquí se congregaron las mujeres trans adultas mayores y mujeres trans que a simple vista parecieron adolescentes, en etapas tempranas de procesos de transición. Las mujeres trans adultas mayores generalmente se observaron con clientes, pegadas a las paredes del lugar en vías de obtener una posición estratégica para observar a los transeúntes o posibles clientes, el maquillaje era un poco grotesco y las pieles les lucían caídas por la edad, pero no había atisbos de debilidad en las miradas. La negociación sexual y los modos de socialización por parte de este grupo de mujeres trans fue siempre un poco más agresiva, indiferente y siempre a la defensiva. Esto quizás por las múltiples experiencias adquiridas a lo largo de sus vidas “que las pinches ya chingonotas peludas, pues ya nos podemos

defender” (Fernanda, 41). Todo en la expresividad corporal de estos grupos de mujeres trans representó defensa, desde la mirada hasta la posición de los brazos.

Por otro lado, las mujeres trans más jóvenes en esta sala se observaron por lo general solas, sin otras mujeres trans a su alrededor. En contraste con las representaciones de defensa de las mujeres trans adultas, estas mujeres trans emanaron vulnerabilidad y miedo. La negociación sexual con clientes potenciales fue a simple vista, siempre de sumisión. Hipotéticamente, estas mujeres tendrían mayor riesgo de adquirir el VIH, por la falta de habilidades de negociación del uso del condón y habilidades de afrontamiento, las cuales sí se evidenciaron a las mujeres trans adultas. Los hombres clientes potenciales en esta sala, fueron por lo general mayores de 40 o 50 años, fueron en grupos, pero en su mayoría solos. Se vio por la vestimenta que la mayoría de ellos acudió ahí al salir del trabajo. Los hombres parecieron de clase baja, la mayoría obreros, trabajadores del mercado que se encuentra muy cerca de ahí. Este espacio congregó a los hombres “de bota y sombrero”, de los que una de las participantes habló en referencia al estereotipo de hombre regio que se esconde a la vista pública, y que vive su sexualidad en lo oculto.

La tercera sala y más importante, fue el terreno más rico de observación. La distribución de espacios, sobre en esta sala, adquirió significaciones para el trabajo sexual. En medio de la sala había una pista, por dos de los lados había mesas con sillas, en los otros dos lados estaban ubicados la cabina del DJ y la barra de venta de alcohol, respectivamente. Al lado de la barra siempre se congregaron mujeres trans de entre 4 hasta 10, por lo general grupos de jóvenes en los que se incluyeron una o dos mujeres trans de mayor edad. Ellas por lo general fueron acompañadas de hombres gay. Este espacio fue el más estratégico para conseguir clientes, dado que estaba a un lado de los baños. Entonces, los hombres que pasaron por ahí fueron generalmente fueron abordados por las mujeres trans.

La forma de abordar a los clientes potenciales fue por lo general de una

forma agresiva, entre jaloneos y golpes. En una de las observaciones una mujer trans jaló a un hombre que pasaba al baño, para ofrecer el trabajo sexual, cuando el hombre dijo que no la mujer trans le dio una cachetada y el hombre se fue. Otro de los datos importantes fue la unión de los grupos de mujeres trans ante actos de violencia por parte de hombres cisgénero, a los que ellas llaman chacales por ser hombres que van a los sitios de encuentro a encontrar parejas sexuales, dígase trans, mujeres cis u otros hombres cisgénero sin tener que pagar necesariamente por la relación sexual.

En repetidas ocasiones, estos hombres tocaron los cuerpos de las mujeres trans al pasar por el lugar donde estaban ubicadas y la afectada respondió con golpes, al unísono las demás mujeres trans que le acompañaban se pararon en modo de defensa y también golpearon al hombre. Nunca, en este tipo de eventos, el hombre y sus acompañantes respondieron a los golpes, solo se alejaron. Lo anterior, se evidenció como acordé a lo que las entrevistadas expresaron sobre la importancia de la unión de otras mujeres trans cuando se presentan situaciones de riesgo o violencia por parte de otras personas.

La barra de venta de alcohol fue quizás el lugar más importante para que la investigadora hiciera contacto con mujeres trans. Cabe señalar, que en ningún caso pudieron ser abordadas a mayor profundidad porque las mujeres trans que acuden a este lugar van con fines exclusivos de trabajo sexual, por lo que cualquier otra situación supone una interrupción en su trabajo. Esto lo corroboró una de las entrevistadas cuando se discutió el tema de los sitios de encuentro como medio para abordar a otras mujeres trans “es que es cierto, vas al entorno donde trabajan [las mujeres trans], donde andan drogadas, donde andan tomadas y entonces es muy difícil” (Tania, 34). Sin embargo, se dieron períodos cortos para entablar conversaciones con ellas, y compartir información sobre las dinámicas del lugar.

Durante las locaciones de la investigadora en este espacio, se dio la oportunidad de compartir con mujeres trans que vendían droga. Mientras la mujer trans hablaba con la investigadora, otros sujetos se acercaban a ella para compra desde marihuana y

“coca” hasta “foco”. El movimiento de la droga en estos sitios es claro y no se da de forma oculta, incluso en una ocasión se presencié como los de seguridad de este lugar sacaron cargando a un muchacho, posiblemente con sobredosis, ya que llevaba espuma en la boca. Lo sacaron a la calle, lo dejaron en la banqueta y cerraron la puerta.

Otro espacio importante para socializar con mujeres trans fue el baño. El sanitario de la tercera área tenía en las paredes dos carteles referentes a la prevención del VIH, específicamente en mujeres trans. En ambos carteles se mostraba a una mujer trans con leyendas de promoción al uso del condón “En el jale siempre protegida”, “Usar condón contribuye a prevenir el VIH y otras ITS” y:

¿Por qué es aconsejable realizarme la prueba del VIH? Porque es la única manera de saber si se tiene VIH para que no vivas con incertidumbre.
Para promocionar cuidados especiales en beneficio de tu salud. Para que ejerzas tu sexualidad de una forma plena y responsable.

Los carteles únicamente enfocados a las mujeres trans, evidenció una focalización intensa a esas poblaciones y el riesgo que tienen de adquirir el VIH. En los baños de hombres, de acuerdo a lo que comentó un acompañante, no tenían carteles alusivos hacia el uso del condón. Entonces, esto sugiere que la responsabilidad de la prevención recayó solo en las comunidades trans. Estos carteles, fueron financiados por la “Décima Sexta Emisión del Programa Proequidad del Instituto Nacional de las Mujeres”. Aunque el cartel mencionó que dicho programa “no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (os) autores del presente trabajo [una OSC]”, dejó ver que existe interés en este grupo de personas y la vulnerabilidad que tienen de adquirir el VIH. Además, El que sea el Instituto Nacional de las Mujeres, quien seguramente revisó y aprobó la propuesta del proyecto, significa mucho en materia tanto política, como de legitimización de la identidad como mujeres.

Cuando la investigadora se acercó a tomar una foto de los carteles, una mujer trans corrió para ponerse al lado de ellos, se puso el dedo en la boca, levantó el pie y

poso para la foto. Esto pudo significar que la mujer trans tenía una percepción positiva con lo que presentaba el cartel y lo más importante, que se identificaba o con la mujer o con el uso del condón en el trabajo sexual o con ambas.

En este sitio de encuentro se encontró claridad sobre por qué hablar de comunidad trans es erróneo, y hablar de comunidades trans es más certero. Los conflictos o disputas de los que hablaban las entrevistadas, se evidenciaron en este sitio de ambiente. Las mujeres trans que acudieron en grupos no mostraron empatía con otras mujeres trans por el hecho de ser trans. Al contrario, entre grupos de mujeres trans, entre mujeres trans jóvenes y adultas, las disputas estuvieron bien marcadas. Las miradas de las mujeres trans al ver pasar otras mujeres trans que no eran conocidas, que no formaban parte de sus grupos o con las que tenían enemistad, fue por lo general en forma agresiva. Existe una lucha constante en estos espacios por el cliente, por el trabajo sexual, por el dinero que representan estos para poder vivir. Los cuerpos entre ellas realzan lo que comentó Natalia (26), sobre la lucha de quién es más bonita, quién evidenció transiciones más pronunciadas a pasar. Julieta (37) comentó en este sentido, que las mujeres trans modifican sus cuerpos “porque entre más bonita, más clientes”.

En variadas ocasiones se presenciaron peleas físicas entre ellas por la lucha de clientes, en algunos casos por rencillas dadas en los sitios de encuentro en la calle. De igual forma, por la lucha del “punto” donde se hace trabajo sexual y que en algún momento fue tomado por otra. La disputa por los “puntos” y por clientes, se mostró con mayor fuerza entre mujeres trans “nacionales” con migrantes, y de mujeres trans “locales” con mujeres trans provenientes de otros estados. En el primer caso, fue muy curioso, y se presenció casi al final del trabajo de campo en este sitio de encuentro, aproximadamente entre enero y febrero del 2019.

Cuando había mujeres trans migrantes, de El Salvador, Guatemala y Honduras, la presencia de mujeres trans “nacionales” fue escasa. Al platicar con las mujeres trans migrantes comentaron que en general no eran aceptadas por mujeres trans de México. A

ellas siempre se les observó en grupos grandes, a lo que comentaron que es la forma en que vinieron migrando desde sus países de origen y ese apoyo mutuo entre mujeres trans migrantes significó mayor fuerza para hacer frente tanto a actos de violencia y peligro por clientes, como para enfrentar a otras mujeres trans en la lucha por territorio del trabajo sexual.

El segundo y tercer sitio (B y C) aunque también acudieron muchas mujeres trans, aquí la mayoría asistieron con fines de diversión y entretenimiento. El nivel económico de las mujeres trans fue más alto, en comparación con las mujeres trans del sitio A. Esto se apreció a través de las vestimentas y el poder adquisitivo para pedir licores de precios “altos”, en comparación del sitio A donde la cerveza es la bebida más tomada y de bajo precio. Las mujeres trans que se abordaron en estos sitios fueron generalmente foráneas, que vinieron a Nuevo León con fines de trabajo sexual concretado por citas en redes virtuales.

En algunas ocasiones se tuvo la oportunidad de platicar con ellas, siempre en el baño. Comentaron que venían de Playa del Carmen, Nayarit y Guadalajara. Esto se contrastó a través del sitio mileróticos (Majestic Solutions, n.d.), el cual es un sitio web donde las mujeres trans generan un anuncio de trabajo sexual. El sitio mostró que muchas mujeres trans acudieron al área metropolitana de Monterrey como parte de una travesía a lo largo de la República Mexicana para hacer trabajo sexual. Dentro de lo que se pudo platicar con las chicas de estos sitios fue que ellas no iban a estos espacios para realizar trabajo sexual, sino para divertirse. Los clientes siempre los concretaban por medio de internet, que también representó un espacio más seguro, dado que no siempre tuvieron redes con otras mujeres trans a las ciudades a las que iban.

Uno de los mejores ejemplos que evidencia la diversidad entre comunidades trans fue el Trans PULSE Ontario Project (Scheim, Bauer, & Coleman, 2015), una investigación basada en la comunidad que buscó conocer el impacto de la exclusión social y la discriminación en la salud de personas trans en Ontario, Canadá. El estudio

integró mujeres trans *first nations* (aborígenes o indígenas canadienses), de color, en estado de calle, trabajadoras sexuales, desempleadas o con alguna discapacidad. En un encuentro directo con la creadora e investigadora principal del proyecto (Dra. Bauer) durante la estancia de investigación de la investigadora principal de este estudio, comentó que el acercamiento con las comunidades trans ha permitido afirmar que no se trata de una sola comunidad trans, sino de variadas y diversas, diferenciadas, por identidades sociales como la raza, la fuente de ingresos, la nacionalidad.

Relaciones Interpersonales con Gays y Lesbianas

Ver figura 15 para la síntesis gráfica de la unidad temática.

Figura 15. Nivel de redes, unidad temática de relaciones interpersonales con gays y lesbianas

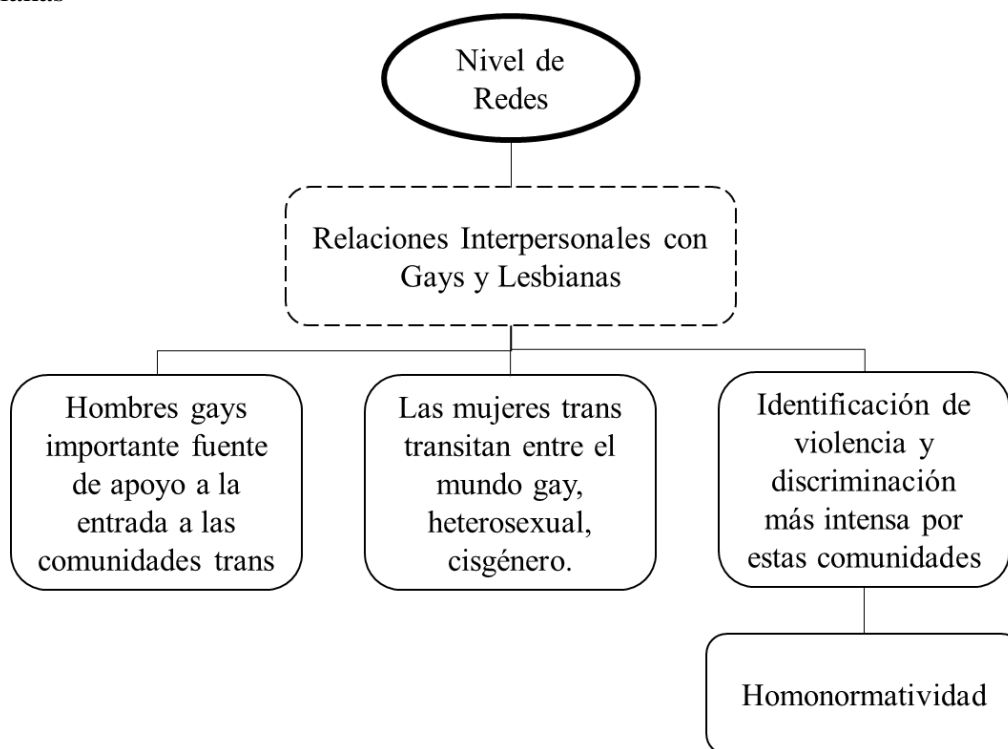


Figura 15. Esquemización de Resultados de las Unidades Temática de Relaciones Interpersonales con Gays y Lesbianas del Nivel de Análisis de Redes. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

La aparición de otro tipo de redes fuera de las comunidades trans no tuvieron tanto peso en las narrativas de las participantes. A parte de las comunidades trans, solo las redes de socialización con hombres gay fueron las más evidentes. Las relaciones con estos grupos de personas, especialmente con hombres gay se dio conjuntamente con la entrada inicial a las comunidades LGBTTTIQ+. Por ejemplo, Paty compartió que el “mundo trans” lo conoció en compañía de un amigo gay, sin embargo, al final de la narrativa lo que tuvo más peso fue el conocer a otras mujeres trans.

Es que con el amigo que conocí fue con el que empecé a conocer el mundo como que trans, gay, todo eso, o sea ya lo conocía yo antes, pero fue con el que empecé a conocer más amigas trans, más amigos gays y todo ese tipo de cosas, y fue donde empecé como que a querer pues ya cambiar, querer verme Luna y sí, pues yo creo que más que nada eso fue eso lo que me motivó, como que ver a chicas trans, ver a mis amigas ver a tantas conocidas que ahora tengo por esas personas (Paty, 22).

De forma similar Natalia (27) compartió que en compañía con un amigo gay fue como conoció a otras mujeres trans

En la secundaria conocí a mi mejor amigo que también era gay que nos juntábamos mucho y conocimos a varias mujeres transexuales, conocimos a varias chicas y me gustaba la manera en la que se arreglan, se maquillan, todo fue lo que más me gustó, nunca pensé ser transexual yo, yo pensé que siempre iba a ser gay.

En general, las narrativas de las entrevistadas sugieren que las redes establecidas con hombres gay, supusieron una fuente de apoyo antes y durante los procesos de entrada a las comunidades trans. Parece ser que, una vez que las mujeres trans encontraron y entraron a dichas comunidades, el sentido de pertenencia cambia. Asimismo, el valor que se le dio a los hombres gay como fuente de apoyo se muda a las comunidades trans. En este sentido durante el trabajo de campo en los sitios de

encuentro se notó que, aunque los grupos de mujeres trans van algunas veces acompañadas por hombres gay, la interacción más cercana se dio solo con las mujeres trans. Estando un grupo de mujeres trans y hombres gay se pudieron percibir dos grupos en uno, como si estuvieran juntos, pero a la vez no. Las mujeres trans parecieron transitar entre el mundo gay, trans y heterosexual y cisgénero. Por un lado, las personas más cercanas fuera de las comunidades trans fueron hombres gay y sus parejas están en el mundo hetero y cisgénero

Por otro lado, la violencia y la discriminación por parte de personas lesbianas y gays fue, en algunos casos, incluso más fuerte que la que experimentaron por parte de personas fuera de las comunidades de la diversidad sexual. Existió una percepción dentro las entrevistadas sobre que gays y lesbianas las percibieron como “apéndices”.

Dicen también, ‘ahí viene la jota’, ‘la vestida’ o ‘mi amigo’. Yo siempre he dicho que, muchos de los gays y las lesbianas no nos perciben como mujeres trans, sino como apéndice de ellos. Es como el gay que ahora se viste de mujer o se siente mujer, y que ahora se llama como trans, pero en realidad es gay, ‘¡una jota loca!’ (Julieta, 37).

Mientras que en las relaciones interpersonales donde la discriminación es una constante moldeada por la hetero-cisnormatividad, en el caso del establecimiento de relaciones con gays y lesbianas, se encontró que se suma la homonormatividad ¿Cómo es esto? La homonormatividad infiere que ser homosexual es correcto, mientras que las demás orientaciones sexuales, e identidades deslindadas del sexo asignado al nacer, son incorrectos o tienen menos valor (Moreno Sánchez & Pichardo Galán, 2006). En este sentido, gay y lesbianas no violentan el orden sexo-género y de cierta manera, se adhieren a la normativa social normal. Las mujeres trans, por otro lado, son sometidas al yugo hetero-cis y homonormativo, enfrentando múltiples formas de discriminación.

Síntesis del nivel de redes.

De lo establecido por el MSEM sobre el riesgo de adquirir el VIH en el nivel

de redes, todos los elementos integrados se evidenciaron en las narrativas de las entrevistadas. La familia, las parejas sexuales, las comunidades trans (como redes de amigas) y otras redes como hombres gay y mujeres lesbianas fungieron tanto como redes de apoyo como fuentes de estigma.

A pesar de que el MSEM menciona los elementos encontrados, no permitió explicar ni comprender cómo y por qué las relaciones con redes de familia, parejas sexuales, comunidades trans y otros, se vuelven de apoyo o rechazo. Para lo anterior fue necesario introducir otros conceptos teóricos como interseccionalidad a nivel familiar y el capital social para comprender las relaciones con comunidades trans y hombres gay.

Nivel Comunitario

El MSEM identifica como elementos relacionados al riesgo del VIH a nivel comunitario, contextos donde se promociona la salud o que pueden ser fuentes de estigma como contextos de salud, educación, justicia y trabajo. Las normas sociales y cultura son incluidas en este nivel y se consideran como forjadas por fuerzas socio-estructurales. Las normas sociales pueden incrementar el riesgo del VIH o aminorarlo. Concerniente al nivel comunitario se encontraron las siguientes unidades temáticas.

Impacto y Visibilización de Temas Trans en los Espacios Públicos

La síntesis gráfica de esta unidad temática se encuentra en la figura 16. Durante el trabajo de campo, se encontró que la población trans se localizó en un proceso activo de visibilización y decantamiento de la población de HSH y de la comunidad LGBTTTIQ+ como unidad totalizadora. La introducción de temas relacionados a la población en espacios públicos, está jugando un papel importante a nivel social, colectivo e individual. Durante las entrevistas uno de los informantes, se refirió a que más allá de que el número de personas que se identifican como trans haya aumentado, esto se debe a que el tema se ha hecho más visible públicamente “a partir de que se empieza a ser como un tema de mayor conocimiento o que empieza a usarse más a nivel público, mucha gente empezó a aceptar su transición públicamente” (Darío, 23).

Figura 16. Nivel comunitario, unidad temática sobre el impacto y visibilización de temas trans en espacios públicos

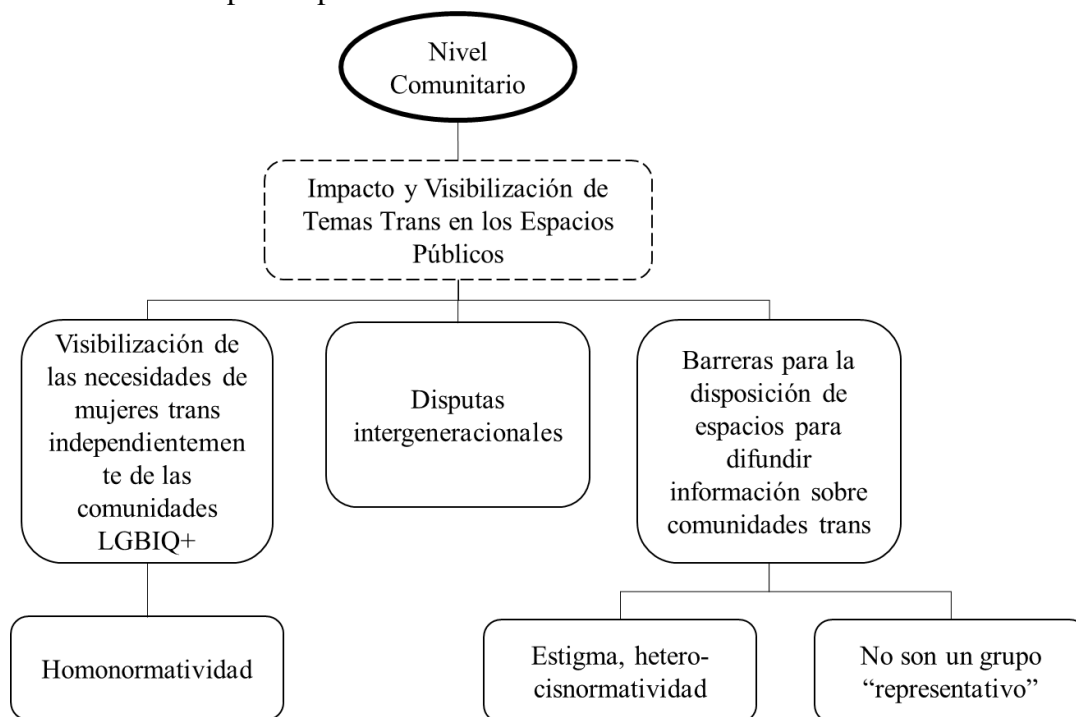


Figura 16. Esquemmatización de Resultados de la Unidad Temática de Impacto y Visibilización de Temas Trans en los Espacios Públicos del Nivel Comunitario. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

El mismo informante mencionó, que en la UANL había muchas personas de la comunidad LGBTTTIQ+ que se identificaban como gay o lesbiana, sin embargo, cuando la temática adquirió mayor visibilidad y aceptación, muchos decidieron hacer visible su identidad trans “De considerarse o de haberse asignado a sí mismas como de identidad lésbica o de identidad homosexual, de repente pues dijeron, ‘bueno resulta que no, resulta que soy una persona trans’ ‘¡Voy a comenzar una transición!’”.

La población trans se ha considerado la más pequeña de las comunidades LGBTTTIQ+, y en ello parece estar influyendo el estigma y la discriminación social activadas por la subversión a las normas y sistemas sociales. Al hablarse con mayor frecuencia sobre mujeres trans, ya sea por la creciente visibilización

o “penalización” de actos discriminatorios, este grupo empieza a cobrar presencia en los espacios públicos. Julieta (37) mencionó que, a través de la visibilización de los temas relacionados con la población y la creciente aceptación del género como categoría independiente, las mujeres trans pueden aceptarse con mayor apertura “las mujeres trans siempre han existido, pero que siempre estuvieron ocultas por el miedo, el rechazo y el demás ¿no? Yo siempre he dicho que ser una mujer trans o un hombre trans es cosa de valientes”.

Otro punto que emergió sobre la visibilización de temas trans y visibilidad pública, fueron las barreras. Mientras que en los demás contextos donde la discriminación es una constante moldeada por la hetero-cisnormatividad, en el caso de las comunidades de la diversidad sexual, se encontró que se suma la homonormatividad como barrera para visibilizar de manera independiente sus necesidades.

Somos las caídas de la LGB. Estamos trabajando a nivel global, la desvinculación del discurso LGB con el discurso trans, que es necesario, ese separatismo. No es por mala onda, es simplemente porque nosotras necesitamos ¡ya! visibilizar nuestras problemáticas, nuestras violencias desde nuestras propias perspectivas (Julieta, 37).

Sobre las marchas de la diversidad sexual, además de los conflictos que se dieron entre comunidades de la diversidad sexual, en el 2018 se dio la disputa intergeneracional. Ese año hubo dos marchas, para contextualizar un poco es necesario mencionar que en la marcha del 2017, las generaciones de líderes activistas de las comunidades LGBTTTIQ+ “pasaron la batuta” a las generaciones más jóvenes de activistas al final del evento de la marcha, en un acto público. Para inicios del 2018 los conflictos se empezaron hacer notar. Las generaciones de activistas que cedieron la marcha a las otras generaciones, dieron marcha atrás con la decisión y se hizo de conocimiento público que serían de nueva cuenta ellas y ellos quienes organizarían la marcha.

Es difícil decir con certeza cuál fue la razón para la toma de decisiones en este asunto. En discusiones en redes sociales se dijo que se debió a la inconformidad de los líderes anteriores sobre cómo los “nuevos” organizarían el evento. Por su parte, los “nuevos” comentaban que se tratada de conflictos económicos, ya que dicha marcha tenía un financiamiento “grande” asignado. Lo que sí fue evidente, fue que las generaciones de jóvenes sintieron que las generaciones anteriores no representaban sus necesidades como jóvenes. Y las generaciones de líderes anteriores, mencionaron que los jóvenes estaban planeando una marcha para celebrar y la marcha, se supone, es para visibilizar la lucha y las violencias.

Por otro lado, concierne a las barreras que enfrentaron las mujeres trans y otras comunidades de la diversidad sexual en la visibilización pública, se encontró que algunas instituciones educativas ponen barreras para el esparcimiento de información y desarrollo de talleres relacionados a esas comunidades. De acuerdo con Darío (23), los obstáculos más comunes en la UANL para presentar conferencias o actividades relacionadas con las comunidades universitarias LGBTTTIQ+, fue la disposición de espacios “No se nos daba la apertura de trabajar en todas partes”.

Otro tipo de barreras, fueron los que se les presentó a la organización Universitarios por la Equidad y una Sociedad Íntegra e Incluyente (UNESII), para legitimar su presencia como un grupo de universitarios de la diversidad sexual. Estas barreras, de acuerdo a Darío, tuvieron que ver con brechas generacionales entre quienes solicitaban el reconocimiento de la organización y quienes lo otorgaban. Cuando se trató de personas jóvenes, el discurso era aprobatorio o positivo con relación a lo que se buscó hacer, mientras que, en las personas adultas el discurso fue diferente.

Nosotros nos dimos cuenta que normalmente era por cuestiones de prejuicios, y que existía una brecha generacional ¡muy directa! ¡muy concreta! en cuanto a que quienes más se oponían eran personas ya de una edad avanzada, pero que también eran las personas que tenían mayor

poder de decisión dentro de estas cuestiones administrativas. Cuando llegábamos a personas más adultas, pues ya veían todo de una forma muy estigmatizada. Una vez, incluso, una persona comentó que si queríamos hacer un show travesti (Darío, 23).

Las diferencias ideológicas generacionales, son producto de una transición histórica. Lo que aquí se evidenció, fue que los grupos que se encontraron a cargo de la toma de decisiones tendieron a conservar patrones ideológicos tradicionalistas. La institución obstaculizó la difusión de la información a través de la vedación de espacios, de tal manera que dio por entendido que “acepta” a la organización en la institución, pero no facilita el desarrollo de sus objetivos. También, se encontró que la representatividad de la población, fue utilizada como causa para la facilitación de espacios universitarios “la excusa que nos dan, es que no somos un grupo representativo ¡de! la universidad, entonces no contamos con el apoyo tal cual de la institución” (Darío, 23).

Así, como para la generación de políticas y para el Sistema Nacional de Salud, las cantidades respaldan la importancia de un fenómeno, en este caso sucede lo mismo. El paradigma hegemónico cuantitativo se ha infiltrado en las instituciones y organizaciones que reglamentan el orden social, de tal manera que han impuesto en los números, la importancia de un grupo en términos de representatividad o significancia. Lo cual es curioso, considerando que los grupos integrados dentro de las comunidades LGBT se consideran minoritarios y este estigma numérico ha acarreado severas consecuencias sociales y de salud.

Algo similar a lo narrado por Darío surgió en la narrativa de una de las participantes, sobre la dificultad enfrentada para realizar un taller de sensibilización “no nos dejan participar con programas sociales que podamos por decir, dar un taller en el museo, dar un taller en el centro comunitario hablando de la sensibilidad de la comunidad [...] pues, estamos excluidas como locas, como pues ‘¿Cómo le vas hacer

caso a una trans?” (Ofelia, 26). De las notas de campo, se rescataron los datos sobre las dificultades administrativas para la organización de la “Semana de la Diversidad Sexual UANL” y la cancelación por parte de la Universidad de Monterrey (UDEM) de conferencias dirigidas por mujeres trans.

Las notas de campo se basaron en las discusiones en los espacios virtuales relacionados a ambos eventos. Los comentarios en redes estuvieron marcados por una amplia percepción de las personas trans hacia el rechazo de sus identidades. El primer caso fue muy notorio, ya que precisamente se relacionó con el despido de uno de los profesores (hombre trans) de la Facultad de Psicología, quién después de solicitar la terapia de remplazo hormonal en el Hospital Universitario enfrentó barreras en la institución hasta su despido. Sobre el caso UDEM, El Norte (2018), publicó una nota que relató la cronología de eventos donde la universidad canceló las conferencias que se planearon fueran impartidas por mujeres trans:

La Universidad de Monterrey (UDEM) canceló la participación de Ophelia Pastrana, una conocida mujer transgénero, empresaria y tecnóloga, en una conferencia que se otorgaría a los alumnos de esta universidad sobre métodos para evitar el rechazo. Tras el revocó de la invitación, los estudiantes calificaron la cancelación como un acto de discriminación y transfobia [...] No solo la participación de Pastrana fue cancelada, las autoridades universitarias informaron a la Comunidad de Representación de la Diversidad Sexual de la UDEM que el permiso para que la activista trans Sylvia Sofía Pérez participara en un diálogo sobre género programado el pasado lunes “no se había tramitado” [...] Asimismo, en marzo pasado la Red Universitaria de Promoción de Derechos Humanos de la UDEM realizó un ciclo por el Día Internacional de la Mujer, al cual fue invitada Dania Gutiérrez, bioingeniera y científica trans. Sin embargo, las autoridades escolares cancelaron su

participación al afirmar que “la UDEM no se encontraba en buenos momentos para recibirla”. Meses posteriores, la Vicerrectoría de Formación Integral señaló que “no querían que se confundiera la línea entre aceptar y promocionar a las personas trans” (El Norte, 2018).

Acceso a la Educación

En relación al acceso a educación, se encontró que, además de que la deserción escolar emergió como consecuencia del rechazo familiar, la violencia y la necesidad de defenderse dentro de las instituciones medio la salida escolar anticipada de algunas de las entrevistadas (ver figura 17).

Fui corrido de la escuela porque le puse una pedrada a un muchachillo, lo descalabré y fui corrido porque me decía muchas cosas me agarraba mucho al carro... no fui corrido sino que mi papá ya no quiso que fuera. Dijo ‘ya no vas a ir’ (Ale, 57).

El acceso a la escuela en el caso de Ale, fue atravesado por la violencia ejercida sobre ella, la defensa física que implementó y quizás, por el miedo del padre a que siguiera siendo violentada. La necesidad de defenderse de las agresiones físicas de los compañeros en la escuela se identificó como parte fundamental para permanecer en la escuela y para reducir la violencia y “bullying”. Otra de las entrevistadas platicó sobre la intensificación de la violencia escolar sobre ella, en el período de la secundaria. Esto lo vinculó a que en ese período sus expresiones femeninas estuvieron más marcadas y la defensa entonces se hizo necesaria:

Un día voy al baño, voy entrando y me encuentro a uno (compañero) y que me cierra la puerta y que me dijo ‘hey! una flor para otra flor’ y me trajo una florecita y yo me le quedé viendo así [fijamente], pero no le dije nada, aunque si me gustó. Pero al momento me dijo ‘ten’ ‘ah ¿no la vas a agarrar?’ y haz de cuenta me suelta y me empieza a pegar [simulando ruidos de golpes], me tiró al piso. Entonces en ese momento yo tomé

valor y lo azoté en el piso [...] Todos supieron que yo le había pegado, porque me lo fueron a quitar porque haz de cuenta porque gritaba. (Hilda, 39).

Figura 17. Nivel comunitario, unidad temática de acceso a la educación

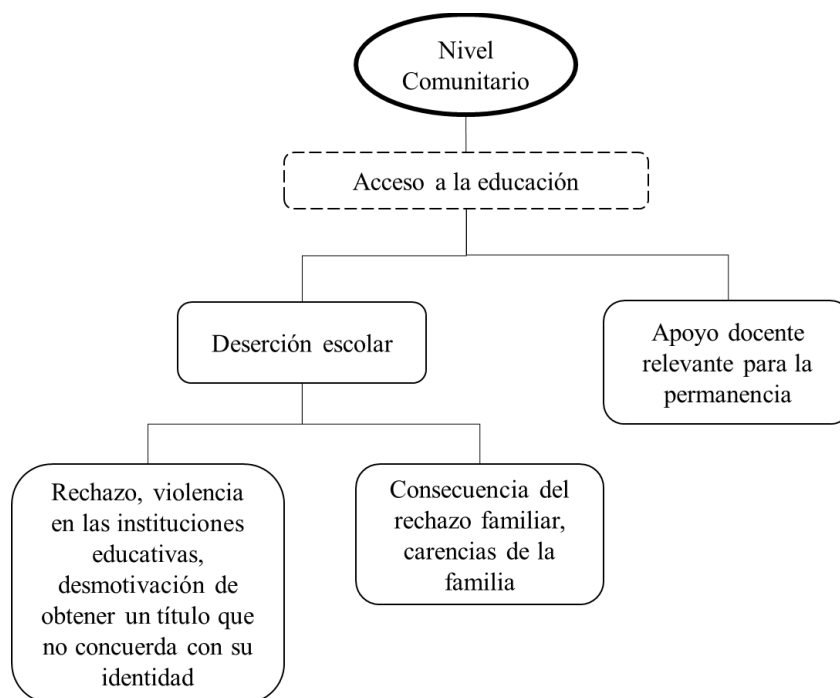


Figura 17. Esquematación de Resultados de la Unidad Temática de Acceso a la Educación del Nivel Comunitario. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

Así como para Hilda, otras entrevistadas mencionaron que la violencia escolar tanto de compañeros como de docentes, se intensificó a medida que las expresiones femeninas se fueron haciendo más visibles. Sin embargo, para las entrevistadas el acceso y permanencia en la escuela, de acuerdo a lo que comentaron, no se relacionó significativamente con la violencia escolar, sino con la salida de su hogar y la búsqueda de independencia. El salir de sus hogares a edades tempranas no les dejó espacio para continuar con sus estudios ya que tuvieron que incursionar de manera pronta al trabajo

sexual o bien tuvieron períodos de situaciones de calle, sin ingresos económicos. Otro aspecto relevante sobre el acceso a educación se ligó a la situación económica de las familias de las participantes. Debido a la precariedad económica familiar, algunas de ellas se vieron en la necesidad de abandonar los estudios “empecé que como a ir a la preparatoria, alcancé a ir a un curso [propedéutico] porque mi mamá después ya no pudo ni nada [solventar]” (Hilda, 39). Por otro lado, Claudia explicó que a pesar de las dificultades económicas de su familia, tuvo la oportunidad de acceder a la escuela secundaria por la disposición de la directora para apoyarla:

Cuando termino la primaria, no había dinero para estudiar la secundaria, entonces yo conocí a la directora de una telesecundaria y me dijo ‘sabes qué, la inscripción no te la vamos a cobrar, los libros tampoco’. Hubo una persona que me regaló la tela para la ropa (Claudia, 69).

De acuerdo a Kaufman et al. (2014), la disponibilidad de servidores que apoyen, que mantengan ambientes amigables y competentes, así como que provean recursos para garantizar en la medida de lo posible, es primordial para el acceso a servicios públicos, como la educación. La directora de la secundaria, pareció haber hecho todo lo anterior y se reflejó en la culminación de la secundaria de la entrevistada. En este sentido se encontró que las mujeres trans en general percibieron el contexto escolar como hostil, las conductas discriminativas son legitimadas por las mismas autoridades de las escuelas y replicadas por los compañeros. Las autoridades de la escuela suelen darse cuenta que hay acoso escolar, la cuestión se intensifica cuando se trata de personas trans.

[...] cuando son personas trans el acoso se vuelve más fuerte y pues bueno, normalmente llega a tener como consecuencias que van desde la deserción escolar, hasta cuestiones como intentarse quitarse la vida (Darío, 23).

¿Por qué un contexto educativo, que debería propiciar un ambiente de aprendizaje, perpetra situaciones de acoso y discriminación? Las instituciones

educativas no están exentas de la integración de normatividades sociales, que facilitan la exposición de juicios a lo que se considera correcto o incorrecto. También puede deberse a que las personas que laboran ahí, como las maestras y otro personal, tiene ideas preconcebidas de lo que se considera aceptable.

Sí, desertas por el acoso, por todo el acoso. El acoso del personal, el acoso del alumnado, el acoso por parte de todo mundo, porque ahí hasta el personal de más bajo rango ¡te acosa! Hasta el de intendencia, que te dice ‘no puedes entrar aquí, porque es de mujeres’ (Julieta, 37).

Se puede observar en el discurso que hay una auto-concepción de personas que valen menos, al realizar el comparativo con personal de limpieza. Otro de los aspectos que surgieron en el trabajo de campo en este mismo contexto, son las problemáticas relacionadas con el género que se utiliza en el lenguaje para referirse a las mujeres trans y la legitimidad que niegan los documentos académicos. La desmotivación de obtener un documento que no representaba su identidad de género fue otra de las barreras experimentadas o consideradas como posibles explicaciones a la deserción escolar “imagínate a mí, lambida para atrás, desmaquillada totalmente, y con corbata y camisa, o sea, como si mi título, en un futuro y yo diga ‘mira ese bato soy yo’” (Julieta, 37). Lo anterior, también lo comentó Darío (23), quién expuso que, como parte de su trabajo en la organización estudiantil universitaria, presencié deserciones de estudiantes universitarios por la desmotivación de la falta de legitimización legal de sus identidades, más la discriminación y violencias intra-escolares.

La legitimidad de la identidad femenina pareció ser una búsqueda permanente, tanto en los espacios públicos hasta la documentación oficial. La sola idea de pensar que un evento o un papel reafirman una identidad que no se posee o consensua, puede influir como una motivación para retirarse del contexto educativo.

Acceso a Trabajo

Ver síntesis gráfica en la figura 18.

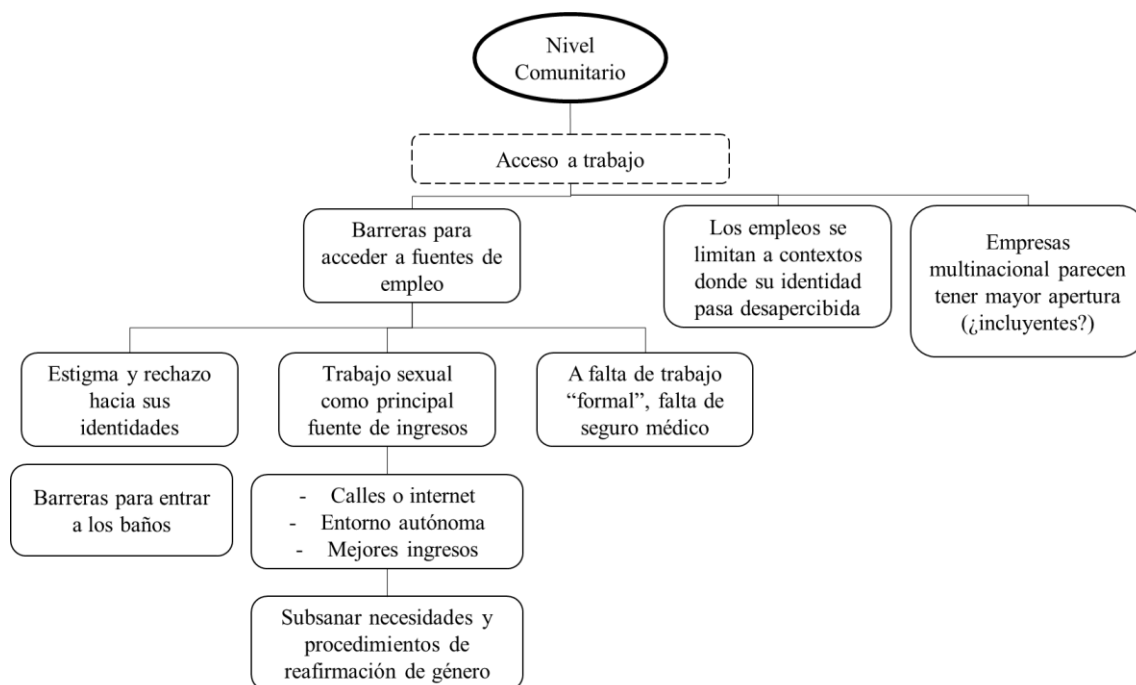
Figura 18. Nivel comunitario, unidad temática de acceso a trabajo

Figura 18. Esquemmatización de Resultados de la Unidad Temática de Acceso Trabajo del Nivel Comunitario. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea sencilla contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

Todas las participantes enfrentaron en algún momento de sus vidas, barreras asociadas a su identidad de género para acceder a fuentes de trabajo “formales”, incluso aquellas mujeres trans con estudios universitarios y carreras técnicas. Las opciones de trabajo para algunas entrevistadas se limitaron a los contextos que “permitieron” su identidad de género, que en la mayoría de los casos fueron cocinas, maquiladoras y salones de belleza. También se encontró que las mujeres trans, percibieron mayor apertura laboral hacia los hombres gays, las empresas que se denominan gayfriendly no son transfriendly.

Una vez, cuando fui a pedir trabajo a una empresa me dicen, ‘mira es que ¿no te puedes venir de hombre?’ ‘es que mira, no es por ti, es para evitarte que los demás te vayan a decir cosas’. Y dices ¿qué onda? ¡Yo

que soy la víctima! me pones como la opresora, pobrecitos de ellos, victimizar al opresor y no ponerte a ti como la oprimida (Julieta, 37).

Otra de las informantes mencionó que debido al reducido terreno laboral donde tenía oportunidad de insertarse, debió tolerar las masculinizaciones del lenguaje cuando se dirigían a ella “como me veía chistosa, pues decían ‘¡ay! qué bonito jotito y mariconsito’. Y pues, yo me tenía que aguantarme todos esos calificativos, porque a mí me molestaban mucho” (Fernanda, 41). Otra describió las barreras en términos del acceso a los baños “iba normal pero no me dejaban entrar al baño de mujeres [trabajo en la fábrica]” (Paty, 22). Por su parte, Blanca (55) narró cómo la discriminación a su identidad y expresión de género le cerró puertas laborales “me citaron para contratarme y todo, y qué casualidad que, a la llegada, se asustó [la persona que la iba a contratar], ya no tenían cupo en el turno de tarde, o sea, ‘te vamos a hablar’ [le dijo la persona]”.

Sin embargo, no para todas las entrevistadas su identidad y expresión de género se identificaron como barreras para acceder a trabajo:

No he encontrado que por ser transexual no me den el trabajo, hasta ahorita no lo han hecho, al menos yo no me enteré. Obvio que había cosas que te decían ‘ya está ocupado el puesto’, pero que me haya enterado que, por ser transexual, no (Natalia, 27).

Al momento de la entrevista, Natalia estaba laborando en la cocina de un restaurant, y aunque mencionó que no tuvo problemas para obtener el trabajo, comentó que por lo general las mujeres trans obtienen esos tipos de trabajo se obtienen con mayor facilidad porque no necesitan que ellas sean visibles. Hilda (39), estaba trabajando en una empresa multinacional de autoservicios. Ella vinculó el acceso a ese trabajo, por la política interna de la empresa, la cual tenía lineamientos específicos sobre la “no discriminación para las poblaciones LGBTTTIQ+”. Incluso comentó que con anterioridad le habían pedido que impartiera talleres de sensibilización y que invitara a otras mujeres trans a laborar ahí. Durante un encuentro con la entrevistada en su lugar

de trabajo, se observó que sus compañeras y compañeros la trataron con cordialidad e incluso se observaron otras mujeres trans ahí. Esto podría sugerir que la adopción de lineamientos institucionales/empresariales para eliminar la inequidad laboral basada en la identidad y expresión de género, está teniendo impactos positivos.

Siguiendo con la línea de las barreras en el acceso al trabajo, el hostigamiento social limitó a varias de las entrevistadas en las esferas públicas y privadas, a tal grado de eliminar las posibilidades de tener un trabajo “digno” “por algún motivo tienen que dedicarse al trabajo sexual o algo similar, por la falta de opciones [de trabajo] y te digo porque llegué a andar sin dinero y un día se me ocurrió [hacer trabajo sexual]” (Elena, 44). El trabajo sexual se identificó como la principal opción laboral y se realizó en las calles o en Internet. Las participantes refirieron hacer trabajo sexual en la calle, en lugares sexuales y por Internet. Éste último se reconoció como la vía más segura para ponerse en contacto con posibles socios, ya que implicó una comunicación previa por teléfono o mensaje. Los sitios de encuentro eran una opción cuando no había clientes en internet o en la calle. El trabajo sexual representó un entorno autónomo donde ellas podían establecer sus propias reglas y vivirse como mujeres. Además, las ganancias monetarias fueron mejores, aunque reconocieron que implicó situaciones de riesgo.

Porque no hay oportunidades de trabajo, no hay oportunidades de trabajo, lo único que te queda es reinventarte pues alguna que otra cirugía. Porque pues tienes que estar bien para el cliente, entonces eso mucha gente no lo entiende y no saben tampoco ¿por qué lo hacemos? O sea, sí. Piensan que dar las nalgas es muy fácil, y no, no es fácil. Porque me ha pasado de todo. Me secuestraron la semana (Fernanda, 41).

Como se vio en la narrativa anterior, el trabajo sexual también estuvo vinculado a los procedimientos de afirmación de género. Al mismo tiempo que el trabajo sexual, a través del dinero generado, les permitió financiar estos procedimientos, también son necesarios para atraer a más clientes. La falta de trabajo “formal” se interpretó como

un obstáculo para acceder a seguro médico.

Porque yo teniendo mi primaria y mi secundaria yo quería buscar trabajo. Me decían ‘no, no, no, no, no’. Entonces qué es lo único que te deja, trabajar en cocinas, trabajar en un bar, lavando pisos, lavando baños, sin una opción a seguro social ¿no? (Claudia, 69).

La misma participante comentó que la falta de trabajo también limita el acceso a una casa, como parte de las prestaciones laborales. Aunque se reconoció que hay algunas opciones fuera del trabajo sexual, estas suelen representar menos ingresos. Una de las informantes reflexionó sobre los posibles sueldos fuera del trabajo sexual “de ganar 600 pesos por un servicio, a ganar 800 pesos a la semana en una fábrica, ¿te das cuenta a donde las vamos a mandar?” (Julieta, 37). Un trabajo “digno” no les garantiza su solvencia económica, pero tiene otro tipo de ventajas como la reducción de riesgo que conlleva el trabajo sexual.

Acceso a Servicios de Salud

La discriminación y falta de sensibilización por profesionales de salud fue la principal barrera identificadas por las mujeres trans para acceder a servicios relacionados al VIH y con respecto a otros temas relacionados a la salud (ver figura 19).

[...] es señalada por la sociedad, si necesita un servicio de salud es complicado, con el simple hecho de que ‘quiero ir a consultar por equis cosa, una gripa’. Digamos, va y desde que entran, desde la persona que está, el guardia de seguridad, la recepcionista del médico, el médico, las personas que están también ahí esperando consulta, la persona que atiende farmacia [la discriminan]. Y ya no digamos si necesita algún estudio específico, porque tú sabes que en los centros de salud cuando necesitas un estudio específico tienes que ir con el director, con el especialista y todo. Entonces ahí ya es un conjunto de problemas (Laura, 32).

Figura 19. Nivel comunitario, unidad temática de acceso a los servicios de salud

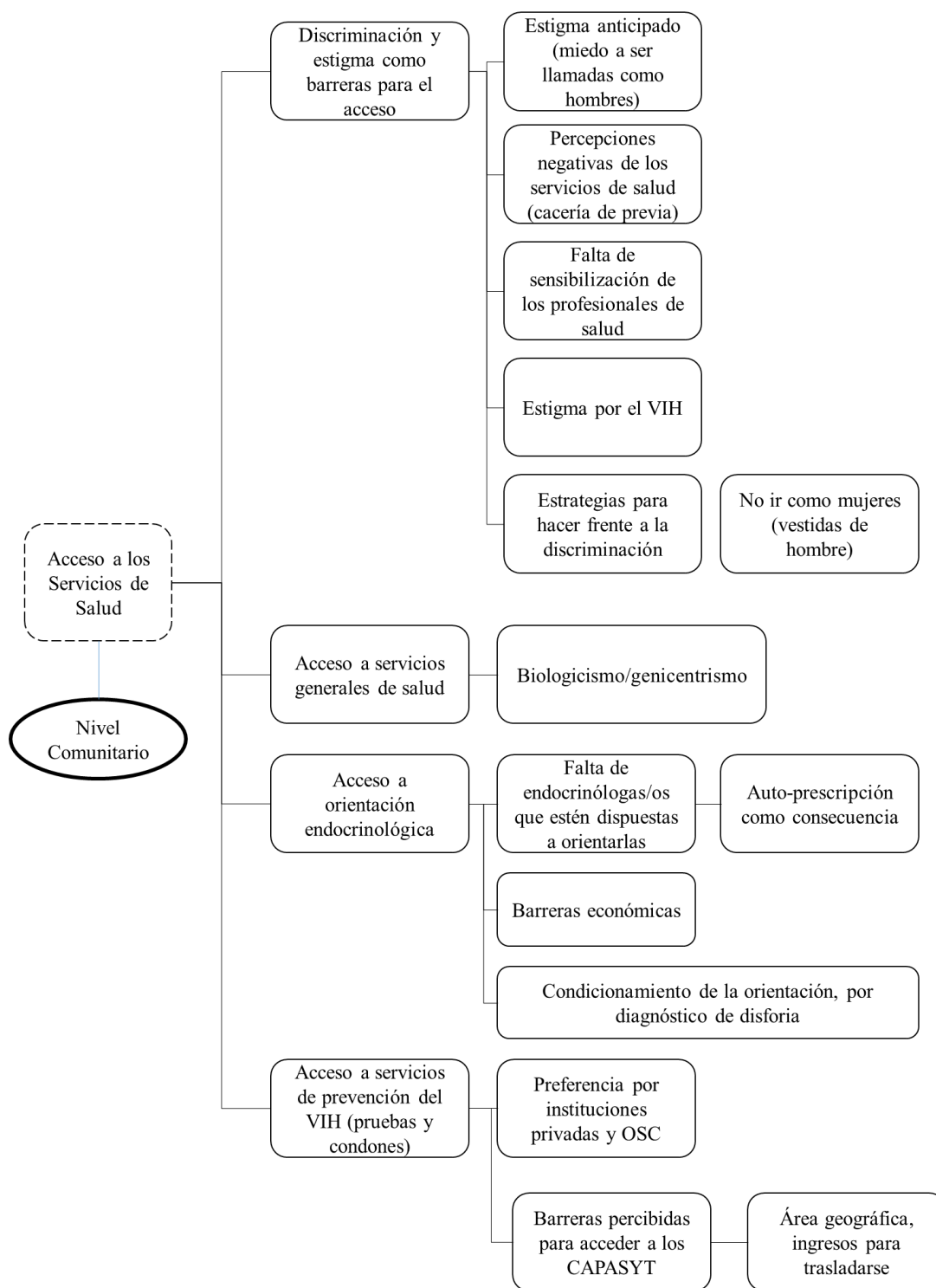


Figura 19. Esquematización de Resultados de la Unidad Temática de Acceso a los Servicios de Salud del Nivel Comunitario. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos

con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

El estigma y discriminación en este nivel y contexto tuvo tres vertientes, una sobre acceso a servicios relacionados a la prevención del VIH; otra sobre el acceso a orientación endocrinológica; y por último, relacionada a otros servicios generales de salud. En la primera vertiente se encontró que las percepciones de los servicios de salud, aunque se dan en el nivel individual, fueron una barrera importante para el acceso a los servicios “el derecho a la salud también lo tienen, pero no van por el que están en la sala de espera y que les hablen como hombre” (Ofelia, 26). El discurso de la participante estuvo tocado por el activismo en el que estaba inmersa. Sin embargo, no todas las mujeres trans tienen esas herramientas para hacer frente a los actos de discriminación en los servicios de salud. Además, “el derecho a la salud” no garantiza que se pueda acceder a él.

En el mismo sentido que la participante anterior, Darío compartió su perspectiva como hombre cisgénero, homosexual y activista:

Yo lo percibo como misma transfobia internalizada, de pensar que por ejemplo, ‘ps si los servicios generales de salud me discriminan o me violentan, pues es posible que también un servicio que sea sobre VIH o sobre educación sexual o atención sexual pues también me vayan a discriminar’ o ‘no tengan los conocimiento para atenderme’ ¿no? (Darío, 23).

Las generaciones de mujeres más grandes recordaron la persecución ejecutada por los servicios de salud a principios de la epidemia del VIH, lo cual alimentó el miedo y la resistencia para acercarse a ellos:

Cada tres meses llegaban las combis de sanidad y tres combis de los policías, que eran las redadas. Pasaban, sacaban a todos los del bar y si traías tu tarjeta les decías luego luego a los de sanidad. Te empujaban,

te aventaban bien feo (María, 31).

Las participantes consideraron que falta que los profesionales de salud estén sensibilizados con las poblaciones de mujeres trans, para hacer más accesibles los servicios de salir “falta mucho por sensibilizar, hay mucho rechazo ¿si? y hay muy poca información ¿por qué? porque por ejemplo hay especialistas en temas, pero no especialistas en la comunidad [trans] ¿si?” (Claudia, 69).

Al respecto, María (31) compartió una de sus experiencias en los servicios de salud y evidencio cómo los estigmas marcaron su vivencia “tardaron más de 5 horas en atenderme y cuando me atendieron, si vieras con las ganas de atenderme y de tocarme [las enfermeras] ¿por qué? porque tienen miedo de que tengas VIH”. María comentó que a partir de esta experiencia la estrategia que implementó para reducir el estigma y la discriminación, fue el acudir con expresión masculina

Yo soy muy realista en la vida, hay que saber respetar los lugares, yo sé que la sociedad es muy canija, si y yo soy realista que no toda la sociedad te va aceptar de un momento a otro. A veces yo me iba vestida de hombre para no tener ninguna preocupación con nada porque si ibas vestida de trans era de quedarte esperando, esperando y esperando y a ver si les daban ganas de atenderte.

La estrategia de la entrevistada detona cuestionamientos sobre si estás son las mejores estrategias para acceder a servicios de salud “libres” de estigma y discriminación. Esto más bien pareciera ponerles en pausa, logrando el objetivo de donde nacen, oprimir las identidades.

De las mujeres trans entrevistadas, solo una mencionó nunca haber tenido acercamiento con alguna institución de salud. Del resto, se encontró que prefirieron comprar condones y hacerse la prueba del VIH en laboratorios privados. Acudir a laboratorios privados no garantizó un mejor trato en la experiencia de Renata (50) “me la hice en un laboratorio y el trato fue así como muy feo, vas y pides la prueba y así se te

quedan viendo como que, o sea no te dan buena atención”. Algunas otras prefirieron asistir a las OSC por su accesibilidad “No, siempre ha sido acá, en las asociaciones o si no, por mi cuenta” (Natalia, 27).

El acceso a las instituciones sanitarias de gobierno quedó como su última opción. Esto también se vinculó con la presión de los profesionales de salud para que se realizaran pruebas de detección del VIH, aunque no fueran por ese motivo u otro relacionado, y por el escrutinio público que implica el pedir condones en estos sitios. Cuando se le preguntó a Natalia (27) sobre si se sintió cómoda cuando acudió a los servicios de salud públicos, respondió “yo creo que no porque la sociedad somos muy espantadas, porque si tú vas y les dices ‘¿oye me puedes dar condones?’ O sea, todo mundo voltea y [dice] ‘esta es puta’”.

En otro orden de ideas, las estrategias de prevención se describieron como limitadas a mujeres trans que asisten a clínicas relacionadas con el VIH o a OSC, excluyendo a las mujeres trans que realizaron trabajo sexual en la calle y/o en línea y que viven en áreas rurales. Refirieron incluso que cuando hay clínicas comunitarias para pruebas de VIH (Centro para pacientes ambulatorios para la prevención y atención del SIDA y las infecciones de transmisión sexual [CAPASIT]), muchas mujeres trans no saben sobre su existencia o ignoran dónde o cómo llegar a ellas. Adicionalmente, la situación económica se vuelve barrera para acceder a los servicios de salud.

Muchas de las chicas trans viven lejos, no tienen muchas veces el conocimiento de donde está el CAPACYT, cómo llegar. Por falta de recurso no saben cómo trasladarse, por ejemplo, las que viven en Dr. Arroyo, en Linares, por Montemorelos, Cadereyta, que muchas veces no cuentan con el recurso, que muchas veces nos dedicamos al trabajo sexual, que es un trabajo no asalariado. Que muchas veces lo hacemos si hay clientes o no, ¿si? y con 50 pesos, dices ‘mejor con los 50 pesos como’ (Ofelia, 26).

Las participantes discutieron que el VIH se ha impuesto como la primera necesidad de salud de las mujeres trans, sin embargo, tener la guía confiable en los procesos de afirmación de género tuvo más peso para ellas. En la perspectiva de las participantes, los servicios de salud apropiados para mujeres trans necesitan incluir la orientación endocrinológica. Fernanda explicó que el que en Nuevo León no exista una clínica especializada sobre personas trans, se enlaza con la auto-hormonización que muchas mujeres trans emprenden. Asimismo, compartió el caso de una amiga trans que estaba dada de alta en el IMSS y “pues obviamente el IMSS te tiene que dar hormonas. Pero aquí como ella es mujer, no le pueden dar hormonas de mujeres, porque es un hombre, bajo el prejuicio del médico” (Fernanda, 41). A lo anterior sumó que el que no exista una clínica, endocrinólogo y campañas para concientizar a las mujeres trans sobre el uso incorrecto de hormonas genera situaciones adversas “para que les digan ‘oigan chavas, no se pueden... [hormonizar]’ Y la verdad no se pueden auto-hormonizar, porque hay chavas que ‘me puse cuatro de este lado y cuatro de este lado’ Pérate güey, así te pongas 10 no te va sacar chichis ni nalgas, lo que te va sacar es un absceso (Fernanda, 41).

El uso auto-prescrito de hormonas se debió en las historias de algunas participantes por la falta de endocrinólogos, médicos o profesionales de la salud que estuvieran dispuestos a orientarlas. En instituciones sanitarias tanto públicas como privadas. Quién ilustró la búsqueda de e interacción con endocrinólogos fue Elena, quien mencionó que, durante la búsqueda de endocrinólogos en el área metropolitana de Monterrey, hubo uno que estuvo dispuesto con la condición de entregarle un diagnóstico psiquiátrico de disforia de género:

[el endocrinólogo le dijo] ‘yo te voy a dar el tratamiento endocrino, pero tráeme datos psiquiátricos’ y dices ‘oye es que no se necesitan’ [le respondió ella], ‘no, no, no es que así están los protocolos en España’ [respondió el endocrinólogo], ‘pero aquí no es España, aquí es México.

Ya tenemos una ley aquí en el D.F que [dice que] no se ocupan protocolos psiquiátricos ni médicos para hacer el cambio de identidad ¿por qué lo sigues haciendo tú?

En algunos casos buscaron un endocrinólogo privado que pudiera prescribirlas con hormonas, pero ninguno de ellos accedió. Según las narraciones, los endocrinólogos temieron prescribir hormonas porque podrían tener problemas legales si ellas se “arrepintieran de su identidad de género”. Además, se encontraron con endocrinólogos que simplemente les dijeron que no estaban dispuestos a hacerlo.

En el caso de las mujeres trans que obtuvieron el cambio legal de su identidad y que asistieron a instituciones públicas en busca de orientación para la terapia hormonal, compartieron que los médicos seguían siendo reacios a prescribirlas. Lo anterior, lo asociaron con la falta de conocimiento de los médicos sobre las necesidades de la población trans y el estigma que nace de las etiquetas diagnósticas sobre disforia de género. En este sentido, el discurso médico emergió en este contexto como un elemento que legitima el estigma y discriminación como personas “enfermas”. Aunque tanto el DSM-V y el CIE-11 son catálogos financiados por organismos internacionales, quiénes los elaboran son profesionales de salud y tomadores de decisiones. Una de las participantes reflexionó sobre la instrumentalización de la “disforia de género” como alternativa para que se garantice el acceso a la salud:

Se podría pensar, en una perspectiva no profundizada, que la disforia de género nos sirve para que nos den los servicios de salud. Pero la OMS dijo que no solo la enfermedad es la que debe dar atención de la salud, es la preventiva. No tienes que estar enferma, las personas trans ya están, para prevenir la disforia de género, tendría que haber prevención y ¿cuál es la prevención en las personas trans? Que no haya estrés que no haya disforia, que no haya suicidios, que todo eso nos lleva al suicidio o nos lleva a las otras prácticas que estábamos diciendo de riesgo y esto es la

salud preventiva [...] que desde la infancia las personas trans tengan atención completa, digna y focalizada (Julieta, 37).

La arista que agrega Julieta sobre la salud mental, los suicidios y la salud preventiva, también se vinculó con el uso de hormonas. Ofelia trajo a contraluz un aspecto que solo fue identificado por ella y otra entrevistada, sobre la depresión y otras consecuencias para la salud en mujeres trans derivados del uso de hormonas, y que precisamente nace de la falta de orientación hormonal

[lo ideal es que] si va a iniciar un tratamiento hormonal, se le va a realizar una detección oportuna de VIH. Las hormonas son unas de las causantes de la depresión, problemas cardiovasculares, diabetes, el hipotiroidismo que les provoca problemas de salud mental y pues varias cosas que están relacionadas con el tratamiento hormonal que no está justificado por un profesional de la salud (Ofelia, 26).

La edad promedio de vida de las mujeres trans es de 35 años. Los diagnósticos generales y estudios desarrollados que analizan por qué el promedio de vida es tan bajo, evidencian el uso no supervisado de hormonas y otros procedimientos (uso de polímeros y aceites) como las principales causas (Chiam, Duffy, & González Gil, 2017; Martínez et al., 2018).

Sobre las experiencias generales en los servicios de salud, fuera de las relacionadas al VIH y procedimientos de reafirmación del género, emergió que la atención de salud para las mujeres trans, estuvo sustentada bajo la premisa biológica, es decir, que los profesionales de salud determinaron los cuidados de salud en cuanto a los genitales. Julieta considero que la necesidad de servicios de salud específicos por la biología masculina, son reducidos, en comparación con los que comparten con la población en general. Indistintamente del sexo “porque luego esa es la excusa ¿no? ‘Es que ellas, como que biológicamente’ o sea, esa palabra biológica ¡me caga! ‘¡biológicamente son hombres!’ ‘necesitan servicios de salud específicos’” (Julieta, 37).

¿Por qué los profesionales de salud fundamentan la atención con base en aspectos anatómicos? Lamas (2013), explica que el genicentrismo ha servido como base para segregar a dos tipos de personas, que principalmente se diferencian por sus capacidades reproductivas, en actividades y roles específicos. Sin embargo, esto no debería ser un determinante de las expectativas que tiene la sociedad sobre esas personas. Otra explicación puede estar relacionada con el mismo Sistema de Salud, el cual, como ya mencionábamos anteriormente, gira sobre un eje biologicista y, por ende, la atención y cobertura de indicadores están orientados a ese aspecto. También se podría reflexionar sobre el hecho de que los profesionales de salud, no están sensibilizados y capacitados para atender las necesidades de las mujeres trans, especialmente, en el uso de lenguaje incluyente y no discriminante y, en la diferenciación de necesidades referentes al sexo y las demás que suelen ser generales a la población.

El reconocimiento de la identidad de las mujeres trans en los espacios sanitarios, puede vincularse con una percepción positiva de los mismos, y mayor apego a la prevención. Sin embargo, si el contexto no ofrece el aval de la identidad femenina, se opta por no tener contacto con él, aunque ello signifique permanecer en riesgo. La figura 19 muestra el contenido general de la unidad temática.

Relevancia de las OSC en la Prevención del VIH

Un tema que surgió reiteradas veces en el marco de los servicios de salud, fue el de las OSC (ver figura 20). Estas fueron vistas como unidades no gubernamentales que estaban supliendo las actividades de prevención y tratamiento de las mujeres trans y otras poblaciones vulnerables. Tal parece que las instituciones de salud al no contar con el entrenamiento del personal de salud para atender a poblaciones trans, han dejado a cargo de esta tarea a OSC lideradas por miembros de las comunidades LGBTTTIQ+. Esto tuvo algunas ventajas y desventajas. Por un lado, algunas entrevistadas se sintieron más cómodas accediendo a condones y pruebas del VIH en estos contextos. Claudia (69) explicó “sienten más confianza, porque van a una clínica, las ven con morbo

Figura 20. Nivel comunitario, unidad temática relacionada a las OSC sobre el VIH

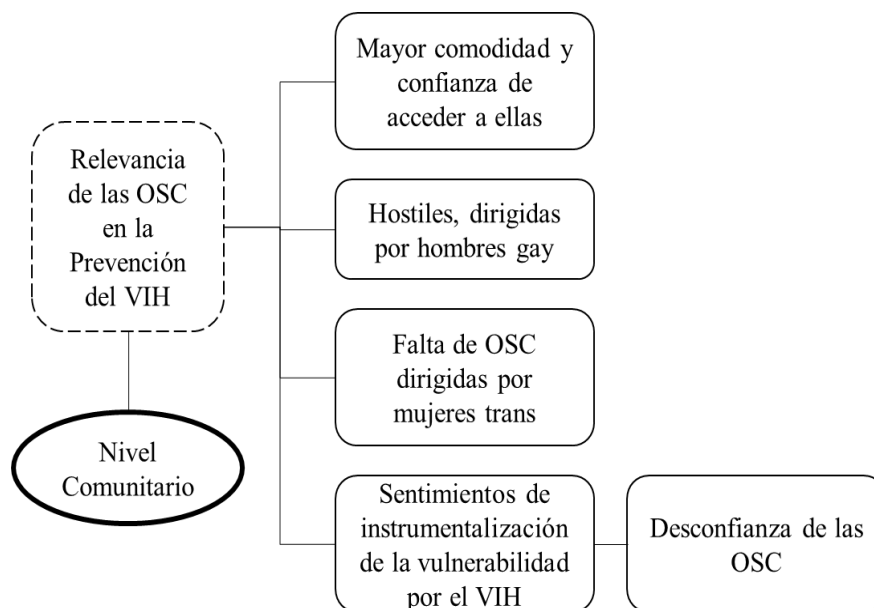


Figura 20. Esquematación de Resultados de la Unidad Temática de Relevancia de las OSC en la Prevención del VIH del Nivel Comunitario. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

‘ahí vienen’ [dicen las personas en modo despectivo] Y hasta cara les ponen ¿no?’. Por otro lado, hubo quienes consideraron a las OSC como hostiles, relacionándolo principalmente con que quienes dirigen las OSC son otros miembros LGBTTTTIQ+.

Al ir a un lugar así sabes que trabajan gente gay, transexual, lesbianas lo que tú quieras y sabes que no tienes la confianza de decir si lo tienes o si no lo tienes [el VIH] o que vayas a pedir condones, porque sabes la comunidad cómo es [en relación al estigma] (Natalia, 27).

Otro aspecto relevante que surgió durante el rastreo de las OSC vinculadas con la prevención del VIH y poblaciones trans en el área metropolitana de Monterrey, fue el de la ausencia de OSC específicas de mujeres trans o dirigidas por ellas, mientras que, sí se encontraron numerosas organizaciones dirigidas por hombres gay y otras pocas por lesbianas. Se identificó un Colectivo de mujeres trans, sin embargo, por la ausencia de

acta constitutiva no tenían financiamiento para el desarrollo de estrategias, aunque una de ellas cuando se le invitaba a participar en evento para compartir las experiencias de mujeres trans asistió.

Aunque se encontraron mujeres trans vinculadas a las OSC existentes, estas se percibieron a sí mismas como “necesarias” o “instrumentalizadas” en la medida en que les permitió a las OSC, informar que sus estrategias también incluían a mujeres trans. Sin embargo, algunas participantes expresaron que las estrategias específicas para mujeres trans son laxas y esporádicas. Sobre las OSC Julieta (37) expresó que existe una necesidad de las OSC de que sigan siendo poblaciones vulnerables “les conviene que siga habiendo afectadas por VIH, les conviene que siga habiendo personas que son vulnerables, porque siguen bajando los recursos, siguen viviendo genial”. También agregó que:

A las AC les conviene que sigamos siendo una población vulnerable (...) les hace bien a las AC y LGB les conviene que sigamos siendo un patrón de conducta y una población clave para la ciencia, clave para el VIH, clave para muchísimas cosas. Porque como es una población aparte, dentro de las minorías, minoría, es una población que no tiene empoderamiento dentro de la diversidad sexual.

Si bien es cierto que se dio un incremento hacia el financiamiento para la prevención, cuidado y tratamiento del VIH como parte de las estrategias nacionales e internacionales en la lucha del VIH, es muy incierto afirmar tajantemente lo expuesto por la participante. Coll-Planas introduce un estudio desarrollado por Bockting (2009), el cual “alega como justificación de un mantenimiento de la categoría de enfermedad mental la garantía de la cobertura sanitaria [...] e incluso un mayor acceso a fondos para la investigación científica” (p.34). Esto podría ser trasladado al campo de las OSC.

Cierto o no, en el trabajo de campo en los sitios de encuentro se encontraron a algunas OSC desplegando campañas de prevención del VIH en mujeres trans. Aquí

cobró relevancia la atención por pares. Laura de 32 años compartió sus experiencias como parte de una OSC, donde su identidad trans le permite ser percibida por otras como igual y en ese sentido, tener mayor acercamiento con ellas “al verme a mí sienten un poco más de confianza de acercarse”. Ella explicó que la discriminación y la instrumentalización constante de la que las mujeres trans son objeto limita su accesibilidad. Mientras que las campañas de prevención del VIH que la OSC a la que ella pertenecía, había puesto en marcha en otras ocasiones ese tipo de campañas, no tuvieron los mismos efectos por haber sido hombres quienes las llevaron a cabo “un compañero mío que no es trans que se les hace que a veces nomás no o se alejan o no hacen caso”.

Por último, el papel de las OSC como organismos que impulsaron el trabajo conjunto y la sensibilización de las instituciones de salud hacia las necesidades de las comunidades trans y otras de la diversidad sexual, fue un papel importante de las OSC en cuanto a acceso de servicios de salud.

Pues el servicio de la salud, por decir, el área de la salud sexual ha estado trabajado mucho con la sensibilización [de los profesionales de salud]. Pero es porque las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con temas relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, pues han estado trabajando muy duro, incitando al servicio público a que conozcan las terminologías, a que conozcan la sensibilidad y la tolerancia hacia la comunidad LGBT (Ofelia, 26).

A finales de 2018 e inicios de 2019, una de las organizaciones más importantes en prevención del VIH en poblaciones vulnerables llevó a cabo un taller con el objetivo de empoderar a mujeres trans de distintos contextos, tanto aquellas se dedicaban al trabajo sexual, como las que no. El objetivo final de dicha organización fue el de lograr que las comunidades trans se organizaran para generar su propia OSC. Con ello, buscaron de cierta forma, hacer que las mujeres trans involucradas funcionaran como

redes que activaran a otras mujeres trans. Cada una de ellas en sus contextos de desenvolvimiento. Al final, por conversaciones con las entrevistadas, se supo que no se logró el fin. Se generaron conflictos entre las que participaron por la desalineación de necesidad específicas de cada grupo, lo que les llevó a no establecer empatía generalizada. Esto fue entendible, nuevamente considerando que se trata de comunidades y no una sola comunidad.

Síntesis del nivel comunitario.

De lo incluido por el MSEM en el nivel comunitario se identificó el acceso al trabajo, educación y salud. Las OSC no estuvieron incluidas en el MSM, sin embargo, pueden incorporarse como entes relacionados al acceso a la salud, pero enfatizando que se tratan de organizaciones que suplen la actividad gubernamental en materia de prevención del VIH. Del análisis de las narrativas cobró peso importante el acceso a la salud y al trabajo en relación al riesgo del VIH.

Se identificó como limitante teórica del MSEM, que incluye las normas sociales solo a este nivel, siendo que las normas sociales atraviesan y tienen efectos en todos los niveles de análisis. De solo considerar las normas sociales en éste nivel, la interpretación quedaría corta.

Nivel Político

El nivel político en el MSEM está conformado por todo el bagaje de políticas públicas relacionadas al VIH, así como el financiamiento e implementación de estrategias y servicios de prevención del VIH. El MSEM establece que el rol de la política juega un papel central en el desarrollo u obstaculización de medidas preventivas del riesgo del VIH. Las políticas influyen en los demás niveles de análisis.

Además de las políticas relacionadas directamente con el VIH, también se incluyen aquellas que criminalizan grupos de riesgo del VIH y trabajo sexual.

Estado Legal de las Mujeres Trans: Ley de Identidad de Género, Criminalización y Persecución de las Mujeres Trans y el Trabajo Sexual, y la Violencia

Sexual como Símbolo de la Invisibilidad

El presente apartado, toma como línea medular el “Diagnóstico Legislativo sobre el Reconocimiento de los Derechos Humanos de las Personas LGBTI en Nuevo León” presentado en agosto de 2018 por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León (CEDHNL) y al cual se acudió como parte del trabajo de campo. Se hace necesario traerlo como punto de partida para el montaje de esta unidad temática dado que ofrece el punto de objetivo para contrastar y articular la subjetividad de las mujeres trans, alcanzada a través de las entrevistas. A partir de este momento se referirá al “Diagnóstico Legislativo sobre el Reconocimiento de los Derechos Humanos de las Personas LGBTI en Nuevo León” como el diagnóstico, en vías de sintetizar el nombre completo y darle plausibilidad al cuerpo del texto. Y a la Ley de identidad de género se le referirá como la Ley o la ley de identidad (ver figura 21).

En este entendido, la presentación del diagnóstico, se dio el 7 de agosto de 2018 en las instalaciones de la CEDHNL y fue dirigido por la Mtra. Sofía Velasco Becerra Presidenta de la ya mencionada comisión. Al evento acudieron integrantes de todas las OSC, organizaciones estudiantiles (UANL, Tec de Monterrey, UDEM, U-ERRE) y colectivos vinculados con las comunidades de la diversidad sexual en Nuevo León. Asimismo, se dieron cita representantes de la Comisión Iberoamericana de Derechos Humanos, del Instituto Nacional Electoral, y el director general del INEGI zona Noreste. Algunas diputadas y diputados de Morena, Movimiento Ciudadano y PT, como Claudia Tapia Castelo, Mariela Saldivar Villalobos, Nelson Cruz, Asael Sepulveda Martínez y Esperanza Rodríguez López. Por último, también se presentó el pastor de la iglesia Casa de la Luz de Monterrey, David Monje.

Es importante resaltar que el evento en sí mismo fue sumamente significativo para las comunidades LGTBTTIQ+, ya que congrego por primera vez a políticos, representantes de instituciones y organismos internacionales, dirigentes de OSCs y activistas, con el fin de evidenciar las debilidades y puntos dentro de los reglamentos

Figura 21. Nivel político, unidad temática sobre ley de identidad de género (primera parte)

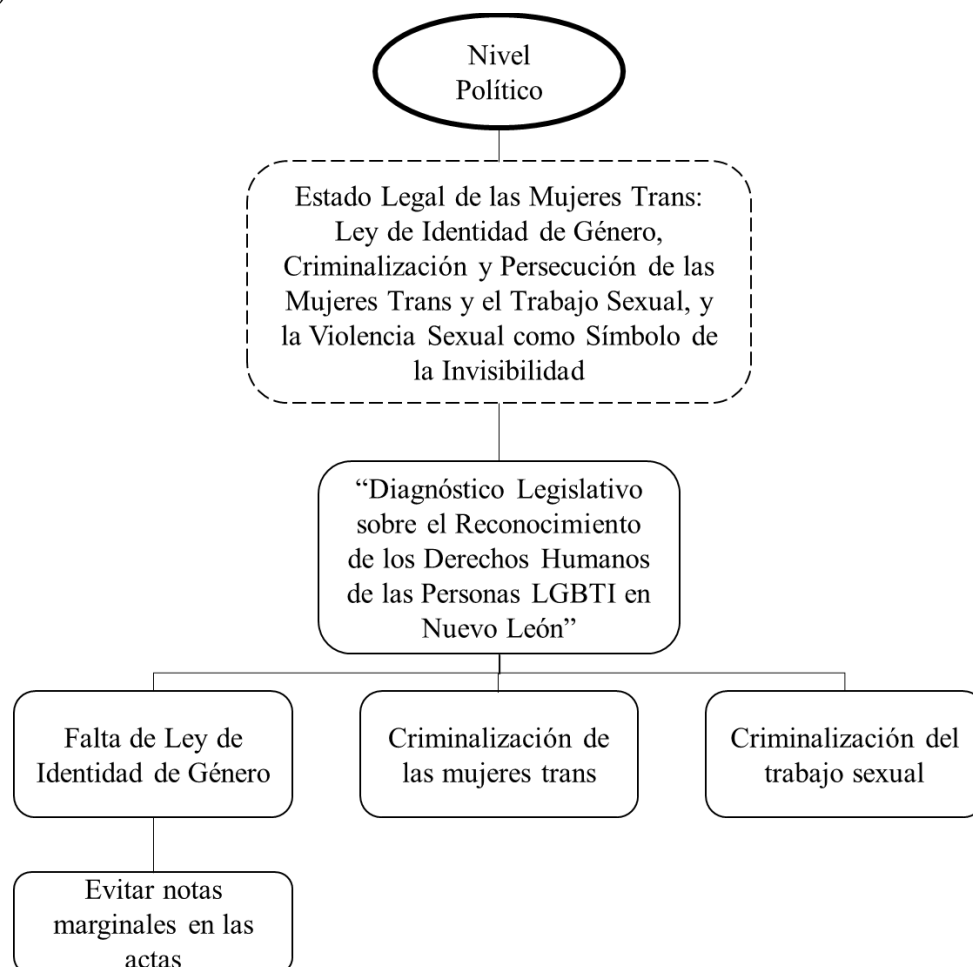


Figura 21. Esquemización de Resultados de la Primera Parte de la Unidad Temática Estado Legal de las Mujeres Trans: Ley de Identidad de Género, Criminalización y Persecución de las Mujeres Trans y el Trabajo Sexual, y la Violencia Sexual como Símbolo de la Invisibilidad del Nivel Político de Análisis. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea sencilla contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

y leyes que vulneran los derechos de las comunidades LGTBTTIQ+. El diagnóstico incluyó lo siguiente y se cita tal cual:

El diagnóstico que hoy les presentamos se compone de tres apartados. En el primero de ellos damos cuenta de la reivindicación de los derechos humanos de las personas LGBTI. En el segundo hacemos un análisis de

las leyes estatales y el tercer es un análisis a pie de los reglamentos municipales, especialmente de los reglamentos de policía y de buen gobierno. En las trece leyes que analizamos, las trece leyes estatales, encontramos que ninguna de ellas menciona el derecho a la no discriminación de la diversidad sexual ni tampoco protege los derechos humanos para esta población. Por su parte, en los 35 reglamentos que analizamos vimos que ponen en riesgo a esta comunidad, en virtud de su la falta de claridad en términos que utilizan. Por ejemplo, sobre buenas costumbres y moral, porque estos dos términos se dejan a la libre interpretación de los servidores públicos que tienen que aplicar estos reglamentos de buen gobierno. Y esto ha ocasionado violaciones a los derechos humanos de la población, en particular de la población LGBTI. [...]

Dentro de las recomendaciones derivadas del diagnóstico y referente a las poblaciones trans la Mtra. Sofía Velasco mencionó:

Estamos pidiendo también, que se reformen por adición artículos dentro del capítulo de rectificación, modificación y aclaración de actas de nacimiento. Establecer el derecho a solicitar una nueva acta de nacimiento para el reconocimiento de la identidad de género [...] Sobre la ley de registro civil, se propuso reformar el artículo 25, a fin de que se incluya a las actas de nacimiento por reasignación sexo-genérica y evitar estas notas que se hacen al margen, porque estas notas marginales consideramos que son actos discriminatorios hacia las personas que llegan a obtener una [...]

Otra de las razones por la que se eligió el diagnóstico para presentar esta sección de los resultados fue, porque durante el análisis de las entrevistas y de los otros datos de la experiencia de campo, se encontró que tanto lo referente al diagnóstico (todo el

evento, incluyendo la presentación y la discusión posterior), así como narrativas de las mujeres trans entrevistadas identificaban el mismo tipo de vejaciones legales de las que fueron foco las entrevistadas y que se relacionaron con la falta de una Ley de identidad en el estado, la criminalización de mujeres trans y del trabajo sexual. En ésta última se incluye la persecución policial-sanitaria relacionada al VIH (tamizajes obligatorios y tarjetas de sanidad). Por último, la violencia sexual como fenómeno estructural.

En este sentido, se hace necesario introducir de primera mano lo concerniente a lo vinculados con la Ley. Resulta importante tener en mente que no hay una Ley disponible en Nuevo León y las participantes que habían obtenido el trámite tuvieron que movilizarse a otras entidades.

Valoración y efectos de los procesos de legalización para la rectificación del acta de nacimiento.

El cambio legal de la identidad es un proceso que consiste en la obtención de un acta que ratifica la nueva identidad de género, con la cual se puede obtener una nueva identificación oficial del Instituto Nacional Electoral. Esta acta contiene el nombre y género modificado. El proceso se dirige principalmente a las poblaciones cuyo sexo y género no concuerdan, dentro de las cuales se encuentra el grupo de mujeres trans (ver figura 22).

El 24 de noviembre del 2008 entró en vigor por primera vez, las reformas a los códigos Financiero, Civil y de Procedimientos Civiles, para que personas trans pudieran obtener documentos oficiales que acreditaran su identidad de género. Para ello, la sustentante tenía que someter el cambio de identidad a un proceso de juicio, el cual costaba aproximadamente de 60 a 100 mil pesos y se prolongaba entre 3 y 6 meses. Además, la persona tenía que estar en tratamiento hormonal y se requería el dictamen de un psiquiatra y un endocrinólogo, que diagnosticara disforia de género (Rea Tizcareño, 2009). Para el 2014, la Asamblea Legislativa, del entonces Distrito Federal, realizó una modificación sustancial a la Ley, la cual además de reducir el costo del trámite a \$100

Figura 22. Nivel político, unidad temática sobre ley de identidad de género (segunda parte)

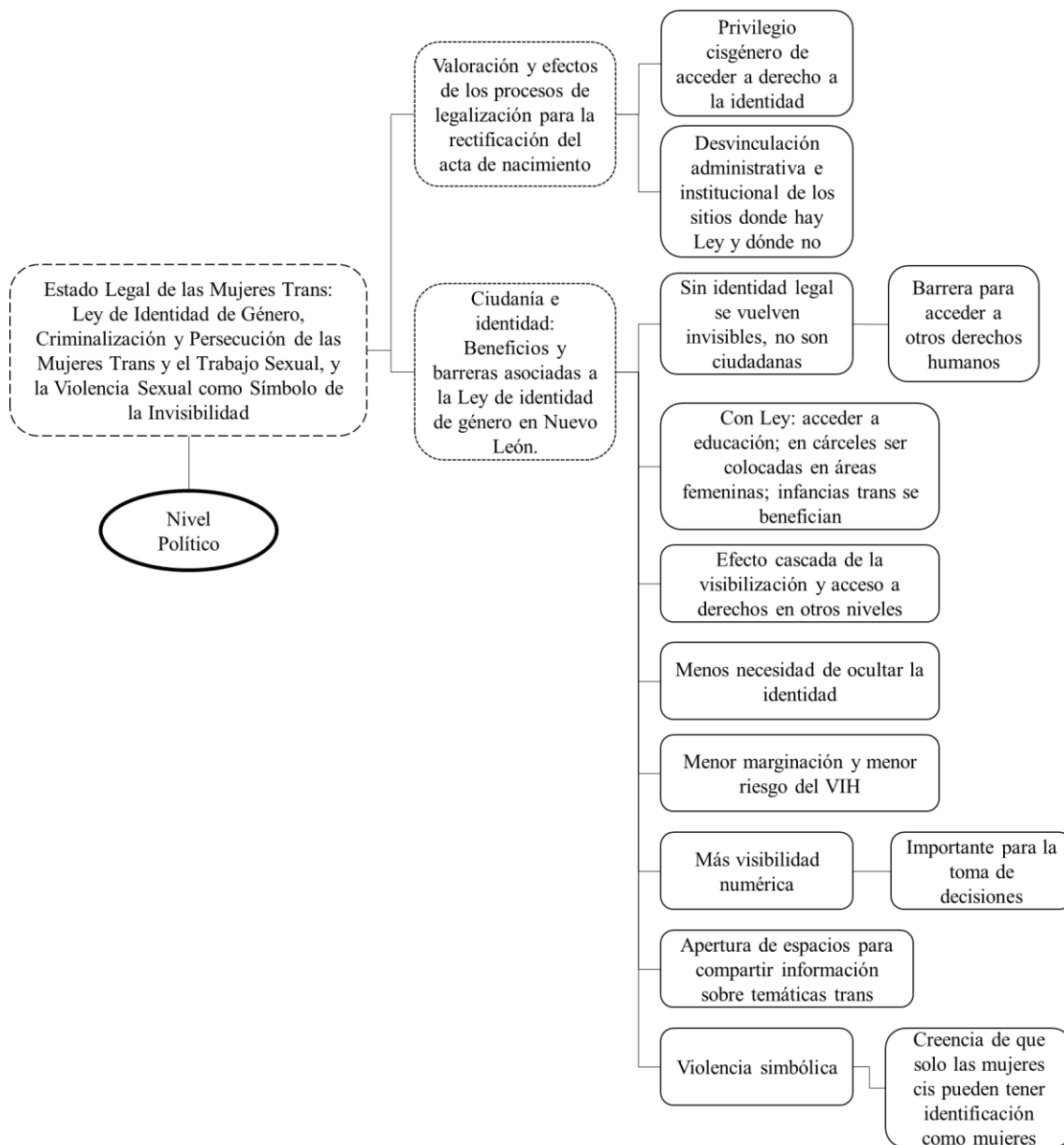


Figura 22. Esquematización de Resultados de la Sub-Unidad Temática Valoración y Efectos de los Procesos de Legalización para el Cambio de Identidad de Género, del Nivel Político de Análisis. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática, rectángulos con línea de puntos son sub-unidades. Los rectángulos con línea sencilla contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

pesos, eliminó el proceso de juicio y dictámenes médicos. En la actualidad, este

trámite (libre de juicio) solo se realiza en la Ciudad de México, Michoacán, Querétaro y Coahuila (Línea Directa, 2019)

Lo anterior cobra importancia, si se considera que en el caso específico de las mujeres trans, el proceso se hace más accesible y se despatologiza la identidad. Sin embargo, sigue estando circunscrito a los estados que otorgan el trámite de rectificación del acta. El resto de las mujeres trans que no habitan ahí, tienen que viajar hasta otras entidades. Las mujeres trans que no tienen la oportunidad de hacer este trámite, ven limitadas las garantías que cualquier otro ciudadano tiene. Por ejemplo, el ser atendido en una institución de salud conforme a la identidad de género, que si bien en las personas cisgénero no es una barrera para las mujeres trans sí.

Hay un privilegio muy cabrón que vive la gente que no es trans, o sea, el privilegio de ser cis. De que a ti no, no, pa' empezar tú tienes un acta de nacimiento y una credencial de elector que no te impiden tener acceso a muchísimas garantías que no tenemos nosotras (Julieta, 37).

Sería importante, también, tener presente la desvinculación que puede surgir entre la ley centralizada de los estados que tienen disponible el trámite y los sistemas e instituciones estatales independientes, que pueden o no, responder adecuadamente a las necesidades de la población trans acorde al cambio de identidad. Además, una vez que el cambio legal de la identidad es obtenido por un individuo, se desarrollan múltiples procesos anexos de tipo institucional, social e individual. Para generar un análisis de la evidencia relacionada con la valoración y efectos de los procesos de legalización para el cambio de identidad de género, es necesario abordar a) los beneficios percibidos de una Ley de identidad de género en Nuevo León, b) expectativas posteriores a la obtención de la rectificación del acta, c) obstaculización de los trámites subsecuentes al cambio de identidad y por último d) los juicios en Nuevo León como única vía local para obtener el cambio.

Ciudadanía e identidad: Beneficios y barreras asociadas a la Ley de identidad de género en Nuevo León.

Durante las entrevistas, algunas de las informantes vincularon a la ley de identidad de género – existente o no – con la ciudadanía, en dos vertientes: barreras y beneficios. Para empezar el análisis es necesario introducir el término de ciudadanía ¿Qué es la ciudadanía? La ciudadanía es una condición que otorga a un individuo garantías y derechos, los cuales son protegidos y vigilados por el Estado. En México, algunos de los derechos humanos establecidos por la (Comisión Nacional de los Derechos Humanos-México [CNDH] (s/f), son derecho a la: identidad y al libre desarrollo de la personalidad, ciudadanía, derechos sexuales y reproductivos, educación, salud, al trabajo, seguridad social, entre otros. Se encontró que, en el caso de las mujeres trans, el derecho a la identidad y al libre desarrollo de la personalidad, tiene mayor peso sobre los demás, ya que éste cimienta el derecho a vivir acorde a su identidad de género, independientemente del modelo de organización social genitalista.

El derecho a la ciudadanía como mujeres, permeó gran parte de los discursos de las entrevistadas y se entrelaza con muchas de las problemáticas que las mujeres trans mantienen en su vida diaria. Una de las informantes, consideró que las mujeres trans que no habían tenido oportunidad de hacer el trámite del cambio legal de la identidad, no formaban parte de la sociedad porque no podían ejercer sus derechos como ciudadanas “si eres una persona trans, no existes relativamente, y no eres un ciudadano o una ciudadana, porque no tienes derechos. A pesar de que sí tienes que seguir con las obligaciones que te corresponden” (Julieta, 37). El discurso de la informante, evidenció la importancia que tiene la legitimización legal de la identidad trans para obtener y gozar los derechos humanos mexicanos. Existe una ciudadanía masculina atravesada por el sexo, pero también hay una ausencia del reconocimiento del género como construcción individual y como derecho humano.

La ciudadanía entonces, se vinculó con el acceso a derechos. Las

narrativas indicaron que el derecho a la no discriminación, al acceso a los espacios públicos (especialmente el baño), a la escuela y el trabajo fueron de los beneficios vinculados a una Ley de identidad en el estado:

Los beneficios que tendría primeramente sería, el disminuir la discriminación, eso es lo principal, disminuir la discriminación, disminuiría más o menos la entrada hacia... el rechazo hacia los baños o la discriminación para los baños ¿no? Principalmente, tendrías acceso a más lugares públicos e inclusive podrías mejorar la forma de buscar un empleo, se te facilitaría más. Otra cosa, hay estudiantes de que son mujeres trans, chicas, y están estudiando y haz de cuenta los empiezan a rechazar porque no saben que al momento de cómo manejar la situación, las escuelas no saben cómo tratarlos y ya teniendo una Ley de Identidad que ya se avala como tal, como mujer, sería más fácil (Ofelia, 26).

La discriminación en la narrativa de Ofelia pareció indicar que una Ley de identidad de género en Nuevo León podría tener efectos cascada sobre las discriminaciones sistémicas que enfrentan en su cotidianidad. Desde la posibilidad de acceder a los baños de mujeres hasta poder cursar los estudios con la identidad femenina. Algo que es importante mencionar es de la cuota de Ofelia es cómo la existencia de dicha Ley podría empujar a las instituciones educativas a buscar estrategias de integración, tanto administrativas como de relaciones interpersonales en las aulas.

Es importante señalar que los beneficios percibidos no fueron lineales, es decir, no todas las mujeres trans entrevistadas concluyeron en el mismo tipo de ventajas percibidas. Éstas variaron de acuerdo al tipo de actividades cotidianas que cada una de ellas encarnaba. Por ejemplo, Fernanda se dedicó por mucho tiempo al trabajo sexual en la calle, al momento de la entrevista lo realizaba únicamente vía internet. Dicha experiencia le trajo a verbalizar las ventajas de la ley en el contexto de los arrestos y

los encarcelamientos:

Si yo me agarro a trancazos con una vieja, que somos igual, pero si yo no tengo la identidad, yo me voy, o sea ¡como hombre! Y me voy a la cárcel de hombres. Pero si yo tengo mi identidad, van a decir ‘Ay, pues pinches viejas locas’ O sea, nomás... O por ejemplo, que cometas algún... algo malo, que te tenga que revisar, te tiene que revisar una mujer ¡No un hombre! Entonces todo ese tipo de detalles. Por ejemplo, en los aeropuertos, de que el simplemente hecho por ser trans ‘A ver, hágaseme para acá, desnúdese ¡toda! y haga sentadillas y métase el dedo’

(Fernanda, 41).

Las infancias trans también fueron punto importante en la discusión sobre los beneficios de la Ley, sobre todo en los casos de las mujeres trans activistas. Una de las participantes articuló los derechos de las infancias con el derecho a decidir sobre sus cuerpos y vivir desde edades tempranas con la identidad que deseen independientemente de sus genitales:

Si estas personitas deciden, porque tienen derecho a decidir también en las infancias, es decir, ‘quiero no tener una pubertad y que mi cuerpo no vaya a cambiar como yo no quiero’. Que tengan el derecho a decidir y en la adultez que tengan el derecho a integrarse a una sociedad, que tengan derecho a estar en la escuela y que se les nombre como debe de ser, como ellos quieren. Que tengan una garantía legal para poder cambiar sus nombres desde que ellos quieren y desde que ellas quieran decidir, desde los 8, 6, 7 y así vamos a poder ser personas trans mucho menos enferma de la mente (Julieta, 37).

Las infancias trans siempre han sido punto de debate en cuanto a si se les “debe dejar decidir” sobre sus identidades y cuerpos. Desde el debate político hasta el informal cotidiano, el adultocentrismo parece impregnar los discursos de aquellas personas que

consideran a las y los menores de edad como incapaces de tomar decisiones sobre sus cuerpos y vidas en general. Además, el adultocentrismo parece intersectarse con la hetero-cisnormatividad. La madre y/o el padre ponen en práctica el poder que como adultos tienen sobre los infantes y reproducen el saber “natural” del sistema hetero-cisnormativo para cuestionar las identidades expresadas de las y los menores. Olson, Key, y Eaton, (2015), explican que el discurso entorno a menores trans, se caracteriza por considerarles como personas “confundidas” que aún no terminan de entender su género, o que tal vez “dirán que son del género opuesto, así como en cualquier otro día dirían que son dinosaurios o princesas” (p. 467). Sin embargo, finalmente los autores muestran que las niñas y niños trans no están confundidos ni fingen ser del género opuesto.

El último informe de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex [ILGA] (Chiam et al., 2017) sobre la situación legal de personas trans en el mundo, evidenció el caso de la primera persona menor de edad (seis años de edad) que obtuvo el reconocimiento legal de su identidad de género en la Ciudad de México, sin ser sometida a evaluación psiquiátrica. El traer al análisis, el generar crítica y recomendaciones políticas sobre infancias que parecen obscurecidas, traen esperanza para las infancias trans futuras y es un ejemplo en materia de pronunciamiento de derechos humanos. Sobre todo, considerando ejemplos como el de Ciudad de México.

Otro punto que vale la pena resaltar de la cuota de Julieta es sobre los efectos percibidos en la salud mental. Cómo se evidenció en unidades temáticas anteriores, existe una tendencia a ocultar la identidad por las percepciones de estigma y discriminación social. La idea de una Ley se enlazó en el discurso de las participantes con mayores posibilidades de vivirse con su identidad “yo creo que habría más apertura para que chicas y chicos se sintieran más cómodas para salir y enfrentar lo que realmente son y no tener que encasillarse tantos años en un cascarón. Encerradas en una jaula” (Renata, 50). Específicamente de los beneficios percibidos de una ley en

términos de salud y VIH, Julieta (37) destacó:

Nosotras le costamos más al gobierno que si nos legalizara ¿no? Le costamos más ¿por qué? Porque somos un problema sanitario, un problema de salud, un problema de marginalización, un problema de pobreza. Hay muchísimas personas trans que son capaces de insertarse al campo laboral y aportar (...) ¡vaya! secretaría de salud tuviera muchísimo menos trabajo, ¡sí! tuviera menos trabajo con las problemáticas de las ITS y el VIH/sida

Lo anterior trae a cuestionarse ¿Qué beneficios traería una Ley de Identidad de Género para el sector salud? ¿Cómo ayudaría a prevenir la adquisición de infecciones de transmisión sexual como el VIH? Julieta afirma que las cifras se vuelven importantes cuando se trata de respaldar la generación de una nueva ley y la importancia de una necesidad de salud en un grupo de personas, que se considera invisible. Sin embargo, no se pueden obtener dichas cifras, si ni siquiera son consideradas legalmente con su identidad.

¡No!, el problema es que si somos una población trans grande de mujeres, pero ¿cómo las vas a detectar? ¿Cómo las vas a buscar?, si en primer lugar no tienen una identidad pública (...) no están en un censo, aparecen como ¡hombre! Entonces, buscar a las mujeres trans en los lugares de encuentro ¡no! Puedes encontrar mujeres ahí, pero no están todas. Hay mujeres trans que trabajan en la calle, hay mujeres trans que trabajan en la carretera, hay mujeres trans en los pueblos trabajando, hay mujeres trans que trabajan por internet entonces ¿cómo las encuentras a todas? (Julieta, 37).

Hasta la fecha, es común que las mujeres trans sigan siendo identificadas como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), lo cual repercute en la representatividad que tienen a nivel estatal y en la visibilización de necesidades específicas. Lo anterior,

deja entre ver que las dificultades para trasladar y lograr el reconocimiento pleno de las necesidades de las mujeres trans a los contextos de servicios públicos, se vincula con la legalidad de la identidad y con las estimaciones de la población. ¿A qué se debe que el número de mujeres trans sea relevante para enfocar estrategias específicas para ellas? ¿Y para considerar una Ley de Identidad de Género en el estado? ¿Para desarrollar programas específicos para prevenir el VIH? El Sistema Nacional de Salud, se rige bajo indicadores que se fundamentan y a los cuales se responde numéricamente. De tal manera, que si un Sistema de naturaleza cuantitativa no cuenta con el número aproximado de mujeres trans para justificar necesidades, proyectos, estrategias y/o políticas específicas, difícilmente visibilizará sus necesidades, más aún, si los casos son integrados en otro rubro como el de HSH.

Para desmitificar la inmutabilidad del sexo-género, Julieta (37) considera que es fundamental analizar los beneficios que los marcos legales traerían a la población de mujeres trans, con respecto a la visibilización de sus necesidades en los espacios públicos “se debe empezar a trabajar mucho sobre información de visibilizar lo que significa ser una persona trans, ‘¿cómo nace?’ o ‘¿cómo se genera la transgeneridad o la transexualidad?’ y al mismo tiempo ‘¿cómo se vive una transición?’”.

Con ello, según la informante, se podría sensibilizar a la sociedad en general y servidores públicos, sobre cuestiones de género y motivar la disminución de expresiones de discriminación. Por otra parte, sería prudente analizar si con ello se podrían modificar las estrategias y programas con los que se ha abordado a la población desde el territorio político.

Sin embargo, no todas las participantes verbalizaron beneficios sobre la Ley asociados con el VIH, por ejemplo, Gabriela (40) expresó que una Ley de identidad no se relaciona con el VIH u otras cuestiones de salud:

Yo pienso que el cambio de identidad, es como de más política y el VIH es más de salud. Y ese si no se cuidas en la salud, aunque tengas tu

credencial te vas a infectar, tonces igual si no tienes tu identidad y te dedicas al sexo servicio te tienes que cuidar, tener una identidad no te va a proteger de las enfermedades

¿Podría Gabriela haber internalizado el modelo de riesgo moral del que Lupton (2005) habla? Este modelo de riesgo que pretende culpabilizar a la persona sobre el desarrollo de “X” enfermedad como resultado de su irresponsabilidad, sobre todo si deriva de las dimensiones sexuales. Piot, Russell, y Larson (2007), en el texto de “Good politics, bad politics: The experience of AIDS” (Buena política, mala política: La experiencia del Sida) discuten el papel que ha jugado la política pública en la epidemia del VIH. De acuerdo a los autores, la epidemia del VIH es producto de desigualdades, inequidades y por lo tanto, marginación de cierta poblaciones, lo cual es “sumamente político”. Si bien como mencionó Gabriela, una credencial no le va a proteger directamente de adquirir el VIH, si le podría mediar el que le atiendan en los servicios de salud respetando su identidad, lo cual podría fungir como motivante.

Otro grupo de entrevistadas no percibieron beneficios o incluso deseos de realizar el trámite de rectificación del acta:

A mí no me importa tener una credencial, a mí me ven como me ven así equis o sea... y ya. A mí no me emociona como a muchas que las oigo decir ‘¡ay no! es que con una credencial tú ya eres...’ ‘a ok ten’. O sea, para mí que para la ley de identidad yo le pienso así, yo sé que a lo mejor estoy mal pero es una chica que ya hizo su cambio [se retiró el pene] (Tania, 34).

Para mí no es ni bueno ni malo, yo soy feliz como soy, no tengo que tener una identidad que me digan que ‘¡ay! soy mujer’ para mí una mujer transexual o que alguien le dé derecho de identidad de nombre es una mujer transexual. De que se haya cambiado el nombre, que es una cosa y se haya hecho realmente mujer otra, realmente te puedo decir, que

esté operada totalmente [retirarse el pene] (María, 31).

¿Por qué las entrevistadas consideraron que el cambio legal de la identidad sería solo propio para mujeres trans que ya se sometieron a la cirugía de reasignación de género? ¿Podría tratarse de violencia simbólica? Las cuotas mostradas reflejan que tal vez éstas mujeres trans han internalizado la cisnormatividad, tanto en la forma en que consideran quién es una mujer y cómo, y también realza la manera en que se conciben a ellas mismas, como al resto de mujeres trans. La cisnormatividad es completamente clara en cuanto a que las participantes designan a los genitales como determinantes para ser o no mujer. Estos, desde su perspectiva, parecen invalidar cualquier forma, expresión o construcción de género que no sea paralela a ellos.

Aunque la violencia simbólica ha sido aplicada generalmente a entender los procesos y dinámicas sociales que se dan entre hombres y mujeres en términos de desigualdad. Por ejemplo, como estas últimas interiorizan el patriarcado y se vuelven reproductoras del mismo, considerando natural que el hombre sea el que trabaje y la mujer la que se quede en casa. O bien, en el ámbito de la violencia. La violencia simbólica parece ser una alternativa teórica para entender las experiencias de las mujeres trans en cuánto a las percepciones que tienen de ellas mismas y porque no consideran necesaria una Ley de identidad.

Expectativas y procesos subsecuentes a la rectificación del acta.

Ver figura 23 para la síntesis gráfica de la sub-unidad temática. Si se imagina el proceso de rectificación del acta, posterior al trámite vendrían las expectativas y procesos anexos a éste. En primera instancia surge la desvinculación que puede emerger entre la ley centralizada de los estados que tienen disponible el trámite y los sistemas e instituciones estatales independientes, que pueden o no, responder adecuadamente a las necesidades de la población trans acorde al cambio de identidad. Una de las participantes compartió que una vez obtenida el acta rectificadora volvió a su lugar de origen, Chiapas, para continuar con el proceso en el registro civil y la persona que la

Figura 23. Nivel político, unidad temática sobre ley de identidad de género (tercera parte)

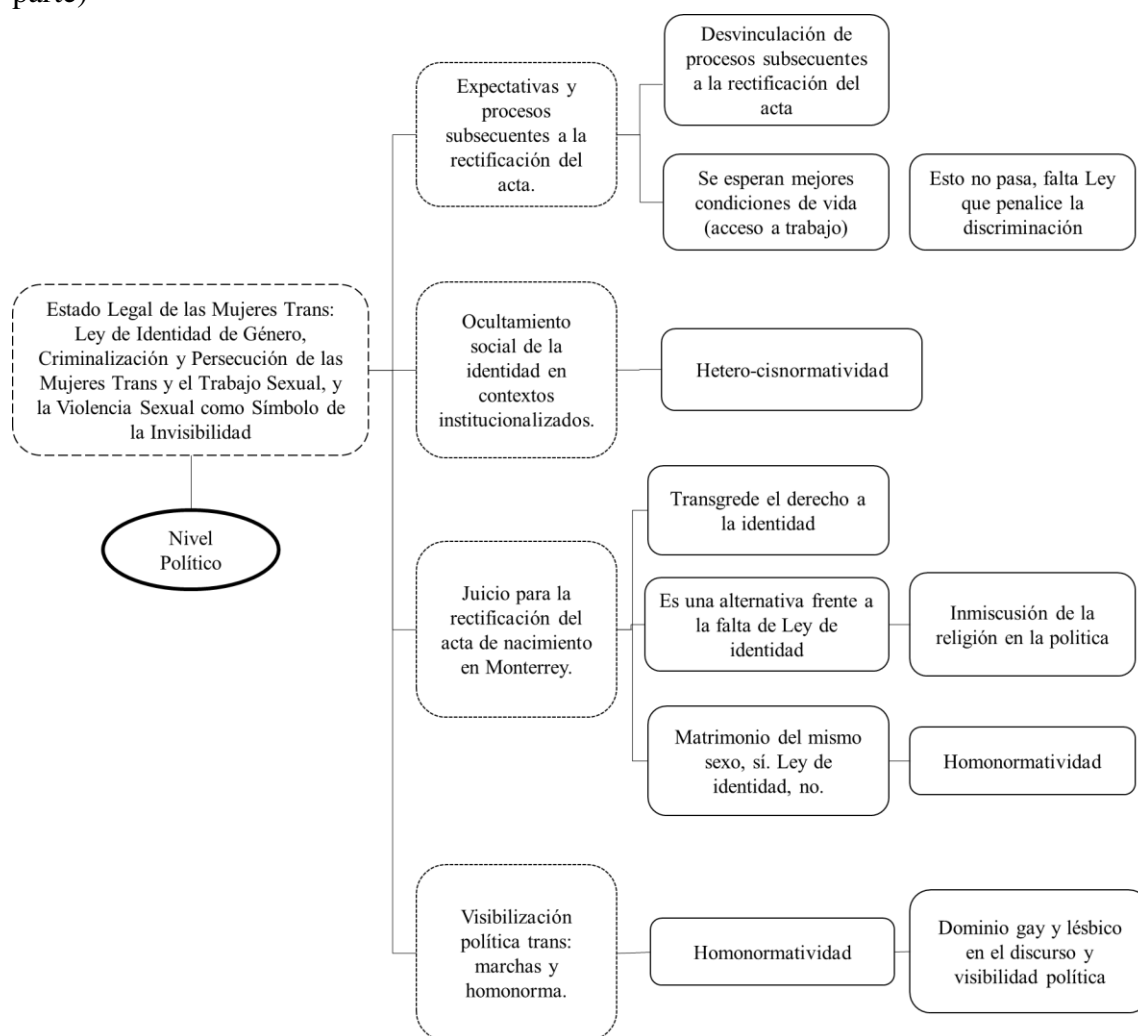


Figura 23. Esquematación de Resultados de las Sub-Unidad Expectativas y Procesos Subsecuentes a la Rectificación del Acta, del Nivel Político de Análisis. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática, rectángulos con línea punteada son sub-unidades temáticas. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

atiende se encuentra desconcertada ante el trámite que le es ajeno:

Luego fui por la pre-acta, y preparé todo para irme a Chiapas y antes de irme a Chiapas, se metió ella al internet [la persona del registro civil que le estaba haciendo el proceso] y me dijo ‘mira, aquí está tu acta’ y luego

yo me fui a Chiapas. Llegué yo allá, llegué al Registro Civil y la jueza, y me dijo ‘esto nunca ha pasado aquí’ y le dije, ‘pues ya va a empezar a pasar’, y me dice, ‘déjame hago una llamada, porque no sé cómo se hace esto’ (Blanca, 55)

Lo anterior pone sobre la mesa que el proceso de cambio de identidad no termina cuando se obtiene la rectificación del acta. La desarticulación de las locaciones y la falta de información de los servidores públicos para dar continuidad con el trámite parecen suponer barreras que ralentizan los trámites posteriores.

Del trabajo de campo en la presentación del diagnóstico de Nuevo León, se rescató el discurso de una las mujeres trans que entraron a discutir las dificultades que emergen después de obtener el acta rectificadora en la Ciudad de México. Ella mencionó que una vez que vuelve a Monterrey con el acta y hace el trámite en el INE para obtener la identificación oficial con la nueva identidad legal, lo siguiente fue que el registro civil salvaguardara la nueva acta rectificadora. Sin embargo, se encontró con que el registro civil en Nuevo León desconocía como hacerlo. Por su parte, la Mtra. Sofia Velasco enunció dentro de las recomendaciones relacionadas a este tipo de trámites:

Sobre la ley de registro civil, se propuso reformar el artículo 25, a fin de que se incluya a las actas de nacimiento por reasignación sexo-genérica y evitar estas notas que se hacen al margen, porque estas notas marginales consideramos que son actos discriminatorios hacia las personas que llegan a obtener una.

Las notas marginales pretenden asentar cualquier tipo de cambio en las actas de nacimiento. En el caso de las mujeres trans, la nota marginal incluiría anotaciones sobre el cambio de identidad, quedando visible que se trata de una persona trans. Lo cual podría traer estigma y discriminación a la persona que la presente cuando, por ejemplo, aplique a un trabajo o desee realizar otro trámite.

El cambio legal de la identidad también puso en el imaginario de las

mujeres trans expectativas relacionadas al mejoramiento de las condiciones de vida, por ejemplo, el acceso a trabajo. Sin embargo, esto no paso en el caso de Fernanda (41) quién obtuvo la rectificación de su acta en la Ciudad de México:

De hecho, fui la primera persona aquí en Nuevo León que se hizo ese cambio. Pero viajado a la ciudad de México. Entonces, haz de cuenta que, pues yo bien emocionada, porque dije ‘¡Hey! nombre, pues voy a buscar trabajo’, o sea, ‘ya con mi identidad, ahora sí, pues aunque sea de intendente, o lo que sea’, ‘lo que quiero es una casa, que me den un Infonavit, un seguro, algo’, pero no fue así.

El discurso de Fernanda rompe las expectativas que se generan con el proceso legal de identidad de género, ya que una vez que regresa con la documentación modificada las oportunidades laborales no cambian. Se sigue enfrentando al rechazo laboral por su identidad de género, que de acuerdo a lo que ella comentó, aunque ya no es “evidente” en el discurso de las personas que ofrecen trabajo, las cuales anteriormente le pedían que fuera “vestida de hombre”, ahora simplemente le dicen que “no” o el típico “le vamos a llamar”. Aquí parece encajar tanto la desarticulación entre contextos que ofrecen el trámite y los que no, como lo que mencionan otras participantes al referirse que, a parte de una Ley de identidad de género, es necesario legislar una hacia la no discriminación “primeramente una ley de no a la discriminación, no puedes tener una ley de identidad, si no hay una ley de no discriminación. De ahí van a partir muchísimas cosas” (Claudia, 69).

Esto conecta con las experiencias en donde las mujeres trans después del trámite deciden ocultar su identidad en contextos institucionalizados.

Ocultamiento social de la identidad en contextos institucionalizados.

Lo que aquí interesa subrayar son los efectos que estas áreas de conflicto entre las condiciones institucionales y las legislaciones de alcance nacional tienen sobre las mujeres trans. Uno de estos efectos, documentado durante el trabajo de campo, es el

proceso de ocultamiento de la propia identidad de género ante los demás miembros de la institución en los que se desenvuelven las mujeres trans. El ejemplo de esta situación se encontró en el caso que relata Darío, con respecto a una persona que laboraba en el área administrativa de la UANL, la cual se auto-identifica como mujer trans e inicia el trámite de cambio de identidad:

Es un caso que no es público, porque pues ella tomó como... como parte de... no sé, cómo un consenso, no escrito, pero como un consenso el que ese caso no fuera público [el cambio legal de identidad], y nunca se supiera quién había sido ella (Darío, 23)

Este caso de ocultamiento no es aislado, pues como explica Dania Gutiérrez, una mujer trans que actualmente se desempeña como líder de un centro de investigación en Monterrey, en una entrevista para la revista Proceso:

Cuando algunas personas transicionan deciden hacerse invisibles y pasan a la dinámica heteronormativa, en la que, si pasan a ser mujeres, no hablan de su pasado. No se reconocen como mujeres trans, sino simplemente como mujeres, lo cual es enteramente respetable

Aquí se puede apreciar que, el ocultamiento de la identidad trans se vuelve una cuestión crítica cuando se analiza a partir de la obtención legal de la identidad ¿Por qué una persona que culminó un engorroso proceso burocrático para obtener el cambio legal de la identidad, decide ocultar su identidad en un espacio institucional? Puede atribuirse a la integración de la mujer a la heteronormatividad de la universidad, por iniciativa personal, por miedo a ser discriminada o porque así se lo requirieron. Muchas mujeres trans optan por ocultar su identidad una vez que se sienten aceptadas dentro del ámbito laboral, con esto se adhieren a las categorías y roles sociales pre-establecidos del género.

Lo anterior, lo analiza Lamas (2013), a partir de los escritos de Garfinkel sobre la “actitud natural”. Al final de cuentas, menciona la autora, muchas de las mujeres trans se construyen a partir de las expectativas femeninas-sociales. Una vez que logran

adoptar física y socialmente los roles, es muy posible que se constriñan a las normativas sociales del género sin la extensión de “*trans*”, que parece vincularse con el aislamiento y la discriminación social.

Juicio para la rectificación del acta de nacimiento en Monterrey.

Hasta este momento, se habló de las percepciones de una Ley de género en Nuevo León (beneficios, barreras), de los procesos subsecuentes al trámite de rectificación del acta. Ahora, se presenta el estado actual en materia de legalidad de la identidad trans en Nuevo León (ver figura 23 para el resumen gráfico).

En Monterrey, existe la posibilidad de obtener el cambio legal de la identidad mediante un juicio, algo semejante a lo que aconteció en México hace algunos años, sin embargo, desde el posicionamiento activista de una de las informantes, el derecho a la identidad debe basarse en el derecho a decidir que cada persona tiene sobre sí misma.

Los derechos humanos no se meten a juicio, los derechos humanos son inalienables. Los tienes que garantizar, el estado tiene la obligación de garantizarlos mediante la legislación, no mediante un juicio (Julieta, 37).

En este sentido, la posibilidad de obtener el cambio legal de identidad mediante juicio ¿debería ser visto como un avance positivo en la lucha trans o como un retroceso? El posicionamiento ideológico personal, influirá en las posibles respuestas. Lo que se puede introducir en este momento, es que con juicio o sin él y desde el punto de vista del papel que juega la política pública en el terreno del derecho humano, es que el obtener el cambio legal de la identidad no significa directamente que la discriminación, estigma y marginación de la población se van a terminar. Por ejemplo, en el caso de las mujeres trans que han obtenido el cambio de identidad, se encontraron otro tipo de problemáticas y ventajas percibidas, que tienen que ver con la desvinculación de la Ley de Identidad en la capital mexicana y las normativas estatales de Nuevo León. Al no existir una Ley estatal que sostenga internamente los cambios legales de identidad llevados a cabo en la capital del país, es difícil presionar a las estructuras internas

del estado a dar seguimiento a las necesidades de esta población.

La pregunta que habría de plantearse hasta aquí es ¿Por qué no se ha logrado ramificar la Ley de Identidad de Género a Nuevo León? ¿Qué es lo que obstaculiza su aprobación? Un reconocido activista de la comunidad LGBT en Nuevo León, Quintero Murguía (2015), explica el papel que juega la ideología de gobierno actual y anterior en el avance de derechos humanos de los miembros de la diversidad sexual. Describe cómo ésta, se refleja en las normativas que dictaminan y protegen a las mujeres trans. El autor menciona, que para los 80's, cuando el resto del país vivía un movimiento de liberación y aceptación hacia la diversidad sexual y, el desmembramiento de una política religiosa, Nuevo León quedó estancado en ese entramado. Lamas (2013), debate la importancia de adoptar verdaderamente la política laica que estipula la Constitución Mexicana, en vistas de desarrollar gobiernos y políticas inclusivas y no discriminantes, que respeten los derechos humanos de toda la población.

En últimos meses se ha cuestionado la forma en que los políticos en Nuevo León han tomado decisiones concernientes a legislaciones relacionadas con derechos humanos, sobre todo las relacionadas a la sexualidad, como el matrimonio del mismo sexo, aborto y ley de identidad de género. La crítica apunta a que tal como señalaba Quintero, hay una ausencia de laicidad. El discurso político desprende tintes religiosos que entierran y deslegitiman el derecho de minorías sexuales. Por una parte, de las tres iniciativas sometidas al Congreso de Nuevo León sobre matrimonio del mismo sexo, adopción por parejas del mismo sexo y ley de identidad, sólo la primera ha podido ser establecida legalmente.

Cabe señalar, que fue mediante la decisión de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y no por votación de los legisladores del estado. Este caso se relaciona con lo que las participantes señalan como predominancia de la homonormatividad y paralelamente porque las comunidades de lesbianas y gays han jerarquizado necesidades dentro de la supuesta llamada comunidad LGBTTTIQ+.

Visibilización política trans: marchas y homonorma.

Ver figura 23 para síntesis gráfica. La lucha por el dominio del espacio público, es histórica. Así como a la mujer cisgénero se le impuso el espacio social privado, a las minorías sexuales también. Y dentro de las minorías sexuales, hay poblaciones más marginadas que otras, como las mujeres trans. El trabajo de campo, permitió identificar que los espacios públicos juegan un papel importante para la difusión de información sobre temáticas trans e influyen en la visibilización de la población, la generación de nuevas concepciones del fenómeno y en la propia identidad de las mujeres trans. En este apartado, cobran importancia las disputas entre las diversas comunidades LGBTTTIQ+, especialmente entre gay y lesbianas, con mujeres trans, por la lucha de la visibilización de las necesidades propias de las mujeres trans.

A través del tiempo, quiénes han adquirido mayor presencia social y política han sido las comunidades de gay y lesbianas. Esto se puede contrastar con el último diagnóstico de la situación legal de las comunidades LGBTTTIQ+ a nivel global. El matrimonio igualitario o del mismo sexo tiene mayor índice de ocurrencia a nivel legislativo, en comparación con las leyes de identidad de género para las poblaciones trans y no binarias (Chiam et al., 2017; International lesbian, gay, bisexual, 2019). Con respecto a esto, las mujeres trans activistas comentaron que sus necesidades específicas siempre están detrás de las necesidades de las comunidades LG. Por ejemplo, explicaron que existe un imaginario socio-político de que el matrimonio entre personas del mismo sexo es fundamental para toda la comunidad LGBT. Sin embargo, expresaron que su necesidad más urgente es una ley de identidad de género. Algunas de ellas lo asociaron con la homonormatividad. Recalcando el privilegio social que gozan estos grupos por la alineación parcial (más que lo que las mujeres trans hacen) con la cisonorma.

[...] entonces aprueban la ley de matrimonio igualitario en el estado cuando para la comunidad transexual, incluso para mí, es más importante la ley de identidad de género [...] lo que no está bien es que tengamos

que soportar esto, las personas que no tengamos una rectificación de acta por la ley. Entonces la gente que va aplaudiendo la ley de matrimonio igualitario cree que la ley de identidad de género es una pendejada, si tu naciste hombre, tu eres hombre y hazle como quieras, lo importante es que se puedan casar, entonces dentro de la comunidad no somos lo bastante honestos como para decir, tu necesidad es más importante que la mía y todos queremos lo que necesitamos en primera persona (Selmi, 38).

Del trabajo de campo durante el desarrollo de las diversas marchas de la diversidad sexual celebradas en los meses de junio (2017 y 2018) se evidenció una clara disputa entre las comunidades de la diversidad sexual. Por un lado, el discurso de las comunidades de mujeres trans en las redes sociales mostraron inconformidad sobre la predominancia que representa la bandera gay como símbolo de todas las comunidades sexuales. Al final de la primera marcha, del 2017, el discurso desarrollado por los invitados especiales y conductores del programa, invisibilizó casi por completo a las comunidades trans. Hizo referencia en su mayoría a las violencias de las comunidades LG. Acompañada de algunas mujeres trans, la investigadora pudo tomar nota sobre lo que este discurso representó para ellas en términos de “borrarlas” de la presencia social y política. Aunque en menor cantidad que otras poblaciones diversas, las mujeres trans hicieron presencia, ataviadas con vestuarios y portando carteles que representaron sus vivencias.

Algo similar ocurrió durante el encendido de la iluminación en color morado del Palacio Municipal de Monterrey para conmemorar del “Día Internacional de la Lucha contra la Homofobia, Lesbofobia, Transfobia y Bifobia” el 16 de mayo de 2018. Quién dio voz al discurso fue una de las líderes de una de las OSC más importantes en Nuevo León, sobre la lucha de derechos humanos para las comunidades LGTBTTIQ+. Aquí, aunque si mencionó a las poblaciones trans como poblaciones vulnerables a actos

de discriminación, el discurso se veo ladeado más a la de LG. De nueva cuenta, las mujeres trans que ahí acudieron lo notaron y mostraron inconformidad a dicho evento.

Para este año, 2019, se planeó una sola marcha. Ésta tiene grandes expectativas ya que el año anterior congrego la mayor cantidad de personas desde que se hizo la primera marcha en Monterrey. Aunado a lo anterior, este año la Suprema Corte de Justicia aprobó el matrimonio igualitario en Nuevo León. A esto, las mujeres trans en redes han cuestionado si la marcha será una celebración, dejando de lado que para ellas no la hay, ya que la ley de identidad no se aprobó. Sobre la priorización de necesidades dentro de las comunidades trans, la teoría de interseccionalidad es una herramienta teórica que ayuda a visibilizar la marginación e invisibilización político y social como resultado de la transgresión de los sistemas de opresión de la sexualidad. Aquellos que menos transgreden tendrán mejores experiencias de vida. Otras categorías que saltaron en las entrevistas y el trabajo de campo fueron la criminalización de las identidades trans y el trabajo sexual, y cómo estas se vinculan con la persecución sanitaria asociada al VIH. Por lo tanto, a continuación, se profundiza sobre ello.

Criminalización y Persecución de las Mujeres Trans: Identidad y trabajo sexual

Ver figura 24 para la síntesis gráfica.

El “Diagnóstico Legislativo sobre el Reconocimiento de los Derechos Humanos de las Personas LGBTI en Nuevo León” resaltó la persecución que se lleva a cabo a las comunidades de la diversidad sexual con base en su sexualidad:

En 35 reglamentos municipales encontramos que se encuentran con disposiciones que sancionan los actos contra la moral y las buenas costumbres. Estamos hablando de un porcentaje bastante alto de 68% aproximadamente de los municipios, mientras que en 23 reglamentos municipales se encuentra disposiciones que sancionan la vida sexual anormal. Es decir 45% respecto del total de los municipios. Estamos proponiendo también modificar esta normativa que criminaliza conductas

Figura 24. Nivel político, unidad temática de criminalización y persecución de las mujeres trans: identidad y trabajo sexual

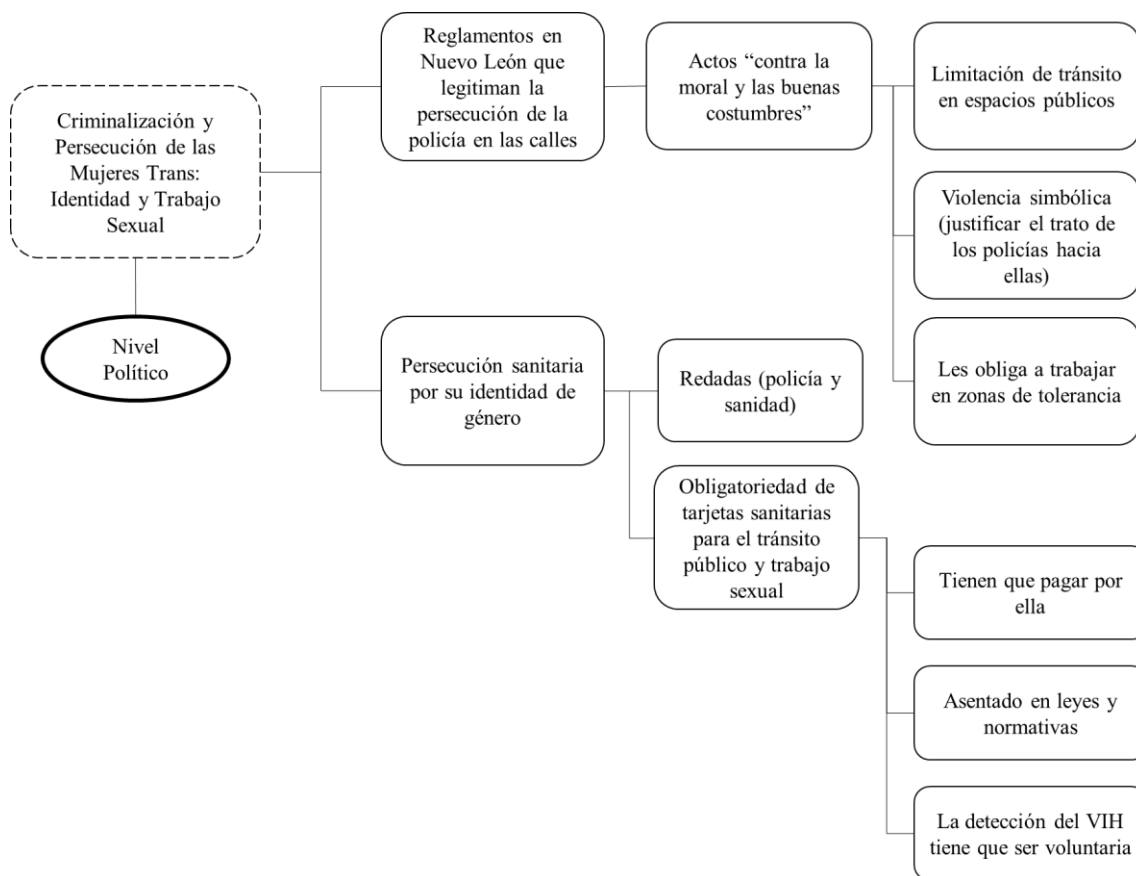


Figura 24. Esquematación de Resultados de la Unidad Criminalización y Persecución de las Mujeres Trans: Identidad y Trabajo Sexual, del Nivel Político de Análisis. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea continua contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas..

públicas, que se deja como ya lo dije en su momento, muy ambiguo [...]

En la comisión de los derechos humanos, esta comisión, hemos detectado que estas disposiciones ambiguas han generado violaciones a los derechos humanos, que hemos inducido ocho recomendaciones desde el 2016 a la fecha en la administración de su servidora, en donde hemos señalamos que la detención de las personas lesbianas, gays y trans están basadas, la

mayoría de las veces en estos reglamentos de policías. Es decir, a ellos son quienes aplican estas ambigüedades de conductas que no son normales o contra la moral.

En concordancia con lo identificado en el diagnóstico, las entrevistadas expresaron que sobre todo hace algunos años la persecución que encararon por parte de policías fue tan intensa que condicionaba su tránsito en espacios públicos, especialmente de día “y aun si no estuviera ejerciendo trabajo sexual, te llevaban porque andabas en la calle” (Ofelia, 26). La persecución de la policía o “cacería de brujas” como las entrevistadas se refirieron a ella, engloba tres aspectos. Por una parte “la cacería” como castigo hacia la ruptura de “las buenas costumbres” es decir, las normativas que regulan la sexualidad: la identidad trans y el trabajo sexual “antes no podías salir ¡Ni de obvia hermana! Porque si salías de obvia ¡Uy, peor te iba!” (Fernanda, 41). La cuota de Fernanda resalta lo que se mencionaba, sobre las limitaciones que enfrentaban para transitar en las calles y la vigilancia que se intensificaba de adoptar expresiones femeninas, que es a lo que se refiere cuando menciona “obvia”.

Además de los procesos de vigilancia y castigo emprendidos por la policía, la segregación a espacios “especiales” para realizar el trabajo sexual fue otra de las violencias que convergieron “la patrulla nos levantaba y nos obligaba que trabajáramos en las calles de tolerancia” (Ofelia, 26). Semejante a lo anterior, Ale, quién fue una de las mujeres trans de mayor edad en la muestra de este estudio, relató que cuando ella solía trabajar en los “congaes” (bares y sitios de encuentro dentro de las zonas de tolerancia), la policía tenía que proporcionarle un permiso para salir de las zonas de tolerancia:

Para salir a comer tenías que pedir permiso a la caseta porque si te encontraban sin el papel era quien sabe cuánto de multa, el permiso que te daba la policía para salir de la zona. Y tenías que salir ahí con pantalón, nada de con vestido ni nada de nada.

Foucault (2002), señalaba en el libro de “Vigilar y castigar” que: “El sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya los elementos constitutivos de la pena. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos” (p. 13). Con ello, el autor hace referencia a las transformaciones socio-temporales que ha sufrido el castigo como método para señalar la transgresión. Si bien, actualmente alrededor del mundo son pocos los países que mantienen métodos de castigo físicos y que incluso pueden llegar a la muerte, el castigo más evidente que sufren aquellas personas que rompen con la normalidad social es la invisibilización. La invisibilización de sus identidades, vivencias y, por lo tanto, de sus derechos, como es el caso de las mujeres trans, quienes sufrieron la economía del derecho a transitar, a decidir y a existir.

A parte de las experiencias que se rescatan sobre las percepciones sobre la situación legal de las comunidades trans en materia de derechos humanos y leyes, también se hace necesario traer de vuelta la violencia simbólica. Para las mujeres trans que realizaron trabajo sexual como las que no. Una de las participantes expuso que la persecución que se hace sobre las trabajadoras sexuales en la calle, es en parte culpa de ellas “creo que las transexuales que tienen más problemas con la policía son porque andan en las avenidas, o andan muy escotadas casi desnudas en la calle, que no es un delito, pero...” (Natalia, 27). Para otra de las participantes que, si realizaba trabajo sexual, la violencia que efectuaba la policía tuvo otro tipo de explicación:

Yo nunca tuve que me agarraran de los pelos, que me aventaran como mis amigas a mi me ni en cuenta. ‘Ya me detuviste’ y yo caminaba y ya me llevaban, pero de que zapes de que me tocaran, no, porque no me tocó ser como otras amigas que ‘¡no! a mí no me vas a llevar! y no me vas a llevar!’ por eso las agarraban, las gaseaban y todo. Yo no puedo hablar mal de una institución porque no puedo, porque no está en mi educación hacerlo (María, 31).

En las cuotas anteriores se señalan explicaciones hacia la persecución y violencia de la policía, lo que parecen indicios de la integración de la “ilegalidad” de sus expresiones y conductas a los esquemas de percibir la normalidad.

El otro aspecto que integra la “cacería de brujas” es el relacionado a los servidores de salubridad, quiénes en conjunto con la policía llevaban a cabo inspecciones a las mujeres trans. Magis Rodríguez y Parrini Roses (2009), explican que para 1983 ya se habían detectado 14 casos de personas viviendo con el VIH en México. A principios de la epidemia del VIH, la Secretaría de Salud emprendió distintas estrategias en el afán de “controlar” la epidemia, entre las que se encontraba la instalación de módulos de detección en todas las instituciones de salud. La vigilancia epidemiológica se concentró en “poblaciones especiales”. Asimismo, se implementó el tamizaje obligatorio de VIH para dichas poblaciones, entre las que se encontraban las mujeres trans trabajadoras sexuales (antes englobadas en el rubro de personas homosexuales). Más adelante, con el tamizaje se les otorgaba una “tarjeta” que asentaba que la persona que la portaba no estaba infectada con el VIH y entonces podía realizar trabajo sexual, “sin riesgo” de que en las inspecciones sanitarias fueran direccionadas a los separos de la policía.

Cada 3 meses llegaban las combis... eran las combis de sanidad y 3 combis de los policías, que eran las redadas. Pasaban, sacaban a todos los del bar y si traías tu tarjeta les decías luego luego a los de sanidad. Te empujaban, te aventaban bien feo, te empujaban, pero no hacían nada de que te llevaran [a las que traían la tarjeta], a los que no traían la tarjeta de sanidad, sabían que estaban infectados de VIH o no las querían sacar simplemente o tu siempre sacabas la conclusión ‘están infectados’ ¿por qué? porque no se las dan la tarjeta (Maria, 31).

La tarjeta de sanidad a la cual se hace referencia, se encuentra asentada en el artículo 377 de la Ley General de Salud (SS, 2006):

Artículo 377. La autoridad sanitaria competente podrá requerir tarjeta de control sanitario a las personas que realicen actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna enfermedad transmisible, en los casos y bajo las condiciones que establezcan las disposiciones aplicables.

En el artículo 377 se observa lo que mencionaba el diagnóstico, sobre la ambigüedad de algunas disposiciones legales que quedan “a la libre interpretación” de quién las ejecuta ¿“personas que realicen actividades mediante las cuales se pueda propagar alguna enfermedad transmisible”? El artículo no esclarece ¿quiénes son esas personas? y por lo tanto deja a la subjetividad de los que representan e “imparten” la justicia, en este caso los policías en las calles, ¿quién es una persona potencial para tener una enfermedad transmisible? Y ¿quién es una persona que requiere de una tarjeta de control sanitario? Una de las entrevistadas, claramente involucrada en el activismo, expresó durante la entrevista que las regulaciones sanitarias concernientes a la tarjeta de sanidad son sospechosamente dirigidas hacia ellas:

El artículo 379 de la ley general de la salud, les dice ‘aquella persona que tenga una enfermedad transmisible, tiene que ser sancionada por la regulación sanitaria’, pero no dice específicamente, que enfermedad transmisible. No sé porque específicamente se lo tienen que dar a una mujer trabajadora sexual. En las guías técnicas de la Secretaría de Salud por decir las de VIH, pues dice, pues ‘tiene que ser una detección voluntaria, no obligatoria’. Entonces, por qué tenemos que ser obligadas por esa ley general de la salud y aparte esta norma la protege la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la CONAPREP o la COPREP (Ofelia, 26).

Una de las mujeres trans trabajadora sexual, que acudió a la presentación del diagnóstico señaló que la tarjeta de sanidad representa un acto de estigma y discriminación que violenta sus derechos y al mismo tiempo las vulnera a tener

experiencias negativas con la policía. Por su parte, Ale (57) relató cómo fue la interacción con los servicios de salud en la Coyotera o colonia Garza Nieto a principios de la epidemia:

[...] y también aquí había sanidad [en la Coyotera]. Aquí ya después pusieron sanidad, aquí en la estrella, aquí todo derecho, ahí pusieron como dispensario este y ahí nos llevaban a todos, había una celda que si no querías hacerte los análisis te encerraban 24 horas ahí mismo.

A parte del forzamiento que evidenciaron las mujeres trans con respecto a las pruebas de VIH, también surge el tema de tener que pagar por dichas pruebas y tarjetas de control. La misma mujer trans que hablo en el espacio de presentación del diagnóstico, comentó que las tarjetas de control sanitario no estaban siendo expedidas gratuitamente y que al mismo tiempo se cobraba la prueba de VIH. Al respecto, Gabriela (40), comentó:

Para que trabajes en la calle, te tienen que hacer el examen, para que tú puedas salir a la calle y no te molesten la policía, ni sanidad [...] llevas un registro ‘tonces vas y pagas cada semana y si te agarra la policía checan que el recibo sea de esa semana que va, o sea si te atrasas una semana, te llevan hay un ¿cómo se llama? Si es... un centro de salud

Lo anterior, resulta grave y representa un problema estructural sobre la epidemia del VIH si se considera que la “NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana” (SS, 2010) sostiene en el punto 5.5.7:

Los servicios de salud públicos, sociales y privados están obligados a ofertar la prueba de VIH a toda mujer embarazada, grupos más afectados por la epidemia del VIH/SIDA, a las poblaciones en situación de vulnerabilidad de manera voluntaria, gratuita y conforme a esta norma

Con respecto a la obligatoriedad el punto 6.3.6 y el 6.3.8 mencionan:

6.3.6 Es obligación de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud ofrecer la prueba de detección del VIH a todas las personas de manera voluntaria y confidencial para el cuidado de su salud, con especial énfasis en todas mujeres embarazadas para prevenir la infección materno-infantil

6.3.8 Ninguna autoridad puede exigir pruebas de detección de VIH/SIDA a un individuo o los resultados de las mismas, sin que presente una orden judicial

Hasta este momento, quiénes evidencian las situaciones de criminalización que viven las mujeres trans, fueron mujeres trans mayores de 30 y una mujer trans de 26 quién tiene una participación activista importante en las comunidades trans. Por otro lado, el análisis de las entrevistas indica que las relaciones con la policía parecen estar cambiando y esto se puede apreciar a través del contraste entre las experiencias de mujeres trans de mayor edad con las más jóvenes. Algunas de estas últimas incluso reportaron nunca haber sido detenidas o registradas por policías “jamás he caído en los separos o algo así, no he tenido problemas con la autoridad y espero no tenerla, pero no me ha tocado como ese trato con la policía” (Paty, 22). Incluso las de mayor de edad lo percibieron y lo relacionaron con el trabajo que sus generaciones y otras pasadas hicieron en vías de la lucha por los derechos de las comunidades trans:

Me detenían por joto, sufrí un chorro y fue muy difícil porque te encerraban un día en la mañana y salías hasta otro día en la mañana, entonces perdía clases, o un día de trabajo, era muy difícil. Poco a poco, las transexuales en Monterrey sobre todo de mi generación, que ya somos grandes, somos las que abrimos esta brecha porque empezamos con las marchas y poco a poco. Ahora puedo salir de mi casa vestida de mujer 24 horas, incluso, puedes prostituirte en la calle, ya no te dicen nada, no como aquella época que te tenías que esconder, en aquella época, yo

veía pasar una patrulla y te tenías que esconder (Selmi, 38).

La lucha de las comunidades trans por la visibilización de las violencias a las que son sujetas y la lucha por los derechos humanos parece estar cambiando el escenario político que extiende sus efectos a la cotidianidad de las participantes. Tania (34), hace un recuento histórico sobre la persecución social encabezada por policías hace no muchos años, aunque ella no se identifica como activista, refleja a través de su discurso cómo la visibilización y el conocimiento de derechos ha cambiado su experiencia en la calle:

No, ahorita no [las captura la policía]. Pero ahorita las multas, el año pasado, si nos detuvieron varias veces, que fue cuando nosotras ya metimos demanda pues porque aquí vivimos [se refiere al barrio] y ya pues obviamente tenemos que ir al oxo o lo que tú quieras. Y salieron con cosillas una vez que nos agarraron este... qué bueno ahora por decir ya conoces más, ya conoces más de tus derechos o de algo, que tienes que preguntar del porque te están encerrando.

El conocimiento de derechos se presenta en las narrativas como arma de defensa personal sobre las violencias ejercidas “como conozco mis derechos, los expongo y se detienen [los policías]” (Claudia, 69). Para Julieta (37), fue fundamental que las mujeres trans conocieran sus derechos con la finalidad de hacer frente a las violencias que viven y sobre todo, que tiene que haber presencia política “tiene que haber un posicionamiento político y tiene que haber testimonio de las violencias que hemos vivido”.

Del trabajo de campo, se rescatan las observaciones del evento “Acción por la Despatologización Trans” en el marco del Día Internacional por la Despatologización Trans. Dicho evento fue dirigido por el Colectivo Trans de Monterrey y se llevó a cabo frente al palacio de gobierno de Nuevo León. Del evento se resaltan las características de las mujeres trans que acudieron al evento, las cuales fueron todas no menores de 30 años. Las mismas mujeres trans observadas en dicho evento, fueron las mismas que

acudieron a los demás eventos políticos relacionados a las comunidades trans ¿qué significa esto?

Lo que se puede reflexionar es que, quiénes parecen estar luchando “más activamente” por los derechos de estas comunidades, son las mujeres trans de mayor edad ¿por qué? Quizás porque a ellas les tocó vivir las violencias intensificadas, la cacería. Las comunidades trans más jóvenes al vivir otro tipo de experiencias, parecen no serles tan necesaria la visibilidad política “Ahora sí que les está tocando miel sobre hojuelas [a las mujeres trans jóvenes], que no lo sepan aprovechar es porque no quieren, porque se encierran en ciertas cosas de que la vida es fácil” (Renata, 50). Las mujeres trans más jóvenes también recayeron en este punto cuando se les pregunto sobre las expectativas para futuras generaciones de mujeres trans.

Sí, les va a tocar no sufrir nada y tener todo más fácil y está bien que no hayan vivido eso [mujeres trans futuras]. Yo tampoco viví tanto tan difícil, como transexual, pero está muy bien que el día de mañana no haya tantos prejuicios y tanto odio, que ya se vea más visible esto (Natalia, 27).

Violencia Sexual como Fenómeno Estructural

“En todo el planeta tierra la gente sufre y realiza violencia una sobre otra. Las mujeres tienen el dudoso triunfo de soportar un índice muy elevado de violencia justo por una razón que no pueden cambiar: porque son mujeres” (Valcárcel Bernaldo de Quirós, 2008, p. 401). La violencia que viven las mujeres trans son el reflejo de la intersección de ser mujeres y ser trans. Las violencias y experiencias de opresión son reflejos de sistemas estructurales de opresión, como la hetero-cisnormatividad y el sexismo (ver figura 25).

¿Por qué la violencia es un fenómeno estructural? Las mujeres trans ya existían desde antes de que vinieran los organismos internacionales e instituciones a proporcionarles un término categórico. Sin embargo, no fue hasta que estos mismos les

Figura 25. Nivel político, unidad temática de violencia sexual como fenómeno estructural

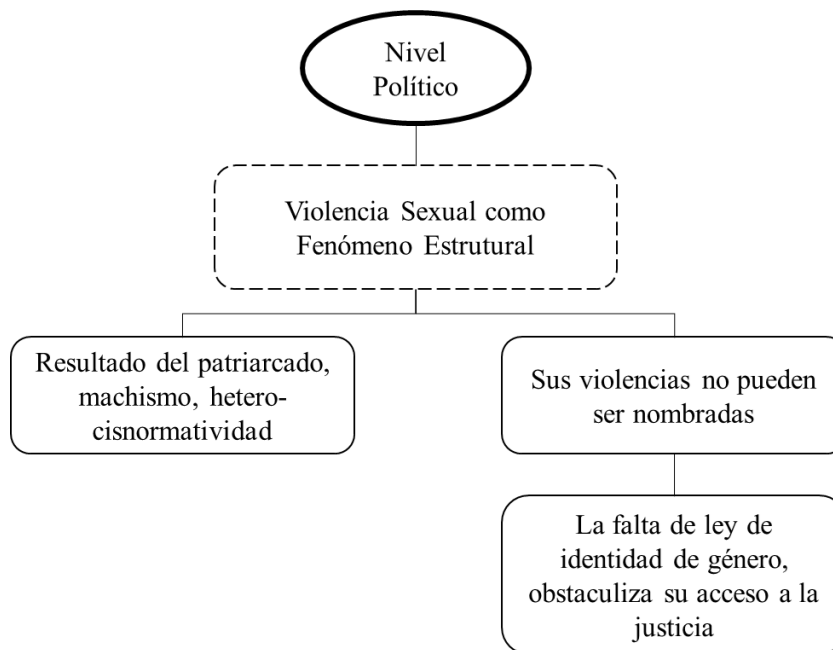


Figura 25. Esquematación de Resultados de la Unidad Violencia Sexual como Fenómeno Estructural, del Nivel Político de Análisis. El óvalo con línea gruesa representa el nivel, el rectángulo con línea punteada larga representa la unidad temática. Los rectángulos con línea sencilla contienen la información más relevante de cada una de ellas, identificada en las narrativas.

“dieron visibilidad” que existieron en el ámbito político y social. Esto se ha atribuido en gran medida, a las representaciones de sus conductas y estilos de vida para la salud pública en términos de riesgo. Lo anterior, por el mismo rezago y olvido que perpetuaba la adherencia a esquemas binarios, biologicistas.

Butler (2006), reflexiona sobre lo humano y lo inhumano, lo real y lo irreal, en cuánto cuando una persona existe. En este caso, las personas hetero-cissexuales representan en el imaginario lo humano y lo real, porque están constreñidos a las normativas sociales que posibilitan su existencia, y la legitiman. Entonces, la justicia existe para ellas, porque sus violencias pueden ser nombradas y reconocidas. Por el contrario, las mujeres trans subvierten todo lo anterior y rompen con el andamiaje social, lo que las posiciona en una situación de opresión o varias:

Ser llamado una copia, ser llamado irreal, es una forma de opresión, aunque hay algo más fundamental [...] Para ser oprimido se debe ser, en primer lugar, inteligible. Darse cuenta de que se es fundamentalmente ininteligible (que incluso las leyes de la cultura y del lenguaje te estimen como una imposibilidad) es darse cuenta de que todavía no se ha logrado el acceso a lo humano, sorprenderse a uno mismo hablando solo y siempre como si fuera humano, pero con la sensación de que no se es humano; darse cuenta de que el lenguaje de uno está vacío, que no te llega ningún reconocimiento porque las normas por las cuales se concede el reconocimiento no están a tu favor (p. 52-53).

Julieta (37), presenta quizás una de las cuotas más ilustrativas sobre lo anterior:

Yo fui violada cuando tenía 21 años por policías, y mucha gente me pregunta ¿por qué no denunciaste? Imagínate a los 21 años, estando estudiando, en un proceso todavía de empoderamiento, de juventud, con una familia conservadora, hacer público una violación y siendo mujer trans. Cuando eres mujer trans no eres víctima, cuando eres mujer trans tú lo andas buscando, si a una mujer cis ‘¿pa’ qué andas en la calle?’ [le dicen]. Sí, como mujer trans te dicen ‘si te gustó, te encantó pa’ qué te haces’.

¿Por qué la policía, que es el brazo del Estado encargado de impartir justicia, ejerce violencia sexual hacia una mujer trans? Esto puede deberse a que, los policías también son encargados de mantener el orden de las normativas sociales, son vigilantes del género. Se pueden pensar que transgredir a una persona que no se encuentra bajo el amparo y protección de las leyes, no es malo. Incluso, pueden verlo como una forma de castigo por no apegarse a su sexo o una forma de hacerlas “hombres”.

Las violencias que viven las mujeres trans nacen principalmente por no entrar

en el sistema binario. Sus identidades, su sola existencia, ponen en duda un sistema que opera a lo largo ancho de las estructuras socio-culturales y estructurales y que determina qué es lo normal, que es lo real, lo que puede y debe existir. La invisibilización de sus identidades en el discurso político posibilita que sus vivencias no existan, porque no pueden ser nombradas, porque para el sistema no existen o existen como personas “enfermas” que deben recibir tratamiento para devolverles a lo normal. O son violencias “merecidas” por la ruptura de las normas. Las estadísticas sobre esperanza de vida de estas poblaciones simbolizan la magnitud de las múltiples formas de violencia y opresión que encaran. Para el 2015 fue de 35 años de edad (Chiam et al., 2017). Para muchas de las participantes el salir a la calle, el ser “visibles” para los demás es un acto de revolución “o sea, no eres luchadora de la, o sea un luchador, luchas desde el momento que sales a la calle porque desde el momento que sales ya te están discriminando” (Gabriela, 40).

La política pública tiene un peso preponderante en la cotidianidad de las personas. La existencia de una Ley legitima la existencia de los eventos relacionados a ella e hipotéticamente, ofrece protección y justicia. La inexistencia de una Ley de género, por ejemplo, imposibilita todo lo anterior. Ya se mencionaba en la sección de la Ley de identidad, que ésta pudiera operar en cascada sobre las discriminaciones sistémicas de las mujeres trans. La criminalización de sus identidades, del trabajo sexual y la persecución sanitaria, son todas violencias y castigos interactuando sinérgicamente. Representan formas de existir condicionadas a la enfermedad. No al derecho de ser quienes son, porque así lo desean.

Capítulo V

Discusión

Este es el primer estudio en explorar el riesgo de adquirir el VIH en una muestra de mujeres trans mexicanas desde un enfoque socio-ecológico y de género. El estudio consistió en el análisis de las experiencias apelando a todos los niveles micro y macro socio-estructurales en que las mujeres trans viven, se relacionan y por lo cuales son afectadas. El género se consideró el lente de indagación e interpretación de las narrativas de las mujeres trans. Los hallazgos mostraron como el género diferenció las vivencias de las participantes en todos los niveles de análisis. A continuación, se genera la discusión de los resultados en contraste con estudios previos relacionados al riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans por objetivo de estudio.

Sobre el primer objetivo que buscó la descripción de cómo los niveles individual, de redes, comunitario y político fueron valorados desde la subjetividad de las mujeres trans, surge como aspecto central para entender la vulnerabilidad que enfrentan las mujeres trans al VIH, el estigma. El estigma que enfrentaron las mujeres trans, transformado en actos de discriminación y violencia, fueron sistémicos todos los niveles de análisis. El estigma se identificó como triple, es decir, por la intersección del estigma hacia sus identidades de género, y la creencia social de que las personas trans son todas trabajadoras sexuales y viven con el VIH.

El primer contexto identificado donde se vivió estigma y sus repercusiones fue la familia. Las experiencias familiares se interpretaron más como aversión a lo femenino, que a lo trans por la falta de identificación específicas de las identidades trans de las participantes. Grossman, D'Augelli y Hubbard (2005), explican que las experiencias familiares entre lesbianas, gay y bisexuales se diferencian de las de mujeres trans en tanto que estas últimas no se pueden identificar como trans hasta que terminan de armar su identidad. Es decir, las experiencias familiares en las infancias trans no pueden asumirse en el contexto del rechazo, como derivadas de la identidad trans en sí misma.

Lo anterior se debe a que, en los procesos de formación de la identidad, específicamente de las personas trans, existe una tendencia inicial a identificarse como gay a pesar de que esta etiqueta no termina de representarles.

Las experiencias familiares de las mujeres trans estuvieron atravesadas por la hetero-cisnormatividad y el machismo. Estos se reflejaron en la aversión de las familias a las expresiones femeninas que quebrantaron la hetero-cisnorma, y el machismo fue personificado por el padre quién vigiló, castigó y trató de alinear el sexo con el género. El machismo como expresión patriarcal configuró las experiencias familiares de las mujeres trans, contrastándose en las narraciones que equipararon la ausencia de rechazo con la ausencia del padre y el machismo. La familia tradicional mexicana sigue con frecuencia un patrón machista y heteropatriarcal, donde la alineación sexo-género y la heteronormatividad son inquebrantables. Algunos investigadores han indicado que el entorno familiar sirve para que los hombres adopten y refuercen las actitudes machistas (Constant, 2017; Flores-Galaz, 2011; Gutiérrez Capulín et al., 2016). El contexto familiar también es un medio donde la vigilancia hacia las sexualidades se intensifica (Fuller & Riggs, 2018). Los padres también pueden sentir aversión a las expresiones femeninas, castigarlas y enfrentar sentimientos de pérdida de un hijo varón (Wahlig, 2015).

Como parte de dichos sistemas de opresión, la madre generalmente no pudo fungir como red de apoyo hacia las mujeres trans, a menos que el padre no estuviese presente. En vistas del rechazo familiar las mujeres trans enfrentaron diversas consecuencias que impactaron de forma inmediata, a mediano y largo plazo las condiciones de vida de las participantes, como situaciones de calle, pobreza, trabajo infantil, explotación sexual, y migración. De las consecuencias a mediano y largo plazo fueron las afecciones a la salud mental de las mujeres trans por el estigma y sentimientos de culpa de su identidad. Con anterioridad, el rechazo familiar se ha vinculado con el uso de drogas, el desarrolló de ideaciones suicidas, realizar trabajo

sexual y vivir en situación de calle, así como al doble de probabilidades de adquirir el VIH (James et al., 2016; Logie et al., 2017; Shelton, Dechants, Bender, & Ferguson, 2018).

Por otro lado, la aceptación y apoyo familiar ha demostrado tener efectos protectores contra resultados de salud mental adversos (depresión, ansiedad), el riesgo de adquirir VIH y en general con tener mejores condiciones de vida (Aramburu Alegría, 2016; Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016; Olson, Durwood, DeMeules, & McLaughlin, 2016). Aunque en este estudio no se midieron cuantitativamente los efectos del rechazo vs. apoyo familiar, el contraste de narrativas entre aquellas que tuvieron apoyo de la familia y las que no, permitieron aseverar la congruencia de estudios anteriores, sobre los efectos protectores del apoyo familiar. Aquellas mujeres trans que tuvieron apoyo familiar, tuvieron mejores condiciones de vida, desde evitar la situación de calle, pasar hambre y explotación sexual.

Como explicación alterna al rechazo familiar, Katz-Wise, Rosario, y Tsappis (2016) subrayan que las respuestas de las familias de acuerdo a la teoría de estrés familiar, recaen en la disponibilidad de recursos que las familias tienen para hacer frente a este tipo de situaciones. Por ejemplo, el vivir en un área urbana con padres con estudios universitarios, podría forjar otro tipo de experiencias en comparación con mujeres trans donde los padres tienen posiciones sociales menos privilegiadas.

Las comunidades trans tuvieron un papel preponderante a lo largo de la vida de las mujeres trans, ya que proporcionaron acompañamiento continuo a partir del rechazo familiar. La introducción a las comunidades trans se conectó con el encuentro de la identidad trans, lo que fue interesante, ya que evidencia previa no ha profundizado en este aspecto. Como se evidenció en este estudio, las comunidades trans fueron el contexto donde se adquirió la información sobre el VIH y se crearon las percepciones y creencias sobre él. La promoción del uso del condón y el desarrollo de habilidades para negociarlo y lidiar con las situaciones de riesgo que surgen del trabajo sexual también se

dieron aquí. Con anterioridad, a esto se le ha llamado capital social a nivel grupal (Perez-brumer et al., 2017). Las comunidades trans como redes de apoyo en el trabajo sexual, se vuelven importantes para reducir el riesgo de ser violentadas por clientes. La solidaridad entre ellas, también les permitió hacer frente a situaciones donde se violentaron sus derechos humanos y exigieron justicia. Maiorana et al. (2016) encontró en una muestra de mujeres trans en Perú, que el apoyo durante el trabajo sexual entre mujeres trans supone una estrategia importante de apoyo.

También se identificaron las dinámicas de riesgo específicas dentro de las comunidades trans, como el intercambio potencial de agujas cuando se usan hormonas o sustancias para reafirmar sus cuerpos, el uso de drogas, y los procedimientos de reafirmación del género. El estigma del VIH, incluso si no estuvieran viviendo con él, también se detonó aquí, ya fuera por haber acudido a servicios de prevención y atención del VIH o por la lucha interna de las comunidades trans por clientes. El estigma dentro de las comunidades trans como elemento instrumentalizado en la disputa por clientes, no se ha reportado anteriormente.

El estigma social empujó a las mujeres trans a sitios de encuentro/ambiente que fueron caracterizados como oscuros y clandestinos, en ellos se dio generalmente el intercambio sexual como parte del trabajo sexual. Los sitios de encuentro/ambiente se volvieron importantes para indagar sobre el riesgo de adquirir el VIH porque aquí se evidenció la negociación sexual, las disputas entre comunidades trans, y las diferencias entre comunidades y sus vulnerabilidades.

La ausencia de otro tipo de redes de apoyo aparte de las comunidades trans y amigos gay y lesbianas, surgió como dato interesante, ya que la evidencia sugiere que en otros contextos como Estados Unidos y Canadá, personas fuera de las comunidades de la diversidad sexual son fuentes importantes de apoyo, como las redes de amigas y amigos en la escuela, en los barrios, las docentes y otras. Lo que en este estudio no se encontró. Esto puede deberse a que la edad de salida del hogar en dichos contextos, se

prolonga por lo menos hasta después de los 16 hasta 21 años, lo que les permite a las mujeres trans arraigar redes de apoyo en otros contextos (Johns et al., 2018). La edad de salida del hogar puede estar relacionada con el peso de la política en materia de menores de edad, maltrato y situación de calle.

Debido al rechazo de la familia, casi todas quedaron sin hogar durante su infancia y/o adolescencia y truncaron sus estudios. La discriminación laboral las llevó como última opción al trabajo sexual. El trabajo sexual se describió como la principal forma de trabajo. En el estudio de Logie et al. (2017) en mujeres trans de Jamaica se encontró que la mayoría de las participantes realizaron trabajo sexual por dinero, por necesidad de sobrevivir y por último, para comprar drogas/alcohol. El trabajo sexual estuvo asociado a nivel estructural por el desempleo como consecuencia del estigma social.

Los servicios de salud fueron descritos en su mayoría como inaccesibles. El acceso a los servicios de salud por mujeres trans es primordial en el tema de la prevención del VIH, ya que engloba el acceso a información sobre el VIH, condones y pruebas de detección, los cuales son primordiales en la lucha contra la epidemia del VIH (UNAIDS, 2018). La estrategia de “Cero discriminación” (zero discrimination) (UNAIDS, 2017) desplegada por UNAIDS en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, describe la importancia de mantener los servicios de salud libres de discriminación, especialmente para las poblaciones vulnerables al VIH.

El acceso a los servicios de salud también se conectó con el estigma anticipado y de los profesionales de salud hacia las mujeres trans. Bauer et al. (2009), explica que si bien el estigma anticipado es una barrera importante para acceder a los servicios de salud, lo que tienen mayor peso es la hostilidad de los profesionales de salud hacia las poblaciones trans. Por último, las barreras territoriales y económicas percibidas para las mujeres trans que viven en áreas rurales, surgieron como barreras para el acceso a servicios de salud. Kaplan et al. (2016) encontraron en una muestra de mujeres

transgénero en Beirut que el acceso a servicios médicos estuvo relacionado con las imposibilidad económica de una tercera parte de las participantes. Asimismo Jaspal, Nambiar, Delpech, & Tariq (2018), discutieron en su revisión sistemática que las cifras de adquisición del VIH en mujeres trans deben ser consideradas con cautela, por la inaccesibilidad a servicios de salud. Dicho esto, los servicios de salud relacionado al VIH cobran importancia para garantizar la detección y tratamiento oportuno del virus.

De otras repercusiones del estigma se encontró, la invisibilidad de las mujeres trans de las comunidades de la diversidad sexual, lo que fue una barrera percibida para el progreso en el reconocimiento de sus necesidades. La falta de una ley estatal de identidad de género, la criminalización de su identidad de género y el trabajo sexual y la reducción de los presupuestos para la prevención y atención del VIH fueron barreras estructurales identificadas relacionadas con el riesgo de VIH. La evidencia previa ha demostrado cómo los elementos antes mencionados configuran el riesgo de VIH en entornos estructurales, lo que aumenta el riesgo de adquirir el VIH (S. L. Reisner et al., 2016).

Cabe señalar que, el mejor ejemplo actual del impacto de la convergencia de política, toma de decisiones y salud pública sobre un fenómeno de salud-enfermedad, es precisamente la respuesta al VIH/sida (Piot et al., 2007). Se ha mostrado con anterioridad que las personas trans que viven en contextos donde no existen leyes que permitan cambiar legalmente su nombre e identidad, en donde son perseguidas legalmente por su identidad, enfrentan altos niveles de estigma y discriminación que afectan el acceso a derechos humanos, acceso a servicios públicos y finalmente impactan su la salud individual (Poteat et al., 2014).

Otro aspecto que fue relevante fue la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH sustentadas en Normas Oficiales Mexicanas y que incitan al estigma. Algo que pudiera estar influyendo sobre la persistencia en la obligatoriedad de las pruebas del VIH después de más de 30 años desde el primer caso, y se presenta como posible

respuesta hipotética, es la influencia de los acuerdos internacionales relacionados a la epidemia del VIH y de los cuales México es parte. Uno de ellos es la Estrategia 90-90-90 (UNAIDS, 2016), la cual surge paralela a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y que deben cumplirse para 2020. Dicha estrategia objetiva que para el 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su seroestado, que el 90% de ellas se encuentre en tratamiento y que el 90% haya alcanzado la supresión de las cargas virales.

Posiblemente, el compromiso que ha hecho México para cumplir con dicha estrategia y la cual conllevan una inyección monetaria por organismos y países externos, para que México pueda cumplirla este empujando a violar las normatividades en materia de salud pública y de derechos humanos.

Con todo lo anterior, el estigma múltiple sistémico, percibido y vivido, afectó la salud mental de las mujeres trans, desencadenando depresión, ansiedad, baja autoestima e ideas suicidas. Esto ha sido atribuido a probabilidades incrementadas de adquirir el VIH (White Hughto, Reisner, & Pachankis, 2015). Las mujeres trans que se encuentran en estados depresivos, de ansiedad pueden ser más vulnerables a comprometerse en conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas. Asimismo, el uso de sustancias por lo general funciona para hacer frente al estigma y el rechazo social y puede afectar la autoeficacia para el uso del condón (Jaspal, Kennedy, et al., 2018).

Los estigmas múltiples también tuvieron repercusiones en la forma en que las mujeres trans percibieron su cuerpo y esto a su vez, en los procedimientos de reafirmación del género. En este sentido, se encontró que el cuerpo fue el territorio donde el género y las normas sociales se tejieron y proyectaron. Los procedimientos de afirmación de género estuvieron conectados con la búsqueda de reconocimiento y legitimización social como mujeres. Esto permeado por la hetero-cisnormatividad, resultando en la hiperfeminización e hipersexualización de los cuerpos (Sevelius, 2013). El cuerpo también fue afectado por el deseo y la objetivación sexual de las parejas sexuales (Muñoz-laboy et al., 2017).

Para hacer frente al estigma, muchas mujeres trans encontraron en el activismo y el feminismo herramientas para subvertir el estigma múltiple. La participación en el activismo y el feminismo alentó a las mujeres trans a empoderarse de sus cuerpos y el trabajo sexual, así como a adquirir información relacionada al VIH. El dominio y la experiencia en el trabajo sexual influyeron en la negociación exitosa del uso del condón con los clientes. El activismo y el feminismo produjeron mejores percepciones de sus cuerpos, de trabajo sexual y autoeficacia para el uso del condón, y ayudaron a repeler el estigma y la discriminación. Por otro lado, las actitudes religiosas ayudaron a manejar el estigma basado en sus identidades de género. Estudios anteriores han reconocido los anteriores como factores protectores para el riesgo de VIH y promotores de habilidades de resiliencia (Johns et al., 2018; Poteat et al., 2014). El afrontamiento resiliente, de acuerdo con el estudio de Chakrapani et al. (2018), moderó significativamente la asociación de sindemias de uso de drogas y violencia con relación al riesgo sexual de mujeres transgénero en India.

Con respecto al segundo objetivo sobre la conceptualización y la construcción de la relación con el riesgo del VIH de las mujeres trans, se encontró que, el VIH se conceptualizó como una enfermedad mortal. Dicha mortalidad las hizo percibir, además, al sida como una enfermedad que acarrea estigma social, lo que creó en ellas miedo e incertidumbre. El conocimiento del VIH jugó un papel importante dado que de él dependió la creación de creencias, percepciones y sentimientos sobre el virus. Las construcciones sociales del VIH y las formas en que las mujeres trans se posicionaron frente a él, se vincularon con los procesos de socialización con otras mujeres trans que habían muerto a causa del VIH. Las edades distintas de las participantes mostraron en los discursos que, el VIH es un fenómeno que fluyó con el paso del tiempo, desde el principio de la epidemia, la disponibilidad del condón y de tratamientos del VIH. Esto permite afirmar que las conceptualizaciones y construcciones que las mujeres trans desarrollan sobre su relación con el riesgo de adquirir el VIH, son fluctuantes y

están atravesadas por el momento socio-histórico y generacional en el que vivieron.

En contraste con estos resultados, no se identificaron estudios que indagaran sobre cómo las mujeres trans construyen el VIH con respecto a ellas y cómo dichas construcciones impactan en sus conductas. Sin embargo, Koester et al. (2018), en un estudio con HSH y hombres gay, explica que las formas en las que las personas se relacionan con las construcciones sociales del VIH diferencian las conductas sexuales. Por ejemplo, en su estudio los participantes tuvieron mejores percepciones entorno al VIH por la disponibilidad de tratamientos, lo que les hizo sentirse más cómodos cuando no utilizaron condón.

Referente al tercer objetivo del análisis de los significados que las mujeres trans dan a sus conductas sexuales, se encontró en primera instancia que realizan divisiones de parejas sexuales (primarias, casuales y del trabajo sexual), lo cual es consistente con hallazgos anteriores (Satcher et al., 2017; Sevelius et al., 2009). Las parejas sexuales se describieron como hombres cisgéneros frecuentemente casados, y su tránsito sexual dentro de las comunidades de mujeres trans y el ocultamiento de su sexualidad se interpretaron como fuentes de riesgo del VIH. Las parejas sexuales de las mujeres trans representan un riesgo elevado de VIH debido al tipo de prácticas sexuales, el tránsito sexual en una red sexual reducida y las parejas sexuales concurrentes, dobles o triples que tienen. Si se considera que las parejas sexuales se mueven en una red sexual limitada, y que ambos grupos (las mujeres trans y sus parejas) enfrentan un riesgo elevado de VIH, la probabilidad de contraer el virus también es mayor (Poteat, Malik, Scheim, & Elliott, 2017; S. L. Reisner et al., 2018).

El ocultamiento de las relaciones con mujeres trans, por parte de las parejas sexuales, se ha explicado previamente a través de la homonegatividad, la transfobia y la heteronormatividad. Las percepciones de las parejas primarias sobre la homofobia social, la bifobia y la transfobia pueden hacer que las parejas se sientan vulnerables a la vigilancia social y los prejuicios y, por lo tanto, entablar relaciones sexuales con mujeres

cisgénero para cumplir con la norma y con mujeres trans debido a su deseo sexual. Asimismo, pueden sentir una aversión a ser caracterizados como homosexuales o bisexuales, por lo que buscan que mujeres trans con cuerpos femeninos que les ayuden a subvertir etiquetas estigmatizantes (S. L. Reisner et al., 2018).

Las significaciones de las conductas sexuales se reflejaron en la diferenciación de las posiciones sexuales receptiva e insertiva y el uso del condón, por tipo de pareja sexual. Las posiciones sexuales (pasivas, activas) y el uso del condón variaron según el tipo de pareja sexual. No se asignaron significados a las posiciones sexuales ni al uso del condón entre los clientes y parejas casuales. A la inversa, las mujeres trans proporcionaron significados relacionados con el género tanto para las posiciones sexuales como para el uso del condón entre las parejas primarias (Gamarel et al., 2016). Adoptar el papel receptivo obedeció al imaginario social de la posición sexual femenina, que también parece ser parte del proceso de afirmación de género (Nuttbrock et al., 2009; Sevelius, 2013). De acuerdo con Satcher et al. (2017), la búsqueda de la legitimización del género a través de las conductas sexuales que incluyen, el posicionamiento (activo, pasivo) y el sexo anal sin condón son dos posturas explicativas al riesgo elevado que enfrentan las mujeres trans de adquirir el VIH.

El uso del condón se describió como consistente entre las parejas casuales y las del trabajo sexual, mientras que las barreras para negociar su uso se encontraron entre las parejas formales (Magno et al., 2018). En el estudio de (Wilson et al., 2014) en mujeres transgénero de Estados Unidos, se encontró que de los tres tipos de pareja sexual en análisis multivariantes, el sexo anal sin condón se asoció significativamente con las parejas formales. En este estudio, la falta de uso del condón se asoció con la coerción de sus parejas basada en argumentos de amor y confianza (Moayedi-Nia et al., 2019). Esto se puede explicar a través de las relaciones de poder ejercidas en la toma de decisiones a nivel sexual (Kaufman et al., 2014).

Sevelius (2013), explica que las conductas sexuales se vuelven medios

para legitimizar la identidad, cuando esto pasa frecuentemente el riesgo del VIH se incrementa. Por ejemplo, en la adopción de posiciones sexuales que por sí mismas tienen riesgo elevado del VIH (receptivo vs. insertivo) y la diferenciación en el uso del condón por tipo de pareja sexual. Dentro de las significaciones de las conductas sexuales, un hallazgo importante fue que las participantes no reconocieron como infidelidad si sus parejas sexuales estaban en relaciones simultáneas con mujeres cisgénero, pero sí con otras mujeres trans. Esto podría hablar sobre cómo las mujeres se percibieron a sí mismas y el tipo de acuerdos que establecieron con sus parejas sexuales. Un estudio reciente mostró que, en algunos casos, tanto las mujeres trans como sus parejas sexuales llegaron a un acuerdo sobre el tipo de relación (monógama, abierta) en la que se comprometieron (Satcher et al., 2017).

En relación al cuarto objetivo de cómo las mujeres trans percibieron y vincularon sus conductas sexuales con el riesgo del VIH, convergieron las percepciones de riesgo de VIH y el uso del condón. Las percepciones de riesgo del VIH surgieron a partir de una previa identificación de conducta de riesgo del VIH, ya fuese el mantener relaciones sexuales sin condón, así como mantener parejas concurrentes en el trabajo sexual. El uso del condón en el trabajo sexual se concibió como indispensable en orden de reducir el riesgo del VIH, sin embargo, surgió como posible evento alternativo el que los clientes pudieran infectarlas con jeringas mientras estos estuvieron bajo los efectos de drogas. La prevención del VIH se vinculó con el mantener el trabajo sexual como medio estable de generación de ingresos, ya que, de acuerdo a las narrativas, una vez que adquieren el VIH el número de clientes se reduce y el estigma por el VIH emerge. Mientras que el uso del condón en las parejas sexuales del trabajo sexual fue forzoso para reducir el riesgo del VIH, entre las parejas primarias sucedió lo contrario, como se mostró anteriormente. Y fue en este contexto sexual dónde las percepciones de riesgo del VIH se vieron intensificadas en algunos casos, es decir, las mujeres trans consideraron que el tener relaciones sexuales con parejas primarias sin el uso sostenido

del condón, significa riesgo del VIH. Las percepciones de riesgo también fueron evidentes en aquellas mujeres trans que no hicieron trabajo sexual.

El uso del condón también se relacionó a las habilidades de negociación, el estado socioeconómico, el uso de drogas y el alcance del placer (Kaplan et al., 2016; Poteat et al., 2017). Las habilidades para negociar el uso del condón fueron importantes entre los clientes de trabajo sexual, especialmente en los casos donde estos no desearon utilizar el condón. Sin embargo, las habilidades para la negociación del condón no se presenciaron entre las parejas primarias. El uso del condón también se conectó con la posible necesidad de comprar drogas, donde las mujeres trans pudieron aceptar relaciones sexuales sin condón en vías de generar ingresos para el fin mencionado. Asimismo, el uso del condón se vinculó con el alcance del placer, donde la ausencia de éste se relaciona con obtener placer y su presencia, con la posible disminución o ausencia del mismo.

Finalmente, como pieza última de las percepciones y vinculaciones que las mujeres trans hicieron de sus conductas sexuales con el riesgo del VIH, se identificaron las pruebas de detección del VIH. Éstas últimas, fueron el evento tangible de las percepciones de riesgo presentes y derivadas de eventos de riesgo pasados. Las intenciones para realizarse la prueba de detección del VIH no fueron siempre intencionales, a pesar de tener percepciones de riesgo del VIH. Aquí jugaron un papel importante las creencias (mortalidad) y sentimientos del VIH (miedo), como posibles barreras para llevar a cabo la prueba de detección. Las intenciones de detección del VIH y las percepciones de riesgo, estuvieron diferenciadas en el caso de la violencia sexual, donde estas aparecen como respuesta alterna a un evento violento, no deseado y que a pesar de realizar pruebas diferentes y en distintos tiempos, no desaparecen.

Limitaciones

El Modelo Socio-Ecológico Modificado, aunque fungió como herramienta teórica para orientar la indagación en el riesgo del VIH en mujeres trans como

fenómeno multinivel y con él se logró profundizar en aquellos elementos que introducen riesgo, no fue suficiente para explicar e interpretar todos los elementos sociales, su interacción y significaciones que fueron rescatados de las narrativas de las mujeres trans. Por lo anterior, se hizo de necesidad primordial la introducción de otros conceptos teóricos y teorías sociales como el estigma, la violencia como resultado de sistemas hegemónicos (patriarcado), la interseccionalidad, el capital social, la violencia simbólica, el estigma y la teoría de la afirmación del género. Con lo anterior, no se afirma que el modelo no es funcional para el estudio del fenómeno que aquí se propuso indagar, sino que por sí solo no logra profundizar en todos los procesos que se dan en los niveles de análisis. Además, el modelo, constriñe a las normas sociales al nivel comunitario, cuando éstas atraviesan paralelamente y tienen repercusiones en todos los niveles de análisis.

El que la investigadora que llevo a cabo las entrevistas haya sido una mujer cisgénero pansexual, pudo sesgar las entrevistas, en cuanto a que las entrevistadas pudieron sentirse incómodas durante los encuentros, percibir a la investigadora como alguien ajena, o sentir que un tipo de persona con dichas características en su cotidianidad representa una fuente de estigma y/o sentirse instrumentalizadas. Lo anterior, se trató de reducir mediante el involucramiento activo dentro de los eventos relacionados a las comunidades trans en vías de corresponder al tiempo y experiencias compartidas. Las entrevistas también pudieron sesgarse por cuestiones de estados anímicos de las participantes, como cansancio, lo cual pudo reducir sus respuestas.

Otra limitante importante fue la imposibilidad de reclutar mujeres trans en los sitios de encuentro. Esto se explicó con anterioridad, como resultado de que la presencia de mujeres trans en esos espacios son con el objetivo de localizar clientes y realizar trabajo sexual. Por lo que la investigadora representó una barrera para ello. Sin embargo, si se pudieron desarrollar observaciones sobre las dinámicas sexuales que ahí se suscitaron. Tampoco se pudieron reclutar mujeres trans de clase alta. A través de las

reflexiones de la investigadora basadas en pláticas con mujeres trans y comentarios en redes, se llegó a la conclusión que estos grupos de mujeres trans, colocadas en esferas privilegiadas, podrían ocultar su identidad trans y “pasar” de acuerdo al sistema binario como mujeres cisgénero. Esto con el objetivo de evadir la señalización.

Por último, y no menos importante, las entrevistadas pudieron ocultar que vivían con el VIH por miedo a ser discriminadas.

Conclusión

Con base en los resultados obtenidos en este estudio se concluye que las mujeres trans son grupos marginados, que enfrentan múltiples y diversas formas de discriminación y violencia a lo largo de sus vidas y en todos los contextos en lo que se desenvuelven. Su identidad de género diferencia sus experiencias de las otras personas. Indagar, entender y explicar el riesgo de adquirir el VIH en mujeres trans necesita de la adopción de perspectiva de género, ya que sin el quebrantamiento de patrones tradicionales de investigación que asumen como causales el sexo y el género no se comprendería las raíces e interacción de los factores de riesgo.

El riesgo de adquirir el VIH está atravesado por un sistema de opresión patriarcal y de tres sistemas hegemónicos de opresión de la sexualidad: la heteronormatividad, la cisheteronormatividad y la homonormatividad. El estigma nace como respuesta a la ruptura de los sistemas de opresión sexual generando rechazo, opresión y violencias multinivel. Asimismo, el riesgo del VIH es una consecuencia del estigma, la marginación y exclusión social, institucional y política. Dicha marginación es un castigo por la ruptura a los sistemas sexuales.

Los sistemas de opresión son transversales a todos los niveles de análisis o espacios contextuales donde socializan las mujeres trans, creando inequidades sociales y de salud. Las redes de apoyo, el acceso a derechos (salud, educación, trabajo), la visibilización política de necesidades y violencias están condicionadas por dichos sistemas.

La política pública tiene un efecto cadena en los demás niveles de análisis. La ausencia de ley de identidad de género, legitima la invisibilización de necesidades y violencias de las mujeres trans. Sin el respaldo político, enfrentan múltiples barreras para acceder a justicia.

La obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH es una transgresión a sus derechos humanos, así como la exigencia de una tarjeta de sanidad obligatoria y con costo, para poder realizar trabajo sexual y acceder a espacios públicos sin el riesgo de ser llevadas presas. La criminalización del trabajo sexual y sus identidades de género, las lleva a quedar sin la salvaguarda política sobre las violencias que viven en el trabajo sexual y otros contextos.

Los servicios de salud se perciben negativos, existe renuencia a acudir a ellos, especialmente a los gubernamentales. Las OSC están supliendo la responsabilidad de las instituciones de salud de gobierno en materia de atención a las mujeres trans. El lenguaje utilizado en estos contextos es importante en el acceso de las mujeres trans a ellos.

La familia de las mujeres trans son primordiales frente al riesgo de adquirir el VIH, ya que a partir del rechazo se detonan consecuencias que afectan sus condiciones de vida. Las comunidades trans son su principal fuente de apoyo, al mismo tiempo que de ahí surge estigma y situaciones de riesgo como el trabajo sexual, el uso de drogas y los procesos de reafirmación del género sin orientación médica. Las parejas sexuales son solo redes de apoyo si viven relaciones afectivas socialmente visibles con las mujeres trans.

Las conductas sexuales adquieren significaciones importantes para entender el riesgo del VIH en las parejas sexuales, desde las posiciones sexuales (insertivo, receptivo) hasta las diferenciaciones de tipo de pareja y uso del condón. Las parejas primarias son la ruta principal de riesgo del VIH en el terreno sexual, por la coacción en el uso del condón como muestra de amor y confianza por las parejas primarias. Así

como por las relaciones concurrentes que mantienen con mujeres cisgénero y mujeres trans. El ocultamiento de las relaciones sexo afectivas de las parejas primarias de las mujeres trans es producto de la moralidad, estigma, presión social y conservadurismo.

Las mujeres trans tienen parejas concurrentes, primarias, casuales y del trabajo sexual, lo que incrementa el riesgo del VIH. Las percepciones de fidelidad e infidelidad están relacionadas con la violencia simbólica que permea el cómo las mujeres trans se perciben a sí mismas. Los barrios trans y sitios de encuentro/ambiente son contextos primordiales para comprender el riesgo del VIH desde la perspectiva comunitaria y redes sexuales y sociales.

Las mujeres trans sufren marginaciones diferenciadas por la intersección de posiciones sociales específicas a sus vidas (nivel socio-económico, edad, trabajo sexual, orientación sexual). La edad y el acceso a redes de apoyo trans, son elementos relevantes para el riesgo del VIH. Aquellas mujeres trans adultas tienen más habilidades para negociar los encuentros sexuales en el trabajo sexual. Las mujeres trans, jóvenes con acceso a redes de mujeres trans como apoyo tienen mejores habilidades de negociación y la unión entre ellas sirve para hacer frente a las violencias. Quienes son más vulnerables a situaciones de riesgo son las mujeres trans más jóvenes, sin el acceso a redes de mujeres trans. En ellas se observó escasa negociación sexual, miedo, inseguridad y las parejas sexuales se mostraron con más poder en la toma de decisiones.

La edad es un elemento importante para entender la transversalidad y disimilitud de experiencias entre mujeres trans. Las mujeres trans jóvenes tienen experiencias más positivas en todos los niveles de análisis, lo que se relaciona con mayor visibilidad social y política trans en comparación con las mujeres trans adultas, que vivieron otros tiempos históricos relacionados al VIH.

Sobre la experiencia con la teoría utilizada y consultada para el desarrollo del estudio se concluye que la articulación de teorías sociales y de ciencias de la salud permite comprender con mayor profundidad el riesgo del VIH como fenómeno social.

Es preferible elegir la teoría después del primer acercamiento con las mujeres trans. Los hallazgos permiten leer y evaluar la literatura de forma diferente, conectando, refutando y cuestionándola. La articulación de teoría y realidad de las mujeres trans permite comprender las violencias de las mujeres trans como resultado de sistemas sociales de opresión.

Recomendaciones

Recomendaciones generales para futuros estudios.

Para estudios posteriores dirigidos al estudio del riesgo del VIH en mujeres trans, se recomienda la adopción de enfoques multinivel y con perspectiva de género, ya que, a través de estos aplicados mutuamente, se puede obtener mayor profundidad y claridad sobre el fenómeno. Para contextos donde el fenómeno ha sido nulamente o poco estudiado, se recomienda el desarrollo de estudios cualitativos y mixtos. Aunque la importancia de los estudios que mediante análisis de causalidad con muestras representativas son la mejor opción para la inferencia de resultados, y su aplicación en la toma de decisiones, las dimensiones cualitativas dan sentido al dato duro.

No asumir que se trata una sola comunidad trans, sino de varias con características diferentes podría evidenciar el riesgo de VIH de forma diferenciada. Dejar que las mujeres trans se auto-identifiquen durante los procesos de recolección de la información y no imponer etiquetas asumidas por investigadoras (es), podría generar procesos más empáticos de investigación.

Sobre los sitios para reclutar participantes se sugiere se consideren los sitios de encuentro, OSC, y eventos académicos relacionados con mujeres trans. De los medios de reclutamiento, el muestreo por bola de nieve fue en este caso la mejor estrategia. Los muestreos de casos extremos y teóricos aseguran en lo posible las variabilidades de la muestra, considerando los criterios para la selección de la muestra establecidos y los conceptos o el fenómeno específico que se desea explorar o analizar. Es importante considerar que no todos los sitios de encuentro y ambiente son campo de estudio del

trabajo sexual y dinámicas vinculadas, existen algunos que son de diversión únicamente. Realizar una categorización sobre el tipo de sitios y el objetivo por el que las mujeres trans acuden a cada uno de ellos, permitiría reflexionar sobre las dinámicas específicas que se dan en ellos.

Con respecto al punto anterior y considerando las características de los sitios de encuentro y ambiente, es primordial que se consideren estrategias de seguridad para las y los investigadores asistentes. Una de ellas es tener informantes clave que ayuden a entender las dinámicas de los lugares y las mejores maneras de afrontar las situaciones de riesgo que se pudieran presentar.

Se recomienda desarrollar estudios que indaguen sobre las parejas sexuales de las mujeres trans en cuestiones sobre ocultamiento de la sexualidad, motivaciones para el ocultamiento, parejas concurrentes, tipos de acuerdo sexuales, percepciones sobre las mujeres trans, uso diferenciado del condón por pareja sexual (cis, trans) y pruebas de detección del VIH por pareja sexual.

En el trabajo de campo se encontró que algunas mujeres trans que viven con el VIH venden sus medicamentos a mujeres trans migrantes que no pueden acceder al tratamiento. Lo anterior, no fue objeto de estudio de este documento, sin embargo, se rescató como dato relevante para su estudio posterior.

Considerar el VIH como fenómeno micro y macro-socio-estructural en movimiento, permitiría ver su transversalidad en las experiencias de las mujeres trans y sus impactos en la construcción de creencias, percepciones y sentimientos hacia el virus. El uso de conceptos y teorías sociales agregaría comprensión y profundización al riesgo de VIH. La adopción de conceptos y teorías como capital social, empoderamiento, interseccionalidad (individual, familia, reafirmación del género), cuidado equitativo de la salud y violencia simbólica son ampliamente recomendados.

Asimismo, considerar las estrategias, planes y emergencias en materia de salud pública se hacen necesarios en orden de responder a las necesidades reales de las

poblaciones trans. Para establecer patrones éticos singulares para el trabajo con poblaciones trans, se recomienda que exista reciprocidad entre investigadores y sujetos de estudio, en vías de limitar los sentimientos de instrumentalización. La integración de las mujeres trans como parte y no solo sujetos de investigación, añadiría peso a los resultados de las investigaciones.

Recomendaciones para intervenciones.

Se recomiendan como variables de interés para intervenciones futuras, a nivel individual, en mujeres trans: conocimiento sobre el VIH, creencias sobre el VIH, optimismo al tratamiento, percepciones del VIH y percepciones de riesgo, auto-eficacia para el uso del condón, intenciones para la prueba del VIH, percepciones de estigma, auto-estima, objetivación sexual, significaciones de los procesos de transición, violencia simbólica. Como factores protectores: resiliencia, feminismo, actitudes religiosas.

Algunas de las variables identificadas que valdría la pena retomar en materia de redes familiares: apoyo familiar, interseccionalidad (de las posiciones familiares con las sexualidades de las mujeres trans), afrontamiento familiar, patriarcado, machismo, violencia familiar, tipos de violencia, significaciones familiares de la violencia, imaginarios o expectativas familiares a lo trans, consecuencias del rechazo familiar y reconfiguraciones familiares. Sobre las relaciones con parejas sexuales: tipologías de parejas sexuales, homonegatividad, hetero-cisnormatividad, significaciones del uso del condón y conductas sexuales, roles sexuales, estigma, nivel de comunicación, acuerdos sexuales, poder y equidad en la toma de decisiones sexuales.

Con respecto a las comunidades trans: capital social a nivel grupal, significaciones de las comunidades trans, estrategias de afrontamiento grupal a la violencia, construcción de la identidad, disputas del trabajo sexual, instrumentalización del estigma por el VIH, estigma, uso de drogas, uso compartido de jeringas, procesos de afirmación del género en pares y sitios de encuentro como lugares simbólicos del

trabajo sexual y el VIH. Por último, sobre las relaciones interpersonales con gay y lesbianas: capital social y homonormatividad.

VARIABLES EMERGENTES DEL NIVEL COMUNITARIO: barreras para la visibilización de necesidades, barreras para acceder a espacios públicos: sobre el acceso a trabajo: barreras para el acceso a trabajo, consecuencias del trabajo sexual, beneficios percibidos del trabajo sexual; sobre el acceso a educación: barreras para el acceso a la educación, apoyo escolar, hetero-cisnormatividad; sobre los servicios de salud: percepciones de los servicios de salud, barreras para acceder a los servicios de salud, estigma en los servicios de salud, actitudes de los profesionales de salud, estigma anticipado, barreras para acceder a orientación endocrinológica, percepciones y barreras de los endocrinólogos sobre la prescripción de hormonas a mujeres trans. VARIABLES EMERGENTES DEL NIVEL POLÍTICO: acceso a derechos humanos, violencia simbólica, criminalización trans, criminalización del trabajo sexual, disponibilidad de leyes anti-discriminación, disponibilidad de financiamientos para prevención del VIH.

Dado que las mujeres trans evidenciaron sentirse estigmatizadas socialmente como personas potenciales de adquirir o de vivir con el VIH, se sugiere que las intervenciones de prevención del VIH incluyan otros elementos alternos que cumplan con las necesidades primordiales que las mujeres trans tienen (desde su perspectiva), como información sobre sus derechos humanos, orientación sobre los procesos de reafirmación del género (consecuencias de la auto-prescripción), estrategias para desarrollar habilidades de afrontamiento del estigma y discriminación social y estrategias para generar redes de apoyo entre las comunidades trans.

Para lo anterior, se recomienda el desarrollo de grupos focales previos al desarrollo de intervenciones para conocer las necesidades singulares de grupos de mujeres trans en un momento y sitio específico. Realizar preguntas sobre cómo perciben las estrategias de salud pública y de OSC para prevenir el VIH, para evitar repetir patrones estructurales de las intervenciones que las hacen sentir estigmatizadas.

Se recomienda que las intervenciones tengan elementos de estructura profundos de perspectiva de género. Dado que el riesgo que enfrentan las mujeres trans de adquirir el VIH surge principalmente por el estigma, discriminación y marginación por su identidad de género, es primordial que se integren elementos que les permitan desarrollar orgullo de su identidad y certeza de la misma. La introducción de elementos que fomenten el empoderamiento de las mujeres trans, mediante elementos del feminismo y el activismo son primordiales para el desarrollo de habilidades de negociación del uso del condón con parejas primarias, ya que las conductas sexuales con este tipo de parejas son un medio para legitimar la identidad. Si se logra que las mujeres trans sientan orgullo de su identidad y tengan certeza de ella, podría reducir la necesidad de eliminar o reducir el uso del condón con parejas primarias, como resultado de la necesidad de mantenerles con ellas y de suprimir el poder que las parejas ejercen sobre ellas a la vista de la vulnerabilidad y necesidad de afecto que tienen.

Por último, las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH en mujeres trans, se recomiendan sean diseñadas o adoptadas específicamente para ellas y que se considere la diversidad de comunidades trans y sus necesidades singulares en el proceso. Las intervenciones creadas en pares, es decir, donde las facilitadoras sean mujeres trans tienen mejores resultados que aquellas que son dirigidas por mujeres u hombres cisgénero. Las intervenciones necesitan abarcar a las mujeres trans más vulnerables, las cuales se encuentran en áreas geográficas rurales, zonas de tolerancia, barrios y colonias trans. También mujeres trans jóvenes, trabajadoras sexuales, migrantes, pobres y aquellas que no pueden ser contactadas por medio de otras mujeres trans (porque no tienen redes). Todas ellas son las más vulnerables al VIH y las más rezagadas.

Recomendaciones para los profesionales de enfermería.

Para las encargadas de diseñar y aprobar la malla curricular en el área de educación universitaria en enfermería, se recomienda incluir como parte del programa de licenciatura en enfermería materias o unidades de aprendizaje que profundicen en las

diferenciaciones y articulación (no causal) del sexo, el género, la identidad de género y la orientación sexual; en las materias relacionadas a las etapas de la infancia y adolescencia incluir aspectos sobre el desarrollo de la identidad de género; en materias sobre el adulto mayor incluir las necesidades que en esta etapa pueden surgir en las mujeres trans; para las materias sobre salud mental se recomienda hacer un análisis crítico sobre la inclusión de etiquetas diagnósticas que estigmatizan a poblaciones trans o no binarias, como las del DSM-V y el CIE-11. Específicamente sobre las consecuencias de utilizarlas para catalogar tanto administrativa como en el ejercicio individual de la enfermería, a las mujeres trans.

También se recomienda incluir información y estrategias para el desarrollo de lenguaje incluyente para ser utilizado en la práctica clínica; profundizar en el hecho de que la invisibilización de las identidades en el lenguaje para comunicarse con las mujeres trans en el espacio de salud, supone un tipo de violencia y abordar las consecuencias de ello (renuencia a acudir a los servicios de salud, desarrollo de percepciones negativas). Para el desarrollo de unidades de aprendizaje o inclusión de temáticas trans en las ya existentes, sería importante se considerara la evidencia previa sobre las necesidades que tienen las mujeres trans en los servicios de salud. Generar educación basada en evidencia.

Lo mismo se recomienda para las mallas curriculares de los programas de nivelación académica de enfermería (de nivel técnico a licenciatura). Dado que las enfermeras que cursan este tipo de educación, ya tienen experiencia previa en el campo clínico y por lo general se encuentran laborando mientras cursan el programa, en este espacio educativo sería valiosa la apertura de espacios para el intercambio de experiencias previas de las enfermeras en la atención de mujeres trans y a partir de ahí generar directrices para la incorporación de nuevo conocimiento que les permita atender con calidad y calidez a estas poblaciones. Estos espacios de reflexión crítica de la práctica clínica podrían servir para identificar las barreras que las enfermeras enfrentan

a nivel individual, social e institucional en la atención de poblaciones trans, lo que permitiría retroalimentar la unidad de aprendizaje.

En el área de educación en enfermería en instituciones de salud, es recomendable que aquellas enfermeras que se encargan de supervisar la práctica clínica de estudiantes de licenciatura y especialidad fomenten el lenguaje incluyente en las y los estudiantes de enfermería. Para promover el cuidado integral de enfermería, que se incluyan actividades y el desarrollo de casos hipotéticos sobre atención a mujeres trans para el desarrollo de habilidades de atención.

A las encargadas de servicios de enfermería y jefas de enfermería, se recomienda gestionar como parte de la educación continua, la inclusión de temáticas de atención a poblaciones trans, que les permitan dar respuestas a los lineamientos de atención de calidad y calidez a las enfermeras institucionalizadas. Se sugiere se solicite a los directivos de las instituciones de salud, la presentación del protocolo para la atención a poblaciones de las comunidades LGTBTTIQ+ y entrenamiento sobre el mismo a todo el personal de enfermería. Que como parte de las asambleas de educación continua se generen espacios de reflexión y resolución de dudas sobre la atención de las poblaciones trans. Asimismo, que se promueva la generación de directrices para saber qué hacer cuando las mujeres trans llegan a los servicios de salud con un documento oficial que no les representa. En la dialéctica que se da entre práctica clínica y área educativa (universidades), se recomienda que las jefas de enfermería promuevan la inclusión de materias tanto en la licenciatura de enfermería como en la nivelación, sobre temáticas referentes a la atención de las mujeres trans.

Para las enfermeras con especialidad en familia o en las líneas de investigación de familia, se recomienda el desarrollo de estudios sobre las relaciones familiares de las mujeres trans y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo, considerando tanto la perspectiva de las mujeres trans como de las familias. Lo anterior, puede ilustrar los procesos y barreras que enfrentan las familias cuando se tiene una mujer trans en las

redes familiares. Es importante que se consideren las normas sociales como elementos contextuales y estructurales, que moldean dichas relaciones (hetero-cisnormatividad, patriarcado). Considerando lo anterior, se recomienda el desarrollo de intervenciones enfocadas a las relaciones familiares, ya que estas mostraron tener un peso importante en las experiencias de las mujeres trans.

Para las enfermeras insertadas en el área comunitaria y salud pública (supervisoras de práctica, especialistas o en esta línea de investigación), se recomienda con especial énfasis el estudio y consideración de áreas, colonias, barrios y vecindarios trans como contextos del riesgo de adquirir el VIH y cómo espacios importantes de acción de enfermería para la prevención del VIH. Estos espacios geográficos, son o fueron por lo general, zonas de tolerancia y frecuentemente las mujeres trans que viven ahí sufren marginación extrema, enfrentando barreras para acceder a servicios de salud.

Los hallazgos de este estudio permitieron ver que quizá de las mujeres trans que sufren mayor marginación son las mujeres trans adultas mayores, por lo que sería importante que las enfermeras con especialidad o en el ejercicio relacionado a la atención del adulto mayor indagaran en las necesidades específicas de estos grupos y se relacionaran y emprendieran prácticas incluyentes para mejorar la calidad de vida en cuestión de salud.

Referencias

- Allen, K. R. (2016). Feminist theory in family studies: History, reflection, and critique. *Journal of Family Theory and Review*, 8(2), 207–224. doi: 10.1111/jftr.12133
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales* (5th ed.). Retrieved from <http://dsm.psychiatryonline.org/>.
- Aramburu Alegría, C. (2016). Gender nonconforming and transgender children/youth: Family, community, and implications for practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(10), 521–527. doi: 10.1002/2327-6924.12363
- Araujo-González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades En Población*, 11(21), 89–96.
- Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. (2013). Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, 13(1). doi: 10.1186/1471-2458-13-482
- Baral, S., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8
- Base, M. A. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48–51.
- Battle, J., & Ashley, C. (2008). Intersectionality, heteronormativity, and black lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) families. *Black Women, Gender + Families*, 2(1), 1–24.
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). “I don’t think this is theoretical; This is our lives”: How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361. doi: 10.1016/j.jana.2009.07.004

- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health*, *15*(1). doi: 10.1186/s12889-015-1867-2
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Doubleday & Company.
- Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F., & Ríos Everardo, M. (2012). *Investigación feminista. Epistemología metodología y representaciones sociales* (UNAM, C. de I. I. en C. y Humanidades, C. R. de I. Multidisciplinarias, & F. de Psicología, eds.). México: Colección Debate y Reflexión.
- Bockting, W. (2009). Are gender identity disorders mental disorders? Recommendations for revision of the world professional association for transgender health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, *11*(1), 53–62. doi: 10.1080/15532730902799987
- Boivin, R. R. (2014). “Se podrían evitar muchas muertas” Discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, *16*, 86–120.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bowers, J. R., Branson, C. M., Fletcher, J. B., & Reback, C. J. (2012). Predictors of HIV sexual risk behavior among men who have sex with men, men who have sex with men and women, and transgender women. *International Journal of Sexual Health*, *24*(4), 290–302. doi: 10.1080/19317611.2012.715120
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Budhwani, H., Hearld, K. R., Hasbun, J., Charow, R., Rosario, S., Tillotson, L., ... Waters, J. (2017). Transgender female sex workers ' HIV knowledge , experienced stigma , and condom use in the Dominican Republic. *PLoS ONE*, *12*(11),

e0186457. doi: 10.1371/journal.pone.0186457

- Butler, J. (2006). *Deshacer el genero* (P. Soley-Beltran, ed.). Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2016). Prólogo. In Miquel Missé & Gerard Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 9–13). Madrid, España: Egales.
- Cassiani, S. H. D. B., Bassalobre-Garcia, A., & Reveiz, L. (2015). Universal access to health and universal health coverage: identification of nursing research priorities in Latin America. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1195–1208. doi: 10.1590/0104-1169.1075.2667
- Castillo-Arcos, L. del C., Benavides-Torres, R. A., López-Rosales, F., Onofre-Rodríguez, D. J., Valdez-Montero, C., & Maas-Góngora, L. (2016). The effect of an Internet-based intervention designed to reduce HIV/AIDS sexual risk among Mexican adolescents. *AIDS Care*, 28(2), 191–196. doi: 10.1080/09540121.2015.1073663
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (n.d.). Effective Interventions. HIV Prevention that works. Retrieved from <https://effectiveinterventions.cdc.gov/>
- Chakrapani, V., Willie, T. C., Shunmugam, M., & Kershaw, T. S. (2018). Syndemic classes, stigma, and sexual risk among transgender women in India. *AIDS and Behavior*, 1(0123456789), 3. doi: 10.1007/s10461-018-2373-1
- Chiam, Z., Duffy, S., & González Gil, M. (2017). *Informe de Mapeo Legal Trans: Reconocimiento ante la ley*. Retrieved from https://ilga.org/downloads/ILGA_Informe_de_Mapeo_Legal_Trans_2017.pdf
- Colchero, M. A., Cortés-Ortiz, M. A., Romero-MARTínez, M., Vega, H., González, A., Román, R., ... Bautista-Arredondo, S. (2015). HIV prevalence, sociodemographic characteristics, and sexual behaviors among transwomen in Mexico City. *Salud Publica de Mexico*, 57(3), S99–S106. doi: S0036-36342015000800002 [pii]
- Coll-Planas, G. (2010). *La voluntad y el deseo : La construcción social del género y la*

- sexualidad : el caso de lesbianas, gays y trans*. Madrid, España: Egales.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos-México. (n.d.). ¿Cuáles son los derechos humanos? Retrieved May 21, 2019, from http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_derechos_humanos
- Constant, C. (2017). Abject Bodies and disciplinary power: Family and workplace violence against transgender women in Mexico. *Trace*, (72), 56–74.
- Cornelius, J. B., & Carrick, J. (2014). A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 176–178. doi: 10.5480/13-1223
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 139–167. doi: 10.4324/9780429500480-5
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Dean, M. A., Victor, E., & Guidry-Grimes, L. (2016). Inhospitable healthcare spaces: Why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 557–570. doi: 10.1007/s11673-016-9738-9
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative*. Montreal: McGraw-Hill.
- Diehl, A., Vieira, D. L., Zaneti, M. M., Fanganiello, A., Sharan, P., Robles, R., & de Jesus Mari, J. (2017). Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomena in Brazil, India and Mexico: Travestis, hijras and muxes. *The International Journal of Social Psychiatry*, 63(5), 389–399. doi: 10.1177/0020764017706989
- El Norte. (2018). *Universidad de Monterrey cancela conferencias de mujeres trans, estudiantes acusan transfobia*. Retrieved from

<http://desastre.mx/mexico/universidad-de-monterrey-cancela-conferencias-de-mujeres-trans-estudiantes-acusan-transfobia/>

Escobar, M. (2011). La politización del cuerpo: Subjetividades trans en resistencia.

Nómadas, 38, 132–149.

Escudero Ledesma, I. (2015). *Violencia hacia identidades no heteronormativas y no cisnormativas. Una propuesta de intervención afectivo-sexual desde la Educación Social* (Universidad de Valladolid). Retrieved from

<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14423/1/TFG-G1290.pdf>

Fish, J. (2010). Conceptualising social exclusion and lesbian, gay, bisexual, and transgender people: The implications for promoting equity in nursing policy and practice. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 303–312. doi:

10.1177/1744987110364691

Flores-Galaz, M. M. (2011). La cultura y las premisas de la familia mexicana. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 3(2), 148–153.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*. Estado de México, México: siglo veintiuno.

Fuller, K. A., & Riggs, D. W. (2018). Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 1–10. doi:

10.1080/15532739.2018.1500966

Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Darbes, L. A., Hoff, C. C., Chakravarty, D., Nemoto, T., & Operario, D. (2016). Dyadic dynamics of HIV risk among transgender women and their primary male sexual partners: the role of sexual agreement types and motivations. *AIDS Care*, 28(1), 104–111. doi: 10.1080/09540121.2015.1069788

Garofalo, R., Kuhns, L. M., Reisner, S. L., & Mimiaga, M. J. (2016). Behavioral

- interventions to prevent HIV transmission and acquisition for transgender women: A critical review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 72, S220–S225. doi: 10.1097/QAI.0000000000001084
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Madrid: Amorrortu.
- Gómez Sónora, V. (2016). El derecho a la identidad de género desde una mirada etnográfica. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 1(2), 73–87.
- Goode, W. J. (2008). *Métodos de investigación social*. México: Trillas.
- Gorelick, S. (1991). Contradictions of feminist methodology. *Gender & Society*, 5(4), 459–477. doi: 10.1177/089124391005004002
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *The practice on nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Missouri: Elsevier.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi: 10.1300/J041v18n01_02
- Gutiérrez Capulín, R., Díaz Otero, K. Y., & Román Reyes, R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA Ergo-Sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23(3).
- Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 12(1), 1–17. doi: 10.1007/s10461-007-9299-3
- Hierro, G. (2014). *La ética del placer*. México: Diversa.
- Hill-Collins, P. (1998). It's all in the family: Intersections of gender, race, and nation. *Hypatia*, 13(3), 62–82.
- Hill-Collins, P. (2013). Intersections of race, class, gender, and nation: Some

implications for black family studies. *Journal of Comparative Family Studies*, 29(1), 27–36.

- International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association (ILGA). (2019). *Sexual orientation laws in the world. From criminalization of consensual same-sex sexual acts between adults to protection against discrimination based on sexual orientation*. Retrieved from https://ilga.org/downloads/ILGA_Sexual_Orientation_Laws_Map_2019.pdf
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, D.C.
- Jaspal, R., Kennedy, L., & Tariq, S. (2018). Human Immunodeficiency Virus and trans women: A literature review. *Transgend Health*, 3(1), 239–250. doi: 10.1089/trgh.2018.0005
- Jaspal, R., Nambiar, K. Z., Delpech, V., & Tariq, S. (2018). HIV and trans and non-binary people in the UK. *Sexually Transmitted Infections*, 94(5), 318–319. doi: 10.1136/sextrans-2018-053570
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301. doi: 10.1007/s10935-018-0508-9
- Kaplan, R. L., McGowan, J., & Wagner, G. J. (2016). HIV prevalence and demographic determinants of condomless receptive anal intercourse among trans feminine individuals in Beirut, Lebanon. *Journal of the International AIDS Society*, 19. doi: 10.7448/IAS.19.3.20787
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender youth and family acceptance. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1011–1025. doi: 10.1016/j.pcl.2016.07.005
- Kaufman, M. R., Cornish, F., Zimmerman, R. S., & Johnson, B. T. (2014). Health

- behavior change models for HIV prevention and AIDS care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66(Suppl 3), S250–S258. doi: 10.1097/QAI.0000000000000236
- Kessler, S. J., & McKenna, W. (2000). Retrospective response. *Feminism & Psychology*, 10(1), 66–73.
- Khan, M., Ilcisin, M., & Saxton, K. (2017). Multifactorial discrimination as a fundamental cause of mental health inequities. *International Journal for Equity in Health*, 16(43), 1–12. doi: 10.1186/s12939-017-0532-z
- Kirton, C. (2007). Nurses at the forefront of a pandemic: HIV/AIDS nurses. *Imprint*, 54(3), 54–57, 62.
- Koester, K. A., Erguera, X. A., Kang Dufour, M.-S., Udoh, I., Burack, J. H., Grant, R. M., & Myers, J. J. (2018). “Losing the phobia:” Understanding how HIV pre-exposure prophylaxis facilitates bridging the serodivide among men who have sex with men. *Frontiers in Public Health*, 6. doi: 10.3389/fpubh.2018.00250
- Lamas, M. (2013). Cuerpo, sexo y política. In M. Lamas (Ed.), *Cuerpo, sexo y política* (1era ed., pp. 135–156). D.F., México: Océano.
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual, and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144–152. doi: 10.5480/14-1355
- Línea Directa. (2019). *Transexuales ya pueden cambiar su nombre en actas de nacimiento en Colima*. Retrieved from <https://lineadirectaportal.com/mexico/transexuales-ya-pueden-cambiar-su-nombre-en-actas-de-nacimiento-en-colima/>
- Logie, C. H., Wang, Y., Lacombe-Duncan, A., Jones, N., Ahmed, U., Levermore, K., ... Newman, P. A. (2017). Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: A cross-sectional study. *Journal of the*

International AIDS Society, Vol. 20. doi: 10.7448/IAS.20.01/21422

- Logie, C. H., Wang, Y., Marcus, N., Levermore, K., Jones, N., Ellis, T., & Bryan, N. (2019). Syndemic experiences, protective factors, and HIV vulnerabilities among lesbian, gay, bisexual and transgender persons in Jamaica. *AIDS and Behavior*, *1*(0123456789), 3. doi: 10.1007/s10461-018-2377-x
- Lupton, D. (2005). Risk as moral danger: The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, *23*(3), 425–435. doi: 10.2190/16ay-e2gc-dfld-51x2
- Macapagal, K., Birkett, M., Janulis, P., Garofalo, R., & Mustanski, B. (2017). HIV prevention fatigue and hiv treatment optimism among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, *29*(4), 289–301. doi: 10.1521/aeap.2017.29.4.289
- Magis Rodríguez, C., & Parrini Roses, R. (2009). Nuestra epidemia. El SIDA en México 1983-2002. In C. Magis Rodríguez & H. Barrientos Bárcenas (Eds.), *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud* (2da ed., pp. 37–46). Retrieved from <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>
- Magno, L., Dourado, I., Da Silva, L. A. V., Brignol, S., Amorim, L., & MacCarthy, S. (2018). Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. *PLoS ONE*, *13*(4), 1–17. doi: 10.1371/journal.pone.0194306
- Maiorana, A., Kegeles, S., Salazar, X., Konda, K., Silva-Santisteban, A., & Cáceres, C. (2016). ‘Proyecto Orgullo’, an HIV prevention, empowerment and community mobilisation intervention for gay men and transgender women in Callao/Lima, Peru. *Global Public Health*, *11*(7–8), 1076–1092. doi: 10.1080/17441692.2016.1161814

- Majestic Solutions. (n.d.). Travestis en Nuevo Leon - Transexuales Mileroticos.
Retrieved May 5, 2019, from <https://mx.mileroticos.com/travestis/nuevo-leon/>
- Marks, G., Crepaz, N., Senterfitt, J. W., & Janssen, R. S. (2005). Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(4), 446–453. doi: 10.1097/01.qai.0000151079.33935.79
- Martínez-Guzmán, A. (2012). Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: Contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 11(2), 164–184. doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-197
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., ... Brown, T. T. (2018). Gender Identity, Hormone Therapy, and Cardiovascular Disease Risk. *Current Problems in Cardiology*, 00, 1–23. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003
- Mayer, K. H., Grinsztejn, B., & El-Sadr, W. M. (2016). Transgender people and HIV prevention: What we know and what we need to know, a call to action. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 72, S207–S209. doi: 10.1097/QAI.0000000000001086
- Maykut, P. S., & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research : A philosophic and practical guide*. London, England: Falmer Press.
- McCracken, G. D. (1988). *The long interview*. Newbury Park: Sage Publications.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. doi: 10.1177/109019818801500401
- Merryfeather, L., & Bruce, A. (2014). The invisibility of gender diversity: Understanding transgender and transsexuality in nursing literature. *Nursing Forum*, 49(2), 110–123. doi: 10.1111/nuf.12061
- Mitchell, K. M., Lee, L., Green, A., & Skyes, J. (2016). The gaps in health care of the

- LGBT community: Perspectives of nursing students and faculty. *Papers & Publications: Interdisciplinary Journal of Undergraduate Research*, 5(1), 5. doi: <https://digitalcommons.northgeorgia.edu/papersandpubs/vol5/iss1/5/>
- Moayed-Nia, S., Taheri, L., Hosseini Rouzbahani, N., Rasoolinejad, M., Nikzad, R., Eftekhar Ardebili, M., & Mohraz, M. (2019). HIV Prevalence and Sexual Behaviors Among Transgender Women in Tehran, Iran. *AIDS and Behavior*, (0123456789), 1–4. doi: 10.1007/s10461-018-02380-w
- Molina Rodríguez, N. E., Guzmán Cervantes, O. O., & Martínez-Guzmán, A. (2015). Transgender identities and transphobia in the Mexican context: A narrative approach. *Quaderns de Psicologia*, 17(3), 71. doi: 10.5565/rev/psicologia.1279
- Moreno Sánchez, Á., & Pichardo Galán, J. I. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(q), 143–156.
- Muñoz-laboy, M., Severson, N., Levine, E., Martínez, O., Severson, N., Levine, E., & Martínez, O. (2017). Latino men who have sex with transgender women : the influence of heteronormativity , homonegativity and transphobia on gender and sexual scripts. *Culture, Health & Sexuality*, 1058, 1–15. doi: 10.1080/13691058.2016.1276967
- Musinguzi, G., Bwayo, D., Kiwanuka, N., Coutinho, S., Mukose, A., Kabanda, J., ... Nuwaha, F. (2014). Sexual behavior among persons living with HIV in Uganda: Implications for policy and practice. *PLoS ONE*, 9(1), 1–10. doi: 10.1371/journal.pone.0085646
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., & Fujii-Doe, W. (2014). Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(2), 169–183. doi: 10.1080/15299732.2014.867572
- Neumann, M. S., Finlayson, T. J., Pitts, N. L., & Keatley, J. (2017). Comprehensive

- HIV prevention for transgender persons. *American Journal of Public Health*, 107(2), 207–212. doi: 10.2105/AJPH.2016.303509
- Nuttbrock, L. A., Bockting, W. O., Hwahng, S., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2009). Gender identity affirmation among male-to-female transgender persons: a life course analysis across types of relationships and cultural/lifestyle factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 108–125. doi: 10.1080/14681990902926764
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *PEDIATRICS*, 137(3), e20153223–e20153223. doi: 10.1542/peds.2015-3223
- Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). Gender cognition in transgender children. *Psychological Science*, 26(4), 467–474. doi: 10.1177/0956797614568156
- ONUSIDA. (2000). *El género y el VIH/SIDA: Actualización técnica del ONUSIDA*. Ginebra, Suiza.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2016). Declaración política sobre el VIH y el SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Retrieved from A/RES/70/266 website: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019, February 28). Infecciones de transmisión sexual. Retrieved from [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Paiva, V., Ferguson, L., Aggleton, P., Mane, P., Kelly-Hanku, A., Giang, L. M., ... Parker, R. (2015). The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(3), 477–486. doi: 10.1590/0102-311x00172514
- Parker, C. M., Hirsch, J. S., Philbin, M. M., & Parker, R. G. (2018). The urgent need for

- research and interventions to address bisexual, transgender, and queer youth. *Journal of Adolescent Health*, 000, 1–11. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.05.018
- Parker, R., Aggleton, P., & Perez-Brumer, A. G. (2016). The trouble with ‘Categories’: Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. *Global Public Health*, 11(7–8), 819–823. doi: 10.1080/17441692.2016.1185138
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods Integrating Theory and Practice*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Paz-Bailey, G., Mendoza, M. C. B., Finlayson, T., Wejnert, C., Le, B., Rose, C., ... Prejean, J. (2016). Trends in condom use among MSM in the United States: the role of antiretroviral therapy and seroadaptive strategies. *AIDS (London, England)*, 30(12), 1985–1990. doi: 10.1097/QAD.0000000000001139
- Perez-brumer, A. G., Reisner, S. L., Mclean, S. A., Silva-santisteban, A., Huerta, L., Mayer, K. H., ... Lama, J. R. (2017). Leveraging social capital: multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 1–8. doi: 10.1080/17582652.2017.1291753
- Pines, H. A., Goodman-Meza, D., Pitpitan, E. V., Torres, K., Semple, S. J., & Patterson, T. L. (2016). HIV testing among men who have sex with men in Tijuana, Mexico: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(2), 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010388
- Piot, P., Russell, S., & Larson, H. (2007). Good politics, bad politics: The experience of AIDS. *American Journal of Public Health*, 97(11), 1934–1936. doi: 10.2105/ajph.2007.121418
- Pitpitan, E. V., Goodman-Meza, D., Burgos, J. L., Abramovitz, D., Chavarin, C. V., Torres, K., ... Patterson, T. L. (2015). Prevalence and correlates of HIV among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 1–7. doi: 10.7448/IAS.18.1.19304

- Pollock, L., Silva-Santisteban, A., Sevelius, J., & Salazar, X. (2016). 'You should build yourself up as a whole product': Transgender female identity in Lima, Peru. *Global Public Health, 11*(7–8), 981–993. doi: 10.1080/17441692.2016.1167932
- Poteat, T., German, D., & Flynn, C. (2016). The conflation of gender and sex: Gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Global Public Health, 11*(7–8), 835–848. doi: 10.1080/17441692.2015.1134615
- Poteat, T., Malik, M., Scheim, A., & Elliott, A. (2017). HIV prevention among transgender populations: Knowledge gaps and evidence for action. *Current HIV/AIDS Reports, 14*(4), 141–152. doi: 10.1007/s11904-017-0360-1
- Poteat, T., Reisner, S. L., & Radix, A. (2014). HIV epidemics among transgender women. *Current Opinion in HIV and AIDS, 9*(2), 168–173. doi: 10.1097/COH.0000000000000030
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, S210–S219. doi: 10.1097/QAI.0000000000001087
- Quintero Murguía, R. (2015). *La ruta del arcoíris en la Sultana. Historia de movimiento LGTB en Nuevo León*. Retrieved from <https://www.fondoeditorialnl.gob.mx/tienda/identidad-y-vida-cotidiana/la-ruta-del-arcoiris-en-la-sultana-historia-de-movimiento-lgtb-en-nuevo-leon/>
- Rea Tizcareño, C. (2009). Translegalidad: Cambio legal de identidad para hombres y mujeres transexuales. *La Jornada*. Retrieved from https://www.jornada.com.mx/2009/01/08/1_s150/ls-central.html
- Reisner, S., Keatley, J., & Baral, S. (2016). Transgender community voices: a participatory population perspective. *The Lancet, 388*(10042), 327–330. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30709-7
- Reisner, S. L., Perez-Brumer, A., Oldenburg, C. E., Gamarel, K. E., Malone, J., Leung,

- K., ... Biello, K. B. (2018). Characterizing HIV risk among cisgender men in Latin America who report transgender women as sexual partners. *International Journal of STD & AIDS*, 095646241880268. doi: 10.1177/0956462418802687
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., ... Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X
- Riba, L. (2016). Memoriales de mujeres: La sororidad como experiencia de empoderamiento para resistir la violencia patriarcal. *Franciscanum. Revista de Las Ciencias Del Espíritu*, 58(165), 225–262.
- Rowniak, S. (2009). Safe sex fatigue, treatment optimism, and serosorting: new challenges to HIV prevention among men who have sex with men. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 20(1), 31–38. doi: 10.1016/j.jana.2008.09.006
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171. doi: 10.1097/MED.0000000000000227
- Salazar, L. F., Crosby, R. A., Jones, J., Kota, K., Hill, B., & Masyn, K. E. (2017). Contextual, experiential, and behavioral risk factors associated with HIV status: a descriptive analysis of transgender women residing in Atlanta, Georgia. *International Journal of STD and AIDS*, 28(11), 1059–1066. doi: 10.1177/0956462416686722
- Salin Pascual, R. J. (2008). La comprensión transexual de la relación entre el cuerpo y la mente. *Revista Trabajo Social*, 18, 86–99.
- Sandoval Rebollo, E. (2008). Condiciones de vida de personas transexuales y transgénero en la Ciudad de México. *Revista de Trabajo Social*, 18, 112–125.
- Satcher, M. F., Segura, E. R., Silva-Santisteban, A., Sanchez, J., Lama, J. R., & Clark, J.

- L. (2017). Partner-level factors associated with insertive and receptive condomless anal intercourse among transgender women in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2439–2451. doi: 10.1007/s10461-016-1503-x
- Schatzman, L., & Strauss, A. L. (1973). *Field research: Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2015). Sex and gender diversity among transgender persons in ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Journal of Sex Research*, 52(1), 1–14. doi: 10.1080/00224499.2014.893553
- Scheim, A. I., Bauer, G. R., & Coleman, T. A. (2015). Sociodemographic differences by survey mode in a respondent-driven sampling study of transgender people in Ontario, Canada. *LGBT Health*, 3(5), 391–395. doi: 10.1089/lgbt.2015.0046
- Secretaría de Gobernación, & Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales* (First edition; CONAPRED, Ed.). Retrieved from www.conapred.org.mx
- Secretaría de Salud. (1983). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Porrúa.
- Secretaría de Salud. (2001). *Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México* (Secretaría de Salud, Ed.). México, DF: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2006). *Ley General de Salud*. Retrieved from http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Secretaría de Salud. *NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la .*, (2010).
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH, Sida e ITS 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*. México, D.F.
- Secretaría de Salud. (2018). *Casos de Sida según Año de Notificación y de Diagnóstico México, 1983-2017 Actualización al 3er. trimestre del 2018*. Retrieved from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN_4to_trim_2017.pdf

- Secretaría de Salud, & Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (Censida). (2017). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA*.
- Sevelius, J. M. (2013). Gender affirmation: A framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles, 68*(11–12), 675–689. doi: 10.1007/s11199-012-0216-5
- Sevelius, J. M., Reznick, O. G., Hart, S. L., & Schwarcz, S. (2009). Informing interventions: The importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Education and Prevention, 21*(2), 113–127. doi: 10.1521/aeap.2009.21.2.113
- Sharek, D., Huntley-Moore, S., & McCann, E. (2018). Education needs of families of transgender young people: A narrative review of international literature. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(1), 59–72. doi: 10.1080/01612840.2017.1395500
- Shelton, J., Dechants, J., Bender, K., & Ferguson, K. (2018). Homelessness and Housing Experiences among LGBTQ Young Adults in Seven U . S . Cities. *Cityscape, 20*(3), 9–33. doi: 10.2307/26524870
- Sheppard, C. (2010). *Inclusive equality: the relational dimensions of systemic discrimination in Canada*. Retrieved from <https://books-scholarsportal-info.proxy1.lib.uwo.ca/en/read?id=/ebooks/ebooks3/upress/2013-05-05/1/9780773580886#page=1>
- Singer, M. (2010). Pathogen-pathogen interaction: A syndemic model of complex biosocial processes in disease. *Virulence, 1*(1), 10–18. doi: 10.4161/viru.1.1.9933
- Snowden, J. M., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2011). Seroadaptive behaviours among men who have sex with men in San Francisco: The situation in 2008. *Sexually Transmitted Infections, 87*(2), 162–164. doi: 10.1136/sti.2010.042986
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez León, A. (1997). Modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida.

Revista Española de Salud Pública, 71(4), 335–341.

Stoller, R. J. (1984). *Sex and gender : The development of masculinity and femininity*.

London, England: Karnac Books.

Stryker, S. (2007). Transgender History, Homonormativity, and Disciplinarity. *Radical History Review*, 2008(100), 145–157. doi: 10.1215/01636545-2007-026

Stryker, Susan. (2017). *Transgender history : The roots of today's revolution*. Berkeley: Seal Press.

Subramaniam, B. (2017). Re-presenting feminist methodologies. In K. Kannabiran & P. Swaminathan (Eds.), *Re-Presenting Feminist Methodologies* (pp. 115–131). doi: 10.4324/9781315207100

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de los significados*. Barcelona, España: Paidós.

UNAIDS. (2011). *UNAIDS terminology guidelines*. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_1.pdf

UNAIDS. (2015). *UNAIDS Terminology Guidelines*. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf

UNAIDS. (2016). *On the Fast-Track to end AIDS*. Switzerland.

UNAIDS. (2017). *Zero discrimination in health care settings*. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171117_UNAIDS_PCB41_Zero_discrimination-health-care-settings_17.27_EN.PDF

UNAIDS. (2018a). *Global HIV & AIDS statistics: 2018 fact sheet*. Retrieved from <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNAIDS. (2018b). *Miles to go: The response to HIV in Latin America*. Geneva, Switzerland.

Valcárcel Bernaldo de Quirós, A. (2008). La violencia contra las mujeres. In *La*

- valoración del daño en las víctimas de la violencia de género*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis Sociológica.
- Wahlig, J. L. (2015). Losing the Child They Thought They Had: Therapeutic Suggestions for an Ambiguous Loss Perspective with Parents of a Transgender Child. *Journal of GLBT Family Studies*, *11*(4), 305–326. doi: 10.1080/1550428X.2014.945676
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*, *147*, 222–231. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.010
- Wilson, E. C., Santos, G., & Raymond, H. F. (2014). Sexual mixing and the risk environment of sexually active transgender women: Data from a respondent-driven sampling study of HIV risk among transwomen in San Francisco, 2010. *BMC Infectious Diseases*, *14*(430). doi: 10.1186/1471-2334-14-430
- Wolf, R. C., Adams, D., Dayton, R., Verster, A., Wong, J., Romero, M., ... Keatley, J. (2016). Putting the t in tools : a roadmap for implementation of new global and regional transgender guidance. *Journal of the International AIDS Society*, *19*(3 (Suppl 2)). doi: 10.7448/IAS.19.3.20801
- World Health Organization. (2018). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Retrieved March 3, 2019, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/411470068/mms/unspecified>
- Worthen, M. G. F. (2016). Hetero-cis – normativity and the gendering of transphobia. *International Journal of Transgenderism*, *17*(1), 31–57. doi: 10.1080/15532739.2016.1149538

Apéndices

Apéndice A

Guía de Entrevista Semi-estructurada para Informante Clave

1. Datos Personales

Alias o seudónimo:

Edad:

Acerca de la OSC:

- ¿Cómo surge la asociación?; ¿desde cuándo se encuentra funcionando?; ¿cómo fue que se integró a ella?
- ¿Actualmente cuáles son los objetivos de ésta?; ¿cuáles han sido las problemáticas más puntuales de ella?
- ¿Reciben algún tipo de financiamiento o cómo se mantienen?
- ¿Cuáles han sido los proyectos más significativos de la organización?; ¿qué impacto tuvieron?
- ¿Cuáles son los planes para el futuro?

Acerca de las mujeres trans

- ¿Cómo se da la integración en la asociación de las mujeres trans?; ¿qué concepto tienes de ellas?; ¿qué problemáticas específicas presentan?
- ¿Qué sitios de encuentro de mujeres trans conoces?; ¿cómo los dividirías?; ¿estos sitios de encuentro se relacionan con sus conductas sexuales?; ¿de qué manera?
- ¿Qué sabes de sus hábitos y de sus conductas cotidianas?
- ¿Cómo es la relación de las mujeres trans con los ámbitos laboral, educativo, de salud y familiar?
- (¿Qué problemas presentan en el ámbito laboral?, ¿en el educativo?; ¿en el de salud?; ¿en el familiar?)
- ¿Crees que las situaciones que viven en los contextos de salud, laboral, educativo y familiar se relacionan con sus conductas sexuales?; ¿cómo?

- ¿Cómo crees que influye el aspecto legal y político en la vida diaria de las mujeres trans?; ¿y en sus conductas sexuales?

Acerca del riesgo de adquirir el VIH

- ¿Qué posición tiene la asociación ante el problema del VIH?; ¿tiene alguna acción en este sentido?; ¿por qué sí o por qué no?
- ¿Consideras que las mujeres trans son un sector poblacional especialmente vulnerable respecto a la adquisición del VIH?; ¿por qué?
- ¿Cuáles son las razones, que consideras, por las que las mujeres trans son vulnerables a adquirir el VIH?
- ¿Qué actitudes y creencias suelen tener las mujeres trans respecto al VIH? ¿Y respecto al riesgo de adquirirlo?

Apéndice B

Guía de Entrevista Semi-estructurada para Participante

1. Datos personales

Alias o seudónimo:	Otros medios para obtener ingresos económicos:
Edad:	Nivel de estudios:
Lugar de origen:	Colonia de residencia:
Ocupación:	

2. Posibles preguntas lanzaderas:

- Cuéntame acerca de ti: ¿de dónde eres?; ¿en qué lugares has vivido?; ¿dónde has estado más a gusto?; ¿por qué?; ¿y más a disgusto?; ¿por qué?
- Cuéntame acerca de ti: ¿estudiaste?; ¿por qué elegiste eso?; ¿a qué te dedicas?; ¿te gusta?; ¿a qué te gustaría dedicarte?

3. Preguntas para profundizar en las experiencias de las mujeres trans con base en su identidad de género y en relación al riesgo de VIH

a. Político.

- ¿Has escuchado hablar sobre el cambio legal de la identidad?; ¿qué sabes sobre ello?; ¿consideras que es importante hacerlo?; ¿por qué?; ¿ya lo has hecho?; ¿cómo fue?; ¿qué te motivó a hacerlo?
- Si no lo ha hecho ¿lo harías?; ¿por qué lo harías? o ¿por qué no lo has hecho?; ¿crees que algo cambiaría si lo hicieras?;
- ¿Qué piensas de la policía?; ¿cómo ha sido tu experiencia con los policías?; ¿qué representan para ti?; ¿cómo te tratan?; ¿por qué crees que te tratan así?; ¿te sientes protegida por ellos?; ¿cómo te hace sentir esto?

-

b. Comunitario.

Salud.

- ¿Qué piensas de las instituciones/servicios de salud?; ¿cuál es el mayor problema que percibes en estas instituciones?; ¿crees que el personal está sensibilizado para atender las necesidades de la población trans?
- ¿Tienes seguro médico?; ¿por qué motivos has acudido a alguna institución/servicios de salud?; ¿cómo suele ser tu experiencia?; ¿tuviste algún problema por tu identidad de género?; ¿cómo fue?; ¿qué significó para ti?; ¿cómo te sientes cuando acudes?; ¿cómo te trata el personal?
- En caso de que nunca haya asistido a una institución de salud: ¿por qué nunca has acudido?; ¿crees que te afecta de alguna manera el no asistir?; ¿cómo?
- Cuando has necesitado condones ¿a dónde has acudido?; ¿los has pedido en una institución/servicio de salud?; ¿en una OSC?; ¿por qué?; ¿fue fácil o difícil pedirlos?; ¿por qué?
- Cuando has necesitado una prueba de VIH ¿a dónde has acudido?; ¿cómo elegiste dónde realizarla?; ¿cómo te sentiste?; ¿cómo fue el trato?; ¿cómo describirías esa experiencia?; ¿qué te motivó a realizártela?
- ¿Alguna vez has acudido con relación a tu salud en general?; ¿cómo fue?
- ¿Has necesitado servicios específicos de salud, con respecto a tu sexualidad?; ¿por alguna relación de riesgo?; ¿por una percepción de riesgo?; ¿cómo fue el trato?; ¿qué significó para ti?
- ¿Has necesitado de orientación endocrinológica?; ¿cómo fue?

Educación.

- ¿Qué piensas de las instituciones educativas?; ¿cómo ha sido tu experiencia en ellas?; ¿cómo ha sido tu experiencia con base en tu identidad de género?; ¿cómo fue el trato de las/los docentes?

- ¿Qué significó para ti ser una mujer trans en la escuela?; ¿cómo fue tu experiencia?; ¿tuviste problemas por ello?; ¿cómo fue?; ¿tu experiencia en esta etapa tuvo o tiene algún significado en tu vida?
- ¿Te mostraste femenina en la escuela?; ¿cómo te hizo sentir esto?; ¿tuviste problemas por ello?; ¿con quién o quiénes?; ¿cómo fue el acceso a los baños?
- En caso contrario: ¿qué te motivó a no hacerlo?; ¿qué pensabas que iba a pasar?; ¿alguien o algo influyó en que no lo hicieras?
- ¿Qué significaba para ti ir como hombre?
- ¿Cuál es el mayor problema que percibes del contexto educativo?; ¿qué piensas respecto a él?; ¿Cuáles serían las cosas que crees que se deberían modificar?
- ¿Consideras que si fueran más abiertos hubieras podido culminar tus estudios o seguir estudiando?; ¿por qué?; ¿eso habría cambiado tu vida de alguna manera?; ¿cómo?; ¿qué crees que estuvieras haciendo ahora de haber estudiado?

Empleo.

- Al principio me comentabas a que te dedicabas actualmente ¿Cómo fue que terminaste trabajando en ese lugar?; ¿cuáles fueron las razones para que lo eligieras?; ¿cómo te sientes en este trabajo?; ¿crees que puedes expresar tu identidad libremente?; ¿por qué?; ¿cómo te hace sentir esto?
- Ahora háblame un poco de tus trabajos anteriores ¿qué tipos de trabajos has tenido?; ¿cómo los elegiste?; ¿cómo te sentiste en ellos?; ¿alguna vez tuviste algún problema por tu identidad de género?; ¿cómo te sentiste al respecto?
- ¿Consideras que tu identidad o expresión de género limita tus opciones de trabajo?; ¿por qué?; ¿cómo te hace sentir?
- ¿Tienes otras opciones laborales?; ¿realizas alguna otra actividad para generar ingresos?; ¿cuál?; ¿cómo te sientes haciéndolo?

- ¿Alguna vez has tenido que dedicarte al trabajo sexual?; ¿por qué?; ¿cómo te sentiste al hacerlo?; ¿cuándo empezaste?; ¿cómo fue que lo decidiste?; ¿qué te motivo?
- ¿Cuáles son los riesgos que percibes del trabajo sexual?; ¿en dónde usualmente haces trabajo sexual?; ¿cómo eliges estos lugares? (indagar sobre trabajo sexual en la calle, sitios de encuentro e internet)

Sociedad.

- ¿Cómo crees o sientes que te perciben los demás?; ¿por qué?; ¿cómo te hace sentir?
- Cuando sales a la calle en un día normal ¿en qué piensas?; ¿cómo te sientes?;
- ¿Alguna vez te has sentido aislada de los demás?; ¿incómoda en algún lugar?; ¿cómo fue?; ¿por qué crees que paso?; ¿cómo te hace sentir eso? ¿te afecta de alguna manera?
- ¿Cómo te sientes con los demás miembros de la comunidad LGB?; ¿te sientes incluida o apoyada?; ¿por qué sí? o ¿por qué no?; ¿cómo te sientes con respecto a ellas/os?; ¿qué piensas de ellas/os?; ¿por qué?

c. Redes.

Familia y Amigos.

- ¿Cuándo te diste cuenta que tu sexo y tu identidad no concordaban?; ¿qué sentiste?; ¿lo compartiste con tus familiares?; ¿por qué si o no?; o ¿con quién lo compartiste?; ¿cómo lo tomaron?; ¿cómo te sentiste?; ¿qué significado para ti?
- ¿Cómo lo tomó tu mamá?; ¿y tu papá?; ¿y tus hermanas/os?; ¿por qué crees que reaccionaron así?; ¿qué significado para ti?
- ¿Cómo describirías a tu familia?; ¿considerarías a alguien de tu familia como una red de apoyo?; ¿a quién?; ¿por qué si o no?

- En caso de ser rechazada por sus familiares: ¿qué consecuencias tuvo o qué tuviste que hacer cuando tus padres te rechazaron?; ¿quiénes te apoyaron?; ¿cómo crees que hubiera sido tu vida si hubieras recibido su apoyo?
- ¿Lo compartiste con tus amigos y amigas?; ¿cómo reaccionaron?; ¿cómo te hizo sentir su reacción?; ¿qué significado para ti?; ¿qué efecto tuvo en tu vida?
- ¿Quiénes dirías que te apoyaron en tu transición?; ¿por qué?

Parejas sexuales.

- Actualmente, ¿tienes pareja o parejas?; ¿cómo es/son tu/s pareja/s [indagar roles de género]?; ¿qué opinas de la fidelidad?; ¿y de la promiscuidad?
- ¿En qué te basas para elegir a tu o tus parejas?; ¿cuáles son las características que debe tener una persona para ser tu pareja?; ¿qué significan para ti estas características?; ¿qué importancia tiene esto para ti?; ¿cómo describirías a tus parejas sexuales? [indagar posibilidad de diferenciar parejas casuales, formales y clientes]
- ¿Hay diferencias importantes de personalidad entre tus parejas?; ¿en qué consisten estas diferencias?; ¿cómo era tu relación con unos y otros? [diferenciar parejas casuales, formales y clientes]
- ¿Qué piensas sobre el condón?; ¿qué piensas sobre usarlo?; ¿tú lo usas?; ¿por qué sí? o ¿por qué no?; ¿cuál ha sido tu experiencia con él?; ¿lo utilizas con tu/s pareja/s sexual/es?; ¿con qué frecuencia lo usas?; ¿a qué se debe que lo uses con esa frecuencia?
- ¿Lo utilizas de la misma manera con todas tus parejas (formales, casuales y clientes?; ¿cómo decides con quién sí y con quién no?; ¿qué representa para ti usar el condón con... (diferenciar parejas)?
- ¿Alguna vez has tenido que decidir si usar condón o no con una persona?; ¿por qué?; ¿en qué te basaste para tomar la decisión?; ¿cómo te sentiste con ello?; ¿cómo reaccionó tu pareja?

- ¿Qué es lo que esperas de una relación sexual?; ¿para ti es importante quién penetra y quién es penetrado?; ¿por qué?; ¿cuál es tu experiencia?; ¿esto tiene algún significado para ti?; ¿sucede lo mismo con las parejas del trabajo sexual que con las otras parejas?
- ¿Qué es lo más importante en una pareja del trabajo sexual?; ¿buscas algo especial en un cliente?; ¿te has sentido agredida por alguno de ellos?; ¿cómo fue?; ¿cómo te sentiste?
- ¿Cómo te tratan o trataron tus parejas formales/casuales?; ¿son diferentes a otras parejas que tienes fuera del trabajo sexual?; ¿por qué?; ¿cómo te hacen sentir?

Comunidad trans.

- ¿Cómo empezaste a conocer a otras mujeres trans?; ¿qué significó para ti?; ¿cómo describirías tu relación con ellas?
- ¿Consideras a otras mujeres trans una red de apoyo?; ¿por qué?; ¿cómo te apoyan otras mujeres trans?
- ¿Las experiencias con la comunidad trans son siempre positivas o negativas?; ¿cómo?; ¿cuándo has tenido experiencias negativas con ellas?
- ¿Qué has aprendido dentro de la comunidad trans?
- ¿Cómo percibes el VIH dentro de la comunidad trans?; ¿el uso del condón como lo ves aquí?; ¿has conocido a otras mujeres trans que viven o han vivido con el VIH?

d. Individual.

Autoidentificación.

- ¿Cómo te identificarías a ti misma?; ¿qué opinas sobre que te llamen trans, transgénero o transexual?; ¿hay alguna diferencia?; ¿te gusta o te disgusta que utilicen estos términos?

Estigma y salud mental

- ¿Cómo fue tu proceso de transición?; ¿en dónde te sentías más segura o más aceptada?; ¿por qué?
- ¿Cómo te sientes contigo misma?; ¿por qué?; ¿cómo te sientes con respecto a tu identidad y expresión?
- Cuando piensas en tu cuerpo ¿qué sientes?; ¿qué significa para ti?
- ¿Cómo te hacen sentir tus genitales?; ¿tienen algún significado para ti?
- ¿Alguna vez te has sentido rechazada/estigmatizada?; ¿cómo fue?; ¿a qué crees que se debe?; ¿cómo te sentiste?
- ¿Te has sentido rechazada por tu identidad de género?; ¿por qué? ¿paso algo para que te sintieras así?; ¿en qué circunstancias paso?; ¿qué has hecho para sentirte mejor? (indagar sobre uso de alcohol y drogas)

Uso de drogas.

- ¿Has utilizado drogas?; ¿cómo decidiste o qué te motivo a usarlas?; ¿cómo te hacen o hicieron sentir?; ¿bajo qué circunstancias las usas o utilizaste?
- ¿Las has utilizado cuando tienes relaciones sexuales?; ¿por qué?; ¿hace diferente el sexo?; ¿cómo?

Modificaciones físicas.

- ¿Qué opinas sobre los procedimientos de modificación del cuerpo?; ¿te gustaría modificar algo en tu cuerpo o ya lo has hecho?; ¿por qué?; ¿qué significa esta parte de tu cuerpo (modificada)?; ¿por qué te harías o te has hecho una cirugía?; ¿qué te motivó?
- ¿Cómo te sentías antes de operarte?; Y ahora ¿cómo te sientes?; ¿qué cambio?; ¿por qué crees ahora te sientes así?;
- ¿Crees que las personas te ven diferente?; ¿cómo te sientes con esto?;
- A raíz de los cambios físicos que te hiciste o te has hecho ¿Hubo cambios en las relaciones que tenías?; ¿con tus parejas sexuales?; ¿con tus amigos?; ¿con tu familia?; ¿por qué crees que paso esto?; ¿tuvo algún significado?

- ¿Qué opinas del tratamiento hormonal?; ¿has estado o estás en tratamiento hormonal?; o ¿has pensado en hacerlo?; ¿por qué?; ¿cómo te ha hecho sentir?;
- ¿Qué crees que cambiaría o que ha cambiado con él?; Si lo ha hecho ¿cómo te sientes con ello?; ¿qué significa para ti?
- ¿Crees que estos cambios en tu cuerpo han cambiado en algo tus relaciones sexuales? ¿cómo?; ¿qué ha cambiado o cambio? o ¿qué crees que cambiaría?; ¿de qué forma?
- ¿Los procedimientos y/o la terapia hormonal a los que te has sometido han sido guiados por un profesional de salud?; ¿cómo fue?;
- En caso de que no: ¿cómo decidiste que hormonas aplicarte?; ¿quién te las aplica/aplicó?; ¿cómo decides o decidiste las dosis?; ¿cómo supiste de estas hormonas?
- ¿Has tenido algún problema como consecuencia de estos procedimientos?; ¿cómo fue?; ¿cómo qué te afectó?

Conceptualización y construcción de la relación con el VIH.

- ¿Qué crees que es el VIH?; ¿qué sabes sobre él?
- ¿Qué piensas cuando escuchas hablar del VIH?; ¿cómo te hace sentir?; ¿tiene algún significado para ti?
- ¿Conoces gente que lo tenga?; ¿cómo es tu relación con esa/s persona/s?; ¿qué sientes cuando piensas en ellas?
- ¿Piensas mucho en el VIH?; ¿condiciona tu día a día?; ¿y tus relaciones sexuales?
- ¿Alguna vez te has hecho la prueba del VIH?; ¿por qué te la hiciste? o ¿por qué nunca lo has hecho?; ¿cómo te sentiste al hacerla?
- ¿Piensas que lo podrías adquirir?; ¿por qué?; ¿haces algo para no adquirirlo?
- ¿Crees que si lo adquirieras cambiaría tu vida?; ¿en qué sentido?

Significación de conductas sexuales.

- ¿Cuándo comenzaste a tener relaciones sexuales?; ¿cómo fue?; ¿fueron satisfactorias tus primeras experiencias?; ¿qué significó para ti?
- En caso de que no, ¿por qué no lo fueron?; ¿cuándo comenzaste a tener relaciones sexuales satisfactorias?; ¿cómo fue?; ¿qué significó para ti?
- Actualmente, ¿cómo es tu vida sentimental?; ¿cómo es tu vida sexual? [diferencia entre lo sentimental y lo sexual]
- ¿Has negociado el uso del condón con alguna pareja?; ¿cómo lo hiciste?; ¿por qué lo hiciste? Cuéntame un poco sobre tu experiencia pidiéndole a tu pareja que lo utilice (indagar negociación con los tres tipos de parejas)
- ¿Consideras que puedes negociar el condón con tus parejas?; ¿cómo crees que aprendiste a negociarlo?; ¿consideras que es importante saber negociarlo?; ¿por qué?

Factores protectores.

- ¿Qué dirías es lo que te ayuda a mantener actitudes positivas?; ¿a sentirte bien contigo misma?
- ¿Te consideras activista de la comunidad trans?; ¿por qué si? o ¿por qué no?;
- ¿Qué opinas del activismo?; ¿qué te motivo a participar en el activismo?; ¿qué beneficios consideras que trae el activismo para ti?; ¿cómo crees que cambio tu vida a partir de que te involucraste en él?
- ¿Te consideras una personas religiosa?; ¿por qué si? O ¿por qué no?;
- En caso de que si ¿cómo te han ayudado tus creencias?;
- ¿Cómo crees que ayudan o perjudican las creencias religiosas?

Apéndice C

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Análisis cualitativo multinivel del riesgo del VIH en mujeres trans del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Prólogo: Se le invita a participar en el proyecto de la ME. Alma Angélica Villa Rueda, el cual es parte de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería. El proyecto tiene como objetivo, analizar el riesgo que tienen las mujeres trans de adquirir el VIH desde los niveles individual, de redes sexuales y sociales, comunitario y político.

Antes de decidir si participa, por medio de este documento que denominamos Consentimiento Informado, se le proporciona toda la información para que pueda hacer la toma de decisión de manera informada y consiente. Se le solicita que cualquier duda que tenga sobre el estudio y/o este documento, la haga saber para poder solucionarla. Después de haber leído cuidadosamente y sí usted decide participar, le solicitamos firmar el formato en los espacios especificados, para reflejar el pleno entendimiento de lo que aquí se le informa. Posteriormente se le otorgará una copia idéntica del mismo.

Implicaciones del estudio. Sí acepta participar, se agendará una cita con la investigadora, en el lugar, fecha y hora que acuerden mutuamente, para ser entrevistada. La entrevista no tiene un mínimo o un máximo de duración y será audio-grabada mediante un dispositivo electrónico. Si alguna de las preguntas durante la entrevista, la hicieran sentir incómoda, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador y no contestarla. Su participación es voluntaria, por lo que sí usted se encuentra indisputada, cansada o no quiere seguir llevando a cabo la entrevista, tendrá la opción de retirarse libremente en cualquier momento, sin ningún tipo de repercusión o presión. La información que se obtenga durante la entrevista será resguardada por la investigadora, cuidando en todo momento su privacidad. Ninguna otra persona tendrá acceso directo al audio. Se utilizarán seudónimos o alias para proteger su identidad.

Riesgos e Inquietudes: Este estudio no tiene ningún riesgo para usted, dado que solo se realizará una entrevista.

Beneficios: Usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico o pago por su participación. Sin embargo, será beneficiada de manera indirecta ya que a través de su testimonio se busca visibilizar las necesidades de las mujeres trans.

Costos: Su participación no le generará ningún costo.

Información o preguntas futuras: Sí tuviera preguntas sobre sus derechos como participante del estudio puede comunicarse con la Comisión de Ética en Investigación, en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, o al teléfono 83 48 18 47.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Los resultados de este estudio serán usados por la ME. Alma Angelica Villa Rueda solo con fines científicos y académicos.

Consentimiento. Yo, voluntariamente acepto participar en el estudio a través de una entrevista. He leído y comprendido la información de este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma de la Participante

Nombre y Firma Testigo 1

Nombre y Firma Testigo 2

Dirección

Dirección

Firma del Investigador

Fecha

Glosario

Binarismo de género: Sistema social que establece que existen solo dos géneros (masculino y femenino) y que son causales al sexo asignado al nacer.

Cisgénero: Se dice que una persona es cisgénero cuando su sexo y género se alinean. El prefijo cis proviene del latín “de este lado” o “correspondiente a” y es el antónimo del prefijo trans, que significa “del otro lado” (SEGOG y CONAPRED, 2016).

Cisnormatividad: Normativa social que establece que todas las personas son cisgénero y que ser una persona cisgénero es lo único normal y aceptable.

Cissexismo: “Ideología o forma de pensamiento que, buscando sustento en la ciencia, considera que la concordancia entre el sexo asignado al nacer, así como la identidad y expresión de género de las personas, es la única condición natural, válida éticamente, legítima socialmente y aceptable. Esta ideología niega, descalifica, discrimina y violenta otras identidades, expresiones y experiencias de género, como las de las personas trans, intersexuales o no binarias. Considera que solamente existen, o deberían existir, hombres y mujeres, sin dar cuenta de que aquéllos y éstas, o son cisgénero, o son trans, o son intersexuales” (SEGOG y CONAPRED, 2016).

Drag Queens: Personas que crean una identidad en performance teatral femenina y dramatiza, exagera e incluso puede ridiculizar la feminidad. También, las identidades en el performance pueden representar problemáticas sociales a través de la sátira.

Hegemonía: Para referirse a la superioridad de una cosa, sistema (social, creencias, cultural) sobre otra. Por ejemplo, la hegemonía de género indica que un género es superior o predominante con respecto al otro.

Hetero-cisnormatividad: Expectativa social de que existen solo dos géneros (masculino y femenino) que reflejan las características biológicas (el sexo) y que solo la atracción entre géneros opuestos es considerado normal y aceptable (Worthen, 2016).

Heteronormatividad: “Expectativa, creencia o estereotipo de que todas las personas son, o deben ser, heterosexuales, o de que esta condición es la única natural, normal o

aceptable; esto es, que solamente la atracción erótica afectiva heterosexual y las personas heterosexuales, o que sean percibidas como tales, viven una sexualidad válida éticamente, o legítima, social y culturalmente” (SEGOG y CONAPRED, 2016).

Homonormatividad: “Constructo cultural que convierte a la homosexualidad en un espacio normativizado de disidencia sexual; que asume al género como elemento generador de relaciones, prácticas e identidades sexuales y complementa la heteronormatividad a pesar de ponerla en cuestión” (Moreno Sánchez y Pichardo Galán, 2006).

Machismo: Es una expresión que surge del sistema patriarcal, donde el hombre es poseedor del poder y la mujer es infravalorada.

Transfobia internalizada: Disgusto de una persona trans por su identidad trans, como producto de las expectativas sociales del género.

Pansexual: Orientación sexual que se refiere a la atracción sexual afectiva por personas de cualquier sexo y género.

Seroconcordancia: Se refiere a la concordancia que se da en personas con el mismo seroestado de VIH (positivo o negativo) (Paz-Bailey et al., 2016).

Seroadaptación: Se refiere a una gama de estrategias que se implementan a nivel interpersonal para reducir el riesgo de VIH, por lo general, con el objetivo de no usar condón. Por ejemplo, el posicionamiento estratégico, el serosorting, la seguridad negociada (Paz-Bailey et al., 2016).

Resumen Autobiográfico

Alma Angélica Villa Rueda

Candidata para obtener el Grado de Doctora en Ciencias de Enfermería

Tesis: ANÁLISIS CUALITATIVO MULTINIVEL DEL RIESGO DEL VIH EN MUJERES TRANS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN

Biografía: Nacida el 25 de junio de 1990 en la Ciudad de Toluca, Estado de México. Residiendo en Mazatlán, Sinaloa desde los tres años de edad. Hija de María Guadalupe Rueda Canales, Juan Luis Villa Martínez y Edward Frederick Meldrum.

Educación: Licenciatura en Enfermería por la Escuela Superior de Enfermería Mazatlán. Maestra en Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Experiencia Profesional: Docente de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en el programa de Nivelación de Enfermería. Participación como ponente y evaluadora en Congresos nacionales e internacionales.

Asociaciones y membresías: World Professional Association for Transgender Health, AIDS society, y Capítulo Tau Alpha de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau International.

Distinciones: Primer lugar de la generación 2014 de Maestría en Enfermería con grado Cum Laude.

Difusión: Organizadora de la Conferencia “Exclusión y discriminación en la migración de personas trans” y del taller “Sensibilización sobre mujeres trans” en el marco del día internacional contra la homofobia, transfobia y bifobia. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, 2018.

Email: almavrueda90@hotmail.com