



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación  
Dirección de Sida y ETS



Regional Centre LAC



ONUSIDA  
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR  
UNICEF  
FIDA  
PNUD  
UNFPA  
ONUDI  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL



# Homos y travestis

Algunas cuestiones para mejorar la respuesta desde el sector salud





# Homos y travestis

## Algunas cuestiones para mejorar la respuesta desde el sector salud

Buenos Aires, julio de 2011



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación  
Dirección de Sida y ETS



Regional Centre LAC



**ONUSIDA**  
PROGRAMA COLABORATIVO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACQUE  
UNEP  
PMA  
UNESCO  
PNUD  
UNFPA  
ONUDI  
DE  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL

---

Duranti, Ricardo

Homos y travestis : algunas cuestiones para mejorar la respuesta desde el sector salud. - 1a ed. - Buenos Aires;; Dirección de SIDA y ETS- Min. de Salud de la Nación; PNUD Regional Centre Panamá; ONUSIDA Argentina, 2011.

144 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-1560-28-8

1. Políticas Públicas. 2. Salud. I. Título

CDD 320.6

---

Fecha de catalogación: 14/07/2011

*Descargo de responsabilidades:* Las fotografías no necesariamente representan la situación, opiniones o creencias de las personas que aparecen en ellas, y en ningún caso denotan su estado relativo al VIH. Las imágenes presentes en esta publicación son propiedad exclusiva de ONUSIDA: UNAIDS / C. Sattlberger - UNAIDS / G. Pirozzi - UNAIDS / Pierre Viot - UNAIDS / L. Taylor - Courtesy of UNAIDS Photo Gallery.

Las designaciones empleadas y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene esta publicación, no implican juicio alguno de parte del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA. Los contenidos no reflejan necesariamente las opiniones o recomendaciones de políticas del ONUSIDA. Todos los derechos están reservados. Ni esta publicación ni partes de ella pueden ser reproducidas mediante cualquier sistema o transmitidas, en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, de fotocopiado, de grabado o de otro tipo, sin el permiso escrito previo del editor.

# Índice

Abreviaturas .....	5
Abreviaturas de localidades.....	6
Prólogo .....	7
Capítulo I .....	9
Capítulo II.....	13
Capítulo III.....	21
Capítulo IV.....	47
Capítulo V.....	59
Capítulo VI.....	73
Capítulo VII .....	87
Capítulo VIII.....	113
Glosario.....	128
Fuentes / bibliografía .....	134

El autor de “Homos y travestis: algunas cuestiones para mejorar las respuestas desde el sector salud” fue Ricardo Duranti: Médico psiquiatra. Magíster en psicoimmunoenocrinología. Médico del servicio de emergencias del hospital de enfermedades infecciosas Francisco Javier Muñiz de la Ciudad de Buenos Aires. Ex-coordinador y actualmente miembro del Comité de Bioética del citado hospital. Co-fundador del primer centro de salud para comunidad gltb (gays, lesbianas, trans y bisexuales). Director de la revista “Dossier NX Positivo” sobre derechos humanos, minorías sexuales y VIH/sida, que lleva 24 números publicados (2003-2004). Co-autor de la guía para la “Atención de la salud de las personas travestis y transexuales”, editado por la Coordinación Sida del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires con el auspicio de ONUSIDA. Participó como investigador en diversos estudios sobre HsH. Presentó y publicó diversos trabajos referidos a la temática del VIH en su cruce con la población travesti y homosexual.

## Abreviaturas

Bsx: bisexual

CNRS: Centro nacional de referencia para el sida

Clam: Centro latinoamericano en sexualidades y derechos humanos

DSyET: Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

EC2007: Estudio comparativo con la LB2004

GG: Instituto Gino Germani

GES: Grupo de estudio sobre sexualidades

Gltb: gay lésbico/a travesti bisexual

Glttbi: gay lésbico/a travesti transexual bisexual intersexual

HsH: hombres que tienen sexo con hombres en sentido epidemiológico

hsh: hombres que tienen sexo con hombres propiamente dicho

hst: hombres que tienen sexo con travestis

hshm: hombres que tienen sexo con mujeres y hombres

hsmt: hombres que tienen sexo con mujeres y travestis

hshmt: hombres que tienen sexo con mujeres, hombres y travestis

INADI: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo

LB: línea de base

MF: masculino a femenino

Msh: mujeres que tienen sexo con hombres

Mst: mujeres que tienen sexo con travestis

Msm: mujeres que tienen sexo con mujeres

Msmh: mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres

Msmht: mujeres que tienen sexo con mujeres, hombres y travestis

MSN: Ministerio de Salud de la Nación

ONG: Organización No Gubernamental

ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Tg: transgénero

Ts: transexual

Tv: travesti

Tvmf: travesti de masculino a femenino

UBA: Universidad de Buenos Aires

## **Abreviaturas de localidades**

AMBA: Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense

GBA: Gran Buenos Aires

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

C: Córdoba

SF: Santa Fe

J: Jujuy

S: Salta

SE: Santiago del Estero

R: Rosario

N: Neuquén

B: Bariloche

Cts: Corrientes

Mi: Misiones

Pn: Paraná

LP: La Pampa

ER: Entre Ríos

Ch: Chaco

## Prólogo

La epidemia global de VIH aún representa uno de los desafíos de salud pública más devastadores, a pesar del reconocido avance en el acceso a tratamiento y la prevención de nuevas infecciones, mayormente por la vía perinatal. Después de casi 30 años de epidemia, las desigualdades de género persistentes y las violaciones a los derechos humanos continúan obstaculizando los progresos y amenazan los logros alcanzados hacia el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y cuidado en relación al VIH, suponiendo un impedimento hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Diversos aspectos asociados a desigualdades de género han sido identificados como factores que aumentan las vulnerabilidades, tanto de mujeres como de hombres, para adquirir y disminuir el impacto del VIH. La toma de conciencia de estas perspectivas de género es vista como un importante avance en la respuesta nacional al VIH en los países de Latinoamérica y el Caribe. Los abordajes diferenciados por género, como el empoderamiento de hombres y mujeres para responder al VIH, son cruciales y dependen de la existencia de políticas nacionales que los promuevan y de mecanismos legales para defender los derechos humanos de cualquier individuo de la sociedad y, en particular, de los más vulnerables y marginados.

Las necesidades de hombres gay, otros hombres que tienen sexo con hombres y las personas trans (sobre todo las mujeres trans) despiertan particularmente la atención en Latinoamérica y el Caribe, donde representan la mayoría de las nuevas infecciones por VIH y de las personas que viven con VIH.

La “Agenda Acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH” como parte del plan operativo para la estructura de acción del ONUSIDA (Programa

Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida) reconoce que el impacto de la epidemia de VIH es diferente en las mujeres y niñas que en los hombres y niños, y que la respuesta al sida debe hacerse extensiva a los distintos contextos epidemiológicos, económicos, sociales, culturales y políticos. Según los diversos informes de ONUSIDA, en muchos países, las mujeres jóvenes tienen hasta tres veces más posibilidades que los hombres jóvenes de vivir con VIH, mientras que en otras regiones, como Latinoamérica, los hombres están en el primer plano de la epidemia, siendo los más afectados. Además, en algunos países latinoamericanos, hasta el 25% de los hombres que tienen sexo con hombres también tienen relaciones con mujeres. En consecuencia, las respuestas al sida deben estar informadas por la evidencia y ser específicas para cada contexto.

En base a esta realidad y en el marco de la implementación de la Agenda Acelerada en Argentina, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y ONUSIDA, en colaboración con la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, apoyaron la realización del presente documento con el fin de obtener y difundir información relevante y sistematizada que permita ayudar al país a asegurar que las estrategias nacionales sobre VIH y desarrollo, planes operativos, marcos de vigilancia y evaluación, y presupuestos asociados tengan en consideración las necesidades y derechos de las poblaciones más afectadas por el VIH. El propósito es promover fundamentalmente una acción mejorada respecto de los temas que se relacionan con el VIH, Igualdad de Género (con un énfasis en la diversidad sexual e identidad genérica) y Derechos Humanos a nivel país.

DR. RUBÉN MAYORGA  
*Coordinador de ONUSIDA para  
Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.*

## I

El VIH nos lleva, necesariamente, a pensar la sexualidad, y este *mix* entrecruza una multiplicidad de campos que, aislados o en su conjunto, dan cuenta de la cuestión solo en forma fragmentaria. Es debido a esto que inevitablemente hacemos recortes que intentan asirla, tratando de capturar algún sentido, fijar algo de su ubicuidad. Sin embargo, esos recortes terminan, la mayoría de las veces, complejizando más la idea que tenemos sobre esta problemática mezcla.

Dentro de esos recortes encontramos hombres, varones, homosexualidad, travestismo, travestis (TV), sexo, género, elecciones que ahora incluyen el estado serológico, coagulaciones del ser vía los imaginarios del sida... Son recortes que, útiles tal vez en un momento, siempre van quedando chicos cuando lo real de la realidad –y no aquella que imaginamos cuando creemos que empezamos a entender–, empieza a mostrarse en toda su complejidad.

Aparecen entonces, desde fuera de esa realidad, intentos de atraparla: hombres que tienen sexo con hombres (HsH), transgéneros, la subrogación de un grupo a otro, quién es riesgoso para quién, cuándo, dónde y por qué, la compleja realidad de las mujeres, la sexualidad en una adolescencia que va disminuyendo cada vez más su edad de inicio de las relaciones sexuales empujada por nuevas formas de relación y de comunicación, que hace añicos la idea de una infancia sumida en la pureza y el aburrimiento de una supuesta asexualización.

El presente trabajo tuvo su origen en un proyecto de informe elaborado para ONUSIDA, cuyo objetivo era evaluar cuestiones de género en diversos estudios en los que el *target* fueran los llamados HsH y las Tv, tanto en relación a cuestiones de sexo/género como del VIH, pero también a partir de aquellos intentos de captura, y tratando a su vez, sin hacerlo, de capturar algún sentido, sin pretender dar cuenta de cómo el saber no necesariamente sabe ni es útil o lo es pero solo tangencial-

mente, y que las personas viven, sobreviven y actúan en un más allá que la numerología cuantitivistica y epidemiológica más poderosa no puede asir. Después de todo, los números no son evidencia por sí mismos sino recuento de aquello que, antes del número, se decide contar.

Se compararon solo los estudios más conocidos y accesibles realizados sobre HsH y Tv en la última década, teniendo en cuenta, que sin duda hay otros, tal vez mejores. La idea no fue resaltarlos o considerarlos más representativos que otros.

El presente trabajo incluye ese primer informe más algunos capítulos referidos a la práctica del *barebacking*<sup>1</sup> y a la homofobia, así como algunos conceptos básicos de sexualidad. El primer tema, porque es una práctica cada vez más extendida y establecida, el segundo, por considerarlo el principal factor que se opone a un mayor éxito en la prevención del VIH entre HsH y TV, y el tercero es obvio para entender los otros.

Hay cuestiones que solo pueden esbozarse, esperando que sirvan como gatillos para poder pensar la compleja realidad de la sexualidad en su cruce con el VIH y su prevención, a fin de empezar a reconocer que no basta decirle a la gente lo que tiene que hacer, que la información nunca es útil universalmente, que la realidad individual (única y subjetiva) tiende a olvidarse muchas veces en las visiones de conjunto y escapa a las mediciones en salud, pues más allá de lo público y lo privado, en lo íntimo, cada cual decide sus actos según su deseo, que no es mensurable aunque esté constreñido por el entorno.

Conviene aclarar desde el inicio que usaré la sigla HsH para referirme a una población que incluye al conjunto de hombres que tienen sexo con otros hombres, considerando hombres (las dos H) a aquellos cuya biología e identidad genérica son coincidentes. Grupo heterogéneo y esquivo, constituido por un continuo que va desde los homosexuales y/o gays asumidos como tales a los hsh propiamente dichos, donde están comprendidos aquellos que no se declaran y/o reconocen como homosexuales, pero tienen habitual o esporádicamente relaciones sexuales con otros hombres, pasando por los hshm (¿bisexuales?), pero también esas nuevas formas de relación, como son los hshmt<sup>2</sup> y hshmtyt<sup>3</sup> (¿pansexuales?). Se excluye del conjunto HsH a toda la población transgénero

<sup>1</sup> Sexo consensuado sin preservativo.

<sup>2</sup> Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres y travestis.

<sup>3</sup> Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres, travestis y otras personas transgénero.

y, especialmente, a las travestis que suelen ser, muchas veces, mal incluidas en él.

En este amplio abanico, donde seguramente se me escapan otras posibilidades, no debemos olvidar a aquellos que se definen como heterosexuales<sup>4</sup> y que no se reconocen en la denominación HsH, pero que, aun así, pueden tener sexo con otros hombres también en forma ocasional o frecuente, apoyados en una fuerte capacidad de negación de esas prácticas (Observación personal/R. Marone, 2009, comunicación personal/M. Pecheny y H. Manzelli, 2008).

En el mismo sentido, usaré Tv para referirme, exclusivamente, a la población travesti MF,<sup>5</sup> reservando “transgénero” y “trans” como términos inclusivos para todas aquellas personas cuyo proceso de identificación sexo/genérica involucre la migración de un género al otro, sin olvidar que hay travestis que se definen como transgéneros y/o transexuales, porque considero que incluirlas es parte de la confusión terminológica<sup>6</sup> imperante y que niega el riquísimo recorrido realizado por las travestis, desdibujándolas en el *mix* identitario de lo trans que incluiría también a transexuales e intersexuales.

Hay muchas formas para representar la diversidad sexo/genérica en la escritura: el asterisco, la arroba, etc., yo elegí, por comodidad y/o simpleza, la “x” (por ejemplo, otrxs) para dar cuenta de denominaciones que involucran lo masculino y lo femenino. Entiendo que a veces complica la lectura, es solo cuestión de habituarse.

<sup>4</sup> Para entender la complejidad y al mismo tiempo lo ubicuo de estas terminologías, agrego que todas las parejas de travestis que tuve la oportunidad de entrevistar se definían como heterosexuales sin ninguna problematización al respecto ni cuestionamientos de género.

<sup>5</sup> MF indica el proceso transgenérico de masculino a femenino, donde la forma correcta de referirse es utilizando lo acorde con el género de llegada, así una travesti MF deberá ser tratada en femenino, mientras que un travesti FM deberá serlo en masculino.

<sup>6</sup> En este sentido, es interesante comparar las diferentes denominaciones que utilizan OMS, OPS, UNESCO y ONUSIDA para ver la variación conceptual, incluso en las publicaciones de una misma organización.



## II<sup>7</sup>

Se cree que en el mundo hay más de 33 millones de personas con que viven con VIH, de las cuales 15,7 millones serían mujeres y 2,1 millones, niños menores de quince años.

En el año 2008 se habrían infectado 2.700.000 personas (2,4-3 millones).

En diciembre de 2008 cerca de 4.000.000 de personas recibían tratamiento antirretroviral en los países de recursos bajos y medios.

La prevalencia global del VIH permanece en un 0,8% de la población adulta, mientras que la prevalencia en América Latina sería del 0,5% (0,4-0,6),<sup>8</sup> y se mantiene relativamente estable.<sup>9</sup>

### ***Cantidad de personas infectadas por el VIH en el mundo***

Total	33,4 millones	31,1-35,8 millones
Adultos	31,3 millones	29,2-33,7 millones
Adultos hombres	15,6 millones	15-16,5 millones

Fuente: Datos publicados por ONUSIDA en noviembre de 2009.

<sup>7</sup> Los datos poblacionales de este capítulo fueron extraídos de las páginas web del INDEC, ONUSIDA y del Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>8</sup> [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123\\_globalreport\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101123_globalreport_en.pdf).

<sup>9</sup> Por el objetivo de este trabajo nos centraremos en la población de hombres (biológica y genéricamente considerados tales), específicamente los llamados HsH, y en las Tv, haciendo las distinciones pertinentes toda vez que haya datos. Los datos fueron obtenidos de la página web de ONUSIDA: <http://www.unaids.org/es/data-analysis/epidemiology/>.

## **Datos epidemiológicos sobre el VIH para América Latina**

Número de personas que viven con VIH	2.000.000 1,8-2,2 millones
Número de nuevas infecciones por VIH	170.000 150-200 mil
Número de nuevas defunciones relacionadas con el sida	77.000 66-89 mil

Fuente: Datos publicados por ONUSIDA en noviembre de 2009.

### **Argentina-población general**

La población de la República Argentina, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)<sup>10</sup> recabados en el último censo (octubre de 2010) es de 40.091.359 habitantes (19.575.219 hombres y 20.516.140 mujeres).

Siempre según datos del INDEC, la Argentina es un país con baja densidad de población (14 hab./km<sup>2</sup>), la cual está altamente concentrada en el conurbano bonaerense (33%). La mayoría de la población es urbana (92%/2008) y tiene un índice de crecimiento urbano del 1,2% anual (estimado 2005-2010).

El grado de urbanización da cuenta del acceso de la población a diferentes servicios (escuelas, hospitales, transportes, etc.), así como a determinadas condiciones de vida.

La mayor parte de la población se concentra en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), donde viven, según datos del INDEC, aproximadamente 12.701.364 habitantes (2.891.082 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 9.910.282 en los veinticuatro partidos circundantes).

El AMBA no constituye una unidad política ni administrativa. Está conformado por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como por diferentes partidos y municipios de la provincia de Buenos Aires que la rodean y que constituyen el conurbano bonaerense. Estos parti-

<sup>10</sup> <http://www.indec.gov.ar/>.

dos se distribuyen en cordones de la siguiente forma (véase folleto del INDEC):<sup>11</sup>

*Primer Cordón del conurbano bonaerense:* Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, La Matanza (una parte), Morón, Tres de Febrero, San Martín, Vicente López, San Isidro.

*Segundo Cordón del conurbano bonaerense:* Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza, Moreno, Merlo, Malvinas Argentinas, Hurlingham, Ituzaingó, Tigre, San Fernando, José C. Paz, San Miguel, La Matanza (una parte), Almirante Brown.

*Tercer Cordón del Conurbano Bonaerense:* San Vicente, Pte. Perón, Marcos Paz, Gral. Rodríguez, Escobar y Pilar.

El AMBA (a veces también llamado Aglomerado Gran Buenos Aires) es la mayor concentración urbana de la Argentina y la segunda de Sudamérica (la primera es San Pablo) y la quinta de América.

La esperanza de vida al nacer para la población general es de 76,56 años, con un promedio de 73,32 años para los varones y de 79,97 años para las mujeres.

La distribución por edades es una variable importante para predecir situaciones socioculturales y económicas, como las necesidades educativas o la distribución de planes de salud y, en el caso particular de este informe, nos da una aproximación del porcentaje de población sexualmente activa, que permite adecuar estrategias preventivas:

### ***Distribución de la población por edades y sexo***

<b>Grupo etario</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
00-14	25,6	5.369.477	5.122.260
15-64	63,5	12.961.725	13.029.265
>65	10,8	1.819.057	2.611.800

La proporción de personas mayores de sesenta años se calcula en un 14,1%, dato no menor si pensamos que muchas de estas personas recuperaron una vida sexual activa gracias al sildenafil<sup>12</sup> y que no

<sup>11</sup> <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/folleto%20gba.pdf>

<sup>12</sup> Medicamento para tratar la disfunción eréctil, más conocido por su marca comercial “Viagra”.

suele ser una población muy tenida en cuenta cuando de VIH se trata.

También hay que considerar el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales lo cual extiende el rango de actividad sexual a áreas pensadas tradicionalmente como asexuadas (primera adolescencia).

La Argentina posee una población a la que se considera en su mayor parte sexualmente activa, aunque el índice de crecimiento poblacional sea relativamente bajo.

## **Evolución de la epidemia por VIH en la Argentina**

La tasa de casos de sida fue progresiva hasta el año 1997 (9,2 por 100 mil habitantes), cuando empezó a disminuir (supuestamente por la introducción de las terapias ARV) hasta estabilizarse en alrededor de 4 por 100 mil habitantes a partir del año 2005.

Se estima que desde el inicio de la epidemia en la Argentina murieron aproximadamente 25.000 personas por causa del sida. La tasa de mortalidad por sida también es descendente y se ubicó en 36 por millón de habitantes en 2007, igual que en el año 2006.<sup>13</sup>

Siempre según los datos proporcionados por la Dirección de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (DSyET) del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), la epidemia estaría distribuida de la siguiente forma:

### ***Tasas de infección por 100.000 habitantes por año***

Año	VIH		SIDA	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1982-1990			1.324	
1991			787	2,4
1992			1.199	3,6

*Continúa en página siguiente*

<sup>13</sup> <http://www.msal.gov.ar/sida/>.

Año	VIH		SIDA	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1994			2.270	6,6
1996			2.881	<b>8,2</b>
1997			3.286	<b>9,2</b>
1998			2.148	6,0
1999			2.365	6,5
2000			2.432	6,6
2001	5.667	15,3	2.207	5,9
2002	5.151	13,7	2.306	6,1
2003	5.859	15,5	2.216	5,9
2004	6.208	<b>16,2</b>	2.059	5,4
2005	5.299	13,7	1.832	4,7
2006	4.844	12,4	1.795	4,6
2007	4.422	11,2	1.555	4,0
2008	4.067	10,2	1.403	3,5
<b>Total</b>	<b>41.517</b>		<b>37.998</b>	

Las tasas resaltadas en negrita marcan el momento a partir del cual las cifras comienzan a descender. El descenso a partir de los años 1996-1997 se explicaría por la inclusión de las terapias antirretrovirales, en tanto que el observado a partir del año 2004 podría deberse, para la DSyETS, a una sub-notificación de casos.

Según la DSyET (MSN), la cantidad de personas que viven con VIH se estima en 120.000 y sólo la mitad conocería el diagnóstico. Es una cantidad de media a baja si se la compara con datos similares de ONUSIDA de otros países de la región en relación con la cantidad de habitantes (se incluyen Sudáfrica y Estados Unidos con fines comparativos).

### **Comparación del número de personas viviendo con VIH en algunos países<sup>1</sup>**

<b>País</b>	<b>Personas viviendo con VIH/sida</b>
Sudáfrica	5.700.000
Estados Unidos	1.200.000
Brasil	730.000
México	700.000
Colombia	170.000
<b>Argentina</b>	<b>120.000</b>
Haití	120.000
Venezuela	110.000
Perú	73.000
Chile	31.000
Paraguay	21.000
Uruguay	10.000

Según los criterios de ONUSIDA y la OMS una epidemia es de “bajo nivel” cuando luego de años de evolución no llega a un grado significativo de infección en ningún grupo de población en particular y la prevalencia de infección por VIH no supera el 5% de manera constante en ningún grupo poblacional específico. En cambio, se considera que hay “epidemia concentrada”<sup>14</sup> cuando la prevalencia de infección por VIH se mantiene constante por encima del 5% en, por lo menos, un grupo de población específico y cuando es menor al 1% entre mujeres embarazadas de las zonas urbanas. Mientras que una epidemia es “generalizada” cuando la infección por VIH se encuentra establecida en la población general, es decir, la prevalencia de infección está constantemente por encima del 1% en las mujeres embarazadas.

En la Argentina la prevalencia del VIH en población general es menor al 1%, en tanto que ciertos grupos tienen una prevalencia igual o mayor al 5%, por lo que se considera que la epidemia por VIH está “concentrada” como se muestra en el cuadro siguiente:

<sup>14</sup> Concentrada en un grupo poblacional.

<b>Grupo</b>	<b>Prevalencia</b>
Población general	0,4
Travestis	34
HsH	12
Usuarios de drogas	7
Trabajadorxs sexuales <sup>2</sup>	5

Por ultimo, es importante aclarar que la Argentina cuenta con una amplia legislación protectora respecto del VIH. Esta legislación garantiza la confidencialidad y el anonimato, el acceso a los tratamientos en forma gratuita y a la atención médica integral. Esta protección que abarca el ámbito público se extendió, posteriormente, a la obligación para las obras sociales y las empresas de medicina privada de brindar igual cobertura.

La Ley Nacional de lucha contra el SIDA (ley 23.798) fue sancionada en el año 1989 y reglamentada en 1991 por el decreto 1.244/91.

Esta ley fue complementada posteriormente con la ley 24.455 en la que se establece la obligación de cobertura por parte de las obras sociales.

Por la resolución 18 del año 1992 se crea el Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus humanos, con dependencia directa del Ministro de Salud. En la actualidad esta institución lleva el nombre de Dirección de Sida y ETS (DSyETS).



### III

El objetivo original de este trabajo fue considerar diferentes estudios<sup>15</sup> realizados sobre población HsH y Tv con el propósito de evaluar si existían cuestiones implícitas en relación con el género, así como su utilidad para aportar información que sirviera de base para elaborar proyectos de prevención e intervenciones *ad hoc*. Todos los estudios se referían y/o incluían en forma parcial o total a HsH y/o Tv.

Algunos estudios fueron publicados previamente, otros circularon en forma interna por los organismos que apoyan el presente estudio o bien fueron provistos por la organización que los llevó a cabo. Su publicación no implica necesariamente su excelencia, así como el hecho de no haber circulado fuera de la organización de origen tampoco reduce su valor.

A continuación se caracteriza a algunos de ellos que, a criterio del autor, sirven para ejemplificar el conjunto.

***Estudio de prácticas sexuales y conciencia de riesgo de infección por el VIH en un grupo de varones gays y bisexuales - Grupo Nexa, 1999-2001***

*Coordinadores:* S. Maulen y R. Marone

ESTUDIO DESCRIPTIVO

*Tamaño de la muestra:* 680

*Área geográfica:* AMBA

*Características del estudio:* No utiliza el concepto de HsH sino criterios identitarios.

Diferencia entre elección de objeto e identidad y relaciona la idea

<sup>15</sup> Solo se tomaron en cuenta estudios realizados a partir del período 1999-2000 por considerarlos un punto de inflexión en términos políticos, económicos y sociales.

de riesgo con prácticas concretas, y a estas, con aspectos demográficos de la muestra, aclarando el sesgo y los límites de estos.

***Seroprevalencia del VIH1 en HsH en Buenos Aires, Argentina: factores de riesgo para la infección - CNRS, 2000-2001***

*Coordinación:* M. Weissenbacher, M. Pando, M. Ávila, S. Maulen, R. Marone et al.

*Objetivos:* evaluar la prevalencia del VIH en una muestra de población gay del AMBA, examinar los factores de riesgo potencialmente asociados al VIH y sugerir áreas potenciales de prevención futura.

ESTUDIO CUANTITATIVO

*Tamaño de la muestra:* 694

*Área geográfica:* AMBA

*Característica del estudio:* Toma en consideración algunos criterios identitarios y cruza variables demográficas (la edad, por ejemplo) con algunas prácticas sexuales.

***Línea de base 2004 (LB2004)***

*Coordinación:* S. Maulen

En el año 2004 se plantea por primera vez la necesidad de contar con una línea de base sobre HsH, proyecto adjudicado al GIGA (Grupo de Investigadores Gays de Argentina)

*Objetivo principal:* “establecer una Línea de Base acerca de las características de los ‘hombres que tienen sexo con Hombres’ en relación a sus conocimientos sobre el VIH, los mitos que prevalecen, sus comportamientos y las prácticas de riesgo. También se incluyó en la investigación la búsqueda de datos acerca de si alguna vez se ha realizado el test para VIH y si recibió consejería, sus hábitos de consumo de alcohol y drogas e información mínima sobre características socioeconómicas”.

ESTUDIO DESCRIPTIVO

*Tamaño de la muestra:* 1.000

*Área geográfica:* AMBA, Ciudad de Rosario, Ciudad de Córdoba, Ciudad de Mendoza y Ciudad de Salta.

*Características del estudio:* la investigación planteada incluía no solo a aquellas personas identificadas plenamente con su sexualidad, fueran gays, travestis o bisexuales, sino también aquellas que no se reconocían bajo ninguna definición o que tenían sexo marginal y llevaban una vida aparente como heterosexual.

Se consideró como HSH a hombres sexualmente activos, que hubieran tenido sexo al menos en una oportunidad durante los últimos seis meses anteriores a la recolección de datos, con otro hombre, sin importar si hubieran tenido o no relaciones sexuales con mujeres. No se incluyeron travestis (de varón a mujer) que tuvieran sexo con mujeres ni lesbianas.

### ***Estudio comparativo con la línea de base 2004 (EC2007)***

*Coordinación:* S. Barrón López

Realizado por el Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, fue publicado por UBATEC bajo el nombre de Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres.

*Objetivo principal:* “conocer la situación, prácticas y representaciones de los HSH en la Argentina, fundamentalmente en relación con el VIH/sida”. Los objetivos específicos planteados fueron, entre otros, replicar el estudio realizado en población HSH como línea de base en el año 2004 (con las adaptaciones necesarias) y evaluar los cambios operados en la población objeto de estudio entre 2004 y 2007, incluyendo la comparación entre las personas que fueron beneficiarias o no beneficiarias de proyectos del Fondo Mundial en el mismo período.

ESTUDIO CUANTITATIVO

*Tamaño de la muestra:* 307

*Área geográfica:* AMBA, Córdoba, Rosario, Bariloche y Mar del Plata.

*Características del estudio:* tiene una introducción donde marca la utilidad del uso del término HsH, luego incluye criterios identitarios.

### ***Estudio de cohorte<sup>16</sup>***

#### ***Grupo Nexo/Centro Nacional de referencia para el sida (CNRS) 2002-2003***

*Coordinación:* M. Ávila, M. Pando y R. Marone

<sup>16</sup> Los estudios epidemiológicos llamados de cohorte son estudios de tipo analítico que permiten establecer asociaciones con factores de riesgo. Puede ser retrospectiva o prospectiva (cuando se define a un grupo de personas libres de infección antes que se produzca el evento, a las que se les hace el seguimiento de las mismas). El término cohorte se usa para designar a un grupo de personas que comparten una experiencia o condición.

*Objetivo principal:* conocer la incidencia anual de infección por HIV en los voluntarios del estudio, los subtipos virales y las formas recombinantes circulantes que actualmente presenta esta población, además de las coinfecciones con otros agentes de transmisión sexual y sanguínea.

*Tamaño de la muestra:* se constituyó a partir de una muestra inicial de 811 personas sobre las cuales se seleccionaron 327 para la cohorte.

*Área geográfica:* AMBA

*Características del estudio:* es, tal vez, el estudio con criterios de inclusión y exclusión más claros. No ingresaron a la cohorte aquellos que no aprobaron el examen clínico y/o psicológico ni las personas que manifestaron ser travestis o heterosexuales. Si bien la referencia es hacia HsH el grueso de la muestra estuvo formada por personas posicionadas identitariamente.

### ***Estudio sobre prevalencia de VIH en personas trans (travestis/ transexuales/transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo, 2006***

*Coordinación:* M. Pené

*Objetivo principal:* determinar la seroprevalencia de VIH en personas trans (travestis/transexuales/transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo en el ámbito nacional. Los objetivos específicos fueron describir y analizar las características sociales, demográficas, culturales y de salud que corresponde al segmento denominado personas Trans

*Tamaño de la muestra:* 455

*Área geográfica:* AMBA, Mar del Plata, Santiago del Estero, Córdoba, Mendoza, Río Negro, Neuquén, Chaco, Corrientes, Tucumán, Santa Fe y Jujuy.

*Características del estudio:* la muestra corresponde a personas trans con identidad de género femenina, aclarando que trans incluye tanto a travestis como transexuales y transgéneros.

### ***Determinación de seroincidencia y resistencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y embarazadas***

***Centro Nacional de referencia para el sida (CNRS), 2006-2008 (CNRS 2008)***

*Coordinación:* M. de los Á. Pando y H. Salomón

*Objetivo principal:* determinación de seroincidencia y resistencia de

VIH en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y embarazadas

*Tamaño de la muestra:* HsH 1.590/TS hombres 232

*Distribución geográfica de las muestras de HsH y TS hombres:*

<b>Ciudad</b>	<b>HsH</b>	<b>Trabajadores sexuales</b>
AMBA	1.560	54
Santiago del Estero	22	42
Salta	6	0
Viedma	0	1
Rosario	0	5
Paraná	2	0
Córdoba	0	52
La Plata	0	65
Mendoza	0	13
TOTAL	1.590	232

*Características del estudio:* no se hace referencia a las travestis como tales incluyéndoselas entre los HsH, del mismo modo no se diferencia entre hombres y travestis entre los trabajadores sexuales.

### ***Conociéndonos mejor***

#### ***Centro para la Investigación y Asesoramiento en Salud (CIAS) 2008***

*Coordinador:* F. Núñez

*Objetivos principales:* “producir conocimientos acerca del desarrollo de la identidad, el manejo en la vida cotidiana de la diversidad sexual, la relación con las instituciones y estrategias en la protección de la salud y los derechos ciudadanos. En este recorrido, nos proponemos describir y analizar el proceso mediante el cual las personas que hoy se reconocen como travestis transitaron este proceso de identidad sexual. Asimismo nos interesa indagar acerca de los procesos de la vida cotidiana que refieran a su vinculación con la

familia, las instituciones escolares, las de salud, las de seguridad y que intervienen en la posibilidad de constituirse como sujetos de derecho o la obstaculizan”.

ESTUDIO CUALITATIVO

*Tamaño de la muestra:* no se especifica

*Área geográfica:* partidos del conurbano bonaerense (Quilmes, Florencio Varela y Avellaneda).

*Características del estudio:* el trabajo se refiere específicamente a travestis y la cuestión identitaria es un factor primordial en él.

Como resultado de un análisis general de los mencionados estudios e investigaciones se encuentran similitudes entre todos ellos: ausencia casi total de evaluaciones cualitativas<sup>17</sup> y escasez del reconocimiento de la población travesti que, en general, suele estar incluida en la población llamada HsH. Suelen ser estudios basados en encuestas y/o cuestionarios cerrados, realizados en las ciudades del país de alta densidad poblacional que es donde suele haber una mayor accesibilidad a HsH y Tv, con poca o ninguna representación de espacios urbanos más pequeños o áreas rurales. Si bien se entiende la necesidad y practicidad (comodidad) de cierta accesibilidad, ninguno describe estrategias alternativas para localizar muestras más abarcadoras como la tan buscada población oculta de HsH (hshm,<sup>18</sup> hshmt,<sup>19</sup> por ejemplo) que suelen ser características de las ciudades con menor densidad de población o pueblos del interior de las provincias. En el mismo sentido e incluso en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) —el espacio geográfico más representado en las muestras—, no suele haber una gran amplitud en la elección de localidades.

Todos estos estudios miden parámetros numéricos como los datos demográficos. Se destaca entre estos el nivel de estudios alcanzado, la presencia o ausencia de trabajo y los ingresos económicos, información que no suele estar contextualizada ni cruzada como para poder establecer algún tipo de relación.

Si bien algunos de ellos incluyen en los cuestionarios diferentes

<sup>17</sup> Es interesante comprobar que los mayores desarrollos en cuanto al marco teórico y la inclusión de aspectos que podríamos llamar más cualitativos se dan en los estudios dirigidos a población travesti.

<sup>18</sup> Hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres.

<sup>19</sup> Hombres que tienen sexo con hombres y con travestis.

prácticas,<sup>20</sup> no suele haber un cruce entre éstas y los datos demográficos. Si se toma, por ejemplo, una determinada práctica como el *barebacking*<sup>21</sup> o consumir drogas socialmente, este tipo de prácticas no puede relacionarse con la edad, el nivel de ingresos, la instrucción, las formas de vinculación, el estado relacional<sup>22</sup> ni, mucho menos, con formas de inserción comunitaria (variable ausente en todos los estudios).

Los datos en sí mismos y aislados aparecen como más importantes que su contexto y/o su correlación.

Tampoco hay referencias, tal vez por no considerarse un dato importante o por un exceso de corrección política, a variables como la nacionalidad y la etnia. Como ejemplo de la importancia de estos datos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) funciona una disco cuyos clientes son principalmente de nacionalidad boliviana y peruana con un alto número de travestis. En otros espacios esta población no sería admitida al primar en ellos un mayor status socioeconómico establecido por el aspecto físico y la vestimenta que por la realidad.

Los estudios estadounidenses referidos a las diferencias étnicas en relación con el VIH<sup>23, 24, 25, 26</sup> son más que elocuentes en este sentido

<sup>20</sup> Entiendo por práctica las variables posibles de hacer tal o cual cosa, por ejemplo, usar juguetes o hacer *felching* son aleatorias, pueden repetirse o no. Por conducta (sexual) entiendo lo que la persona hace habitualmente: usa juguetes, practica *felching* o s2s, suelen ser estables. La variedad de las primeras posibilita las segundas. Las prácticas sostenidas darían lugar a conductas, más o menos medibles, que hacen particular la sexualidad de las personas.

<sup>21</sup> Que solo es considerado tangencialmente, entrelíneas, sin haber una búsqueda específica de esa práctica.

<sup>22</sup> Es interesante destacar que son pocos los estudios donde se considere el estado relacional (en pareja, de novio, solo citas, etc.) cruzado con sus significaciones para las personas, siendo que la búsqueda de pareja, estable o no, es algo referido en la mayoría de las páginas de contacto y un dato no menor en relación con los métodos y las fantasías de búsqueda, y marca los criterios de autocuidado en la interacción con lxs otrxs.

<sup>23</sup> Díaz, R.; Ayala, G.; Bein, E. et al.: "The impact of the homophobia, poverty and racism on the mental health of gay and bisexual men: Findings of the U.S. cities", en *American Journal of Public Health*, vol. 91, 2001, págs. 927-932.

<sup>24</sup> Williams, D.; Neighbors, H. y Jackson, J.: "Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies", en *American Journal of Public Health*, vol. 93, 2003, págs. 200-208.

<sup>25</sup> Carballo-Diéguez, A.: "Hispanic Culture, gay male cultura and AIDS: Counseling implications", en *Journal of Counseling and Development*, vol. 68, 1989, págs. 26-30.

<sup>26</sup> Crawford, I.; Allison, K.; Zamboni, B. y Soto, T.: "The influence of Dual-Identity Development on the Psychosocial Functioning of African-American Gay and Bi-

en cuanto a la utilidad de esta información, resaltando diferencias que pasarían desapercibidas si se tomara –como parecen hacer muchos estudios locales– a la población HsH/Tv como un conjunto homogéneo. En estos estudios se aprecia que la etnia marca actitudes particulares respecto de la sexualidad y las elecciones de objeto así como los códigos de género.

La mayoría de los estudios utiliza la idea epidemiológica de los llamados HsH y se explica su alcance, pero se aclaran y amplían, además, los criterios para definir identidades, lo que suele entrar en contradicción con el uso conceptual de HsH. En un solo estudio se aclara que la población Tv no está incluida (CNRS/Nexo), pero en el resto resulta confuso saber qué incluye o excluye la muestra. En algunos estudios ni siquiera se diferencia a la población Tv y por lo tanto no se sabe si fue incluida en la población HsH o, sencillamente, no se la tomó en cuenta como una población diferenciada. Es una excepción el *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina* (Pecheny y Manzelli, 2007), donde se diferencia prolijamente la población HsH de la población Tv y, en alguna medida, en el que debía ser el estudio comparativo de la línea de base del año 2004 que se publicó con el título de Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres, Relevamiento 2007, donde utilizan tanto el término travesti como trans.

El estudio de cohorte, uno de los más elaborados y estrictos en sus criterios de inclusión/exclusión, realizado por CNRS-Nexo, se compone de dos estudios separados. Por un lado, un prolijo estudio genético cuyo objetivo era determinar los subtipos virales y las formas recombinantes circulantes del HIV-1 en los voluntarios que adquirieran nuevas infecciones durante el seguimiento anual. Por otro lado, un estudio de prácticas<sup>27</sup> que, al utilizar cuestionarios con preguntas de respuestas cerradas, daba cuenta en forma relativa de lo que realmente hacía cada quien y, hasta cierto punto, deducir conductas de la repetición de algunas de esas prácticas.

Sus objetivos generales fueron básicamente: 1) reclutar una cohorte de hombres que tienen sexo con hombres, 2) determinar la tasa de reten-

---

sexual men”, en *The Journal of Sex Research*, vol. 39, n° 3, agosto de 2002, págs. 179-189.

<sup>27</sup> No hay una definición previa de los términos, con lo cual no se diferencia la excepción de la habitualidad y se considera todo como prácticas.

ción anual o abandono de los voluntarios en la cohorte en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, 3) estimar la incidencia anual y los factores de riesgo asociados a las infecciones recientes por HIV y, 4) estimar la incidencia anual de las infecciones por *T. Pallidum* y HCV.

La cohorte tuvo una alta retención de voluntarios que fueron seguidos durante un tiempo prolongado; de esta cohorte seropositivizaron para el VIH 12 voluntarios.

No hay una conclusión relacional entre los dos estudios, el genético y el de prácticas. La única conclusión a la que se arriba surge de aplicar una ecuación que “indica” que las personas que seropositivizaron durante el estudio (una condición de admisión a la cohorte era ser seronegativo) lo hicieron por tener un número X de parejas sexuales en los seis meses previos.

Al no pensar en la posibilidad de incluir estudios cualitativos, paralelos o posteriores se simplifica la compleja trama que lleva a una persona a (des)cuidarse. De este modo se pierde la valiosa y única oportunidad de hacer entrevistas en profundidad a esas pocas personas que seropositivizaron, con el fin de investigar si hubo otras variables más allá de las indagadas en el cuestionario aplicado, o bien circunstancias emergentes que generaran el cambio.

En el año 2004 y financiada por el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria, se realizó una línea de base (LB) cuyos objetivos eran establecer una serie de datos básicos para tener una idea de la población HsH, y comparar estos resultados con un estudio posterior, que se llevó a cabo en el año 2007.<sup>28</sup>

Una línea de base (LB) o estudio de base es una medición previa de todos los indicadores habituales en el diseño de proyectos de estudios sociales o de investigación científica (biológica o de salud).

La elaboración de líneas de base ayuda a caracterizar mejor la población *target* de los proyectos o las intervenciones, y de este modo proporciona una mayor eficacia y eficiencia. Hace posible conocer el estado (valor) de los indicadores antes de iniciar cualquier estudio, y permite establecer la situación del escenario o de la población sobre la que se va a implementar el proyecto. Sirve también como punto de comparación para que en proyectos futuros puedan monitorearse los cambios esperados.

<sup>28</sup> Barrón López, S; Lipson, M. y Hiller, R.: *Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres, Relevamiento 2007*, Buenos Aires, UBATEC, 2007. Disponible en: <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/publicaciones.htm>.

Las líneas de base facilitan la comparación tanto para el monitoreo de los proyectos como para su evaluación.

En la LB realizada en el año 2004 no se calculó la incidencia de VIH debido a la oposición del Mecanismo Coordinador País<sup>29</sup> (MCP) al considerar que eran estudios diferentes y no un importante indicador por incluir. En consecuencia, se perdió la posibilidad de evaluar estos datos que podrían haberse comparado con los obtenidos en el estudio comparativo del año 2007 (EC2007).

Este último estudio presenta algunas contradicciones. Si bien en la introducción se aclaran los alcances del concepto HsH y se lo reconoce como muy rico en posibilidades, luego estas quedan empañadas al no deslindar las prácticas consideradas por subpoblaciones. Debe tenerse en cuenta que los HsH constituyen un amplio rango de grupos que sólo tienen en común el hecho del mismo objeto sexual, que podría ser contingente, y un conglomerado de prácticas, sobre todo relacionales, vinculadas a diferentes formas de identificación. En sus resultados, si bien el 90% de las personas entrevistadas refiere haber recibido información a través de la televisión y sólo el 16% por organizaciones no gubernamentales, en otra parte se menciona que un 67% estuvo o está en contacto con estas organizaciones, lo cual resulta llamativo si se considera que la información transmitida por radio, televisión o medios gráficos es escasa. Probablemente esto se deba a sesgos en el reclutamiento muestral.

<sup>29</sup> El Mecanismo Coordinador de País es una instancia multisectorial, funcional y de consenso, conformada por organizaciones de la sociedad civil, ONG, gobierno y agencias de cooperación internacional. Su función principal es la implementación de acciones para el desarrollo y la presentación de propuestas, la supervisión y seguimiento de los procesos realizados dentro de la fase de ejecución de las iniciativas aprobadas por el Fondo Mundial para la lucha contra el VIH y Sida, Tuberculosis y Malaria.

**Fuentes de información acerca del VIH en la LB 2004 y su estudio comparativo en 2007**

<b>Tipo</b>	<b>LB 2004</b>	<b>EC 2007</b>
Televisión	25,7	46
Servicios de salud	11,9	29
Amigo/a	11,6	24
Diarios/revistas	19,9	24
Radio	8,8	19
ONG	--	16
Compañeros/as trabajo o estudio	5,2	11
Internet	--	7
Familiar	1,7	5
Pareja	3,1	5
Folletos	--	3
Publicidad/vía pública	--	3
Trabajo	--	32
Discotecas	--	2
Otros	12,2	3

Es notorio que aunque no hay campañas masivas en los medios de comunicación y la información sobre VIH es tangencial, cuando no inexistente, el 54,4% para la línea de base de 2004 y el 92% en el estudio comparativo de 2007 afirman que recibieron su información sobre el VIH de medios de comunicación. También es notable que funcione mejor el boca a boca que el resto de las fuentes. Esto último debería conducir a la pregunta de cuál es la información que circula en ese boca a boca.

En todos los estudios referidos se establecen las relaciones sexuales como una de las formas de transmisión más mencionadas, en algunos

se aclara si anal u oral, pero al no especificarse el contenido y contexto de las prácticas que se incluyen en “relaciones sexuales” (un constructo por demás subjetivo y polivalente), la referencia se vuelve confusa.

¿Qué se debe entender por relaciones sexuales? En términos ideales se supone que todos saben qué significa y que cada cual es capaz de decir si tuvo una relación sexual, ¿se podría decir si tuvo sexo?. Pero esto implicaría aclarar qué entiende por sexo tanto el/la entrevistador/a (y por extensión quienes diseñan el estudio) como el/la entrevistadx. La amplitud de conductas y prácticas que se pueden encuadrar en “relaciones sexuales” hace que la interpretación de los resultados quede sujeta a lo que lxs investigadorxs entienden por tales, y generalmente se establece un paralelo, donde al igual que en el sexo heterosexual hay sexo (o relación sexual) cuando hay coito, o sea, el sexo es sexo penetrativo, sea el orificio que fuere. Complica la cuestión el hecho de que los significados en el sexo entre hombres se organizan, generalmente, alrededor de la idea de masculinidad que tiene quien atribuye esos significados. Algo similar ocurriría con las travestis, donde la idea de relacional del sexo cambia si se toma en cuenta la biología o el género elegido.

Entonces, para HsH y Tv<sup>30</sup> la cuestión no es tan lineal y, en una primera aproximación, puede pensarse que es cuando hay coito anal, pero muchas personas consideran la masturbación mutua (sobre todo luego de la aparición del VIH) como una relación sexual,<sup>31</sup> algo similar ocurre con el sexo oral, las prácticas BDSM,<sup>32</sup> o los juguetes. Y todo esto sin entrar en el espinoso tema de la sexualidad adolescente, en la que identidades, negación de identidades, conductas variables y prácticas que van y vienen suelen estar disociadas o reconocidas en un momento, pero no en otro, o adscriptas a circunstancias que, de no repetirse,

<sup>30</sup> Podría seguirse una línea de pensamiento similar para reflexionar sobre relaciones sexuales heterosexuales. Esto nos marca la artificiosidad de la idea de HsH. Lo que importa no es el medio de ensamblaje (oral, anal, vaginal) sino el contexto relacional y personal.

<sup>31</sup> En mis incursiones por las páginas de contactos y chats encontré que muchos gays activos buscando caracteres masculinos en sus partenaires preferían tener citas con otros activos. En estos encuentros la penetración, por una cuestión de códigos, estaría descartada y la práctica masturbatoria y el sexo oral serían la actividad principal. Algunos consideraban a esto como tener sexo mientras que otros no.

<sup>32</sup> Es una sigla: B de *bondage* (ataduras, la práctica de atar a una persona), D de dominación y disciplina, S de sumisión y sadismo, M de masoquismo. Esta sigla suele referirse a lo que se considera una subcultura de sexo extremo y que suele estar asociada a la subcultura *leather*.

pierden peso para el sujeto.<sup>33</sup> De este modo, un adolescente puede tener relaciones heterosexuales y reconocerse como tal aun suponiendo que podría querer ser homosexual, o tener algún tipo de práctica sexual con otros adolescentes sin pensar que tales prácticas lo convierten en homosexual. La idea de qué es una relación sexual quedará supeditada no sólo a la práctica concreta realizada sino a la ubicación identitaria desde donde esa práctica se sostiene. A manera de ejemplo, en diferentes entrevistas que he realizado en diversos ámbitos, una persona de veintidós años refería masturbaciones mutuas cuando viajaba con amigos, pero como no había penetración anal ni muestras de afecto no las percibía como una práctica de corte homosexual, ni siquiera pensaba que eso era sexo. Otro joven (diecinueve años) solía tener coitos anales frecuentes con sus amigos, a quienes consideraba homosexuales, pero él se excluía, se consideraba un heterosexual que hacía un favor a sus amigos al penetrarlos. En este caso, su papel de activo en la relación y penetrar siempre a los otros protegía su idea de ser heterosexual cien por cien, que solo tenía sexo con mujeres. En tanto otro caso (veinticuatro años) refería que le gustaba ser penetrado, pero por mujeres o travestis (no estableciendo diferencias entre estas y aquellas), y se consideraba a sí mismo un heterosexual con toques homo; para él no contaban como una relación sexual sus experiencias, escasas, con otros hombres.

En referencia a la transmisión por relaciones sexuales, no suelen correlacionarse las prácticas con los espacios y contextos donde se realizan, perdiéndose valiosos datos para planificar métodos de intervención preventiva.

No es lo mismo una población que concurre a un espacio comercial (cines, saunas, discos con túneles, etc.), donde ya se parte de cierto poder adquisitivo que permite pagar una entrada y una eventual consumición y con mayor posibilidad de socializar, lo cual disminuye el grado de anomia de lxs concurrentes y existe, por lo tanto, una mayor posibilidad de negociar el uso del preservativo, que una población que concurre a espacios públicos (parques, baños, calles y zonas de levante o *cruising*,<sup>34</sup> etc.) en busca de sexo. En este último caso, la variedad

---

<sup>33</sup> Upchurch, D.: "Inconsistencies in reporting the occurrence and timing of first intercourse among adolescents", en *Journal of sex research*, vol. 39, 2002, págs. 197-206.

<sup>34</sup> La traducción literal es navegar o salir en crucero, relacionado con el sexo es el proceso de buscar partenaires sexuales en espacios públicos. En la Argentina se lo traduciría por yirar.

poblacional es mucho mayor, prácticamente no hay socialización y sí cierta urgencia en obtener gratificación sexual, todo es más casual, se sostiene con mucha fuerza la anomia y el grado de vulnerabilidad es mayor en todo sentido.

La posibilidad de concurrencia a los diferentes espacios está relacionada con el grado en que la persona tramita su homofobia internalizada y, al mismo tiempo, puede lidiar con la homofobia social. Ambas homofobias son generadoras de situaciones y comportamientos que ponen a las personas en situación de una mayor vulnerabilidad inherente. Las motivaciones para concurrir a los diferentes espacios deberían formar parte de los estudios sobre estas poblaciones y darían, al mismo tiempo, pistas sobre el grado de homofobia imperante.

Al concentrarse la epidemia en estos dos grupos vulnerados por la discriminación (HSH y Tv), esto conduciría a la siguiente pregunta: ¿por qué las razones que generaron esa concentración no son también objeto de estudio? La concentración de la epidemia se convierte en una forma más de trans/homofobia y al revestir tal gravedad, tal vez deberían destinarse mayores recursos a tal fin, “concentrándolos” en los grupos donde la epidemia, a su vez, se concentra.

### **Algunas comparaciones entre algunos de los estudios locales**

<b>Tamaño de las muestras en algunos estudios</b>			
<b>Estudio Nexo/CNRS 1999-2001</b>	<b>Estudio Cohorte Nexo/CNRS - 2003</b>	<b>Línea de Base GIGA - 2004</b>	<b>Estudio comparativo 2007</b>
680	327 incorporados sobre 877 entrevistados	1.000	307

### Distribución geográfica de las muestras de HsH en algunos estudios

Localidad	Nexo/CNRS 2000-2001	Cohorte 2002-2003	LB 2004	EC 2007	CNRS 2008
AMBA			616	179	1560
Córdoba	La convocatoria se realizó solo en	La convocatoria se realizó solo en	136	39	0
S. del Estero	AMBA	AMBA	0	0	22
Rosario			119	39	0
Mar del Plata			no	24	0
Mendoza			78	no	0
Salta			51	no	6
Bariloche			0	35	0
Paraná			0	0	2
<b>TOTAL</b>			<b>1.000</b>	<b>307</b>	<b>1.590</b>

Respecto de los últimos estudios analizados, lo que más llama la atención es la disparidad en el tamaño de las muestras en general con una evidente sobre-representación del AMBA, pero mucho más clara entre la línea de base y su estudio comparativo, lo que dificulta compararlas, siendo la comparación uno de los objetivos al pensar ambos estudios..Además, el estudio comparativo de 2007, al modificar los parámetros hace que en algunos ítems el cotejo sea aún más problemático.

Un caso excepcional lo constituye el estudio continuado sobre prevalencia e incidencia de Nexo/CNRS, que mantiene una muestra numérica y geográficamente estable.

Excepto el caso relativo, de la línea de base y su estudio comparativo, no hay estudios que se repliquen en el tiempo para poder evaluar cambios conductuales así como la incidencia y eficacia de las intervenciones.

## Algunos ejemplos de distribución geográfica de las muestras

Estudio	Total de la muestra	AMBA	Resto del país
Nexo/CNRS 2000-2001	670	670	0
Cohorte 2003	877 (327)	877 (327)	0
Línea de base 2004	1.000	615	385
Estudio comparativo 2007	307	179	128
CNRS2008	1.590	1560	30
<b>TOTAL</b>	<b>5.113</b>	<b>4574</b>	<b>543</b>

Como queda demostrado, la mayoría de las muestras corresponden a CABA y conurbano bonaerense, habiendo una sobredimensión del AMBA en los estudios pero sin ahondar en las zonas más marginales, con lo cual las muestras corresponden, en general, a una población de clase media. La población del resto del país no está distribuida uniformemente con una amplia variabilidad geográfica, si bien se ve una tendencia a concentrarse en las ciudades de Córdoba, Salta y Rosario.

## Distribución geográfica de dos estudios específicos sobre población travesti

Estudio	Total de la muestra	AMBA	Resto del país
Pené	455	276	179
Berkins	302	260	42
Total	757	536	221

### ***Nivel de instrucción en las muestras de algunos estudios***

(En porcentajes)

<b>Nivel alcanzado</b>	<b>Nexo/CNRS 2000-2001</b>	<b>Cohorte 2002-2003</b>	<b>LB 2004</b>	<b>LB 2007</b>
NS/NC	0,1	---	---	---
Ninguno	0,1	---	---	---
Primario incompleto	0,1	---	3,2	2
Primario completo	3,7	---	9,3	7
Secundario incompleto	10,1	91,7 secundario completo o superior	16,9	16
Secundario completo	21,2		24,0	27
Terciario incompleto	7,6		6,2	7
Terciario completo	15,7		7,6	11
Universitario incompleto	21,8		19,6	19
Universitario completo	19,4		12,4	9
Superior incompleto			0,4	1
Superior completo			0,4	1

Se puede observar en el estudio Nexo/CNRS 2000-2001 que el 85,7% había completado sus estudios secundarios completo y superior. Esto puede deberse a que la muestra estaba compuesta por personas que vivían mayoritariamente en CABA y el primer cordón del conurbano, a que tenían bastante definida su identidad como para en ese momento (2000-2001) concurrir a una organización no gubernamental abiertamente gay y también a la situación socioeconómica “próspera” del momento. Algo similar puede aducirse de la Cohorte 2002-2003.

En la línea de base 2004 y su estudio comparativo 2007 la situación empieza a modificarse al extenderse la toma de muestras, si bien se pierde el objetivo comparativo a causa de la diferencia en sus tamaños y al modificar el estudio comparativo 2007 la distribución de éstas.

	<b>Nexo/CNRS 2000-2001</b>	<b>Cohorte 2002-2003</b>	<b>LB 2004</b>	<b>EC 2007</b>
Disco	Las entrevistas se realizaron en la sede del Grupo Nexo	Las entrevistas se realizaron en la sede del Grupo Nexo	6,2	No discrimina <sup>3</sup>
Pub			7,1	
ONG			18,1	
Otro lugar			68,6	

En general, los lugares de las convocatorias corresponden a lugares abiertamente gays o se mediatizan a través de organizaciones no gubernamentales gltb. Esto implica ya un sesgo muestral que se corre desde la anomia del conjunto HsH hacia un criterio identitario, dado que se necesita reasumir en cierto grado la propia sexualidad para interactuar con pares, lo que se contradice con el uso generalizado del concepto de HSH donde los hsh que están más cerca del polo heterosexual en sus hábitos de vida no son simplemente una población oculta sino que se oculta activamente.

### ***Relación entre tamaño de la muestra, área geográfica del estudio y datos sobre prevalencia en algunos estudios***

<b>Estudio</b>	<b>Pando <i>et al.</i></b>	<b>Cohorte N/C</b>	<b>GIGA</b>	<b>Pando-Avila <i>et al.</i></b>	<b>Barrón López <i>et al.</i></b>	<b>Salomón <i>et al.</i></b>
<b>Período</b>	2000-2002	2003	2004	2006	2007	2006- 2008
<b>Muestra</b>	692	327	1.000	1.034	307	1.590
<b>Lugar</b>	CABA	CABA	A/R/C/ MDP/M/S/B	CABA	A/MDP/R C/B	BA/SE S/P
<b>Prevalencia</b>	13,8	7,5	No se hizo	10,4	15	11,8

En el estudio de Pando-Salomón del 2006-2008, donde no se diferencia entre HSH y Tv, se cuenta con una muestra muy grande en relación con otros estudios, y, al discriminar las muestras por localidad, estas distan mucho de ser representativas. En realidad, debería considerarse un estudio realizado en el AMBA:

<b>Ciudad</b>	<b>Muestra</b>
Buenos Aires	1.560
Santiago del Estero	22
Paraná	2
Salta	6
Total	1.590

Pese a que tanto las ciudades de Salta como de Paraná poseen una activa y visible comunidad gay y travesti, discos, pubs y, al menos, dos organizaciones no gubernamentales abiertamente gltb, la muestra es de sólo seis personas. En Paraná la población HSH/Tv suele ir a la ciudad de Santa Fe, donde la apertura es mayor, sin mencionar que con una muestra de sólo dos personas es algo osado indicar una incidencia igual a cero o bien del 33% cuando sobre una muestra de solo seis personas, dos dan positivas.

Este estudio se realizó también en las ciudades de La Plata, Córdoba, Rosario y Viedma, teniendo las tres primeras espacios y organizaciones gltb de larga data, pero no figuran datos específicos referidos a la población HsH o Tv.

Casi se puede concluir que los estudios analizados brindan información sobre la comunidad gay/homo/Tv de AMBA; que el interior del país en gran medida aparece para dar la idea de una mayor abarcabilidad del estudio.

Es evidente en algunos estudios la tendencia a dejar de considerar las prácticas sexuales así como la frecuencia y los tipos de ensamblajes sexuales en pos de explicaciones más sociales, por ejemplo, los lugares de encuentro (Presentación del estudio LINK, 2010). Sin embargo, es en el estudio de las prácticas y su comparación en el tiempo donde es

posible buscar las pautas que permitan pensar la realidad de las personas, para plasmar estrategias preventivas y evaluar su eficacia real. Los lugares pueden ser, y de hecho lo son, aleatorios, no así las prácticas que, cuando se vuelven consistentes, brindan referencias conductuales que se pueden extrapolar a otras variables. En el momento de actuación de una práctica determinada, las personas deciden el tipo de cuidado por tomar; esta decisión suele ser independiente de cuestiones como el espacio donde se ejecuta esa práctica, no pocas veces es el tipo de *partenaire* quien decide las reglas por seguir así como las fantasías de la persona que va a interactuar con ese *partenaire*.

Sólo los estudios de Nexo/CNRS y la Cohorte brindan datos acerca de prácticas concretas y sobre el uso del preservativo; en los demás estudios esto se va haciendo algo secundario y cada vez menos tomado en cuenta.

Si algunas de las estrategias preventivas van a seguir incluyendo al preservativo y la disminución del número de parejas sexuales, entonces los datos sobre lo que las personas realmente hacen en la intimidad y su situación relacional, así como sus fantasías en relación con esta, son de primera línea: qué con quién, cuándo y dónde no son datos menores, del mismo modo que habría que incluir las expectativas ante un encuentro sexual.

Es interesante señalar en este sentido que en estudios realizados en Estados Unidos que indagan sobre estrategias de gays y bisexuales que viven con VIH respecto del uso del preservativo, se encontraron diferentes prevalencias dependiendo de que la posición coital sea insertiva o receptiva en el sexo anal (Parsons, 2003). En otro estudio realizado se indica que HsH/Tv seropositivos aceptan que no se use preservativo si ellxs ocupan una posición receptiva (Van der Ven *et al.*, 2002). En el estudio de Suárez y Miller (2001), la elección de *partenaires* está dada por el status serológico (*serosorting*) en el cual las personas seropositivas buscan a otras también positivas para no utilizar preservativo, con resultados similares entre las personas seronegativas; en este mismo estudio, se muestra que tanto para seropositivos como para seronegativos (que también practican el *serosorting*), se da por sentado una especie de *coming out* serológico (esto implica que el otro conoce su serología para el VIH y no miente sobre ella), incluso en conocimiento de que mucha gente no realiza con periodicidad los test serológicos o que por el estigma que aún pesa sobre el VIH (sostenido en parte por el cono de silencio

que cayó sobre él), muchas personas seropositivas ocultan o niegan su condición.

También es notable que en los estudios realizados hasta ahora, en la Argentina, no se tomen en cuenta las estrategias desarrolladas por los propios sujetos para evitar la transmisión del virus. Estas estrategias, discutibles, útiles o no, sirven como medida del imaginario alrededor del VIH y otras ITS que, a su vez, daría cierto atisbo del tipo de información que pasa en el “boca a boca” señalado en el estudio comparativo de 2007. Sin perder de vista que podrían servir para pensar estrategias alternativas al uso del preservativo elaboradas por la misma población expuesta.

De la lectura de los diferentes estudios evaluados para el presente documento surgen algunas preguntas:

¿Qué datos o aprendizajes pueden obtenerse de ellos?

Tomando en cuenta que en general lxs autorxs de esos estudios suelen tener relación entre sí, ¿no debería existir una pauta común que permitiera hacer comparaciones entre ellos?

¿Cuál es el aporte operativo real, más allá de sistematizar algunos datos, hacer visibles algunas prácticas y poner en evidencia la confusión terminológica y la homogeneidad muestral de los grupos por investigar?

¿Sirven estos estudios como insumos de gestión para generar políticas de prevención?

La disparidad tanto en el tamaño de las muestras como de las regiones geográficas donde se realizaron dificulta en gran medida cruzar los datos obtenidos o comparar los resultados para que puedan articularse entre sí, ya sea dentro de cada estudio o entre ellos, a fin de poder construir un mapa de la cuestión. Al no replicarse los estudios, no es posible comparar los datos en diferentes momentos para ver la evolución de los mismos, evaluar el éxito o fracaso de las intervenciones y/o los cambios conductuales reales que pudieran producirse en los grupos *target*.

Los datos suelen presentarse en bloques fijos que no se cruzan entre sí. Esto impide sacar conclusiones en muestras donde las diferencias socioculturales son muy dispares, incluso así los datos aparecen como si la homogeneidad estuviera implícita por tratarse de HSH o Tv.

La ausencia de un criterio común tanto en la definición como en el uso del término HsH, torna confuso saber qué es lo que realmente se in-

daga al leer los resultados y las conclusiones, cuando no se termina cayendo en identidades establecidas. Si bien en casi todos los estudios se formulan o esbozan definiciones del concepto poblacional de HsH, haciendo las salvedades de rigor –lo que indica que el término no es claro ni tan fácilmente aplicable sin más–, la rigurosidad de esas definiciones suele sostenerse a lo largo de los estudios,. Así, aparecen términos como gays, homosexuales, trans, travestis, hombres, varones, etc., sin las debidas aclaraciones puntuales del porqué del cambio de nominación ni se establece qué se quiere decir con estos términos ni cuál es su expresión real o imaginada en los resultados.

Ni siquiera se esboza una elaboración sobre las poblaciones que pueden o no estar dentro del conjunto HsH, sobre todo en el grupo que forma un plano de clivaje entre hsh y HsM, que es donde estarían los verdaderos hsh, esos que hacen cola cuando se dice gays, bisexuales y “otros hsh”.

En algunos estudios prácticamente no se toma en cuenta a las travestis como una población diferenciada, mientras que en otros se las incluye dentro de la población HsH, o se las diferencia de los HsH según se pueda y/o convenga. En algunos casos se aclara que son incluidas pero que no pertenecen, mientras en otros ni siquiera se piensa en separarlas. Solo en pocos trabajos no son incluidas (Nexo) ya que su *target* son exclusivamente los HsH, implicando que HsH y Tv son dos poblaciones diferenciadas. El hecho de incluirlas o no habla de la idea que tienen lxs investigadores acerca del sexo/género, y da cuenta de una acepción binárica de él en función de la anatomía.

Todo esto lleva a pensar cuál población fue realmente estudiada: ¿homosexuales, gays, hsh, hshm, hshmt, hombres genéricos y biológicos, hombres genéricos? ¿Están incluidas/excluidas las Tv?

En algunos estudios se habla de población trans ¿Esto implica que se incluyeron transexuales e intersexuales o se da por sentado que trans es sinónimo de Tv? En otros se define población trans (de transgénero) como inclusiva de travestis, transgéneros y transexuales, con lo que no queda claro qué debe entenderse por trans o transgénero, además de excluirse a lxs intersexuales.

Ni siquiera los estudios donde intervienen mayoritariamente los mismos investigadores (o la misma institución u organización) mantienen criterios uniformes. A pesar de trabajar casi con las mismas poblaciones, conceptualmente cada estudio es diferente.

Salvo algunas excepciones, los estudios son, o terminan siendo, de tipo cuantitativo, con lo cual se pierde, en los casos en que aparecen respuestas atípicas, la posibilidad de indagar más allá del cuestionario preestablecido.

Esto hace que se pierdan elementos acerca del proceso de subjetivación de las personas: pertenecer a grupos que se alejan de la heteronormatividad no es gratuito. Por lo tanto, parámetros cuantitativos suelen ser insuficientes para evaluar las consecuencias de ese precio, que con frecuencia no es medible numéricamente, solo de forma indirecta, pero que debería ser un objetivo por alcanzar al influir en las respuestas que pueda dar una persona, contextualizándolas.

Para poder brindar información en un más allá de la información, este tipo de estudios deberían tener lineamientos metodológicos similares: formas de búsqueda, captación y tamaño de las muestras, criterios claros de inclusión/exclusión, espacios geográficos similares, etc.

También deberían contar con definiciones claras de las poblaciones por investigar y no mezclar un concepto epidemiológico (HsH) con conceptos identitarios (gay, trans, travesti, homosexual) o con conceptos ligados a cuestiones genéricas (varón, hombre, hombre homosexual, etc.). La población debe estar rigurosamente establecida de modo que al leer los resultados estos no se presten a confusiones.

Ante una población tan compleja como la Tv/HsH, debería ser norma la necesidad de que estudios e investigaciones crucen las variables no sólo en términos numéricos sino relacionándolas con el contexto. De poco sirve recabar, estudio tras estudio, datos demográficos de muestras similares, sin contextualizarlos al pensar las conclusiones de los estudios: edad, lugar, status socioeconómico, migración, etc., dicen poco si no se los relaciona con formas de identificación y/o la forma de nombrarse, estadios de *coming out*, manejo de la homo/bi/transfobia internalizadas sin olvidar la social, estrategias de *coping*, etc. Estos cruces son, también, una forma indirecta de pensar o intuir los grados de vulnerabilidad del grupo estudiado, que no es lo mismo que pensar en términos de riesgo, lo cual no deja de ser, en algún punto, más que una variable individual.

Se puede proponer entonces que:

1. Si se lograra homogeneizar los estudios, dentro de términos lógicos (posibilidad supeditada en parte, aunque no necesariamente, a los objetivos del estudio), tratar de replicarlos en el tiempo

-algo al parecer impensable, y, lo que es mucho más importante, compararlos con estudios ya realizados o por realizar y cruzar sus resultados.

2. Establecer como política de quienes financian los estudios relacionados con poblaciones *target* de políticas preventivas, establecer y explicitar tanto las metodologías como los sistemas de monitoreo y evaluación de resultados utilizados en los estudios, sobre todo si se los lleva a cabo con el objetivo de que sean utilizados como insumos para políticas de salud.
3. En las investigaciones dedicadas a HsH/Tv, lograr que no sólo se indague sobre cuestiones sexuales sin explicitar qué significa eso y que se tienda a considerar HsH/Tv como una población homogénea, dejando afuera aspectos tales como variables generacionales, etnias, migración, adicciones, marcas psicológicas dejadas por la homo/travestofobia, cuestiones de género implicadas, etc.

Finalmente, y en relación con lo anterior, no está de más reiterar la importancia de empezar a incluir una clara mirada de género, visibilizando a las travestis en toda su magnitud, ya que constituyen una población diferenciada de los HsH con necesidades concretas, códigos y una agenda totalmente diferente. La inclusión de las travestis en la población HsH habla también de una visión distorsionada acerca del género que se desliza en el uso de HsH.

La influencia de las relaciones imaginarias que suelen establecerse entre homosexualidad y femineidad y/o masculinidad, cómo se vive la discriminación cuando se apoya en cuestiones de género corriéndose de la elección de objeto, si la idea de hombre y masculinidad tiene el mismo significado en todo el espectro HsH y cómo influyen estas cuestiones el manejo del preservativo y el autocuidado. Las referencias de género están presentes en casi todos los perfiles de las páginas de contacto, lo cual hace del género una cuestión básica en esta población.

El uso poco riguroso y la falta de definición previa de los parámetros por utilizar, dando por sentado que todo el mundo entiende lo mismo en relación con el sexo/género, es un hallazgo común en casi todos los estudios a los que se tuvo acceso, cuando debería ser una condición de método.

Lo interesante, de todas formas, es comprobar que, finalmente, y a pesar de la cantidad de datos sobre las muestras, la falta de correlación

entre ellos y con el contexto de los sujetos participantes, hace pensar en cuál es el grado de correlación entre las conclusiones de los estudios y los datos presentados.

Se deberían cruzar, en algún momento, datos fiables sobre el resto de la población (la “población general”) que permitan hacer comparaciones, sobre todo pensando que el uso de la idea de HsH borra el límite entre homosexuales y heterosexuales. Rizando el rizo podríamos decir que es en la “población general” donde estaría el mayor número de Hsh.



## IV

*La expresión “hombres que tienen relaciones sexuales con (otros) hombres” (o su abreviación HsH), describe un comportamiento, más que un grupo específico de personas, y puede aplicarse tanto a los hombres que reconocen ser homosexuales como a los bisexuales, transexuales y heterosexuales.*<sup>35</sup>

En otro texto, también publicado por Onusida,<sup>36</sup> citando a la OMS (2006), se indica: *“La expresión hombres que tienen relaciones sexuales con hombres hace referencia a cualquier hombre que mantenga relaciones sexuales con otro hombre, lo que engloba una diversidad de identidades sexuales, así como aquellas personas que no se identifican a sí mismas como homosexuales o gays. En algunos contextos, “varones que tienen relaciones sexuales con varones” puede ser una definición más precisa, ya que es posible que los programas se dirijan a varones que todavía no son adultos (individuos menores de 18 años). La orientación sexual no debe considerarse como un trastorno”.*

En el glosario que publica UBATEC<sup>37</sup> en su página de internet<sup>38</sup> se

<sup>35</sup> Onusida: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/MenSexMen>

<sup>36</sup> VIH y relaciones sexuales entre hombres – ONUSIDA, agosto de 2006:

[http://data.unaids.org/publications/IRC-pub07/jc1269-policybrief-msm\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/IRC-pub07/jc1269-policybrief-msm_es.pdf).

“Men who have sex with men’ refers to any man who has sex with a man, thus accommodating a variety of sexual identities as well as those who do not self-identify as homosexual or gay. In some contexts, ‘males who have sex with males’ may be a more accurate definition, since programming may be directed at males who are not yet adults (individuals under 18 years of age). Sexual orientation is not to be regarded as a disorder” (World Health Organization, 2006).

<sup>37</sup> UBATEC SA es una empresa de prestación de servicios y transferencia tecnológica de la Universidad de Buenos Aires, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Unión Industrial Argentina y la Confederación General de la Industria (texto tomado del inicio de la página web de UBATEC).

<sup>38</sup> <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/web2007/index.htm>.

indica respecto de esta cuestión: “GLTTB y otros hsh: gays, lesbianas, travestis, transexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres”.

La variedad que hay de descripciones en relación a HsH es casi igual al número de estudios donde se aplica.

En general, se suele tener una respuesta automática que lleva a acordar con este tipo de definiciones que, a veces, suenan más a explicaciones. Sin embargo, conviene hacer algunas salvedades.

Cuando es necesario hacer tantas aclaraciones acerca de algo, lo menos que puede pensarse es que la idea, concepto o lo que fuera, no es muy operativo y se presta a confusiones. Tampoco es menor la cuestión de que no se definen los términos: ¿cuál sería para la OMS la diferencia entre hombres y varones? Y, por si fuera poco, esa diferencia ¿tendría que ver con la edad como una variable de definición?

¿Lesbianas, travestis y otros hsh?

Si bien no es algo por desarrollar a los fines de este escrito, conviene aclarar que se usará la identidad no sólo como un término filosófico (que podría aplicarse a cualquier cosa), sino como aquello que atañe a las personas y los grupos en el sentido de un *mix* que involucraría a la identidad como una cualidad de ser para sí (por lo que sólo vale para individuos y, eventualmente, grupos) y como un equivalente de tener conciencia de sí mismo, que no es algo dado sino que es un potencial por desarrollar, que puede referirse a la conciencia de ser uno mismo o como parte de un grupo (por reconocimiento e identificación). La identidad implica así una imagen consistente de sí mismo, lo que involucra tanto sus aspectos relacionales como psicológicos y, en este sentidos, incluye la suma de los roles que va adoptando una persona en los diferentes estadios y contextos de su vida y que suelen tener una pauta común. Esa pauta común podría pensarse como la expresión de la identidad de esa persona.

Bleichmar (2006) resume estas cuestiones diciendo que “*la identidad es el modo en que un individuo se reconoce como siendo un conjunto de atributos que definen al ser*”, ubicándola como una forma de defensa del yo.

Es evidente que las cuestiones identitarias fueron, son y serán problemáticas porque dan la idea de fijeza a algo que deviene constantemente, puesto que toda identidad cambia y se adapta con el paso del tiempo y la tramitación que cada persona hace de sus vivencias. Sin

embargo, la ausencia de fijeza no implica que no haya estabilidad, lo cual permite acercamientos que excederían los límites de este trabajo. Bástenos con pensar desde la necesidad psicológica de cualquier persona de tener alguna idea reconocible acerca de quién es, de la necesidad de esta estabilidad para poder pensarnos y ubicarnos en relación con lxs otrxs. Tampoco es menor la cuestión de que, para sostenerse ante lxs otrxs, una persona necesita pararse en algún lugar.

Claro que en el contexto actual donde la integración homo/hétero, al modo de un Anschluss sexual, es casi una obligación, la cuestión de la identidad resulta incómoda y, a los fines de las investigaciones *ad hoc*, complicada. Las obviamos, entonces, para hablar de HsH, que no deja de ser un tema también ríspido ya que subroga, por comodidad epidemiológica, todo un continuo sexo/genérico (que iría de un polo supuestamente hétero a otro por completo homo) en un solo “comportamiento”: tener sexo con otros hombres, sin precisar nunca dónde se ubica un comportamiento específico entre las prácticas, siempre aleatorias, y una conducta sexual medianamente estable.

La cuestión, nunca resuelta, es que se deja de lado el problema del lugar subjetivo (los aspectos psi) desde el que se tiene ese comportamiento y hasta donde esa subjetividad (e identidad) condiciona la conducta y las posibles prácticas relacionadas. También deja de lado el contexto (íntimamente relacionado con lo psi) en el cual se tiene ese sexo, soslayando la mayor o menor represión tanto social como personal, la accesibilidad a lxs otrxs, el lugar desde el que nos relacionamos con esxs otrxs, si lo haremos como sujetos o como objetos y, mucho más importante ya que condiciona todo lo anterior, es que ese grupo (los HsH), al igual que las Tv, cargan con el peso de todas las formas de homofobia posibles.

Estas cuestiones, que suelen parecer menores ante la aceptación incondicional y poco crítica del discurso HsH, no dejan de tener su importancia, ya que vuelven confusos y hasta inocuos los resultados de muchos estudios en los que cuando se considera el tema de HsH no se sabe de qué se está hablando al usarse, sin aclarar, las ¿viejas y perimidas? denominaciones identitarias.

Es cierto que no todos los HsH se consideran y/o identifican a sí mismos como homosexuales, mucho menos gays, ni incluso bisexuales. A menudo tienen esposa e hijxs y llevan dos vidas, una oficial y otra marginal, celosamente oculta, en parte por el tabú que esto supone. Las

parejas de estos HsH normalmente desconocen, o pretenden desconocer, las relaciones sexuales que sus parejas mantienen con otros hombres o Tv, sobreponiéndose dos lógicas: la heterosexual y la homosexual, dos formas de encarar la búsqueda de sexo, los vínculos y el uso del preservativo. Estas cuestiones superan ampliamente la idea de la OMS acerca de que la expresión hace referencia a cualquier hombre que mantenga relaciones sexuales con otro hombre, ya que es necesario tener alguna idea del contexto y lugar donde se sitúa ese hombre, así como aclarar qué implica decir hombre o, sin razón aparente, cambiar hombre por varón.

En definitiva, es evidente que en todos los estamentos sociales hay hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, aunque muchas de ellas permanecen ocultas y/o altamente marginales. Este comportamiento, como lo llama ONUSIDA, es una práctica, o sea una posibilidad, que se extiende por todo el espectro poblacional. Situación más supuesta que sabida, ya que lo que suele medirse con las encuestas generalmente corresponde a personas asumidas como homosexuales, gays o que, al menos, pueden reconocerse en cierta diferencia, y no la práctica de tener sexo con otros hombres en sí misma a lo largo del espectro poblacional. El resto de los HsH suele permanecer en la sombra, que es lo que los define.

Como bien dice Susan Timberlake:<sup>39</sup> *[...] decimos, si queremos contar mujeres, se cuentan mujeres. Pero no sólo no podemos simplemente contar HSH sino que en muchos lugares no es posible hacerlo sin exponerlos. Además, la mayoría de las respuestas al SIDA nunca han llegado muy lejos proveyendo políticas, financiación o compromisos programáticos como para garantizar que las necesidades acerca del VIH y los Derechos Humanos (DDHH) de estos hombres se cumplan. Por último, ni los países, tribunales internacionales o nacionales, ni la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han desarrollado en forma suficiente, promulgado o buscado reforzar las normas de DDHH que protejan a los hombres que tienen sexo con otros hombres ni a otras minorías sexuales.*

A casi treinta años de la epidemia de VIH no existen datos ni forma

<sup>39</sup> Timberlake, S.: Men Having Sex with Men and Human Rights The UNAIDS Perspective ILGA World Conference Pre-Conference: MSM & Gay Men's Health, Ginebra, 29 de marzo de 2006, pág. 1, statement.  
[http://data.unaids.org/pub/Speech/2006/20060508\\_sp\\_timberlake\\_ilga\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Speech/2006/20060508_sp_timberlake_ilga_en.pdf).

de calcular la cantidad de, por no decir todos, los HSH sino, al menos, de la parte más visible, como las personas que tienen una posición en relación con su sexualidad (¿identidad?) que los hace más accesibles, como los gays u homosexuales (los “contactables” de los estudios). Tampoco se conocen sus circunstancias vitales salvo por inferencias a partir de estudios de tipo cuantitativo sobre prácticas o datos demográficos.

Partiendo de que es una realidad el continuo de los llamados HsH: hsm/hsmh/hsmht/hsht/hsh (donde seguramente habrá otras posibilidades), éste debería tenerse en cuenta al planificar los estudios. A veces este continuo aparece en forma secundaria en los estudios epidemiológicos acerca del VIH, incluidos dentro de “población general”, población donde, una vez más, se infiere una realidad que se da, mucho más en este caso, por supuesta, y donde, ante la ausencia de datos, se presume heterosexualidad.

Un problema que parece interesar mucho a algunxs investigadorxs es el de la cantidad de HsH, la cual dependerá del parámetro que se use para medir, si por el deseo, por la conducta o por la identidad, donde a su vez debería aclararse si se toma la identidad sexual o la de género. En relación con esto se podría reivindicar el concepto de HsH, si no fuera porque no todo el mundo reconoce sus prácticas ni todo el mundo entiende lo mismo por “tener sexo”, cuestión ya mencionada.

Si bien sólo hay datos más supuestos que estimados respecto de la cantidad de HsH y Tv, históricamente se consideró que serían (HsH + Tv + MsM) aproximadamente un 10% de la población; para otros sería menor al 3%. Claro que siempre hay que tener en cuenta que estas cifras suelen estar sesgadas ideológicamente, desde el “no somos machos pero somos muchas” hasta el intento de minimizar la cantidad real para que aparezca como una anomalía de la naturaleza.

El primer estudio sistemático en sexualidad fue el de Kinsey, Pomeroy y Martin en el año 1948, quienes encontraron cifras que oscilaban entre un 10 y un 12% de la población general (en los Estados Unidos y en 1948), cifra que suele considerarse vigente aún hoy. Estos autores, sin embargo, aclaran que el grueso de la población entrevistada tuvo fantasías homosexuales que no llegaron al acto, lo que daría sustento a pensar el continuo entre hsm y hsh. Posteriormente, se le hicieron críticas metodológicas a este estudio, como no diferenciar entre orientación homosexual y prácticas homosexuales (véanse los estudios de Reisman

y Eichel,<sup>40</sup> y Fay, Turner, Klassen y Gagnon<sup>41</sup>, citados en el libro *Sobre la homosexualidad*,<sup>42</sup> quienes ubican la cuestión en 5% o menos). Sin embargo, esos estudios tampoco hacen una diferenciación clara y a los efectos de la idea implícita, al usar HsH esa diferencia carece de sentido.

En una comparación sobre algunos estudios hechos en Europa e incluida en el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual<sup>43</sup> realizado en Chile en el año 2000, ante la cuestión de definirse sexualmente como homo o bisexual hay una variación por país desde un 0,8% para bisexuales y cero por ciento para homosexualidad en Portugal, hasta un 4,5% en bisexuales y 1,8% para homosexuales en Holanda.

Al focalizar en la población de hombres en la Argentina de entre quince y sesenta y cinco años, considerándola como la sexualmente activa y un promedio del 5%, sin entrar en mayores detalles, tendríamos:

Total de hombres	12.961.725
5% de HSH-Tv	648.086

El número aproximado de homosexuales<sup>44</sup> y Tvm<sup>45</sup> en la Argentina estaría entonces entre 650 mil (1,3 millones si consideráramos el 10% propuesto por Kinsey, Pomery y Martin). Cifras problemáticas si se consideran los avances de estudios como el LINK en el que encuentran en su muestreo personas con definiciones de su sexualidad difíciles de clasificar con los parámetros actuales y que suelen entrar, habitualmente, dentro de “población general”.

De todas formas, si la población con VIH se estima en 120.000, surge

<sup>40</sup> Reisman J., Eichel E.: “Kinsey, sex and fraud: The indoctrination of a people. Huntington House, Los Ángeles, 1990.

<sup>41</sup> Fay R., Turner C., Klassen A., Gagnon J.: Prevalence and patterns of same gender sexual contact among men. *Science*, 243:338-48, 1989.

<sup>42</sup> Zegers B., Larraín M.E., Bustamante F. (Eds.): *Sobre la homosexualidad*. Editorial Mediterránea, Chile, 2007.

<sup>43</sup> *Estudio Nacional de Comportamiento Sexual - Primeros Análisis - Chile 2000*, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional de SIDA, Agence Nationale de Recherches Sur le Sida, Francia; Semprives Ltda., Chile., diciembre de 2000.

<sup>44</sup> Los estudios mencionados no miden HsH sino población homosexual.

<sup>45</sup> Incluyo aquí las Tv porque así fueron consideradas en los censos, en los que no existe una tercera categoría, la de transgénero, al contar población total.

la pregunta de ¿cuál es el porcentaje real de HSH/Tv viviendo con VIH en Argentina?

Las travestis, en todo esto, constituyen un grupo particular, mencionadas en todas partes, vistas en profundidad en ninguna, son, en realidad, grandes desconocidas. Hay pocos estudios específicos referidos a ellas a pesar de haber realizado una evolución identitaria y comunitaria sorprendente en las últimas dos décadas.

Josefina Fernández, en su libro *Cuerpos desobedientes* (2004), al indagar el travestismo como una cuestión identitaria, fenómeno relativamente nuevo, postula que “*las travestis son mujeres que no aceptan resignar el placer que permiten sus penes*”, haciendo un interesante cruce entre biología y género.

Lo importante de la identidad travesti es que no pretenden ser mujeres (en el sentido biológico y social del término) sino, sencillamente, travestis: se corren del biologismo corporal y se erigen en el epítome del género, dando lugar a nuevas formas de sexualidad que rompen con los esquemas binarios habituales (biológicos o de género), al punto que habría que pensarlas en términos de orientaciones o preferencias de género más que en el de orientaciones o preferencias sexuales. Para complejizar un poco más la cuestión, en sus identificaciones de género la travesti apuntaría no a la mujer circulante sino a una idealización de lo femenino: una travesti será, entonces, mucho más que una mujer. Algo así como las chicas Divito encarnadas.

La aparición y evolución de esta identidad travesti comprueba que la biología no es determinante de la sexualidad, y que aún la naturalización del binarismo hétero/homo de los últimos tiempos queda chico de sisa, llevándonos a la vieja pregunta de qué significa ser hombre o ser mujer sin la necesidad de caer en los estereotipos de género. En la Argentina la palabra “travesti” designa mucho más que su significado original (vestirse con ropas del otro sexo con fines sexuales), implica también el devenir de una identidad propia cuyo universo queda cercenado al establecerse la díada travesti = prostitución (díada profundamente instalada en el imaginario social).

Existen relativamente pocos estudios en los que se indague sobre esta población HsH/Tvfm, sean cuanti o cualitativos, desde variables tanto subjetivas como comunitarias. Algunos intentan explicarlas narrativamente y otros solo tratan de dar cuenta de ellas como un grupo vulnerado más.

Habitualmente subrogadas en los estudios bajo la denominación HsH, es reciente y precaria su inclusión como grupo separado, pero que, al menos y para algunxs, significa un reconocimiento de sus particularidades y necesidades, con una agenda separada del resto.

En su relación con el VIH, y más allá de lo señalado en otros apartados, hay tres trabajos que se destacan y en los cuales se analizan aspectos no siempre tomados en consideración. Uno de ellos, realizado por Berkins y Fernández<sup>46</sup> apunta a perfilar a las travestis en aspectos tales como migración, educación, trabajo, salud; en otro estudio, de Pecheny y Manzelli<sup>47</sup> el target son las personas viviendo con VIH, con todas las particularidades que esto implica. Su mérito reside en el hecho de sostener a lo largo de todo el trabajo a las travestis como grupo separadas de los HsH. Por último, el tercer estudio de Pené *et al.* (2006)<sup>48</sup> tuvo como objetivo determinar la seroprevalencia y su asociación con prácticas de riesgo. Si bien el trabajo refiere a personas travestis, transexuales y trans, se diluye en cierta medida la rigurosidad de los datos al no discriminar en los datos de qué población se trata.

Es de destacar también el excelente trabajo del CIAS, de neto corte cualitativo, basado no en datos numéricos sino en narrativas.

El objetivo del estudio de Berkins y Fernández fue dar cuenta de algunos aspectos de la realidad de las travestis y se realizó principalmente en AMBA, mientras que el estudio de Pené *et al.* tuvo como objetivo principal medir la prevalencia del VIH en población travesti y secundariamente recabó datos sobre situaciones particulares. Este estudio fue más abarcativo geográficamente, pero es de destacar en ambos el tamaño de la muestra.

<sup>46</sup> Berkins L., Fernández J.: La gesta del nombre propio, 2005.

<sup>47</sup> Pecheny M., Manzelli H.: Estudio nacional sobre la situación social de la personas viviendo con VIH en la Argentina, UBATEC, 2008.

<sup>48</sup> Pené M. Estudio sobre seroprevalencia de vih en personas trans (travestis/transexuales/transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo. Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS – Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

<b>Estudio</b>	<b>L. Berkins y J. Fernández. 2005</b>	<b>M. Pené <i>et al.</i> 2006</b>
<b>Muestra</b>	302	455
<b>Zona geográfica</b>	AMBA/Mar del Plata	AMBA/Mar del Plata/Santiago del Estero/Córdoba/Mendoza/Río Negro/Neuquén/Chubut/Corrientes/Tucumán / Santa Fe/Jujuy

Un dato interesante que aporta el estudio de Berkins y Fernández, mencionado previamente y que no suele aparecer tanto para Tv como para HsH, es mostrar la tendencia migratoria en busca de lugares más amigables:

***Datos migratorios en población Tv en el estudio de Berkins y Fernández***

(en porcentajes)

<b>Localidad de residencia</b>		<b>Localidad de origen</b>	
Total de la muestra: 302			
CABA	57	Provincias diversas	50
		Ns/Nc	30
Gran Buenos Aires	29	CABA	13
		Otro país	6
Mar del Plata	14	Provincia de Buenos Aires	1

Sotelo *et al.*, en cambio, plantean la cuestión de la nacionalidad, sin considerar la migración interna, o sea que diferencian entre nacidas en el país de las nacidas en el extranjero.

### ***Distribución de la muestra por localidades y según lugar de nacimiento***

<b>Lugar de nacimiento</b>	<b>Centro</b>	<b>NEA</b>	<b>NOA</b>	<b>Sur</b>	<b>Cuyo</b>	<b>Total</b>
<b>Argentina</b>	248 (89,86%)	24 (100%)	102 (99,03%)	31 (96,88%)	19 (95%)	424 (93,19%)
<b>Extranjero</b>	28 (10,14%)	0 (0,00%)	1 (0,97%)	1 (3,13%)	1 (5%)	31 (6,81%)
<b>total</b>	276 (100%)	24 (100%)	103 (100%)	32 (100%)	20 (100%)	<b>455</b> (100%)

Las nacidas en el extranjero (6,8%) se distribuyen de la siguiente forma: 17 nacieron en Perú; 5 en Paraguay; 3 en Uruguay; 2 en Chile, y 4 provienen de otros países del continente sudamericano.

Respecto de la edad de inicio como trabajadora sexual, el estudio de Pené *et al.* revela que el porcentaje de las personas encuestadas que se inició en el trabajo sexual antes de los dieciocho años llega al 56,9%, dato que debería llevar a elaborar estudios sobre adolescencia que incluyan la diversidad como una variable.

En relación con las formas directas de discriminación (travestofobia), ambos estudios dan cuenta de su alta incidencia.

Según Berkins y Fernández, el porcentaje de violencia social sufrida (desde insultos a agresiones directas) es alto:

### ***¿Sufrió algún tipo de violencia?***

(en porcentajes)

Sí	91
No	7
Ns/Nc	2

El trabajo de Pené *et al.* midió, en cambio, el abuso policial y se encontró también una alta proporción de travestis agredidas:

<b>Aspectos (jurídicos, legales, policiales)</b>	<b>Centro n = 276</b>	<b>NEA n = 24</b>	<b>NOA n = 103</b>	<b>Sur n = 32</b>	<b>Cuyo n = 20</b>	<b>Total n = 455</b>
Antecedentes contravencionales	201 (72,82%)	17 (70,83%)	49 (47,57%)	28 (87,50%)	18 (90,00%)	313 (68,79%)
Pagar para evitar detención	200 (72,46%)	15 (62,50%)	64 (62,13%)	25 (78,12%)	15 (75,00%)	319 (70,10%)
¿Alguna vez fue detenida?	257 (93,11%)	19 (79,16%)	88 (85,43%)	26 (81,25%)	18 (90,00%)	408 (89,67%)
Violencia policial cuando fue detenida	205/257 (74,27%)	16/19 84,21(%)	76/88 (86,36%)	20/26 (76,92%)	14/18 (77,77%)	331/408 (81,12%)
Antecedentes penales	20 (7,24%)	0 (0,00%)	3 (2,91%)	11 (34,37%)	3 (15,00%)	37 (8,13%)

En el estudio de Berkins y Fernández también se constata un alto porcentaje de agresión policial: el 86% sufrió abusos por parte de la policía.

La imagen social de las Tv comprende el estado de prostitución o el escándalo en la vía pública a lo fenoménico (e inmoral) de una sexualidad ambigua. Esta visión suele ser amplificada por los medios masivos. Son escasas las menciones a su vida cotidiana y mucho menos los estudios que indagan aspectos relacionales y aspiraciones sociales fuera de lo relacionado con la prostitución, con la clara excepción del estudio del CIAS.

Fuera del trabajo de Berkins y Fernández y de algunos otros referidos más que nada a la cuestión del travestismo en Latinoamérica, no hay estudios que indaguen la relación de la construcción de género en relación con el VIH.

Por lo visto anteriormente se desprende que las construcciones de género están fuertemente impregnadas de prejuicio y que, en función de esto, las travestis, precisamente por su elección de género femenino, arrastran el lugar subrogado que presentan las mujeres en la sociedad, dato no menor a la hora de pensar en las posibilidades para negociar el uso del preservativo.

La vulneración de sus posibilidades, de superar la prostitución como única posibilidad laboral, hace que muchas vivan en un estado de precariedad económica que las pone a merced de las demandas de sus clientes.



## V

*Lo que públicamente se supone es nuestro código moral, nuestra organización social, costumbres matrimoniales, leyes sexuales y sistemas educativos o religiosos se basa en la suposición de los individuos se parecen mucho en lo sexual y que es igualmente fácil para todos limitar su comportamiento al esquema único que dicta la costumbre.*

ALFRED KINSEY

*Si las puertas de la percepción se abrieran, todo se manifestaría como es: infinito.*

WILLIAM BLAKE

En todo estudio sobre el continuo HsH y la población travesti subyacen cuestiones referidas a la sexualidad y el imaginario que ésta arrastra, que suelen darse por sentadas. El mero hecho de decir HsH nos invita a pensar qué significa esa “s” entre las dos “H”, sin mencionar que esas “H” no son necesariamente iguales para todxs y arrastran sus propios significados que, al no aclararse, implican, por *default*, recaer en la filodoxia habitual. Por eso creo que es necesario incluir una especie de *up to date* por medio de un resumen básico de algunos conceptos referidos a sexualidad y, como todo resumen, implica un recorte que es el mío, y con esta salvedad es necesario leerlo teniendo en cuenta que se lo podría haber realizado desde muchos otros lugares.

No se trata de exponer certezas sino plantear cuestiones. La idea es resumir lo más gráficamente posible el continuo sexo/género y sus implicancias en la constitución de una persona como tal sin olvidar que hay otras variables que también la constituyen, pero ninguna tan precoz, fundante y marcadora como la sexualidad.

La palabra sexo, de la que hay referencias en nuestro idioma ya en el

siglo XV, proviene del latín, *sexum*, y se refiere, en su acepción original, a la división de los seres orgánicos en macho y hembra, sentido que, en parte, se conserva hasta hoy y se extiende, en ciertos casos, a las cualidades que los distinguen.

Sexo siempre fue una palabra que remite a la biología y la reproducción. Sin embargo, los múltiples contextos en que se la usa actualmente, más la suma de sus derivados (sexual, sexuado, sexos, tener sexo, etc.) abarcan tantos significados que la palabra se ha vuelto imprecisa.

Es factible entonces dividir esta multiplicidad de significados en cuatro grandes grupos:

El sexo como característica biológica.

El sexo como comportamientos eróticos<sup>49</sup>

El sexo como comportamientos sociales

El sexo como regulador social

Al pensar en el sexo, generalmente se considera sólo la primera característica, la genital, la biológica y a ésta, a su vez, como una unidad. No obstante, si se pensara el sexo solamente como biológico, no se encontraría una entidad unívoca, ya que el sexo biológico está constituido por diferentes componentes, cada uno con características propias, a saber:

1. el sexo genético, dado por el número de cromosomas,
2. el sexo cromatínico, marcado por la presencia o ausencia del cuerpo de Barr,
3. el sexo hormonal, establecido por el equilibrio entre andrógenos y estrógenos,
4. el sexo gonadal, indicado por la presencia de testículos u ovarios,
5. el sexo fenotípico, constituido por la morfología del aparato reproductor tanto interno como externo así como por las características morfológicas externas,
6. el sexo cerebral, dado por los núcleos sexualmente dimórficos del hipotálamo anterior cuya función es desconocida en el ser humano.

A estos seis componentes se les puede agregar el dimorfismo somá-

<sup>49</sup> Entiendo como eróticos aquellos comportamientos en los que se ponen en juego elementos ligados, en mayor o menor medida, con la genitalidad pero con exclusión del fin reproductivo.

tico que aparece al final de la pubertad (características sexuales secundarias).

El sexo biológico supondría, idealmente, una serie *específica y coherente* de todas estas características, que no siempre son coincidentes.

Sin embargo, ningún componente, aislado o en su conjunto, del sexo biológico, dice quién o qué es uno, y mucho menos cuáles serán los comportamientos sexuales que posee tal o cual sexo. Los comportamientos sexuales (humanos, si bien es una obviedad aclararlo)<sup>50</sup> son contingentes y variables, con escasa relación con el genoma.<sup>51</sup>

Toda cultura (al menos la nuestra) establece un salto cualitativo que pauta desde dónde el producto de un embarazo, que sólo podría definirse en términos biológicos como macho o hembra, será considerado (ejemplos de otros caminos culturalmente posibles en este sentido, ver los libros de David Gilmore y de Elizabeth Badinter citados en la bibliografía).

Partiendo de una acepción que se establece en un mismo sentido y tiene dos formas de nominación, se trata del sexo que es atribuido al ser humano en el momento de su nacimiento. Está basado principalmente en la observación de lxs que asisten al parto, remitiendo por lo tanto a la morfología externa. Sólo cuando esta es muy ambigua, se investigan otras variables de determinación (cromosomas, cromatina, etc.).

Esta atribución de un sexo, basada en lo que las personas que asisten al parto pueden “ver” de los genitales externos, se llama sexo de asignación, y pueden existir errores al determinarlo. Este sexo asignado establece cuál será el sexo del producto del embarazo dentro del marco legal vigente, se lo conocerá entonces como sexo legal.

Esta categorización por sexo de lxs recién nacidxs debería ser hecha en términos de macho o hembra de la especie humana. Sin embargo se la establece como masculina o femenina, denominaciones que son cualitativamente diferentes de las primeras ya que hay una atribución de sentido que va más allá de las características biológicas. Esta denomi-

<sup>50</sup> Sólo los seres humanos tienen comportamientos sexuales (que implican una subjetividad), los animales tienen pautas instintivas relacionadas con la reproducción. A lo sumo se les podrían atribuir comportamientos genitales o cierta intencionalidad subrogada a los instintos.

<sup>51</sup> Con mucha perspicacia, Freud diferencia los instintos (animales) de las pulsiones (humanas). ya que, a diferencia de aquellos, estas no tienen un objeto ni meta fijas y se pueden detener a mitad de camino, contentándose con objetos parciales y/o alternativos.

nación y atribución tendrá consecuencias psicológicas importantes para el desarrollo, las que, llegado cierto punto, se volverán irreversibles.<sup>52</sup> La determinación masculino/femenino pasa a ser central, desplazando lo biológico (genital), y se rige, normativamente, por cierta propuesta de concordancia establecida socialmente entre el sexo biológico y una identidad propuesta subrogada a lo que cada cultura entiende como masculino o femenino.

Esta determinación normativa se establece siempre en términos de lo masculino o lo femenino, con exclusión mutua, raramente de masculino y femenino en forma conjunta: un mundo de celeste o rosa, jamás un naranja o verde.

La forma como los padres (y el entorno social en general) objetivan a lxs niñxs depende del sexo de asignación legalizado, lo que dará lugar al llamado el sexo de crianza, que se establece según los parámetros culturales –masculinos o femeninos– con los que los padres identifiquen a sus hijxs. Que los padres digan que su hijx es niño o niña no se define por sus deseos sino por una arbitrariedad cultural basada y sostenida por el espejismo de la diferencia anatómica, la cual sirve como sustrato a aquella.

Los niñxs deberán adecuarse a este mundo celeste o rosa y toda disonancia será percibida como un desvío.

Si bien es innegable que el ser humano está determinado, en parte, por su estructura biológica, no por ello está predeterminado a ejercer, a partir de ella, una determinada conducta, ya que ésta dependerá de su experiencia de la realidad y del modo como se vincula a ella, aprehendiendo los elementos necesarios para autocomponerse. En todo caso, se podría decir que la división en masculino o femenino destina a las personas a ejercer ciertas pautas de comportamiento culturalmente preestablecidas.

Por su parte, la imposición de un modelo social que presupone que de acuerdo con sus determinaciones biológicas un hombre o una mujer deben comportarse de un modo u otro y, como consecuencia de ello asu-

<sup>52</sup> El cerebro humano responde a características aprendidas evolutivamente y reconoce a través de esas pautas. Así, los rasgos reconocidos culturalmente como femeninos suelen asociarse con las hembras, y los rasgos reconocidos culturalmente como masculinos con los machos, luego se asocian todos los significados adscriptos culturalmente a lo masculino y a lo femenino. No es algo natural sino adquirido o “aprendido”. Si las pautas cambiaran, “reconoceríamos” a partir de estas y no de las anteriores, dado un determinado tiempo de adaptación.

mir roles predeterminados, implica transformar un modelo experiencial en esencial, que generaliza a todos los miembros de la sociedad una determinada identidad que sólo se corresponde con algunos y que se basa en el modo como son traducidas a conductas, e incluso a reglas, las experiencias de éstos. Este modelo se conoce como heterosexismo normativo.

Pensar una subjetividad basada sólo en la diferencia sexual anatómica tiene algunas consecuencias evidentes.

Genera una imagen inamovible de ella al ignorar la amplia posibilidad de los cambios y convierte al psiquismo en algo fijo, predestinado, apelando a lo innato como algo dado por natura y que sería invariable, negándose el devenir que genera la experiencia.

Implica una esencia que precede a la persona, innata, porque a las preguntas de quién soy o qué soy se responde desde lo visible del cuerpo (que, vista su misma complejidad biológica, podría ser no coincidente con lo no visible), suponiendo que la inmutabilidad biológica se produce a partir de algo previo. Por ejemplo, tener un cuerpo de macho de la especie humana implicaría automáticamente una cierta capacidad sexual a la que se asociarían agresividad, fuerza e impulsividad, cuando, en realidad, se debería pensar que se tiene un cuerpo de macho porque culturalmente la palabra “macho” está resignificada, dando lugar a amplias variaciones de “machidad”.

Esta visión naturalista de la sexualidad pone el psiquismo fuera del tiempo, y la ahistoricidad consecuente sostiene la inmutabilidad implícita al negar los cambios sociales y culturales a través de los que el género y los roles de género variaron a lo largo de la historia.

Finalmente, en relación con la sexualidad/subjetividad, no habría socialización de las personas, sino que, al escindir a los sujetos de su contexto social, supone que cada uno, aisladamente y según su propia historia individual, puede responder acerca de la construcción de su subjetividad, donde la anatomía marcaría el destino.

Contrariamente a esta visión de corte naturalista, es más realista pensar el sexo como una entidad compleja y socialmente regulada, por ejemplo como plantea Jeffrey Weeks (1998<sup>a</sup>; 1998b) con sus organizadores sociales de la sexualidad:

Parentesco y sistemas familiares.

Organización social y económica.

Reglamentación social.

Intervenciones políticas.  
Desarrollo de culturas de resistencia.

Es el cuerpo social el que indica qué se entenderá por familia, concepto que tuvo grandes variaciones a lo largo de la historia. La familia de hoy no es la medieval ni siquiera es igual a la de hace cien años. Del mismo modo, los sistemas de parentesco son establecidos socialmente, pudiendo estar legalizados o no.

Hay códigos sociales no escritos acerca de la sexualidad y sus formas de vinculación, baste mencionar la no aceptación de ciertos vínculos, la homofobia, la diferencia de edades “permitida” entre los miembros de una pareja, las prácticas que pueden estar legalizadas pero no ser aceptadas socialmente, etc.

El Estado regula e interviene la sexualidad de la población permitiendo o prohibiendo, incorporando o excluyendo. Tenemos un excelente ejemplo en las discusiones sobre la legalidad del matrimonio entre parejas del mismo sexo o la adopción de hijxs por parte de personas del mismo sexo/género.

También la economía condiciona aspectos de la sexualidad. El aborto es un buen ejemplo, al ser una práctica que tiene contextos y resultados diferentes para una mujer con dinero que para una que no lo tiene. Según Weeks en el siglo XIX eran las mujeres obreras quienes podían acceder fácilmente a métodos abortivos, mientras que hoy se debe contar con medios económicos para acceder a ellos con cierta seguridad. Condiciones de extrema pobreza pueden llevar a las personas a cambiar sexo por dinero o especies.

Finalmente, las regulaciones de cualquier tipo siempre se basan en una lógica de inclusión/exclusión, y por eso terminan generando resistencias en los grupos excluidos o menos favorecidos por la norma: movimiento feminista, gay lésbico, queer, etc.

Robert Muchembled (2008, pág. 45) plantea que “*las sublimaciones colectivas [de la sexualidad], alimentadas por las represiones sexuales individuales, contribuyen a engendrar o, al menos, a acompañar el dinamismo agresivo del continente [europeo] en la escena mundial, más precisamente el de los países conquistadores y colonizadores, como Francia e Inglaterra*”. En esta hipótesis vemos, llevada al extremo, la atribución de una profunda relación entre sociedad y sexualidad.

Al establecer el sexo de asignación como variable de la constitu-

ción del psiquismo humano se incorporan una serie de cuestiones que permiten pensar de un modo amplio las relaciones de la sexualidad con la cultura en una época determinada, dejando de ser aquella una faceta atemporal del ser humano al incluir los condicionamientos como resultado de las creencias y conceptualizaciones acerca de lo femenino y lo masculino en un sistema sociocultural dado. Del mismo modo, permite relativizar ciertos conceptos que situaban la sexualidad como un proceso automático, solo matizado por el medio, relacionando fuertemente la sexualidad de cada individuo con el contexto social donde se desarrolla.

La introducción del concepto de género y su distinción de sexo fue realizada por el psiquiatra Robert Stoller en su libro *Sex and gender*, de 1964. En él, Stoller plantea que el género refiere a importantes aspectos de la conducta humana, que incluyen sentimientos, pensamientos y fantasías que vinculados a los sexos, pero sin tener una base biológica y donde la atribución de un rol masculino o femenino siempre será más determinante para la identidad sexual que la carga biológica.

A esa identidad que se fundamenta en la asignación del rol con base, generalmente, pero no siempre, en el sexo biológico, Stoller la llamó identidad de género para diferenciarla de la identidad sexual, o sea de la determinación sexual basada únicamente en la anatomía.

El género referirá entonces a aquellos aspectos simbólicos de la sexualidad relacionados con el universo sociocultural masculino y femenino, y su intervención en la constitución del psiquismo.

Para Silvia Bleichmar (2006, pág. 97) los estudios de género “*implican un desasimiento de los enunciados que hacen a los modos de representación, tanto femenino como masculino, de una presunta dependencia de la biología, como un correlato directo de la anatomía constituida en sustrato de toda producción ideativa e ideológica*”.

No existe, sin embargo, un criterio unívoco para considerarla. Muchxs relacionan la identidad de género con la identidad sexual, que originariamente, como vimos, era sinónimo del sexo (macho o hembra) de una persona y que pronto pasó a ser una característica fundamental de la personalidad. En este sentido, como indicador conductual, se relaciona con la identidad genérica, pero no se las considera sinónimos.

Como definición operativa, se puede decir entonces que el **género** es el conjunto de significados (masculinos y/o femeninos), contingentes, que los sexos asumen en una sociedad dada, en un tiempo histórico

determinado, y que la **identidad de género** es el sentimiento íntimo (la certeza) de ser hombre o mujer que se constituye a través de un sistema simbólico (masculino/femenino).

Se considera, a partir de los estudios de Stoller, que esta íntima certeza ya se ha establecido entre los dos y tres años de vida, cuando lxs niñxs reconocen el género de sus padres, no sobre la base de las diferencias corporales (fenotípicas), sino en términos de sus atributos culturales masculinos o femeninos. Si bien los padres hacen estas atribuciones en función del sexo asignado (macho o hembra), la identidad de género (masculina y/o femenina) es previa al reconocimiento de la diferencia sexual anatómica por lxs niñxs.

De la identidad de género se desprende el concepto de **rol**, palabra que deriva del latín, y que se refería al libreto destinado a los actores de teatro, se relacionaba con las máscaras que usaban al actuar.

En líneas generales, para la sociología y la antropología, el rol es lo que uno representa y que variará de acuerdo con el contexto. Así, se puede ser médico en un lugar, y ser hijo o padre en otros.

Algunos de estos roles definen la autopercepción que está en íntima relación con la forma como somos percibidos por otros. Siempre hay una interrelación entre el rol personal y el aval o rechazo a éste que hace el entorno y que tendrá que ver con sus adecuaciones a las expectativas socioculturales donde se mueve la persona, siempre en una relación dialéctica con su entorno. Si alguien cree que es Napoleón y esta percepción es sostenida por lxs otrxs, será Napoleón, pero si los demás no avalan esa creencia, ésta entrará en contradicción con el medio.

El concepto de rol será el elemento que relaciona lo individual con lo social, el lazo entre la forma como nos percibimos y la forma como somos percibidos por los demás. Si el género es lo que sentimos, el rol es aquello que mostramos.

Para John Money (1988), el rol (de género) es *“todo lo que una persona dice o hace para comunicar a los demás o a sí misma el grado en el que es hombre o mujer. El género es la expresión privada del rol, mientras que este es la expresión pública del género”*.

Cuanto mayor sea la inadecuación entre lo sentido y lo expresado, tanto mayor será el sufrimiento y desajuste de la persona.<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Esto es lo que el DSMIV-R menciona como trastorno de la identidad sexual. Da, entre otros, tres rasgos definitorios principales: la persona se identifica de modo intenso y persistente con el otro sexo, el deseo de pertenecer a ese otro sexo y

Pensar en términos de género y de roles cambia la forma de pensar en términos de “masculino o femenino” a una más inclusiva de “masculino y femenino”.

Las diferencias sexuales, culturales y sociales en las pautas conductuales asociadas con los dos géneros establecidos, el masculino y el femenino, se reconocen ahora como construcciones o abstracciones que arrastran clasificaciones, fantasías y expectativas inmediatas.

Sobre una base similar, ser hombre o mujer será diferente según el tipo de cultura que se examine (urbana o rural, tecnológica o no tecnológica), pero también según la clase social, etnia, orientación o preferencia sexual, etc.

Sexo de asignación, sexo de crianza y género van de la mano en un complejo mecanismo donde se mezclan procesos identificatorios con lo que podríamos denominar una modalidad de *imprinting* –a falta de una palabra mejor–, relacionado con la incorporación que los niñxs hacen de sus padres en términos de género y roles. Esto permitirá el reconocimiento del otro como semejante o distinto y, al reconocernos a su vez en esx otrx, construir la imagen corporal donde anclará nuestra identidad de género que, dependiendo de las identificaciones que hagamos alrededor de los dos y tres años,<sup>54</sup> será hacia el polo masculino, hacia el femenino o en nuevas combinaciones de ambos, ya que lxs niñxs no se identifican con el objeto real madre o padre sino con sus modos de representación,<sup>55</sup> dados tanto por las imágenes materpaternales como por los mandatos acerca del ser hombre o ser mujer que portan lxs otrxs significativxs, con los cuales son capturados.

El género, entonces, nunca es innato sino que se produce por estos procesos de identificación que remiten, a su vez, a las formas como lxs adultxs transmiten normas, maneras de ser y estereotipos de lo masculino y lo femenino, así como las instancias de prohibición: aquello que

---

pruebas de malestar referidas al propio sexo. Toda la clasificación se establece en función del sexo, nunca del género, si bien al hablar de identificación habría una referencia implícita a este.

<sup>54</sup> Edad en que se constituye la identidad de género según Stoller.

<sup>55</sup> Es por esto por lo que no es necesario que haya un padre y una madre encarnados en un hombre y una mujer respectivamente, ya que lo operativo son sus funciones simbólicas. Por eso también es indiferente que lxs niñxs sean criados por un padre y una madre, dos madres, una madre y una abuela, etc. Son las atribuciones de género que lxs cuidadores hacen sobre lxs niños las que anclarán en ellxs su identidad de género.

un macho o una hembra de la especie humana no puede hacer según las normativas de género imperantes en ese lugar y ese tiempo.

Estas normativas implicarán elecciones de objeto aprobadas (nene con nena), formas de vinculación, expresiones de la afectividad (los hombres no lloran ni muestran afecto mutuo entre hombres), pero también elecciones de otro tipo, como las laborales (todos los modistos y peluqueros serían gays, todas las mujeres choferes o mecánicas serían lesbianas y así.). También condiciones de materparentalidad: cuáles son las formas de vinculación entre padres y madres con sus hijxs, las obligaciones del padre y de la madre para con estxs, que serían diferentes también según el género de lxs hijxs, al igual que las obligaciones de estxs para con sus padres.

La identidad de género habla, a nosotrxs y a lxs otrxs, del modo en el que unx se ve a sí mismx como hombre o mujer o, tal vez más exactamente, el grado de masculinidad o femineidad que unx cree poseer. Esta convicción íntima, usual aunque no necesariamente, refleja la apariencia exterior y, relativamente, el rol sexual asociado que unx desarrolla, prefiere o que la sociedad le impone, pero también las conciliaciones que cada unx hace para adaptarse al medio. Estas conciliaciones pueden dar lugar a desajustes psíquicos al tener que resignar aspectos propios para adecuarse a aquello que lxs otrxs esperan.

El sexo/género más que un concepto constituye un dispositivo<sup>56</sup> basado en la presunción de que hombre y mujer son categorías creadas desde el punto de vista cultural sobre una base biológica que es considerada determinante.

Las diferencias biológicas (genéticas, orgánicas o fenotípicas) son un elemento cuya impronta es imposible de determinar. Son presentadas como algo fundante siendo, en realidad, irrelevantes, porque cualquiera de nosotrxs puede optar por ser lo que desee y, en consecuencia, el ser mujer o ser hombre (o, con más propiedad, el ser más masculinx o más femeninx) dependerá del *mix* entre los procesos de subjetivación que hagamos de los símbolos socioculturales que definen la masculinidad y femineidad transmitidos por lxs otrxs significativos, siempre en un tiempo y lugar determinados, con las identificaciones

---

56 Para M. Foucault el dispositivo de la sexualidad está constituido por todos aquellos saberes, reglas, normas y predicados lógico-gramaticales que inventa “el sexo” como unidad ideal y ficticia, y que funciona como índice de nuestra verdad interior más profunda.

e internalizaciones realizadas al tramitar las circunstancias vitales de cada unx.

Como un subrogado del binarismo biológico, toda vez que se habla de sexualidad suele dividirse a las personas de acuerdo con su orientación sexual, concepto que se refiere al objeto “elegido” para la satisfacción de los deseos sexuales, eróticos y/o amorosos de una persona y que presupone la idea de cierta fijeza en la elección de ese objeto. Siguiendo esta idea, las posibilidades electivas son limitadas: elección de un objeto igual a sí mismx (homosexual), elección de un objeto diferente de unx mismx (heterosexual) o elección de ambos objetos (bisexual). La elección estaría dada por las características de sexo, no de género, por lo que queda excluido todo recorrido transgénico en la medida en que se tomaría en cuenta el sexo de origen y no el género propuesto como meta.

Resumiendo en una tabla estas caracterizaciones se observaría lo siguiente:

<b>Sexo</b>	<b>Género</b>	<b>Orientación</b>
Hembra	Femenino	Homosexual
	Rol femenino	Bisexual
Macho	Masculino	
	Rol masculino	Heterosexual

Dado el reconocimiento de la amplia variedad de comportamientos sexuales y considerando que estos pueden presentar una gran estabilidad –que no debe confundirse con fijeza– y que el espectro no se detiene en los extremos macho/hembra o masculino/femenino, hoy se prefiere hablar de preferencia sexual en vez de orientación. Es un término similar, pero que pone el acento en los grados de fluidez que puede tener la elección del objeto sexual.

La idea de preferencia implica que no puede hablarse de una orientación sexual fija o definida desde una edad temprana sino que el objeto erótico de una persona puede variar en el tiempo, con períodos de ma-

yor o menor estabilidad. Incluso manteniéndose ese objeto estable toda la vida, esto no significa que esa elección no pueda variar eventual o periódicamente. En el espectro también debería incluirse a las personas que no hacen elección de objeto o que no desean un *partenaire* sexual: asexuales y monosexuales.

Teniendo presente todo lo dicho se podría pasar de las tres posibilidades de la orientación sexual a un rango más amplio donde, como mínimo, se debería ampliar el espectro de posibilidades a:

- Asexual
- Monosexual
- Homosexual
- Heterosexual
- Bisexual

Como se mencionó previamente estas cuestiones se piensan toman sólo el sexo biológico como variable, de modo que las posibilidades electivas se limitan a macho/hembra o ambos, pero sabiendo que tomar el sexo biológico como la única variable es una limitación que escotomiza la mirada, dejando fuera otras posibilidades. Hoy, es impensable no tomar en consideración el concepto de género.

Si originariamente la palabra sexualidad no era más que un derivado de la palabra sexo, significando más o menos lo mismo que esta, hoy es claro que significa algo más, es un término que engloba mucho y cuyo significado depende en gran medida del contexto en que se la use.

Según Bleichmar, “*la sexualidad no puede reducirse al ordenamiento masculino/femenino establecido por las diferentes culturas, pero mucho menos a las formas a funciones sexuales dadas por las limitaciones de ensamblaje dadas por los genitales*”. .

Es por ello que, más que definirla, se la debe pensar como un conjunto que incluiría, al menos, estas variables:

- El sexo biológico con todos sus componentes.
- La tramitación que las personas hacen de los elementos masculinos y femeninos que priman socialmente: la identidad de género y el rol de género al que aquella da lugar.
- La historia personal y contextual.
- Las fantasías y los afectos relacionados.
- Los aspectos vinculares e interpersonales relacionados con el sexo.

- El dispositivo que cada sociedad articula, en un tiempo determinado, para regular los comportamientos y las políticas sexuales de los individuos que la componen.
- La(s) elección(es) de objeto que pueda hacer una persona a lo largo de su vida persona.

SEXO	ORIENTACIÓN	GÉNERO <sup>4</sup>	ROL
Hembra	Asexual	Masculino	Los roles no son fijos sino que son variables de acuerdo con las preferencias de cada persona y con su circunstancia vital
	Monosexual		
	Heterosexual		
Macho	Homosexual	Femenino	
	Bisexual		
	¿Pansexual?		

Como se ha señalado el sexo/género y la sexualidad resultante no son cuestiones dadas, esenciales ni, mucho menos, naturales, sino construcciones sociales y culturales tamizadas por el devenir subjetivo de cada unx. Por esto la sexualidad no es universal y sólo puede comprenderse dentro de cada contexto social, cultural, dentro de un tiempo histórico dado y sin dejar de lado el derrotero individual.

Las diferentes formas que adopta la sexualidad en las diversas culturas solo tienen en común las características biológicas que, relativamente, limitan las formas de obtener placer. Por eso encontramos enormes variaciones en la organización del potencial erótico que dependerán, en parte, de las regulaciones que se impongan a la sexualidad: las diferentes formas de matrimonio o de constitución familiar, las formas como pueden relacionarse los hombres entre sí, las mujeres entre sí o estas con los hombres, que tipo de relaciones pueden establecer los adultos con lxs niñxs o estxs entre sí, las edades de consentimiento, que no son iguales en todo lugar y dependen de la idea que se tenga de lo que es ser niñx, etc. Para complejizar estas cuestiones debería considerarse la ampliación que produce la inclusión de las identidades trans con las nuevas posibilidades de objeto a que dan lugar.

Todo intento de teorización carecerá de sentido fuera del espacio sociocultural y temporal en que fue dicho y durará sólo mientras duren las condiciones que le dieron lugar.

El sexo, como tal, no es algo a lo que pueda accederse sin más porque el gran problema es que no se lo puede reducir a la biología –lo que excluiría y dejaría sin explicación las conductas relacionadas con él–, pero tampoco a convenciones discursivas que serían limitadas y transitorias. En otras palabras no existe una verdad unívoca, universal y atemporal acerca del sexo/género y/o la sexualidad. Por otra parte, el significado de lo que es tener sexo, su dinámica y las emociones y afectos implicados, las influencias contextuales como son los discursos acerca de la salud en relación con la sexualidad, de primer orden al hablar de VIH, que es lo que realmente se busca prevenir al hablar de prevención, todo ocupa su papel en el *puzzle* sexual.

Finalmente, no olvidar que cada persona tramitará una sexualidad que le será propia, constreñida por las pautas sociales, pero con la inconfundible marca de la historia personal y relacional, que no siempre es accesible a otros ni, mucho menos, medible epidemiológica, socio o antropológicamente.

## VI

Presentación de un perfil en página de contactos *bareback*:

*Mi morbo pasa por el garche a pelo, me gusta sentir la pija sin forro, que me llenen de leche y si da,<sup>57</sup> también hacerlo yo. Si te va el bare y me escribís para eso, por favor tené claro de que se trata y los riesgos a que te exponés, no quiero planteos pelotudos ¡somos todos grandes! (31 años, Capital Federal, estudios terciarios, posición sexual: versátil, status serológico: no lo sé.)*

**Bareback** es una palabra del *slang*<sup>58</sup> norteamericano relativamente nueva (en su forma de uso), que empieza a divulgarse en relación con el VIH alrededor del año 2000, cuando la revista *POZ magazine* (en su número de febrero de 1997) publica una nota titulada “My turn: riding bareback”,<sup>59</sup> donde se describía la excitación de no usar preservativo entre personas (gays) seropositivas.

Es un término proveniente del mundo hípico y sería el equivalente en español a montar en pelo o a pelo. En la acepción original relacionada con el VIH es utilizada por los homosexuales estadounidenses para referirse a la **penetración anal sin uso de preservativo en forma intencional**. En la Argentina sería, lisa y llanamente, “coger sin forro”, y cualquiera que esté medianamente familiarizado con las páginas o chats gays puede comprobar que no son pocas las personas que plantean tener sexo sin preservativo, mientras que otras lo ponen abiertamente como una variable más de su perfil.

Con el tiempo el término derivó y se generalizó para referirse al no

<sup>57</sup> No se puede menos que destacar el fallido entre “si da” y “sida”.

<sup>58</sup> Forma de argot o lenguaje muy coloquial. Un equivalente en la Argentina sería el *lunfardo*.

<sup>59</sup> Algo así como “es mi turno: montando a pelo”.

uso del preservativo en el coito anal (se debería suponer que se excluye de esta práctica a mujeres y hsm, más por falta de datos que por ausencia de ésta).

Se puede entonces considerar dos grupos similares en sus prácticas, pero diferentes en sus intenciones:

A. Los *barebackers* o sea aquellos que tienen una posición asumida y meditada acerca de su negativa a usar preservativos.

B. Aquellxs que no usan el preservativo, pero sin una posición meditada al respecto sino en forma aleatoria y cuyas motivaciones pueden ser variables refiriendo generalmente a las necesidades de la persona y a su posición como sujeto/objeto en relación con el otrx.

Siguiendo la pauta general en el campo del VIH en la Argentina, *barebacking* también suele ser usado como sinónimo del no uso de preservativo en las relaciones anales, con la salvedad de que, entre HSH y Tv, *barebacking* conserva los dos significados ya mencionados, mientras que en el campo preventivo, tanto oficial como del área de la sociedad civil,, se lo piensa únicamente como sinónimo del no uso de preservativo que, dejando de lado sutilezas y variantes, es considerada una práctica demonizada donde hablar abiertamente de coger sin forro es, casi, un pecado mortal. Sin embargo, cualquiera que navegue por las páginas mencionadas podrá encontrar alabanzas al no uso del preservativo y explicaciones sobre el porqué de una práctica que se reconoce abiertamente como riesgosa: la búsqueda de placer por el placer mismo.

Existe una diferencia entre no usar preservativo (por la causa que fuera) y decidir no usarlo, ya que el *bareback* debe entenderse (grupo A) como algo premeditado, consciente y elegido en vez de una práctica aislada. Sería, entonces, la posición de una persona consciente de sí y de sus prácticas. En ese grupo A, dejar de usar preservativo no sería algo contextual o azaroso sino que es una abierta elección del individuo, con el manejo de toda la información pertinente acerca del VIH y otras ITS. Es intencional y constante; no se diferencia de otras prácticas sexuales ni debe confundirse con aquellas personas que no usan el preservativo según la fantasía, la necesidad, el contexto o el partenaire (grupo B). En estos últimos casos dejar de usar el preservativo es ocasional y no premeditado, ni siquiera meditado.

*No usar preservativo no es lo mismo, entonces, que practicar bare-*

back. *De usárselas como sinónimos, esto debería aclararse visto que el contexto es diferente.*

Lo primero depende de múltiples variables que pueden ser ajenas a la persona, pero siempre relacionadas y funcionales a necesidades específicas, no siempre (o casi nunca) conscientes. Lo segundo es una decisión que, como tal, debería ser respetada.

En general, cuando se habla de sexo sin protección (*bareback* o no) se tiende a pensar que son personas jóvenes o que por alguna razón –alcohol, drogas– no están en pleno uso de sus facultades mentales, partiendo de la premisa de que habría que estar demente, poco aculturado o sin la información suficiente para no cuidarse en los términos planteados por la retórica oficial y/o proveniente de las organizaciones no gubernamentales.

Al recorrer las páginas web se puede comprobar fácilmente que entre las personas que buscan tener sexo sin preservativo hay gays, osos,<sup>60</sup> cazadores,<sup>61</sup> leathers,<sup>62</sup> personas que practican BDSM<sup>63</sup> o sexo vainilla,<sup>64</sup> kinkys,<sup>65</sup> gente joven y gente mayor, pasivos<sup>66</sup> y activos,<sup>67</sup> seropositivos y seronegativos, solteros y casados, con estudios primarios hasta universitarios, gente con dinero y gente sin trabajo.

En un estudio del año 2002 publicado en la revista *AIDS* se muestra que sobre un grupo de 554 participantes (35% VIH positivos, 61% negativos y 4% que desconocían su status serológico), todos de la ciudad de San Francisco, (Estados Unidos) dos tercios estaban familiarizados con la idea del *barebacking* y, de ellos, el 14% lo había practicado en los dos

<sup>60</sup> La comunidad de osos es una *subcultura* dentro de la comunidad *gay*. Se considera osos a los hombres de cuerpo fornido y con *vello* facial y corporal. Los osos exhiben una actitud *masculina*, rehuendo generalizadamente del estereotipo de homosexual *afeminado*.

<sup>61</sup> Básicamente es el hombre delgado o de contextura media que busca hombres gordos u osos dentro de la comunidad *glbt*.

<sup>62</sup> La palabra *leather* significa cuero en inglés y también nomina una subcultura que comprende prácticas e indumentos que se organizan con un fin sexual o erótico. Una de las maneras en las que el grupo se distingue de las culturas sexuales convencionales es mediante el uso de indumentos de color negro y artículos de cuero.

<sup>63</sup> Es una sigla: B de *bondage* (ataduras, la práctica de atar a una persona), D de *dominación* y *disciplina*, S de *sumisión* y *sadismo*, M de *masoquismo*.

<sup>64</sup> Se denomina así a la práctica de sexo convencional.

<sup>65</sup> Personas que practican cualquier clase de sexo no convencional.

<sup>66</sup> La persona que penetra anal u oralmente a otra.

<sup>67</sup> La persona que es penetrada anal u oralmente por otra.

últimos años, mientras que sobre el tercio que nunca había oído hablar del término, el 22% de las personas con VIH y el 10% de las personas VIH negativas habían tenido sexo sin preservativo.

Tal y como se puede comprobar aún hoy, no hubo diferencias sustanciales de edad, raza o nivel educativo y ya era evidente una fuerte tendencia de las personas con VIH a tener sexo sin protección con otras personas igualmente seropositivas, con una tendencia creciente entre personas VIH negativas. El 80% de los que practicaban sexo penetrativo sin preservativo adujo que la razón era un mayor estímulo sexual.

*Tener muy en cuenta que:*

- *Coger sin forro no es una entelequia ni algo relegado al pasado por medio de los discursos preventivos.*
- *Coger sin forro no es cuestión de trastornos mentales o de gente sin experiencia, engañada, desinformada o inculca.*
- *Coger sin forro no es algo privativo de gente alcoholizada o drogada.*
- *Coger sin forro no es lo mismo que coger con forro, es mejor afectiva y sensitivamente. Es más riesgoso, pero la medida de todo riesgo siempre es individual, impredecible y privativa de cada sujeto que lo asume.*
- *“Coger sin forro” es una realidad de la que hay que hacerse cargo intentando pensar alternativas a las fórmulas que repiten hasta el hartazgo que el forro es la única prevención a difundir sin ir más allá, donde se entretejen las complejas tramas que se despliegan en el momento de usarlo o no usarlo.*

Y, de la misma forma que llama la atención la gente que no lo usa, se debería pensar en las motivaciones de la gente que siempre lo usa aunque sean funcionales al discurso preventivo, pero también en aquellos que lo usan, pero no siempre. A veces una punta de la cuestión puede servir para pensar la otra. Incluso con el forro en la mano mucha gente elige no usarlo y empezar a investigar un poco las razones de esa conducta, tenerlo presente sin usarlo, tal vez permitiría elaborar estrategias más realistas tanto para la prevención primaria como para la secundaria. No usar eventualmente el preservativo o practicar *barebacking* es independiente del estado serológico y no tiene nada que ver con este.

La desaprobación social es siempre relativa y no es igual para todo

el mundo ni afecta, en este caso, de la misma forma a aquellos que no usan preservativo consensuadamente. Sin duda, habría una forma de *barebacking* (vaginal o anal en tren de democratizar los alcances del término sin incurrir en discriminaciones de género) heterosexual en la medida en que está implícita la aprobación social de tener sexo sin preservativo dentro del matrimonio sin que medie una discusión abierta del tema entre cónyuges. La misma práctica genera un clamor de preocupación cuando se da entre los así llamados HsH –que suelen ser finalmente homosexuales asumidos o gays–, por lo que cabe preguntarse si lo que preocupa en este caso es la falta de preservativo o que sea sexo entre dos hombres. Ya Foucault advertía que lo que molesta no es la homosexualidad sino la puesta en acto del coito entre hombres.

Estos discursos, relacionados con la no mención de la práctica sexual frecuente sin preservativo realizada y avalada por el matrimonio heterosexual, llevan a muchos hsh a suponer, erróneamente, que la pareja estable protege *per se*, y que las parejas serían, tácitamente, monógamas.

Vista la realidad legal del matrimonio entre personas del mismo sexo ¿se incluirá el test de VIH en los exámenes prematrimoniales? Con seguridad, esto abriría la puerta a interesantes discusiones tanto entre los contrayentes (hétero u homo) como en su entorno. Sacaría el VIH del clóset hétero (el VIH es puto, trava y drogón, digan lo que digan por ahí), y rompería el mito discursivo acerca de que el VIH afecta a todos, cuando ese “todos” no suele incluir a lxs heterosexuales casadx y “monógamxs”.

Existe, además del preventivo, el discurso sobre los riesgos que avala a aquel desde el campo psi al ponerse en juego las creencias de lxs psicoterapeutas en relación con la homosexualidad y sus derivados, como también sobre lo que creen es una práctica riesgosa (en vez de tratar de dilucidar estas cuestiones junto con sus pacientes). El no uso del preservativo se patologiza entonces o, en el mejor de los casos, se problematiza y se lo toma como síntoma en vez de tratar de pensar en las motivaciones que llevan a las personas a ignorar ciertas cuestiones del cuidado de sí (consciente o inconscientemente) e implícitas en el discurso preventivo.

En casos extremos, las prácticas entendidas como “riesgosas” por lxs psicoterapeutas son vistas como sucedáneas suicidas, el cambio frecuente de parejas como una falta de madurez afectiva, el sexo frecuente

(sin establecer qué define esa frecuencia), como una conducta compulsiva, etc.

Es evidente el aura aprobatoria que rodea a una persona que se cuida siguiendo los cánones establecidos socialmente, que tiene una pareja estable y/o eterna basada en el afecto y lo que hace al resto del cuento donde todos se olvidan de la madrastra y de la ausencia de príncipes... que después de todo, la gente hace lo que puede y no lo que quiere (o quieren otrxs).

Pareja estable, monogamia, abstinencia son conceptos interesantes, pero no universales ni en su aplicación ni en su significado, por lo que no son muy útiles a la hora de planificar. El preservativo tampoco, simplemente porque hay gente que decide no usarlo y no por ser pobre o rica, casta o promiscua, gay o travesti, sino porque asume, en la medida de sus posibilidades, su decisión y su riesgo. O, por el contrario, teniendo conciencia de ese riesgo sencillamente no puede negociarlo con lxs otrxs. Y el riesgo, los riesgos asumidos, forman parte de la libertad individual. Tal vez se debiera pensar en las circunstancias de las personas más que en el preservativo: si no tengo trabajo, una vivienda estable y debo prostituirme para sobrevivir, poca importancia va a tener para mí la prevención del VIH. Mejorar las condiciones de vida de los grupos en los que se concentra la epidemia seguramente será una de las mejores y más efectivas formas de prevención del VIH.

Al preguntar a algunxs investigadorxs (observación personal) se nota cierta tendencia a menospreciar el uso de Internet como espacio de búsqueda de sexo. Aducen que la población en la Argentina es pobre y no tiene acceso cuando, sin embargo, la población que usa habitualmente Internet está estimada, para el país, según datos de la revista News.com.au, en 20 millones de personas (un 49,4% de la población); dato no menor considerando la gran cantidad de páginas de contactos a las que puede accederse tanto para la búsqueda de sexo como de relaciones o grupos de pertenencia.

Las páginas pueden ser abiertamente de búsqueda sexual o páginas de trabajadores sexuales (que a veces figuran como páginas de masajes), páginas de BDSM, de subgrupos (osos, etc.) y, últimamente, página exclusiva para la práctica de *barebacking*. Estas páginas son también un espacio privilegiado para ver el funcionamiento relacional HsH y para medir las variaciones en el grado de *coming out* y homofobia de los participantes.

Por esto, para tener una medida medianamente directa de algunos códigos que se manejan entre los *barebackers*, se realizó e incluyó en este documento un paneo sobre dos páginas de Internet dedicadas a la búsqueda de contactos, ambas principalmente de gays y donde seguramente había hsh bajo la forma de “casados”, con una mínima cantidad de personas que se identificaban como travestis (en este punto es interesante destacar que la búsqueda del estereotipo “masculino” suele ser la regla y que existe un evidente rechazo del afeminamiento, las “plumas” y/o las actitudes “no masculinas”: ser macho es un plus de búsqueda). La idea no fue llegar a ninguna conclusión (daría lugar a todo un estudio), sino sólo mostrar algo del mundo del *bareback* y cómo este, de a poco, va extendiéndose, cada vez más abiertamente, abandonando el lugar de tabú que tuvo hasta el cambio de siglo.

Una de las páginas, que se llamará “A”, está dedicada abiertamente a la búsqueda de partenaires que practiquen *barebacking* y, si bien apunta al público estadounidense, por medio de un sistema de búsqueda puede especificarse el área geográfica donde se desea buscar, la Argentina en este caso.<sup>68</sup>

Esta página no establece límites de edad pero sí los parámetros de lo que uno busca y que se basan en diferentes prácticas cuyo listado resumido es el siguiente:

Uno a uno / FF /<sup>69</sup> Oral / Sexo grupal / Penetración / BDSM / WS /<sup>70</sup> *Rimming*/<sup>71</sup> Besar / Cuero / Juego de roles / TT/<sup>72</sup> CBT/<sup>73</sup> Pies / Juguetes / Heterosexuales / Bisexuales / *Gang Bangs*/<sup>74</sup> Viajeros / Sexo anónimo / Hombres casados / Parejas / *Glory holes*/<sup>75</sup> Uniformes / Sexo en público

<sup>68</sup> Por la estructura y el mecanismo de la página web no es posible acceder al número total de participantes de la Argentina, pero puede estimarse en unos 300 a través de un conteo de perfiles a lo largo de varias semanas.

<sup>69</sup> *Fist fucking*: introducción del puño a través del ano.

<sup>70</sup> *Water sports*: dar o recibir orina, juegos con orina, menos frecuentemente puede incluir enemas.

<sup>71</sup> *Anilingus*: contacto entre boca y ano.

<sup>72</sup> *Tit torture*: tortura de tetillas.

<sup>73</sup> *Cock and balls torture*: tortura de pene y testículos.

<sup>74</sup> Cuando una persona mantiene relaciones sexuales con otra, tres o más personas que se van turnando.

<sup>75</sup> Agujero glorioso: agujeros en las paredes que se usan para mantener relaciones sexuales con la persona que está del otro lado del tabique o solo para mirar cómo otros lo hacen.

/ Parques públicos / Teteras (*tea rooms*)/<sup>76</sup> Osos / *Daddies*/<sup>77</sup> Tatuajes / *Piercings*/<sup>78</sup> Camioneros.

Mientras que los parámetros específicos respecto de lo que se ofrece y de lo que se busca en el otro son:

–Dar y/o tomar esperma anal / Dar y/o tomar esperma oral: sí / no / preguntarme

–Uso de drogas: sí / no / participo / no es importante / preguntarme

–Posición: activo / pasivo / versátil

–Status (serológico) propio: negativo / positivo / indetectable / no es importante / preguntame

–Status (serológico) del otro: no me importa / sin preferencias / solo con negativos / solo con positivos / positivos ok / indetectables / no es importante

–Sexualidad: gay / homosexual / bisexual / heterosexual / curioso.

De modo que un perfil (como ejemplo) sería:

Í'm into:					
Take loads anal	Yes	Take loads oral	Yes	When	Away
Give loads anal	Ask me	Give loads oral	Ask me	Where	Ask me
Drug use	No	Body hair	Ask me	Sexuality	Gay
Smoking	No	Your status	Don't care	My status	+
Cock	Large	Position	Bottom	Í'm into	Leather

Se evaluaron 94 perfiles con las siguientes edades y distribución geográfica:

<sup>76</sup> Tetera es un equivalente de mingitorio en un baño público donde se puede observar o iniciar un acercamiento sexual.

<sup>77</sup> Hombres maduros.

<sup>78</sup> Perforado: la perforación de partes del cuerpo en las que luego se coloca algún tipo de objeto como aros o anillos.

Rangos etarios	CABA	CB	Rosario	Ciudad de Córdoba	Mar del Plata
	n = 44	n = 24	n = 10	n = 9	n = 7
18-25	9	9	3	1	2
26-35	18	8	6	8	4
36-40	8	6	-	-	-
41-50	6	1	1	-	1
51-60	3	-	-	-	-

En relación con el VIH (*my status*):

Edades	Negativos	Positivos	Indetectables	Desconoce	Preguntar
18-25	10	6	2	3	3
26-35	15	11	3	8	7
36-40	5	4	3	2	-
41-50	5	3	1	-	-
51-60	3	-	-	-	-
N = 94	40,42%	25,53%	9,57%	13,82%	10,63%

Es interesante destacar que cuando una persona es seropositiva se considera importante, casi como un equivalente de negatividad, el hecho de poseer una carga viral indetectable.

Se pudo contactar por chat a tres de estas personas, dos de ellas (28 y 33 años, ambos con estudios universitarios, uno de ellos en la Facultad de Medicina) consideraban que ser indetectable era equivalente (¿lo mismo?) a ser negativo, y la tercera (39 años, profesional universitario) creía que era lo mismo que ser negativo, ya que su médico le había dicho que las personas con cargas virales indetectables no transmitían el virus.

Se contactó a tres personas que ponían “preguntarme” (*ask me*) y las tres, con matices, dijeron que no era algo que le importase a los demás y que el que “levantaba” por esa página era a su riesgo (¿una variante del famoso AYOR?<sup>79</sup>) Dos de ellos eran positivos.

En relación con las preferencias sobre el status serológico buscado en el *partenaire* (*your status*):

Edades	Solo (-)	Solo (+)	(+) ok	Indetectable	S/preferencia	Preguntar ( <i>ask me</i> )
18-25	-	8	5	-	6	5
26-35	-	14	15	-	3	12
36-40	-	4	3	-	2	5
41-50	-	3	1	-	3	2
51-60	-	1	-	-	-	2
N = 94	-	31,91%	25,53%	-	17,02%	25,53%

Vemos que hay un corrimiento entre lo propio y lo esperado del o en el otro. Casi el 58% espera, supone o no le importa que el otro sea positivo, con un porcentaje mayor cuando menor es la edad. De este casi 58%, aproximadamente, la mitad son versátiles (penetran y/o son penetrados), y el 30% se presentan como pasivos o versátiles más pasivos (esto es que esperan ser penetrados y recibir el semen del compañero). De los que pusieron “preguntarme”, solo aceptaron una entrevista por MSN messenger<sup>80</sup> siete de ellos que planteaban una suerte de última negociación si el otro fuese positivo, pero sin demasiado énfasis.

Los positivos prefieren a otros positivos (o indetectables) porque

<sup>79</sup> En algunos países en las zonas turísticas suele ponerse un cartel con la sigla AYOR (*at your own risk*: a su propio riesgo) en áreas consideradas peligrosas o poco protegidas adonde la persona iba “a su propio riesgo”, funcionando el cartel como suficiente advertencia.

<sup>80</sup> Microsoft Service Network: sistema de mensajería instantánea de Microsoft donde solo hace falta agregar al otro a una lista para iniciar contacto.

no quieren usar preservativo y temen ser rechazados incluso a pesar de tratarse de una página de *barebacking*.

En las entrevistas (vía web) aparece un rechazo explícito hacia aquellos que buscan transmitir el VIH al otro (*gift givers*)<sup>81</sup> o, por el contrario, infectarse (*bug chasers*)<sup>82</sup>.

La intención es tener sexo sin preservativo sin negar la importancia del VIH. Algunos perfiles, no incluidos aquí, ponían abiertamente su preferencia por quienes “tienen el bicho” (*bug*) y/o desean “pasarlo”.

A modo de ejemplo y excepción, un perfil significativo a este respecto:

*“Activo, pija grossa. Guarro y fiestero. Me copa conocer otros activos para garche a pelo y si tu morbo es embuchar, mejor. Que quede claro que el morbo es embichar o recibir bicho. Puedo armar de vez en cuando partuza con onda embichados o buscadores de bicho.<sup>83</sup> Si sos pasivo y bien zarpado y guarro, acá tenés un macho que te da leche y meo a full. Si sos pasivo y querés recibir bicho a full, acá tenés un macho pijón bien zarpado con amigos del palo para joda bien grossa”.*<sup>84</sup>

Sorprende que no haya estudios específicos que refieran o investiguen la cuestión, si bien fueron mencionados indirectamente en estudios como el de Nexo/CNRS al evaluar algunas prácticas sin uso de preservativo. De todas formas, al no contextualizarlas o profundizar durante la entrevista acerca de las prácticas en las que no se lo utilizó, no es posible obtener otra información más que el dato sin contexto.

La segunda entrevista, en la que se llevó a cabo la selección de candidatos para la cohorte Nexo/CNRS en el año 2003, consistió en una entrevista en profundidad posterior a la aplicación de un cuestionario sobre prácticas sexuales (primera entrevista).

En esas entrevistas se puede observar que personas que habían mencionado en el cuestionario sobre prácticas sexuales que utilizaban en forma constante el preservativo, en realidad no lo hacían, pero lo ocultaban. Estos casos representaban aproximadamente un 20% de las personas entrevistadas (n = 400). Por lo tanto, sería interesante investi-

<sup>81</sup> Persona seropositiva que desea pasarle el virus (VIH) a otras personas.

<sup>82</sup> Persona que busca infectarse con el virus (VIH).

<sup>83</sup> A estas reuniones cuyo fin específico es reunir a *gift givers con bug chasers* se las suele llamar *Conversion parties*, fiestas de conversión.

<sup>84</sup> Los textos se modificaron eliminando aquellos datos que pudieran brindar alguna identificación, de todas formas se entiende el mensaje.

gar estas conductas de ocultamiento que permiten intuir que el discurso centrado exclusivamente en el preservativo se ha convertido en un discurso moralizador más que preventivo y que lleva a las personas a dar respuestas socialmente aprobadas más que sobre la realidad de sus prácticas.

Se podría tener una medida indirecta del no uso del preservativo investigando los casos de otras ITS en hombres (heterosexuales y HSH) y Tv.

En los resultados del estudio “VIH/Sífilis/Hepatitis B (Cohorte-2003) con una muestra de 877 voluntarios que se presentaron para la primera etapa de selección de participantes en el estudio de cohorte realizado entre Grupo Nexo y el CNRS”, se encuentra lo siguiente:

Tipo de infección	VIH positivos		VIH negativos	
	Muestra n = 66	Porcentaje	Muestra N = 811	Porcentaje
Sífilis	12	18,0	48	6,0
Hepatitis B	24	36,0	187	23,0
Sífilis y Hepatitis B	8	12,0	24	3,0
Hepatitis B y C	0	0	3	0,3

Puede observarse que incluso en personas que ya conocen su serología positiva para el VIH, el uso del preservativo, que supuestamente evita las ITS o la mayoría de ellas, no sería una constante, si nos basamos en las altas tasas de infección de las ITS, no VIH. De todas formas, deberían hacerse estudios sistematizados en los que se investigue la relación entre las ITS y las estrategias preventivas que aplica cada sujeto en el momento de tener relaciones, para intentar encontrar pautas que impliquen tanto el uso como el no uso del preservativo o, dicho más claramente, cuando un sujeto pone en práctica una estrategia preventiva ¿qué es lo que realmente busca prevenir? Y esto no tiene por qué ser, necesariamente, una ITS.

Pequeña digresión:

En otra página web gay de contactos argentina, uno de los descriptores por completar en el perfil es el status serológico con las variables: “positivo”, “negativo” y, la más interesante, “prefiero no contestar”. Pude contactarme con treinta de los que pesquise habían puesto esta última opción, pero sólo trece aceptaron tener una charla (por medio del chat de la misma página). De estos trece, cinco eran positivos y eligieron esa opción porque dijeron que si decían abiertamente que eran seropositivos iban a tener menos posibilidades de contactos salvo con otras personas también seropositivas. De los ocho restantes, todos seronegativos que realizaban con periodicidad el test para VIH, si bien con matices, consideraban que el status serológico es algo privado y, por lo tanto, discriminatorio ponerlo en un perfil (el ítem del status serológico figura en casi todas las páginas gays de contactos). Al preguntarles el efecto de esta elección (“prefiero no contestar”), todos dijeron que las personas que los contactaban daban por descontado que ellos eran seropositivos al preferir no decirlo.



## VII

*Hay discriminación cuando negamos a otros individuos o grupos de personas la igualdad de trato que ellos pueden desear.*

NACIONES UNIDAS (1949)

Nunca pertenecería a un club que me acepte a mí como miembro.

GROUCHO MARX

*Todos los homosexuales somos huérfanos.*

QUENTIN CRISP

Por ser un término más generalizado, se utilizará en general la palabra “homofobia” haciendo la salvedad que, si bien hay diferencias sobre la forma en que se pone en acto según se trate de HsH o de Tv, hay muchos aspectos en común. Por eso, conviene aclarar desde el inicio que homofobia y travestofobia, aunque tal vez casi equivalentes en algunos sentidos, no son lo mismo. Sin embargo, suele usarse la primera para incluir las formas de intolerancia hacia todas las posibilidades sexuales que se diferencian de la norma heterosexual, pero, en rigor, debería circunscribirla a aquellas situaciones donde están involucradas las personas propiamente homosexuales: hsh, msm, hshm, msmh, haciendo la salvedad, también aquí, que hay diferencias y que podría hablarse, con más propiedad de homofobia cuando se refiere a HsH, lesbofobia cuando se refiere a MsM y bifobia cuando apunta a hshm/msmh.

Esto evidencia, nuevamente, lo problemático que puede y suele ser el uso del término HsH. La homofobia no afecta a todos los HsH por igual, hace que los verdaderos hsh, los no asumidos, los del clóset bien cerrado, los “casados”, los ocultos, los que picotean cada tanto y otros, continúen siéndolo, y también dificulta acceder a ellos en los muestreos de investigación. Sin embargo, más importante aún, el uso de HsH en

relación con la homofobia hace que esta parezca inocua, cuando lo cierto es que la homofobia se dirige a personas concretas, con elecciones concretas y no a una práctica de tinte epidemiológico. Las identidades homo, lesbo, trans y la homofobia están profundamente unidas: unas son el *target* de la otra.

La idea original del concepto de homofobia se refería a un temor hacia la homosexualidad, los homosexuales o cualquier persona percibida como tal, que provoca un comportamiento irracional de huida o de agresión hacia ellos o cualquier indicio que los recuerde.

Es muy difícil definir algo tan complejo como la homofobia y esa idea originaria, si bien es un acercamiento, la ubica como una cuestión individual donde alguien, *A* siente temor hacia otra persona, *B*, porque la percibe como homosexual.

En este sentido, son interesantes las dos definiciones de homofobia que da la OPS en un e-book titulado, precisamente, “Homofobia”<sup>85</sup>; en la página 7 se lee: “*La homofobia es el prejuicio, estigma o discriminación hacia las personas que mantienen relaciones sexuales con otras de su mismo sexo. Las personas homofóbicas pueden tener baja autoestima, experimentar mayores dificultades en adoptar prácticas sexuales seguras, y contar con un menor soporte social*”. Un poco más adelante, en la página 10, repite: “*Diversos estudios han encontrado que las personas que tienen actitudes negativas hacia su propia homosexualidad tienden a tener una baja autoestima, menor soporte social y a experimentar mayores dificultades en adoptar prácticas sexuales seguras*”.

Ambas definiciones hacen referencia tanto a personas homofóbicas como a personas que han internalizado la homofobia. Establecen un paralelo que no se corresponde con la realidad, mientras los primeros son potenciales agresores, los segundos siempre son víctimas, las posiciones no son comparables y las consecuencias personales muy diferentes.

Estas reducciones y simplificaciones son las que hacen tan difícil comprender cabalmente el fenómeno de la homofobia, fenómeno mucho más complejo que el simple prejuicio o la discriminación (que, en todo caso, forman parte de aquella) y, obviamente, que la percepción irracional que una persona pueda tener de otra o de sí misma.

Como ya dije, un poco por convención y en gran medida por reducción y comodidad, se tiende a utilizar la palabra “homofobia” para

<sup>85</sup> Véase texto completo en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/homofobia.pdf>.

referirse a todas las sexualidades, que si bien tienen muchos elementos en común, cada forma genera diferentes respuestas. Por ejemplo, hablar de homofobia al referirse a población trans es una forma de ponerla en acto, puesto que invisibiliza, sin reconocer, nuevamente, las elecciones de género, sin mencionar que la transfobia y, aún más, la travestofobia, suelen ser mucho más virulentas que la homofobia. Decir homofobia al hablar de personas trans ya es una forma de transfobia.

Si la homofobia es un temor hacia la homosexualidad y/o sus representaciones, la transfobia es un temor hacia las personas cuya identidad de género no es coincidente con su sexo biológico y puede aplicarse a cualquier persona transgénero (travestis, transexuales, intersexuales, etc.).

A su vez, las travestis, además de la trans y, más específicamente, la travestofobia, suman los efectos de la homofobia cuando se asocia automáticamente la identidad de género asumida por ellas con la homosexualidad y, en el mismo movimiento, se refuerza el pensamiento homofóbico al adscribir a la homosexualidad el sentido de una feminización.

Se asume que una mujer con características “masculinas” o un hombre con características “femeninas”, según los parámetros culturales vigentes en cada lugar, deben ser, necesariamente, homosexuales; en función de eso las agresiones e insultos a los hombres homosexuales suelen usar expresiones de género, no sexuales, estableciéndose un corrimiento desde la elección de objeto sexual a la identidad de género, como si ser homosexual implicara devenir trans.

En el mismo sentido ser travesti no significa que la persona sea gay u homosexual, al pensar esto se vuelve al binarismo biológico del sexo, negando el trayecto hacia el género elegido.

Hay una superposición, sin embargo, porque muchas variaciones y juegos con la identidad de género suelen verse en el ambiente gay. A su vez, homofobia y transfobia son muy frecuentes entre HsH: el discriminado aprende a aplicar en otros la discriminación sufrida.

Lo importante es recordar que **homofobia no es igual a transfobia**; mientras la primera se basa en la elección de objeto, la transfobia lo hace en la elección de género y sus identidades consecuentes.

Como puede verse, el principal mecanismo de la homo/transfobia es la aplicación de estereotipos, sobre todo los que se relacionan con el género: que debe o puede ser masculino y que debe o puede ser femenino.

Las cuestiones relacionadas con la inclusión globalizada dentro de términos que quedaron chicos pueden verse, por ejemplo, en la aclaración que hace la OPS en la introducción a su escrito contra la homofobia, ya citado,<sup>86</sup> en su página 9: “*Por el momento, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) utiliza la expresión hombres que tienen sexo con hombres dentro del marco de la vigilancia epidemiológica y de las estrategias de prevención y se refiere a hombres homosexuales, gays y transgéneros en el marco de la comunicación*”.

Un principio básico de la prevención es la comunicación, la prevención es, mayoritariamente, comunicación ¿Es posible escindir la prevención (donde se usaría la idea epidemiológica de HsH) de la comunicación (donde se aplicarían formas identitarias específicas como gay u hombre homosexual y transgéneros) y reconocer implícitamente que se está hablando de lo mismo?

Se conoce que existe una gran distancia entre la vigilancia epidemiológica (basada en el reduccionismo a los números) y las estrategias de prevención que, aunque utilizan los datos proporcionados por aquella, incluyen actitudes de las personas involucradas en los datos tanto hacia sí mismos como hacia terceros: formas de relación, manejo de espacios públicos y privados, calidad de vínculos afectivos, pertenencia a redes, estrategias de *coping*, etc.

Si la expresión “hombres que tienen sexo con hombres” deja afuera las formas comunicacionales como estrategias de prevención, no se entiende la diferenciación que hace la OPS en términos de manejo de identidades. Por otra parte, incluir dentro de la cuestión HsH a las travestis, mencionadas como trans (que comprendería a su vez a transexuales e intersex), es travestofobia pura con toques de transfobia. Con esto se niega la dura lucha de las travestis por una identidad y un espacios propios así como las agendas de transexuales e intersex, con lo cual HsH deja de ser un concepto “útil” a la epidemiología para pasar a ser una velada expresión de desconocimiento en la que se ve claramente la aplicación del estereotipo del homosexual como un hombre desmasculinizado donde la travesti sería su máxima expresión.

En la definición que da la OPS de HsH no se diferencia solo por sexo (hombres) con lo cual las travestis, cuya marca identitaria no es el sexo sino, precisamente, su elección de género, quedan invisibilizadas

<sup>86</sup> <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/homofobia.pdf>.

en un conglomerado que no les corresponde y, por otra parte, surge la pregunta ante la diferenciación establecida en la oscura aclaración entre “hombres homosexuales” y “gays”. ¿Los gays no serían hombres? ¿No hay gays entre los hombres homosexuales? Muchxs trans se definen como hombres y muchas lesbianas se definen como gays: la definición cae en aquello que dice querer evitar, que la homosexualidad<sup>87</sup> sea un término que abarca todo sin diferenciar nada.

Son estos descuidos los que se encuadran, precisamente, en una visión más amplia de la homofobia, tanto social como institucional, al ponerla en acto mediante lo que se quiere presentar como una herramienta que es luego tomada y repetida por todxs aquellxs que dependen de esa institución, vía subsidios por ejemplo, o que toman estas definiciones sin cuestionarlas solo por el brillo de la organización que las enuncia.

Debido a la homofobia y transfobia<sup>88</sup> imperantes, tanto HsH como Tv constituyen poblaciones ya vulneradas, no vulnerables. Los efectos de la homotransfobia son en acto no potenciales.

Dijimos que la homofobia es algo más complejo y amplio que la simple ideación anómala que una persona puede tener en relación con otra o con un grupo que ve como diferente, en tanto es un sistema ideativo que trasciende lo individual para imprimirse en el entramado social, del que luego volverá para marcar al individuo y vuelta otra vez.

La definición más clásica de homofobia data de 1972, pertenece a Weinberg y se refiere “a los sentimientos negativos, actitudes y conductas dirigidos contra las personas homosexuales”. La misma se podría completar agregando que también incluye a las personas heterosexuales percibidas como homosexuales y, por extensión, a toda práctica o conducta que se diferencie de los comportamientos relacionados con el género prescripto para las personas, basado en su biología.

Para Daniel Borrillo (2001), la homofobia es un problema que excede lo particular de cada persona. Constituye, por un lado, un problema epistemológico en tanto la cuestión ha dejado de ser pensar acerca de

<sup>87</sup> En la práctica, ante la falta de claridad del concepto, HsH y homosexuales funcionan como sinónimos y solo se excluyen las cuestiones referidas al concepto “homosexualidad”. Tampoco la idea de HsH resuelve las oscuras cuestiones epidemiológicas en relación con el género que producen las travestis sino que, por el contrario, las complican.

<sup>88</sup> Cabe aquí hablar de transfobia en la medida que lo que se cuestiona es el pasaje de un género al otro, lo cual involucra, en mayor o menor medida, a las otras identidades trans.

la homosexualidad en sí misma para centrarse en la hostilidad que produce esta. Por otro lado, es también un problema político ya que es la cuestión homófoba la que debe ser vista como un trastorno social más que como un problema individual.

Podemos considerar la homofobia como un sistema<sup>89</sup> por el cual una sociedad, por diferentes mecanismos, rechaza aquellas formas de sexualidad no admitidas por las pautas tradicionalmente consensuadas en ella. Como se indicó en otro apartado, estas pautas son aprendidas desde el momento del nacimiento al incluirse a lxs recién nacidxs en el esquema cultural imperante de división por sexos (macho-hembra), reforzado a lo largo de la vida con todas las convenciones que clasifican situaciones, conductas y objetos como masculinos o femeninos.

Sin embargo, no hay que olvidar el aspecto individual, ya que es a este nivel donde se efectiviza la internalización de este proceso cultural, y esta trascendencia de lo social a lo individual puede verse en los diferentes niveles en la que actúa la homofobia:

## **1. Homofobia institucional**

En este tipo de homofobia son las instituciones y organizaciones sociales las que discriminan<sup>90</sup>

Aparece expresada en todas aquellas leyes, normas y reglamentos que establecen cualquier tipo de diferencia entre las personas, basándose en sus preferencias sexuales, y se ponen en acto por medio de impedimentos y/o prohibiciones toda vez que una persona percibida por fuera de la norma sexual interactúa con una institución sea del tipo que sea: educativa, de salud, gubernamental, privada, etc.

En el inicio de la epidemia de VIH, cuando una persona se presentaba a donar sangre y se identificaba como homosexual era rechazada, según las directivas del MSN, mientras que la misma persona identificándose como heterosexual no hubiera tenido mayores problemas en donar sangre.

Ejemplos de homofobia institucional se pueden encontrar en el

<sup>89</sup> Que tiene su basamento en la heterosexualidad normativa.

<sup>90</sup> En el caso de las instituciones es correcto hablar específicamente de discriminación puesto que ponen en acto la homofobia a través de una merma en los derechos.

deporte (los cuestionamientos a deportistas gays en los equipos de fútbol, la exclusión de tenistas trans), en programas televisivos donde son habituales los estereotipos, en el cine (un ejemplo es la película *The Celluloid Closet* que narra la forma como la industria del cine norteamericano invisibilizó, estereotipó y/o se burló de la homosexualidad), en las opiniones vertidas por comentaristas, también en el sistema educativo, en el sistema de salud, sea público o privado, y en los espacios laborales.

Otro excelente ejemplo lo constituyen los discursos que se oponían a la aprobación de la ley de matrimonio para las minorías sexuales durante el debate en la Cámara de Diputadxs y luego en la de Senadorxs del Congreso Argentino.

*Si pensamos que la discriminación se establece toda vez que se niega a individuos o a grupos de personas igualdad en el trato o en sus derechos, la homofobia institucional es la forma más ajustada de expresión de aquella.*

## **2. Homofobia social o interpersonal** (también llamada cultural)

Es la homofobia que circula entre las personas a partir de creencias, transformando la potencialidad de los prejuicios acerca de la homosexualidad en acto.

Esta puesta en acto puede expresarse siguiendo la escala del prejuicio de Allport (1971):

- Rechazo verbal
- Evitar el contacto
- Discriminación
- Rechazo físico
- Ataque físico/exterminación

Este tipo de homofobia afecta directamente las relaciones entre las personas y presenta diversas formas de manifestación:

- Como *apodos* que apuntan a señalar a otrxs como diferentes, llegando a la difamación directa.
- Como *chistes*, una de las formas más habituales y aceptadas, que en general están basados en el sostén de estereotipos y en la desva-

- lorización. Muchos chistes se estructuran vinculando el ser homosexual a la femineidad.<sup>91</sup>
- Expresando *prácticas irreales*, generalmente mal vistas socialmente, que se suponen corresponden al otro como diferente. Una mujer dice, durante las discusiones acerca del matrimonio entre personas del mismo sexo en la Argentina, durante un programa de televisión y con una oposición más formal que sentida:<sup>92</sup> “El objetivo de los gays es contagiarnos el sida”. La creencia en una supuesta hipersexualidad homosexual con la consecuente supuesta promiscuidad.
  - En los *discursos cotidianos*, en el intercambio habitual entre las personas cuando se denigra o disminuye valorativamente al otro por sus elecciones sexuales (sean de objeto, de género, etc.) o por determinadas prácticas supuestamente ligadas a esas elecciones, como por ejemplo cuando un hombre hace tareas habitualmente consideradas femeninas.
  - Mediante el *aislamiento* –en el trabajo, la escuela e incluso dentro de la propia familia– de la persona supuesta diferente. Es el caso de un paciente que al develar su homosexualidad ante la familia fue obligado a vivir en un sector aparte de la casa y con prohibición expresa de circular por ciertos sectores o de aparecer en eventos familiares o ante visitantes.
  - A través de la *intimidación*, bajo la forma de amenazas acerca del futuro laboral o personal e incluso físicas. La intimidación puede surgir del discurso homofóbico imperante en un lugar de trabajo, haciendo temer la estabilidad laboral o la imposibilidad de progreso si se develase la homosexualidad.
  - Hay *formas potenciales de discriminación*, en tanto no se llega a efectivizar ésta, bastando con la amenaza de una pérdida de derechos. No es infrecuente que en la tramitación de un divorcio se amenace al cónyuge homosexual con impedir el acceso a lxs hijxs.
  - Finalmente, por medio de la *agresión verbal directa* que puede llegar a la agresión física de leve a grave, incluida la muerte.

<sup>91</sup> Si alguna persona se opone al chiste o señala su carácter homofóbico se suele considerar que carece de humor o se la señala inmediatamente como homosexual. Algo similar ocurre con los chistes que desvalorizan a las mujeres. Muchos pacientes narran su incomodidad ante chistes de este tenor en sus trabajos, pero se suman al festejo para no ser señalados como potenciales putos.

<sup>92</sup> Es políticamente incorrecto mostrar o avalar prejuicios en público.

La internalización de la homofobia puede llevar al suicidio, al no poder una persona tolerar ser diferente del resto supuesto normal, la posibilidad de las pérdidas o el aislamiento, real o imaginado. Esto puede ser por una cuestión de desvalorización personal, no poder enfrentar a la familia o amigos, los duelos por pérdidas o por acoso.

También puede adoptar formas aparentemente positivas, como cuando una persona al revelar su orientación sexual es puesta en un lugar particular o recibe beneficios especiales. Un paciente cuenta en una sus sesiones que había realizado su *coming out* laboral, hecho bien recibido por sus compañerxs quienes empezaron a reclamarle detalles de su vida personal, incluidas sus performances sexuales. La exhortaban a exhibir su vida privada, todo en un clima de alegre “aceptación” que generaba en esta persona una intensa angustia sin poder poner límites a tal situación por temor a perder el lugar “logrado”.

La homofobia social y la institucional están íntimamente relacionadas. Ambas pueden pensarse como las normas o códigos de conducta que, sin estar expresamente escritos o dichos, funcionan socialmente para legitimarla.

Los ejemplos son múltiples: negar espacios para congregarse, impedir el acceso a puestos de poder, problematización del acceso a los servicios de salud, restricción de la representatividad, entre otros. Pero también, formas discursivas más sutiles, como en discursos teñidos de academicismo, el médico o el psicoanalítico. ,

Al evitar mencionar la homosexualidad de figuras relevantes o históricas (por *default* siempre son heterosexuales, ni siquiera un hsh distraído), pero sí hacerlo cuando se trata de noticias delictivas o escandalosas. Cuando un delito es cometido por un homosexual, o bien cuando un homosexual es víctima de un delito, se destaca inmediatamente su orientación sexual, nadie dice, en cambio, que fue asaltado un heterosexual o que los asaltantes lo eran.

Lo que más daño causa, sin embargo, es el temor a la visibilidad excesiva de las diferencias, presionando a lxs miembrxs de las minorías sexuales para que pasen desapercibidxs y supuestamente “integradx”.

La creación y el sostén de estereotipos funcionan como una forma de control y de evitar el entendimiento social. Los estereotipos pueden ser desde los supuestos apetitos sexuales insaciables hasta los de la apariencia física, la búsqueda constante de causas biológicas, sociales o psíquicas.

Desde muchos lugares el cuerpo social (o sea todxs) alimenta en forma constante la diferencia entre y con las minorías sexuales, tanto en ellas como con una supuesta normalidad heterosexual de la que nadie escapa. La imagen que se crea es negativa y estereotipada, y los medios de comunicación distorsionan aún más esta imagen al relacionar la homosexualidad o el travestismo con el crimen, las drogas y una supuesta promiscuidad que es, en realidad, compartida por todxs.<sup>93</sup>

### 3. Homofobia personal u homofobia internalizada<sup>94</sup>

Este tipo de homofobia se constituye a partir del sistema personal de valores, creencias, juicios, mandatos, actitudes, etc., que la persona va incorporando desde su nacimiento, cuando se le asigna un sexo y se le cría/educa en función de esa asignación.

Es transmitida por la familia, los educadores, el medio social, los grupos de pares y cualquier otra figura significativa, pero también por los discursos que hacen de la heterosexualidad la única opción, todos los mandatos de esta, los cuales, al no poder cumplirlos, reforzarán en la persona su sensación de anormalidad o inadecuación.<sup>95</sup>

Una persona, cualquier persona, nace y crece en una sociedad que solo acepta una forma de sexualidad: la heterosexual. Pero incluso en la heterosexualidad tampoco se admiten variantes, es normativa, tiene sus reglas, que también afectan a lxs mismxs heterosexuales. Cualquier persona no heterosexual vivirá cada día de su vida sumergida en una red social que considera el no ser heterosexual como una minusvalía, algo no natural (una desviación) y, en esa línea, como algo inmoral.<sup>96</sup>

<sup>93</sup> En términos preventivos la promiscuidad debería vincularse al poco cuidado de sí y no al número de *partenaires*. Entre dos personas que no se cuidan pensando que los protege la santidad matrimonial basada en una monogamia sobreentendida y una persona que tiene múltiples *partenaires* pero siempre es consciente de sí y de su cuidado ¿quién sería más promiscuo?

<sup>94</sup> Algunos, con muy buen criterio, la llaman heterosexismo internalizado.

<sup>95</sup> El no cumplimiento de estos mandatos también produce desajustes en las personas heterosexuales.

<sup>96</sup> Habría toda una relación dialógica entre inmoralidad, minusvalía, anormalidad y el trastorno. Al respecto, pueden verse el libro *Médicos, maleantes y maricas* de Jorge Salessi o alguno de los artículos del Lic. Carlos Barzani.

Cada persona con una sexualidad diferente<sup>97</sup> a la norma heterosexual suele expresar algún grado de disconformidad, infelicidad, poca o ninguna satisfacción con su sexualidad diferente (lo que antes se conocía como homosexualidad egodistónica y/o disforia de género, diagnósticos ahora eliminados del DSM-IV-TR), ya que el proceso de socialización y subjetivación conlleva la incorporación (internalización) del prejuicio social acerca de esas sexualidades diferentes. Prejuicio que incluye no solo la homosexualidad sino cualquier variación de las formas coaguladas de ser hombre en una sociedad determinada.

Recordar que el sexo de asignación presupone las formas sociales en que se debe ser hombre o mujer y presupone una heterosexualidad automática en lxs niñxs. Estas imágenes del ser hombre o mujer (donde se da por implícito que sexo biológico y género se ajustarán como un guante), sumada al presupuesto de heterosexualidad encuadran la forma como serán criadxs lxs niñxs.

En este proceso de crianza (en el que luego intervendrá la escuela y sus narrativas asociadas) se impregna a lxs niñxs de todos los prejuicios acerca de una sexualidad no heterosexual, partiendo de la siguiente secuencia:

La normalidad es la heterosexualidad que es, por lo tanto, natural.  
Todo desvío de la heterosexualidad es una anormalidad.  
Toda anormalidad es una perversión (de la naturaleza).

*“Los sentimientos negativos acerca de la propia orientación sexual pueden estar generalizados hasta extenderse sobre toda la personalidad. Los efectos de esto pueden abarcar desde una leve tendencia hacia la duda de sí mismo ante los prejuicios homófobos hasta el odiarse y aún desarrollar conductas auto destructivas”. John Gonsiorek (1991)*

Así, la homofobia más efectiva y paralizante es aquella que toda persona con una sexualidad diferente a la norma carga consigo durante toda su vida y cuyos efectos pueden ser devastadores. No es necesario que la homofobia se efectivice en un acto real externo, la internalización de la homofobia hace que esta actúe *per se*.

<sup>97</sup> Tomar en cuenta que puede haber heterosexualidades diferentes, de hecho la misma idea de HsH las implica.

Todx homosexual o persona trans crece en una sociedad homofóbica y, como su identidad sexual suele no hacerse evidente, en la mayoría de los casos, hasta la adolescencia,<sup>98</sup> aprende desde muy temprana edad los estereotipos contra lxs diferentes sexuales. Esto es independiente de la edad en que el homosexual o la Tv se concientizan de su condición. Por eso hablamos de homofobia internalizada: la homo/transfobia parasita en las personas, sean homo, trans o heterosexuales.

Para lxs homosexuales, aceptar que la homofobia –y toda la carga de demérito y agresividad que ella implica– es parte de su personalidad y que implica una marca emocional, no es fácil.

Incluso en los ámbitos psicoterapéuticos más liberales, en busca de una resolución de los efectos de esta marca, homosexuales y trans deben enfrentarse con la ideología, sostenida por las teorizaciones a las que adhieren lxs terapeutas, acerca de que su preferencia sexual es patológica, que es transitoria, que tiene un origen que debe ser investigado, etc. Esta idea persiste a pesar de que los estudios que han tratado de encontrar alguna diferencia entre la salud mental de homos y héteros, no lo hayan logrado. Y son pocos los terapeutas (aún entre lxs terapeutas homosexuales) que buscan la fuente de muchos de los síntomas de estxs pacientes en la carga homofóbica y en la intolerancia social sin caer en el otro extremo donde se niega a estas últimas, como si pertenecer a una minoría no tuviese consecuencia alguna.

Ninguna orientación/preferencia sexual está libre de trastornos y, aunque puedan existir reparos acerca de la calidad de vida que una determinada elección de objeto o de género pueda dar a cada sujeto, el análisis de la homofobia internalizada en lxs pacientes homosexuales o tv debería ser una prioridad, ya que, en general, no suele reconocerse el daño psicológico que ésta produce.

El principal efecto es el silencio y la invisibilidad, con la consecuencia de desvalorización personal que esto produce.

La homofobia actúa como una fuerza constrictiva que impide moverse libremente, en mayor o menor grado, en cualquier espacio social, laboral o vincular.

La invisibilidad, supuesta garantía de integración para algunxs, los

<sup>98</sup> En las travestis se da a una edad mucho más temprana, ya que la no concordancia entre el sexo y la construcción de una identidad genérica suele hacerse evidente desde muy corta edad.

lleva a una enorme pérdida de energía y a sufrir desajustes en todas las áreas del quehacer humano.

La homofobia es patógena, además, porque se compone en su mayor parte de material reprimido, incorporado en la infancia y a través de las experiencias negativas reforzadoras, que operará en forma de síntomas o de conductas paradójales. El papel del “súper-pariente siempre dispuesto”, capaz de hacer a un lado la vida personal a favor de otros, es una compensación por la culpa de ser diferente, y es la mejor demostración de las propias carencias ante los demás. Cuando un gay se burla de las “locas” o las plumas, proyecta sobre otrxs en forma de chistes una agresión que, en realidad, él mismo recibe de la cultura que lo habita (¿mariquitofobia?). Cuando una “loca” actúa agresivamente, presuponiendo que todxs desean ser mujeres, burlándose de todo aquel que no entre en el juego de los estereotipos (una forma de identificarse con el agresor), no hace más que actuar en negativo todo aquello que lx agrade en lo cotidiano. Cuando la travesti reacciona en forma paranoica ante supuestas agresiones de otrxs, no hace más que defenderse de una agresión presentida y temida por llevarla consigo. El hecho de sentirse constantemente perseguido es una forma de aceptar la represión al reconocerse, de alguna manera, inaceptable y perseguible. También aparece la homofobia en esa fantasía, común a muchos gays, de preferir “hombres de verdad”, los heterosexuales, búsqueda que refuerza el estereotipo de que un homosexual sería algo así como una mujer fallida o un falso hombre y es, a la vez, una idea paradójal, ya que conquistar a un heterosexual debería hacer dudar, en los términos de esta fantasía, de esa heterosexualidad ¿Qué sería un hombre de verdad? o como dijo Coccinelle, una transexual, “hay que tener huevos para cortárselos”. Preferir hombres que son inconquistables pone en juego la homofobia interior al perseguir inexistentes figuras idealizadas de lo masculino, convirtiéndolas en un imposible que solo refuerza la propia supuesta inadecuación. Todo puto es, potencialmente, un homófobo.

Dos de los más habituales medios que usa el inconsciente para manifestar la homofobia internalizada son los desplazamientos y las proyecciones; la animadversión o directamente el odio y rechazo hacia otras personas reconocidas como iguales: “quiero un hombre de verdad” (los gays no son hombres), “yo no soy gay” (ser homosexual suena mejor, es más distante, protege del estereotipo), la desconfianza hacia las relaciones medianamente estables que establecen otrxs y su tendencia

a sabotearlas o menospreciarlas, la rigidez para aceptar estilos de pareja alternativos (del mismo modo que la sociedad no acepta las relaciones no heterosexuales), la división en clanes (gays, travestis, lesbianas, etc.) considerados irreconciliables, la negación de diferencias (los bisexuales no existen o son gays en tránsito). Estos ejemplos solo representan algunas formas de la apropiación del desprecio social hacia la homosexualidad.

*El prejuicio aparece en los momentos más insospechados, en las relaciones más afectuosas, en los vínculos más estrechos.*

La negación es otro de los mecanismos más habituales de la desvalorización. Así, los HsH (de una punta a la otra) que niegan la represión o que dicen ser felices y no sufrir ningún problema a causa de su homosexualidad –algo difícil en una sociedad homofóbica e intolerante–, o que creen que al comportarse como sujetos “integrados” no tendrán problemas, simplemente niegan al menos una parte de la realidad.

Para Margolies (1987) habría ocho modos de acción de la homofobia internalizada:

- I. Temor a ser descubiertxs, por lo que se actúa una heterosexualidad fingida.
- II. Sentimiento de incomodidad ante personas que manifiestan abiertamente una sexualidad diferente.
- III. Rechazo y denigración de la heterosexualidad, expresando una discriminación a la inversa.
- IV. Sentimiento superior a lxs heterosexuales, con una sobrevaloración de la propia sexualidad diferente.
- V. Creencia de que tener una sexualidad diferente no es diferente de ser heterosexual.
- VI. Idea de que lxs niñxs solo pueden crecer en hogares con un padre y una madre.
- VII. Atracción por objetos inalcanzables que terminan reforzando la idea de inadecuación e ineptitud.
- VIII. Establecimiento de relaciones a corto plazo.

Como se observa, la homofobia no es inocua socialmente, tiene consecuencias que afectan a todas las personas (si bien no a todxs por

igual), independientemente de su preferencia sexual o de su identidad de género.

Entre los efectos de la homofobia y siguiendo a Blumenfeld (1992), se destaca lo siguiente:

La homofobia es una de las causas de relaciones sexuales prematuras que aumentan el número de embarazos adolescentes y la incidencia de ITS, incluyendo el VIH. Las personas jóvenes, de cualquier preferencia sexual, se ven compelidas a demostrar que son heterosexualmente activxs para probar su normalidad ante ellos y el entorno. Esta presión es más fuerte sobre los hombres que sobre las mujeres.<sup>99</sup>

La homofobia combinada con sexofobia (miedo y repulsión del sexo) impide cualquier discusión acerca del estilo de vida y de la sexualidad de las minorías sexuales como parte de la educación sexual, ocultando información imprescindible acerca de la sexualidad.

La homofobia puede ser utilizada como arma para estigmatizar, silenciar y, en ocasiones, señalar a la gente que es percibida o definida por los demás como homosexuales aunque no lo sean.

La homofobia raramente actúa sola, suelen encontrarse desplegadas junto con ella elementos racistas, clasistas, sexistas, así como una fuerte sexofobia, etc. La suma de todos estos elementos puede impedir una respuesta efectiva y unificada, tanto personal como social o gubernamental, frente al sida.<sup>100</sup>

La homofobia encierra a las personas en roles de género rígidos que inhiben la creatividad y la autoexpresión e impidiendo establecer vínculos estrechos y/o íntimos con personas del mismo sexo/género. Estos roles de sexo/género afectan principalmente a los hombres, pautando

<sup>99</sup> Véase el capítulo 6, “It has nothing to do with me”, de Diane Elze, en el citado libro de Blumenfeld, pags. 95-113. No existen demasiados estudios acerca del inicio sexual propiamente dicho en lxs adolescentes homo o trans, pero pueden verse los escritos de Larssen y Sveddin, 2002, y el capítulo 3 del libro *Sexualidades adolescentes*, de Daniel Jones (2010) (en el que no distingue entre población hétero de homo/trans sin entenderse si considera que no hay diferencias o no las tomó en cuenta).

<sup>100</sup> Por ejemplo, al dividir artificialmente a las personas en grupos aparentemente independientes para que sean mejor medidas, estudiadas, etc. Una población “general” que actuaría de forma diferente al resto de la población. Implica personas heterosexuales que no se drogan ni se prostituyen y dada la importancia como separata tampoco incluiría a mujeres embarazadas más vinculadas al rubro “transmisión vertical”.

límites muy rígidos acerca de cuál debe ser el comportamiento adecuado entre “verdaderos” hombres. Un ejemplo es la mayor distancia afectiva entre un padre y su hijo, ya que el afecto no puede ser demostrado abiertamente.

El desarrollo de una autoestima negativa puede llevar a actuar roles estereotipados como mecanismo de defensa. Estos roles pueden ser la adopción falsa de una identidad heterosexual, con la adopción de estereotipos masculinos rígidos o encasillar al sujeto en el estereotipo esperado para un homosexual.

Si se trata de niñxs, esto puede llevar a la confusión y al deterioro de la identidad, lo que con el tiempo reforzará la baja autoestima. También puede producirse un exceso de autocrítica o una visión crítica negativa hacia otros similares (homofobia internalizada dirigida a pares o supuestos tales). Todo esto impide la posibilidad de desarrollar vínculos con las personas visualizadas como posibles pares, con el aislamiento consecuente y una mayor vulnerabilidad efectiva en el momento de tener relaciones sexuales.

La adopción de estereotipos heterosexuales y la actitud hipercrítica hacia sí mismo junto con la baja autoestima lleva a conductas de poco cuidado: adicciones o conductas compulsivas (juego, trabajo, sexo), un menor cuidado personal (nutrición, descanso, esparcimiento, consultas médicas) o, por el contrario, conductas obsesivas en relación con el propio cuidado.

Se evitan los lugares de liderazgo para no sobresalir, debido al temor a quedar expuesto, lo cual aumenta la sensación de inadecuación.<sup>101</sup> Se desarrolla una visión personal con pocas expectativas hacia sí o hacia otros (vistos como pares).

A su vez, esta internalización de la homofobia lleva a las personas a conductas sobrecompensatorias que pueden comprender desde el exceso de importancia e influencia de los demás sobre uno mismo hasta la actuación de esa homofobia contra los propios pares, al identificarse la persona con los agresores. Puede ser actuada desde lo verbal a lo físico y proyecta en los otros la no aceptación de su propia homosexualidad.

Se puede sentir una gran incomodidad ante homosexuales asumi-

---

<sup>101</sup> Sobre este tema véase el excelente artículo de Michael Pollack “La homosexualidad masculina o ¿la felicidad en el gueto?”, incluido en el libro *Sexualidades occidentales*, de Ph. Ariés, A. Bejín, M. Foucault, M. et al.

dos (también por identificación con el agresor), en parte por el temor de ser relacionado con ellos (la homosexualidad ajena como salpicadura) o, por el contrario, puede haber una sobreadaptación a la homosexualidad, generando un rechazo y denigración de la heterosexualidad, lo que potenciará la propia homofobia al generar un sentido de gueto que favorece el aislamiento (formación reactiva).

Los vínculos tienden a ser poco estables: una pareja estable y sostenida funciona como un catalizador social de la visibilidad, produce un compromiso no solo con el otro sino con la propia sexualidad. La posibilidad de una exposición no deseada con el *coming out* inherente implica para muchxs preferir vínculos transitorios que permiten controlar mejor la propia imagen ante los demás.

Los homosexuales pueden desarrollar una aceptación total o parcial de la sexualidad pero siempre con la marca del proceso para tramitar la homofobia, tanto social como internalizada (pensemos que ambas sostienen una relación dialéctica, no hay una sin la otra). Es decir que tuvieron y tienen que deconstruir y construir, dismantelar *en proceso*, la homofobia social y la internalizada. Ese proceso de construcción/deconstrucción se conoce hoy como *coming out*.

Ninguna persona puede ser diferente, o asumirse como tal para ser más precisos, de un día para el otro, la aceptación de esa diferencia va evolucionando, con un final indeterminado que tendrá mucho que ver con el medio donde esa persona se desarrolla y el tipo de redes sociales a las que pertenece (familia, escuela, amigxs, trabajo, medio social, etc.). En el caso de las personas homosexuales y trans este proceso se conoce como “salir del armario”, expresión que viene del inglés “*coming out of the closet*” y que refiere al proceso por el cual una persona con una sexualidad diferente la asume forjando una identidad *ad hoc*, ante sí y ante los otros. Es un proceso tanto personal como social, pero también tiene un matiz político ya que generalmente se hace en sociedades homofóbicas.

*Sin homofobia no habría coming out, no hay coming out heterosexual.*

Originariamente, el *coming out* era una expresión que indicaba que esa persona se insertaba en un medio social con sus pares, pero después de Stonewall,<sup>102</sup> adquiere un sentido político ya que implicaba visibi-

<sup>102</sup> A la 1:20 de la madrugada del sábado 28 de junio de 1969 la policía irrumpió en el bar glbt Stonewall de la ciudad de Nueva York para realizar una de sus redadas

lizarse y comprometerse con el incipiente movimiento gaylésbico. Se tenía un compromiso político con la sexualidad. Sin perder parte de su tono político, hoy se lo generaliza a las vivencias que va atravesando una persona para asumir una sexualidad diferente a la heterosexual. Ya no es un momento de visibilización sino un proceso.

Tener la sensación de que se es diferente o que se tiene una sexualidad diferente no es algo fácil para nadie y puede producir algunos problemas, en el caso que nos ocupa es lo que se llama *pre coming out*:

Sensación de ser diferente (a veces esa diferencia se vive como anomalía).

Sensación de no pertenencia.

Sentirse diferentes a sus pares (amigos o compañeros), sentirse culpables acerca de sus fantasías sexuales diferentes, ser objeto de burlas.

Retraimiento personal.

Aislamiento social y afectivo.

Temores acerca de la forma de reacción del entorno, temor al rechazo o al abandono, temor a ser discriminados al participar en actividades sociales o tratar de integrar clubes o participar en deportes.

Conductas extrañas vinculadas con el evitamiento.

Al tratar de que no se descubra su diferencia o evitar espacios de mucha exposición (ocupar posiciones destacadas, por ejemplo).

Mayor necesidad de atención (como formación reactiva al aislamiento).

En este *pre coming out* no hay palabra para denominar la sensación de diferencia (aunque la persona puede y suele ser nombrada por otros, generalmente de forma agresiva)<sup>103</sup> o, si la hay, el mecanismo que predomina es la negación.

---

habituales, pero al querer arrestar a varixs de las personas del local se produjo una masiva rebelión contra el accionar policial que los obligó a retirarse. Fue considerada al primera rebelión contra la opresión del sistema hacia la comunidad gltb en los Estados Unidos, dando lugar a diversos movimientos y organizaciones gltb. El 28 de junio fue declarado posteriormente día del orgullo gltb que se celebró con la primera marcha del orgullo en las ciudades de Nueva York, Los Ángeles y Chicago en 1970.

<sup>103</sup> Pacientes en terapia refieren agresiones verbales en la infancia, tales como ser llamados putos o maricas, pero que no logran relacionar esas agresiones con el hecho de sentirse ellos diferentes.

Esta sensación de ser diferente es expresada por pacientes en psicoterapia como ya percibida entre los cuatro y seis años (es interesante relacionar esto con el dato que da Stoller acerca de que la identidad de género ya estaría formada entre los dos y los cuatro años).

Este proceso de asumir la propia sexualidad es algo complicado y siempre podemos dar un paso adelante y dos para atrás, el avance no es continuo, eso depende de cada uno y de las circunstancias que cada persona vaya atravesando, de si el medio donde se vive es más o menos permisivo, también de la actitud y los tipos de vínculos de los grupos a los que se pertenezca: hay grupos más homófobos que otros.

Hay diferentes esquemas y modelos para explicar el *coming out*, pero, para simplificar y al ser un proceso, es más fácil pensarlo en etapas o fases que no son lineales ni deben tomarse como pasos consecutivos que las personas tienen necesariamente que seguir y, mucho menos, cumplir: cada uno realiza su propio *coming out*, que implicará ir del rechazo hacia sí mismo a una progresiva autoaceptación.

Si bien sufrieron desde su aparición fuertes críticas por considerarse que daban un sentido evolutivo que no existiría en la realidad y que están referidos solo a gays y lesbianas con lo que hablarían de cierto destino identitario por seguir, con el tiempo, los modelos en etapas se convirtieron en una importante herramienta psicoterapéutica para ayudar a superar la homofobia internalizada, sobre todo en las llamadas psicoterapias afirmativas.<sup>104</sup> También brindan una forma simplificada de entender el proceso de revertir la homofobia internalizada y asumir una identidad positiva.

Uno de los modelos es el de una psicóloga australiana, Vivienne Cass, que fue la primera en desarrollar la idea de un proceso de desarrollo de una identidad homosexual (tendiente a ser) positiva. Este modelo, el más citado, consta de seis niveles de desarrollo

El primero es cuando la persona se vuelve consciente de ser diferente de los demás (*identity awareness*).

Le sigue el período durante el cual la persona cree que puede ser homosexual (*identity comparison*), y no necesariamente se asume una sexualidad diferente, pero deja de negarla.

<sup>104</sup> Es un tipo de psicoterapia que, independientemente de la escuela teórica a la que adscriba el terapeuta, parte del principio de que no es importante la diferencia probable o posible entre homo y heterosexualidad y que los síntomas disfuncionales deben pensarse, en primer lugar, como producto de la homofobia (internalizada).

Cuando la persona se da cuenta de que es homosexual en un mundo heterosexual debe reconocer en toda su amplitud su “diferencia” y también que es blanco de la homofobia reinante (*identity tolerance*).

Aceptación de la propia identidad con lo que la persona puede empezar a explorar los espacios comunitarios y a desarrollar una visión más positiva de la propia sexualidad.

Otra etapa sobreviene cuando la persona llega a manejarse activamente en su comunidad de pares, donde aceptar, en mayor o menor medida, su homosexualidad y negar la heterosexualidad impuesta, se convierten en sus metas principales, para, finalmente, llegar a una etapa de síntesis en la que se acepta plenamente a sí mismo y a los demás como pares.

O, expuesto de una forma más simple, en pasos:

Tomar conciencia de la propia diferencia: no es necesario asumirla pero se deja de negarla, incluso puede producirse sin ponerle nombre.

Tener relaciones sexuales, donde se puede ser plenamente consciente del acto o no, negándolo *a posteriori*.

Reconocerse a sí mismo (como homosexual, gay, travesti, lesbiana, etc.).

El momento específico del *coming out*: cuando se explicita la propia sexualidad a terceros significativos, esto es develarse a una/s persona/s importante/s para uno. Esta persona puede ser amigo, familiar, etc. Esta fase implica la ruptura del secreto.

Poder tener vínculos estables: amigos/as, pertenecer a grupos. Romper el aislamiento.

Buscar proyectos afectivos desde la propia diferencia, esto significa poder pensar en la posibilidad de tener una pareja dentro de su preferencia sexual, aunque nunca se concrete.

Integrarse en redes sociales desde la propia sexualidad y, principalmente, en espacios y/o grupos de pares.

Finalmente, pero no siempre alcanzable, tener una visión positiva y estable de la propia sexualidad.

Como ya se indicó, al ser un proceso, no es lineal, se va y se vuelve, pero también se puede llegar a una etapa y, sin retroceder, ya no avanzar. Tampoco es paso 1, 2, 3... cada persona es diferente y puede entrar en el proceso por la etapa 3, lo cual no implica que tenga resueltas la 1 y/o

la 2. Una persona puede tener relaciones sexuales incluso antes de tener conciencia de su propia preferencia sexual (lo cual implica situaciones de alta vulnerabilidad). Supongamos que es un hsh que tiene relaciones sexuales con otro hombre sin hacerse planteo alguno acerca de su (homo)sexualidad, ni hacerlo implicará, necesariamente, un proceso de identificación con prácticas homosexuales ni, eventualmente, asumirse, por ejemplo, como homosexual, bi o gay.<sup>105</sup>

En esto intervienen las experiencias personales, el haber sido discriminadx, la red social (amigxs, familia, educadores) que cada cual tenga, el contexto temporal, pero también los miedos:

A perder afectos por ser rechazadx.

A tener una vida poco exitosa o solitaria.

A ser agredidx o alejadx.

A ser expulsadx del grupo familiar.

A decepcionar a las personas significativas (una variante de la idea de rechazo).

Diferentes variables intervienen en el desarrollo del proceso de *coming out*:

-Medio sociocultural

-Medio familiar

-Medios económicos

-Nivel cultural

-Desarrollo de estrategias

-Redes de pertenencia

-Actividades personales

-Contacto con pares

-Acceso a medios

La adolescencia, que es cuando generalmente se empieza a delinear la sexualidad futura, no es fácil. Forjar una identidad precaria que per-

<sup>105</sup> Entiendo por homosexual a aquella persona que se reconoce a sí misma como tal, pero no participa de espacios de socialización entre pares ni se plantea más cuestión que la sexual. Estaría más cerca de la idea de un hsh. Mientras que uso la palabra gay para aquellas personas que se asumen como homosexuales, participan electivamente de espacios de socialización entre pares y se proyectan a sí mismos en relaciones afectivas con otros hombres, habiendo logrado cierto equilibrio consigo mismos como con el medio social.

mita “pensarse” desde algún lugar y dar una sensación de estabilidad, sostenerla, adaptarse a los cambios, asumir que no se es igual a los demás, la inseguridad que puede producir no estar seguro de sí mismo, son solo algunas de las cuestiones por resolver. Si además se agrega una sexualidad que se corre del modelo, todo se potencia, especialmente si recordamos el contexto heteronormativo que va a obligar a las personas con una sexualidad diferente a enfrentar ciertas ideas preconcebidas, nuevamente siguiendo a Blumenfeld:

Que se es diferente por no ser heterosexual.

Reconocer y hacerse cargo del estigma que existe sobre las personas que no son heterosexuales, con lo que se asume que el problema está en unx.

La suposición de que al no ser heterosexual se pertenece a una marginalidad homogénea donde todo el mundo es igual, todos/as tienen el mismo destino, etc.

Las edades en las que se produce el proceso de autoaceptación fueron modificándose con el tiempo y con los cambios sociales. Si tomamos dos parámetros, el registro inicial de ser diferente y el momento en que la persona puede reconocerse en esa diferencia, tendríamos:<sup>106</sup>

	<b>Registro de la diferencia</b>	<b>Autorreconocimiento</b>
1970	14-16 años	19-23 años
Fines de los ochenta- inicios de los noventa	9-10 años	14-16 años
2000	5/7-10 años	Promediando los 13 años

Esta progresiva disminución de la edad en la que se registra y se reconoce la diferencia es el umbral de un cambio por venir: si antes las personas hacían su *coming out* fuera de su casa, ahora el inicio precoz de este proceso obligará a las familias a reconocer y aceptar la convi-

<sup>106</sup> Este cuadro fue elaborado a partir de datos de diferentes estudios: Kryzan, C. (1997; 2000), Savin-Williams, R. y Diamond, L. (2000; 2004), Rosario, M. et al. (1996). FALTAN LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, SI SON PUBLICACIONES O DEMÁS DATOS.

vencia con hijxs que explicitan una sexualidad diferente mientras están todavía dentro del hogar.

Y aunque la forma de inicio sexual también se modifica con el tiempo, no deja de estar marcada por ciertas diferencias entre homo y heterosexualidad dadas por la todavía imperante homofobia:<sup>107</sup>

### ***Heterosexuales***

Son privadas.

Se comentan, generalmente con los pares, en primer lugar, pero no se ocultan necesariamente en la familia.<sup>108</sup>

Del mismo modo, suelen estar avaladas e incluso estimuladas por la red social.

No son marginales.

### ***Homosexuales***

Se ocultan.

No se comentan a menos que ya haya conocimiento de pares.

No están avaladas por la red social.

La excitación sexual se liga a la marginalidad. Es uno de los efectos más perniciosos: no es infrecuente encontrar pacientes que relatan este tipo de experiencias marginales en la adolescencia y que buscan repetirlas en la edad adulta.

El *coming out* funciona como un rito de pasaje y una forma de autoconocimiento, pero no debe pensárselo como un simple momento en el que la persona “asume” su sexualidad ni como algo definitivo. Siempre habrá idas y vueltas que dependen de las circunstancias del sujeto y del contexto social, sobre todo teniendo en cuenta que es un proceso que puede durar toda la vida y cuya meta sería integrar la sexualidad y la identidad personal con el personaje público.

No debemos olvidar que la estructuración de este proceso en fases sirve fundamentalmente para comprender con más claridad la comple-

<sup>107</sup> Esta es una idea general ya que deberían hacerse estudios que investiguen el inicio sexual de acuerdo con la clase, la etnia, los espacios de pertenencia e incluso las trayectorias individuales, pero esto no invalida que el inicio sexual no es igual para homos que para hétéros, dada para lxs primerxs por la marca de una sexualidad aún no aceptada.

<sup>108</sup> Evidentemente esto no funciona igual para varones que para mujeres, pero no es lo que nos ocupa.

ja trama en la que una persona asume su sexualidad diferente, pero, básicamente, funciona como un elemento útil en las psicoterapias de personas que tratan de resolver los desajustes que les produce vivir en una sociedad que solo acepta un modelo sexual.

Si bien la mayoría de las organizaciones de salud mental del mundo occidental se opone a las terapias de conversión (de homo a hétero), las cuales ya se sabe que no funcionan a largo plazo, no existen datos ciertos de qué es lo que realmente hacen lxs terapeutas con sus pacientes gays, lesbianas o travestis. Existe, claro está, una posición políticamente correcta: mostrarse homófobx no es algo bien visto, pero el deslizamiento de valores personales no suele ser infrecuente en los consultorios de todo tipo.

En el año 2009 se publicó un estudio realizado en Gran Bretaña (Bartlett *et al.*, 2009) donde se analizaron las respuestas de 1.328 psicoterapeutas británicos (psiquiatras y psicólogxs) con diferentes orientaciones, a un cuestionario en el que se les pedía que dieran su visión acerca de los tratamientos para el cambio de la orientación sexual y presentar hasta cinco pacientes a lxs que hubieran tratado con ese fin.

De las 1.328 respuestas recibidas, solo el 4% (55/1.328 terapeutas) afirmó que colaborarían si un/a paciente se los solicitara. Sin embargo, un 17% (222/1.328 terapeutas) asistió al menos a un/a paciente, por lo que puede deducirse la contradicción entre el discurso y la práctica real.

De este 17% surgió un total de 413 pacientes. El 52% fueron consultas privadas y el resto se realizó en diferentes establecimientos públicos. Los parámetros para realizar el tratamiento fueron el grado de stress (dado por la distonía con el yo) y la autonomía personal (la capacidad de decidir *per se* realizar el tratamiento solicitado).

De lxs 222 terapeutas que asistieron al menos a un paciente, el 72% (159) considera que este tipo de tratamientos debería ser una opción provista por los espacios de atención, tanto públicos como privados.

Si esto es así entre personas supuestamente capacitadas para trabajar conflictos, y objetivas a la hora de pensar los problemas que lxs pacientes traen a consulta con la consecuente (y supuesta) neutralidad valorativa e ideológica, qué puede esperarse de investigadores y profesionales de la salud, abogadx, educadorxs, medios de comunicación, políticxs, para no mencionar al cuerpo social en su conjunto, cuya visión de la realidad está, en gran parte, formada por lxs anteriores.

Si la discriminación es llevar a la práctica, de modo activo, una acción en menoscabo de algún grupo, en este punto puede ser un paralelo de la homofobia. Sin embargo, esta última es mucho más que la mera discriminación, en la medida en que moldea desde el nacimiento a personas que serán diferentes solo en el punto de su elección sexual y que impregna todo llegando hasta la intimidad familiar para, finalmente, pasar a formar parte de la persona “diferente” quien, como vimos, carece de modelos identificatorios (de ahí la frase de Quentin Crisp al inicio del capítulo).

El mecanismo principal de la discriminación es la exclusión. Esta exclusión puede ser concreta: excluir de una escuela, de lugares de trabajo, de viviendas, iglesias, hospitales, etc. O puede ser simbólica (que no evita las consecuencias prácticas): reglamentos, normas o leyes que excluyen a ciertos grupos, reglas de inclusión y exclusión, limitación de privilegios sociales y, la más importante, la negación de derechos que marcará una desigualdad con la creación de dos tipos de ciudadanos: aquellos que gozan de todos sus derechos y los que no.

La discriminación no es sobre alguien en particular sino sobre un grupo o un individuo en tanto se lo supone perteneciente a ese grupo, solo es parcialmente personal.

Si bien se destaca la existencia de organismos que reciben denuncias por discriminación, (como el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, INADI), en la Argentina no hay un registro unificado, accesible y público ni de las denuncias ni de las acciones emprendidas o los procedimientos regulares seguidos a las denuncias.

La Comunidad Homosexual Argentina (CHA) es la única organización no gubernamental que elabora informes con relativa periodicidad acerca de violaciones de los derechos humanos y violencia explícita sobre la comunidad gltb. Sin embargo no hay seguimiento de los casos o, si lo hay, no figura en los informes, limitados siempre a los casos denunciados o a los que, eventualmente, tienen acceso.

No existe un *corpus* legal protectivo fácilmente localizable, muchas cuestiones se han dirimido favorablemente en los tribunales, pero eso implica quedar a merced de la jurisprudencia que puede ser reconocida o no en otro tribunal o, lo que es lo mismo, quedar a merced de los prejuicios personales de tal o cual juez/a.

En la Argentina no hay actualmente una discusión acerca del es-

tatus que debe otorgarse a la homofobia (patología o crimen), como en otros países, Brasil por ejemplo, pero tampoco existen leyes que penalicen directamente la homosexualidad y, si bien esta no es totalmente aceptada, se nota en los últimos años, al menos discursivamente, un clima general de mayor tolerancia.

A pesar de ese clima de mayor tolerancia hacia HsH y Tv, estamos muy lejos del ideal del respeto, ya que la meta buscada no debería ser la mera tolerancia de la diferencia sino el respeto tanto de las personas en sí como de los derechos que les corresponden por el mero hecho de ser seres humanos. El solo uso de la palabra tolerancia ya implica toda una posición por parte de quienes la utilizan.

La Argentina fue el primer país de América del Sur en aprobar el matrimonio entre personas del mismo sexo y se discuten actualmente proyectos de ley sobre el cambio de identidad legal para personas transgénero y han prosperado juicios individuales dirigidos a ese cambio.<sup>109</sup>

La falta de documentos que aúnen la identidad legal con la identidad de género condena a las personas transgénero al trabajo en negro y/o al trabajo sexual, también las expone a ser abusadas social y económicamente para conseguir vivienda o realizar operaciones cotidianas que las ubica en un lugar de marginalidad tanto social como económica.

El 26 de marzo de 2007, un grupo de expertos en derechos humanos hizo público un documento en el que se especificaba la aplicación de la legislación internacional en derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Este documento se conoce como los Principios de Yogyakarta. En ellos se declara que las leyes que penalizan la homosexualidad violan el derecho internacional a la no discriminación y que según estos mismos derechos las personas gltb tienen derecho a la vida, a vivir sin violencia y sin tortura, a la privacidad, al acceso a la justicia y a no ser detenidas arbitrariamente.

<sup>109</sup> El 2 de diciembre de 2010 se entregó a Tania Luna el primer documento en el país donde coinciden la identidad legal con la identidad de género sin la necesidad de adecuaciones previas, quirúrgicas u hormonales.

## VIII

Casi treinta años después de la aparición del VIH y a partir de la introducción de las terapias antirretrovirales, el sida ha dejado de tener el tono dramático que tuvo al inicio de la epidemia. Actualmente es considerado una enfermedad crónica (persiste aún cierta pregnancia la ecuación sida = muerte) por la mayoría de la gente. Se mantiene omnipresente para las personas que trabajan en el tema y, tal vez, siendo deseable que no, para quienes viven con el virus.

Esta falta de presencia en lo cotidiano hace que el componente de pasión y desborde propios de la sexualidad haga, a veces, trastabillar nuestras creencias/teorías acerca de la sexualidad misma, sesgando la forma como intervenimos sobre las prácticas sexuales y, por elevación, sobre la interrelación entre ellas y el VIH.

*El deseo no es previsible y mucho menos medible o prevenible, está más allá de la epidemiología y la prevención.*

En el inicio de la epidemia y una vez instalado el discurso del preservativo para la prevención del VIH como la mejor y única opción viable, fue evidente el cambio de hábitos sexuales, no en la población HsH, que aún no existía, sino entre gays y afines, donde se logró una disminución en las tasas de infección y, mucho más notoriamente, la instalación del tema. Sin embargo, a partir de mediados de la década de los noventa estas tasas volvieron a aumentar, al punto de considerarse actualmente que la epidemia en la Argentina está concentrada en la población HsH/Tvmf, incluso sin saber si no lo estuvo desde el comienzo.

No existen razones claras ni únicas para ese aumento, pero algunos estudios brindan algunas pistas:

Para los adultos que iniciaron su vida sexual antes de la aparición

del VIH o antes de la aparición de los antirretrovirales, la epidemia hizo que fueran los que adoptaran los mayores cambios en sus hábitos sexuales con la inclusión del preservativo como única forma de preservarse. Casi treinta años después se piensa en la llamada “fatiga del preservativo”, que implica cierto desencanto en el esfuerzo por seguir sosteniendo hábitos rígidos de cuidado en los vínculos sexuales por considerar que el temor al hecho de tener VIH ha perdido fuerza (Abraham, 2006).

Para las personas más jóvenes, cuyo inicio sexual fue posterior a la aparición del tratamiento antirretroviral (ya pasado el punto álgido de la epidemia y que coincidiría con el inicio del desinterés masivo por el VIH, donde el sida empieza a dejar de ser un tema central), el VIH es una preocupación/presencia cada vez más periférica.

Tras la aparición de los tratamientos antirretrovirales, con un considerable aumento en la extensión y calidad de vida, la infección por el VIH se vuelve el equivalente de una infección crónica, lo que implicó una fuerte disminución del temor a la transmisión (Wolitski *et al.*, 2001).

La necesidad de adherencia al tratamiento hace que no se difundan demasiado sus efectos adversos. Esto genera un desconocimiento generalizado acerca de aquellos y lleva a que mucha gente deje de percibir el sida como algo severo y considere su tratamiento como algo inocuo (Van der Ven, 1999).<sup>110</sup>

La percepción de la no detectabilidad del virus en sangre como un equivalente de seronegatividad o, al menos, de la imposibilidad de su transmisión (véase capítulo sobre *bareback*).

La aparición de nuevas generaciones tanto de HsH como de Tv que manejan otros códigos (criterios de masculinidad, objetivos de los encuentros, fantasías relacionales, *serosorting*) así como de circuitos alternativos a los tradicionales (fiestas específicas para sexo, fiestas donde se discrimina por edades, una mayor oferta sexual y el desarrollo de redes sociales con la posibilidad de realizar contactos por Internet, la proliferación de espacios específicos para sexo que excluyen o minimizan la socialización), la ausencia de campañas continuadas y públicas (las campañas siguen en el clóset), una mayor visibilidad social de la diversidad sexual con respuestas sociales también diferentes, hacen que los criterios preventivos deban adaptarse, dada la urgencia de políticas

<sup>110</sup> Es de notar que estos estudios tienen ya diez años sin perder actualidad, que no se han replicado y que las estrategias preventivas no han variado en función de ellos.

e intervenciones dirigidas a que tanto HsH como travestis dejen de concentrar la epidemia.

Es por esta urgencia que los estudios y las investigaciones deberían plantearse no como meros objetos de conocimiento sin finalidad, sino con un criterio de utilidad, de modo que sirvan como insumos de gestión en la planificación de intervenciones eficientes.

Al planificar estudios, investigaciones o intervenciones, no suele haber una práctica preestablecida de monitoreo y evaluación, de modo que no hay forma de lograr un *corpus* de conocimiento eficiente y confiable para refinar las acciones y políticas de salud, sobre todo aquellas que apuntan a los cambios conductuales. Las evaluaciones deben ser previas para tener una idea de dónde y a quién, pero también posteriores, para poder verificar que lo obtenido concuerde con lo buscado y el grado de efectividad y/o utilidad logrado. La evaluación final suele estar sujeta a los resultados informados, sin acciones claras para corroborar la fidelidad (y coherencia) de la información.

Las financiadoras (LUSIDA,<sup>111</sup> en el inicio, o el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria más tarde, por ejemplo) tendieron, por cierta urgencia ante la epidemia, a los proyectos de intervención, dejando de lado los proyectos de investigación, con lo que se actuaba, en general, sobre terreno desconocido o, peor aún, supuesto. El criterio base parece ser cierta urgencia, real sin duda en muchos países, que no toma en cuenta las características propias de la Argentina (donde el VIH tiene más características endémicas que de una epidemia): las fórmulas de intervención se universalizan, suponiendo que la población (HsH y Tv en nuestro caso) es homogénea, los problemas similares en todos lados y el común denominador es el objeto sexual subsumido a una práctica y el VIH. Así, se resolvían los problemas “a demanda” (sobre todo de las personas que vivían con VIH), leídos como inmediatos y sin diferenciarlos de la necesidad (lo que se necesita no es, necesariamente, lo que se demanda), más que tratar de lograr metas a largo plazo o apuntar a desarrollar esa base teórica de apoyo, basada en premisas eva-

<sup>111</sup> El Proyecto de Control del SIDA y ETS (LUSIDA) fue creado, en noviembre de 1997, con financiamiento conjunto del Ministerio de Salud de Argentina y el Banco Mundial, con el fin de disminuir el crecimiento de la epidemia a través de la promoción de actividades de prevención. Su objetivo principal era reducir la transmisión de la infección por VIH/sida, a través de un programa regular y permanente de prevención en sida y ETS. LUSIDA funcionó hasta el año 2001, cuando el MSN decidió discontinuarlo. Fue financiado por el Banco Mundial.

luables y replicables. Esta idea genera una mentalidad de lo instantáneo en lugar de permitir acciones continuadas que brinden la posibilidad de desarrollar herramientas cultural y socialmente sensibles, empezando por aunar un código común que origine un lenguaje apropiado, hecho de particular importancia cuando se trabaja con población HsH y, sobre todo, Tv y hsh.

Como ya se indicó al hablar de los estudios, su rigurosidad y la posibilidad de replicación permitirían comparar resultados y reforzar aquellas intervenciones que probaron, a través de la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación, que en los niveles individual y/o grupal según se trate, tuvieron relativo éxito como, por ejemplo, la consejería y el testeo, el intercambio entre pares, la notificación a las parejas o el apoyo de grupos de pares, donde esto fue posible.

En las estrategias preventivas hay un gran vacío para promover cambios de creencias en el ámbito social: otra visión de la homosexualidad y de las travestis, la inclusión en el nivel público de una discusión honesta acerca de una eventual monogamia (que siempre parece estar dirigida a la población HsH/Tv y nunca a la población heterosexual), donde se establece un doble discurso (que funciona como un factor de moralización de las intervenciones) ya que, mientras se introduce y difunde la idea del *barebacking*, no se habla del no uso del preservativo en el matrimonio heterosexual o las parejas estables, por ejemplo. Ningún estudio apunta a estas cuestiones.

Sin embargo, es prudente no olvidar que algunos de los parámetros que subyacen a estas intervenciones se basan en la responsabilidad individual,<sup>112</sup> no siempre sostenible para todos, y en cambios conductuales en relación con el sexo que son o pueden ser, simplemente, imposibles de implementar individualmente y que pueden convertir la consejería en un discurso moral (disminuir la cantidad de partenaires, monogamia, retraso del inicio sexual en adolescentes, evitar las drogas, etc.).

En relación a esto se consideran algunas cuestiones en particular:

Que los estudios, las investigaciones y los proyectos o programas de intervención deberían ser centralizados por la DSyETS y adaptados por los programas locales que esta dirección coordina, a fin de poder decidir

<sup>112</sup> La apelación a la responsabilidad individual debería hacerse solo cuando puede desarrollarse en el goce pleno de los derechos, de lo contrario es un llamado imposible.

el tipo de estudios que son necesarios respecto de posibles acciones. Toda actividad relacionada con el VIH sería así parte de un plan general con metas objetivables y adaptables localmente.

Sistematizar los estudios y las investigaciones de modo que puedan compararse los resultados de unos con otros (tamaño de las muestras, localidades, grupos *target*, variables conductuales, etc.).

Las principales organizaciones internacionales (OPS/OMS, ONUSIDA), que funcionan como referentes, cuentan con glosarios en los que se intenta aclarar la terminología que usan. Sin embargo, se encuentran en ellas diferencias (incluso en los diferentes escritos de la misma organización), con lo cual se produce una torre de babel sexual.

Establecer entre ellas, junto con la DSyETS, un código común que supere las diferencias y deficiencias de vocabulario para establecer un vocabulario compartido al que los estudios por financiar deberían adscribir, abriendo la posibilidad de que se sepa de qué se habla en cada uno de ellos para establecer comparaciones.

Esto permitiría dejar de considerar la idea de HsH como un cajón de sastre igualitario cuando es claro que incluye grupos disímiles con diferentes grados y estrategias de accesibilidad y, al homogeneizarlos por aplastamiento, se pierden posibilidades de pensar otras modalidades de intervención. También se evitaría empezar hablando de HsH para terminar en un galimatías identitario que quiere explicar lo inexplicable, con el agravante que esta confusión muchas veces invisibiliza las Tv.

En este último sentido, entender que “transgénero” NO es sinónimo de travesti sino que incluye diferentes realidades, con diferentes agendas y prioridades: travestis, transexuales, intersex y otras.

Está implícito que los llamados HsH no constituyen *per se* un bloque monocrorde: conforman un continuo de conductas y prácticas que, si bien heterogéneos en su composición, interactúa al modo de un *point de capiton*. No obstante, en los estudios se observa una homogeneización de las poblaciones sin tomar en cuenta las diferencias conductuales propias de la edad, el medio sociocultural, el grado de integración en redes de pares, el nivel de *coming out*, la migración, las obligaciones familiares, así como la relación con las familias de origen, etnia, etc.

Especificar el espacio del que provienen los participantes. Hay un abismo entre armar la muestra en una disco gay que intentar localizar hsh en un barrio marginal. Es en las diferencias, precisamente, donde siempre están las claves de acceso.

Relacionar los resultados con las edades: no es lo mismo una persona que accede a la sexualidad en la década del 80 que un preadolescente de hoy. Cambia la visión del VIH, de los tratamientos, de los vínculos, de las relaciones familiares, de la visión del sexo y de la forma de encontrar *partenaires*.

Incluir la variable de migración interna de HsH y de las Tv. La migración aumenta la vulnerabilidad de las personas, sobre todo si pensamos que suele migrar alguien ya vulnerado. Migrar implica una ruptura con los espacios y las redes de pertenencia, obliga a cambiar nuestra forma de enfrentar los contratiempos (*coping*) y, de alguna manera, nos pone en manos de otros. Sirve como una medida indirecta de la discriminación en los puntos de origen. La migración también genera niveles de stress que aumentan la vulnerabilidad psicobiológica (a mayor stress mayor depresión, lo que disminuye las defensas, tanto psíquicas como inmunitarias).<sup>113</sup>

Si bien la idea de género fue pensada en su inicio para marcar la influencia de las categorizaciones masculino/femenino imperantes, más tarde permitió incluir otras opciones alternativas a ese binarismo. Con el tiempo género devino casi un sinónimo de mujer: los estudios de género son, en general, estudios sobre las mujeres. Esto obliga a volver a esa idea original y dejar de concebir el género de esta forma para poder incorporar las cuestiones que se relacionan con él en los estudios que se enfocan en hombres, HsH o no, y/o en travestis. Por ejemplo, en el caso del trabajo sexual existe una población de Tv, otra de mujeres, una población de hombres que solo se travisten para tener o vender sexo y otra de hombres trabajadores sexuales poco reconocida. Las prácticas y prevalencias en cada grupo son diferentes, pero, en general, trabajo sexual es sinónimo de mujeres.<sup>114</sup> La idea de género es, o debería ser, algo que amplía las posibilidades de la diversidad y no otra reducción binaria o, peor aún, unaria. Hombres, biológicos o no, y travestis también sufren discriminación por género. Las personas transgénero deberían ser el epítome del género.

Respecto de lo anterior, al estudiar o planificar intervenciones para

<sup>113</sup> En un paneo vía Google no se pudo encontrar un solo estudio sobre inmigración o migración interna que hiciera referencia a las minorías sexuales, solo referencias de género en términos de hombres vs mujeres.

<sup>114</sup> Hay cierta instalación implícita donde trabajo sexual = mujeres, prostitución = travestis, con todo lo que este corrimiento implica.

o con adolescentes, recordar que entre ellxs también existen HsH y Tv, como conducta y como práctica, actual o potencial, y que la relación de esas conductas con la identidad sexual, ya formada o no, hace que exs HsH y Tv queden invisibilizadx, porque las únicas diferencias, más allá de las demográficas, son las de género en el sentido de celeste o rosa. Se subvalora a lxs adolescentes y se lxs considera un hipotético conjunto homogéneo, donde se da por sentada una hipotética heterosexualidad, sin pensar que entre ellxs pueda haber diferentes elecciones de objeto, de género y de identidades, no necesariamente coincidentes. Lxs adolescentes, futuros HsH, Tv o hsm con fantasías homosexuales, suelen ser consideradx un grupo aparte u homogeneizados dentro de los HsH cuando el muestreo lxs incluye. Sin embargo tienen, hoy, un acceso precoz al contacto con otros hombres y pueden pactar un inicio sexual más temprano, marcado, en la mayoría de los casos, por cierta clandestinidad. Sin embargo, esto nunca es lineal: muchos adolescentes pueden tener inclinaciones o fantasías homosexuales e incluso tener prácticas en tal sentido sin que esto implique que se definan o se identifiquen como tales y, tal vez, tampoco lo hagan en el futuro (Kryzan, 1997/2000). Por otro lado, los abusos y las violaciones a adolescentes supuestxs homosexuales, por parte de hombres que se definen como heterosexuales, no son inusuales en los relatos de pacientes durante procesos psicoterapéuticos (Cassese, 2000). Tampoco lo son en entornos exclusivamente masculinos, como las cárceles o en espacios homofílicos (seminarios religiosos, por ejemplo).

La invisibilización de la particularidad dentro de conjuntos “generales” es también una forma de homofobia, tanto cultural como institucional.

Dada la complejidad de HsH y Tv, el ideal sería realizar estudios mixtos, cuantitativos y cualitativos, donde se pueda incorporar la individualidad de los sujetos (incluyendo cómo tramita su realidad y los aspectos psicológicos que se ponen en juego). Podemos estudiar un grupo, pero el momento en que un sujeto decide cuidarse o no es absolutamente individual: las personas buscan tener cierto tipo de sexo en ciertas condiciones, eso no es medible, pero sí comprensible y raramente es explicitado al aplicar cuestionarios donde las respuestas son cerradas. Por eso son necesarias investigaciones que aporten otro tipo de información que permita planificar tomando en cuenta el contexto total de las personas. Disminuir la numerología aumentando la narrativa.

Trabajar en los espacios de sexo (saunas, cines, discos con túneles):<sup>115</sup> impulsar la entrega activa de preservativos, más allá de que existan *dispensers*. Entrega y control de carteles visibles, ofrecer capacitación al personal de esos espacios.

Trabajar con las páginas de contactos y de chats donde la oferta sexual es más rápida y los contactos *bareback*, más fáciles.

Trabajar el tema de las ITS en general en vez de solo hablar del VIH.

Publicitar en todos los sitios mencionados los centros amigables para realizar el testeo de VIH.

Al estudiar la relación de los comportamientos llamados de riesgo (cualquier práctica en definitiva), o supuestos de mayor riesgo, con las características de inserción social general y con pares en particular, así como los procesos de subjetivación que podrían influir en las respuestas personales a las situaciones potencialmente riesgosas, se amplía la idea de riesgo incorporando la dimensión individual. El riesgo es una percepción subjetiva: el riesgo no es igual para todos, es algo aprendido culturalmente y tamizado de modo individual.

En este sentido, al realizar estudios acerca de la población Tv, pensar que los riesgos asumidos están fuertemente vinculados a sus necesidades reales así como al imaginario, personal y social, en el que se mueven, lo que imposibilita, a veces, poder revertir conductas que no son propias sino dictadas, muchas veces, por circunstancias sin salida.

Por eso, al pensar una investigación o una intervención incorporar la idea de que las personas pueden tener, y de hecho tienen, otras prioridades que evitar el VIH, sobre todo al trabajar con grupos vulnerados.

Reconocer que estudiar una población no resuelve los problemas de esta, relacionados con el VIH o no. El conocimiento por el conocimiento mismo no siempre es útil, y el exceso de información sin relación con la realidad de las personas se vuelve difícilmente utilizable y puede oscurecer más que aclarar. Por eso es importante que las investigaciones sobre HsH y Tv se piensen con el criterio de servir como insumos de gestión.

Es necesario ser cuidadosos a la hora de nominar un grupo o población pensando que todo recorte implica inclusiones y exclusiones. Si se habla de HsH o, específicamente, de hsh es necesario tener claro de qué se está hablando y explicitarlo mucho más claramente ¿se está

<sup>115</sup> Espacios específicos dentro de los discos donde las personas se reúnen para tener sexo.

refiriendo a HsH en general o a hsh en particular? ¿hshm? ¿hshmt? lo mismo cuenta para Tv.

Se debe evitar mezclar cuestiones sexuales con cuestiones de género (hombre, en el sentido biológico, no es lo mismo que varón, macho o masculino: un tvfm puede ser más masculino que un hombre biológico). La discriminación, la mayoría de las veces, es “sin darse cuenta”, no es consciente y está profundamente incorporada en el pensamiento binario para el que las categorías hombre/mujer, heterosexual/homosexual y/o masculino/femenino, se aplican por *default*. La excusa, inexcusable, precisamente es “no me di cuenta”.

A pesar del tiempo transcurrido, en algunos documentos y estudios se hace referencia a las poblaciones vulnerables como grupos *de* riesgo, cuando debería hablarse de poblaciones vulneradas y/o con mayor vulnerabilidad inherente, a lo sumo mencionar grupos *en* riesgo o en mayor riesgo. Esto implica repensar las políticas de prevención que son pautadas solo en términos de riesgo de infección y/o protección, en vez de hacerlo desde otras variables como el contexto social, cultural y económico que posibilita ese supuesto “riesgo de”. Sin olvidar(nos) que el “riesgo” no es medible al constituir una construcción que cabalga entre la idea social de riesgo y la valoración individual de él.

¿Es el preservativo la única opción de prevención?

Nadie duda de que es la principal, pero se debería empezar a incluir en los discursos preventivos posibilidades alternativas para no encerrar a las personas, tanto HsH como Tv, ya vulneradas en otras áreas, con opciones “sí o no”, que no dejan espacio para otras posibilidades<sup>116</sup> intermedias o las dejan libradas al azar del momento.

En relación con esto no hay información reunida y accesible que destaque las intervenciones o los proyectos que dieron resultado y los que no (tan importantes como los primeros), tal vez debido a que muchas ONG que llevan a cabo proyectos de intervención no cuentan con los medios para hacer esta evaluación, el monitoreo externo regular (el más ético) no está incorporado y las intervenciones en sí son registradas como algo positivo en el sentido de la sensación de que se hace algo, sin evaluar su efectividad y eficacia reales.

<sup>116</sup> En este sentido, es interesante escuchar las estrategias que despliegan las personas cuando deciden, siempre o eventualmente, no usar preservativo. En estas estrategias entran los mecanismos de selección de *partenaires* tanto por características de las personas como por *serosorting*.

No es menor la cuestión de la duración y continuidad. La mayoría de los estudios y las intervenciones carece de continuidad y su duración depende de la de los subsidios. Si una intervención tiene éxito debería sostenérsela en el tiempo solventando al efector responsable, lo cual implica un trabajo previo de evaluación de intervenciones y de las condiciones que contribuyeron a su éxito o fracaso para replicarlas, o evitar hacerlo según fuera el caso.

Reforzar y sostener a las organizaciones no gubernamentales que prueban fehacientemente efectividad, eficacia e inserción real en sus comunidades debería ser también una meta por conseguir. Muchas organizaciones glbt son pequeñas, con mayor o menor perdurabilidad, en parte por las dificultades para la tramitación de la personería jurídica, la falta de medios para sostenerse y por la discriminación imperante que obstaculiza la participación en ellas. Pertenecer implica, en muchos casos, visibilizarse sumado a una actitud general de desmedro de las identidades (incluso desde los propios espacios gays o queer) que es la forma de presentarse de muchas organizaciones.

Según el estudio de Eduardo Chávez Molina llevado a cabo en el año 2009 la mayoría de las organizaciones no gubernamentales carecería de los elementos necesarios para mantener relaciones fluidas con la comunidad, como computadora, teléfono, espacio físico, acceso a los medios, etc., pero aun así, muchas son reconocidas comunitariamente, apoyarlas sería una forma eficaz de establecer puentes para futuras intervenciones preventivas.

Independiente del trabajo con las organizaciones no gubernamentales, es imprescindible estudiar y trabajar con los efectores de salud locales para evitar actitudes que expulsen a personas ya discriminadas en otros espacios, por ejemplo a voluntarios de ONG que podrían facilitar el nexo entre los espacios de salud y HsH/Tv (trabajo realizado, en su momento, en la CABA<sup>117</sup> con notable éxito).

Esto implica capacitar a los equipos de salud en aspectos básicos sobre sexo y género, sobre las características propias de las sexualidades alternativas, pero también trabajar para que puedan explicitar(se) las propias. Unx profesional de la salud puede estar actuando cuestiones no resueltas de su propia sexualidad y volcar en un espacio que debiera ser neutral sus aspectos homo/bi/travestofóbicos. Ser un/a profesional de la

<sup>117</sup> Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

salud no da conocimientos sobre sexualidad ni resuelve los problemas con esta, propia o ajena, que esx profesional pudiera tener. La homo/bi/travestofobia y la problemática sexual no trabajadas en los equipos de salud pueden funcionar como el principal elemento de fracaso de un programa de salud que tuviera como efector a ese equipo de salud.

Del mismo modo, se debe incluir capacitación específica para el cuerpo docente acerca de sexualidades diferentes a la heterosexual, así como cuestiones de género que superen el binomio celeste/rosa e incluyan a la población trans. La sexualidad está presente en las escuelas, ya desde los jardines de infantes,<sup>118</sup> y es una sexualidad que involucra otras formas sexuales además de la heterosexual que siempre se da por implícita. Lo dicho para lxs profesionales de la salud se aplica también aquí: ser docente no brinda conocimientos sobre sexualidad ni resuelve los problemas que lxs docentes puedan tener con esta.

Generar acuerdos para realizar intervenciones legislativas, que provengan tanto del gobierno central como locales, para preservar los derechos de HsH y de Tv, como una forma de reconocimiento a grupos que solo comparten la dudosa cualidad de ser poblaciones vulneradas.<sup>119</sup> Por ejemplo, plantear parejas estables y monogámicas como estrategia preventiva carecería de sentido en un sistema legal que no reconociera a las parejas no heterosexuales.

No es menor bregar por el reconocimiento de la identidad legal de las travestis<sup>120</sup> visto que es la imposibilidad de acceder como tales al mercado laboral la que deja la prostitución como única opción.

La marginalidad laboral conlleva la marginalidad social, exponiéndolas a la explotación. La vulnerabilidad no es intrínseca a la travesti por el hecho de serlo sino por su carencia de derechos, es una vulnerabilidad en acto instituida por la travestofobia.

Pensar la posibilidad de que las travestis accedan a subsidios o pla-

<sup>118</sup> Sigue siendo muy común escuchar a maestras y madres preguntar a niñxs de cuatro años si ya tienen novix, pregunta que funciona como reforzadora de una heterosexualidad supuesta y, en el caso de que el/la niñx a quien se interroga tuviera inclinación por una sexualidad diferente funciona como reforzador trans/homofóbico.

<sup>119</sup> Los HsH comparten, a lo sumo, elementos de identidad sexual que parten de una elección de objeto no compatible con la norma heterosexual dominante, mientras que las Tv tienen una cuestión de identidad legal al no coincidir su biología con su elección de género.

<sup>120</sup> Situación que se discute actualmente en el Congreso Nacional y de la que ya hay antecedentes judiciales de reconocimiento entre la identidad legal y la de género.

nes así como brindarles facilidades para estudiar, capacitación laboral o plantear proyectos de inserción laboral son alternativas viables que, tal vez, darían opciones diferentes a la prostitución y son también formas de prevención. No olvidemos que muchas travestis envían dinero a sus familias o colaboran con el sostén de algunas compañeras que, en algún punto, también constituyen su familia elegida.

En el inicio de la epidemia, y antes de la aparición de la medicación antirretroviral, los mensajes y las intervenciones ayudaron a lograr una importante concientización acerca del VIH y, en menor medida, del uso de más o menos generalizado del preservativo. Esto introdujo cierta conciencia de situaciones potencialmente dañinas, como las ITS, cuando el miedo potenciaba el interés en el autocuidado y no distinguía demasiado entre las personas (fueran hétero, homo, bi o trans). Esos mensajes e intervenciones no apologizaban ni moralizaban, solo atendían al sentido común de establecer un cuidado razonable de sí mismx y del otrx.

Con el tiempo, al no incorporar las particularidades acerca del devenir de las formas de vinculación de HsH ni de las prácticas involucradas donde el sexo es, muchas veces, una primera forma de acercamiento en una variedad de niveles que no excluyen la potencialidad de una relación afectiva y que hace que muchos apuesten a un encuentro sexual, aun tomando riesgos tales como no utilizar el preservativo, estos discursos se hicieron rígidos y perdieron fuerza. El discurso acerca de la promiscuidad y monogamia generó un mayor desuso del preservativo, que suele darse no tanto entre relaciones ocasionales sino entre vínculos establecidos, donde la ausencia de preservativo genera un falso escenario de intimidad y confianza, dándose por supuesta la serología del otrx.

La instauración de la serología como algo absolutamente privativo de cada uno convirtió esta información confidencial en un secreto que debe protegerse a toda costa, estando aún vigente la idea de que hacer un *coming out* serológico es un suicidio sociosexual. Lo confidencial se vuelve estigma. Esto hace problemático develar la condición de seropositividad a lxs *partenaires*, generando dilemas que angustian al sujeto portador y un obstáculo en términos de cuidado tanto de sí como del otro.

El sostenimiento de ese secreto, tras la aparición de tratamientos efectivos, contribuye a que el VIH/sida no pueda ser tratado como un tema más. El secreto, todo secreto, siempre es supuesto vergonzante y, a modo de mácula, colabora a potenciar la trans/homofobia donde, aquí,

funcionaría como el sostén de la sidofobia a la manera de un estigma, retroalimentándose.

Los hombres (con concordancia biológica y genérica) en general, no suelen ser tomados muy en cuenta dentro de las problematizaciones de género, las cuales parecen estar mayormente reservadas para las mujeres. Sin embargo, la constitución sociocultural de lo que es un hombre, un varón, un macho, etc., es importante a la hora de pensar cómo afecta esto las conductas futuras en términos del continuo HsH y sus subrogados preventivos: el imaginario social suele ubicar al homosexual en un universo feminizado, con lo que la cuestión del género hace su aparición en términos de vulneración.

Por esto, me parece importante reiterar que seguir pensando el género como una cuestión que solo afecta a las mujeres, es una reducción que invalida la intención con que la idea de género fue introducida en el campo de la sexualidad. Sin contar a las travestis y otras identidades trans que abren un sinfín de posibilidades enriquecedoras pocas veces tenidas en cuenta en los estudios sobre género y/o el VIH.

De este modo, se generan los mensajes difusos enviados a grupos generalizados (HSH, Tv, adolescentes, adictxs, trabajadorxs –más as que os– del sexo), grupos que no necesariamente se reconocen o identifican con ellos, para así incorporarlos como propios. Sabemos, a esta altura, que los mensajes efectivos son solo aquellos que se dirigen a la cotidianidad y a los intereses concretos de cada grupo, única manera de que se produzca esa internalización, única opción para un cambio conductual.

La población HsH/Tv (glbt en general), vulnerada y señalada socialmente, ha sido puesta como ejemplo de lo que debe ser y no ser en relación con el VIH, mientras continua sufriendo una homofobia que, no por poco evidente, u oculta tras discursos de tolerancia políticamente correctos, no deja de tener efectos devastadores. Señalada como el inicio de la epidemia carga aún hoy con el estigma de puto/trava = VIH y, a pesar de que la epidemia está (o sigue desde el inicio) concentrada en esta población, no se destinan los recursos necesarios para una prevención exhaustiva ni se realizan campañas de concientización pública: ubicados como marginales, las campañas preventivas pro HsH/Tv son también marginales.

Se sigue escuchando todavía que una persona que toma riesgos al tener relaciones sexuales sin preservativo (o que toma riesgos a secas) lo hace porque tiene alguna disfunción (mental), se intoxica o es pro-

miscua, lo cual no es más que una simplificación tan homofóbica como cualquier otra, que refleja el modo como las personas efectoras de la prevención deciden “ver” a la comunidad gltb. Los estereotipos suelen ser más convenientes y tranquilizadores que la realidad.

El logro de una vivencia positiva de la propia sexualidad convierte a las personas en sujetos de esa sexualidad, permitiéndoles que incorporen el cuidado de sí mismxs que cualquiera realiza en los demás actos de su vida cotidiana. Para ello las intervenciones y los mensajes que involucran la sexualidad deben ser dirigidos tomando en cuenta las particulares condiciones sociales, culturales y de vulneración en que esa sexualidad se despliega, utilizando un lenguaje claro, con términos entendibles, en primer lugar, para aquellos a los que se envían esos mensajes.

Un trabajo preventivo dirigido a las minorías sexuales debería plantearse teniendo en cuenta sus características de constitución identitaria individual en relación con los procesos de discriminación imperantes (homo/bi/transfobia), privilegiando las características y los procesos particulares de cada grupo, sin olvidar las posibilidades subjetivas de las personas, en vez de epidemiologizar el VIH con universales o mediante la aplicación de fórmulas, tal vez útiles en otros espacios geográficos, cuyos resultados se toman como explicaciones congruentes y válidos en todo lugar.

## **Desconociendo las diferencias se niega o tergiversa la realidad**

Brindar servicios y acciones precisas ligadas a las necesidades cotidianas y concretas de cada grupo determinado (HsH en todas sus variedades –de las más visibles a las ocultas y/o marginales–, así como a Tv), utilizando los códigos que se manejan específicamente en esos grupos, es reconocer la realidad sin discriminaciones homo/bi/travestofóbicas. Implica también lograr cambios de conductas a través de acciones que desmitifiquen aquellos aspectos de la sexualidad que puedan ser negados o vividos como marginales. Toda conducta pensada como marginal se cubre de secreto y por lo tanto aumenta la vulnerabilidad de las personas.

Nadie duda de que el preservativo fue y es la mejor forma de prevención conocida en términos de transmisión del virus, pero tratar de

meter a todo el mundo en la misma bolsa de látex es escotomizar el gran problema de la individualidad y su contexto.

El discurso preventivo basado exclusivamente en el preservativo se transformó en un discurso moral que señala al que cumple del que no, al sexo bueno del sexo malo, pero lo moral, señalado desde afuera, finalmente cansa y así aparece la fatiga del preservativo.

Reactualizar, entonces, el discurso acerca del VIH como algo que debe ser tomado en cuenta, que una vez adquirido no hay vuelta atrás, reforzando la idea de que la indetectabilidad no es una categoría del ser (soy indetectable) y que no es lo mismo que ser seronegativo.

Informar acerca de la medicación en forma abierta: que no es inocua, que trae problemas, que tener VIH no es el paseo que muchos creen al pensarlo como algo que se “cura” con pastillas o que al ser una enfermedad crónica “no pasa nada”.

El derecho a la identidad, a gozar de la propia sexualidad, a tener una pareja, varias o ninguna, el derecho a que esas parejas sean reconocidas en forma plena y con todas las garantías, la libre elección de género y su reconocimiento legal, también son formas de prevención como lo son el derecho a la salud, el trabajo y la vivienda. Solo así una persona puede ser plena como tal y, de ese modo, responder a la atribución de responsabilidad por sus actos y elaborar las pautas necesarias para tomar decisiones como una persona adulta. Y entre sus elecciones elegirá cómo cuidarse y hasta dónde, lo cual también debe ser respetado.

## Glosario

La idea de este glosario no es coagular la esencia de un término (cosa por imposible, sabida) sino procurar cierta claridad en su uso o, al menos, el uso que se les da en este trabajo. Al leer los trabajos referidos a VIH con sexualidades diversas (no héteros ¿o sí?) que incluyen a hombres –biológica y genéricamente– o a travestis MF lo primero que llama la atención es la ubicuidad en el uso de los términos, muchos de los cuales no son siquiera definidos sino dados y en este darse se escurre el deslizamiento toda vez que la ausencia de definición es, en sí misma, toda una definición.

### ***BAREBACK/MONTAR A PELO***

Es la situación en que una persona decide, voluntaria y conscientemente, no utilizar preservativos en sus prácticas sexuales.

No es una práctica contextual o azarosa sino intencionalmente elegida por el individuo, incluso en conocimiento de los riesgos a que podría exponerse. No es un trastorno en la personalidad del sujeto, no se diferencia de otras prácticas sexuales ni debe confundirse con aquellas personas que no usan el preservativo, dependiendo del contexto o del *partenaire*, ya que en este caso el no uso del preservativo es ocasional y no premeditado o, al menos, meditado.

### ***COMING OUT***

Proceso por el cual una persona asume su sexualidad cuando esta no coincide con la sexualidad culturalmente dominante.

Esta situación puede ser o no comunicada a otros. Es un proceso individual, pero íntimamente relacionado con el entorno social de la persona que lo realiza, cuyos avances e involuciones implicarán diferentes posiciones subjetivas que comprometerán en mayor o menor medida las estrategias de protección hacia sí y hacia terceros que pueda adoptar esta persona.

### **CONDUCTA**

Son pautas de comportamiento relativamente estables.

## **DISCRIMINACIÓN**

En su forma más llana se habla de discriminación toda vez que se le niegan derechos a una persona o grupo. La discriminación es una falta de derechos.

Para la ONU “La discriminación incluye toda conducta basada en distinciones que se hacen en base a categorías naturales o sociales, sin que ello tenga relación con las capacidades o méritos individuales ni con la conducta concreta de la persona individual”.

La discriminación siempre se basa en un prejuicio, pero no todo prejuicio implicará discriminación.

## **ESTRATEGIAS DE COPING**

Son los recursos y las aptitudes que posee una persona para afrontar los contratiempos y mejorar su vida.

## **GÉNERO**

Es el conjunto de significados, contingentes, que los sexos asumen para expresar las categorías de lo femenino y de lo masculino en una sociedad dada, no son universales y ni naturales y solo son válidos en esa sociedad.

Permite pensar a las personas considerando las normas, representaciones, ideas, comportamientos, etc., que se han ido construyendo socialmente como “naturales” y atribuidas a las diferencias biológicas entre los sexos. Pensada originalmente para superar el binarismo biológico se constituyó con el tiempo en un binarismo simbólico no necesariamente incluyente.

## **GAYFOBIA**

Es el temor irracional hacia los hombres que se identifican a sí mismos como gays. Puede estar dirigida a personas que son vistas como gays sin serlo.

## **HETEROSEXISMO**

Es la suposición de que todo el mundo es heterosexual y que las personas heterosexuales son, por naturaleza, superiores a aquellas no heterosexuales. Implica el prejuicio hacia las personas homo, bi y transexuales.

## **HETEROSEXUALIDAD OBLIGATORIA O HETERONORMATIVIDAD**

Es un dispositivo que se impone por diversos mecanismos e instituciones (salud, educación, religión, derecho), donde la heterosexualidad aparece como supuestamente necesaria para la supervivencia de la sociedad y como único modelo válido, imponiendo las formas de relación afectiva y sexual así como los vínculos de parentesco válidos.

Su sostén ideológico es un sistema dicotómico y jerarquizado basado en la idea de que solo existen dos categorías diferentes y complementarias: el hombre y la mujer, lo que implica, a su vez, que los roles sociales están diferenciados y

que solo son válidas y naturales las relaciones sexuales y de matrimonio entre hombres y mujeres. Es una visión esencialista del ser humano.

### **HOMOFOBIA**

Son los sentimientos negativos, las actitudes y conductas dirigidos en contra de conductas o personas homosexuales (Weinberg, 1972).

### **HOMOGENÉRICO**

Personas que basan su elección de objeto en la similitud/igualdad de género antes que en la biológica.

### **HOMOSEXUAL**

Toda persona que mantiene relaciones, en forma estable, con otra de su mismo sexo y género.

*Hombres que tienen sexo con hombres (HSH):* Categoría epidemiológica que intenta incluir las variedades, identitarias o no, de aquellos hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.<sup>121</sup>

El conjunto de HSH se compondría de toda una variedad de grupos cuya diferencia estaría dada por variables tales como el nivel evolutivo del proceso de *coming out*, la elección identitaria, el grado de inserción a redes de pares, etc.

En muchos estudios los HsH suelen incluir a las travestis.

*Hombres que tienen sexo con hombres propiamente dichos (hsh):* Hombres, genérica y biológicamente considerados como tales, que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Suele utilizársela como una categoría diferente, por ejemplo cuando se dice gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

Se la puede considerar una categoría dentro del campo de los hombres que tienen sexo con otros hombres no siendo necesariamente homosexuales por lo que incluye a aquellos genérica y biológicamente considerados como tales, que tienen sexo con personas que genérica y biológicamente se presentan como hombres, sin reconocerse como homosexuales u otra categoría identitaria dentro del campo de la homosexualidad masculina. De hecho, pueden considerarse heterosexuales.

*Hshm (bisexuales):* Hombres, genérica y biológicamente considerados como tales, que mantienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, genérica y biológicamente considerados/as como tales.

<sup>121</sup> En general se presupone que estas son relaciones anales.

*Hshmt (pansexuales)*: Hombres, genérica y biológicamente considerados como tales, que mantienen relaciones sexuales con hombres, mujeres y travestis.

Hay, por supuesto, otras categorías por pensar, tales como la inclusión de HSH que tienen relaciones con personas que no se definen como hombres, ni mujeres ni travestis.

## **IDENTIDAD DE GÉNERO**

Es el reconocimiento que una persona hace de sí misma como miembro de un sexo y no del otro, o sea, la íntima conciencia que cada persona tiene de ser hombre o de ser mujer.<sup>122</sup>

## **IDENTIDAD DE ROL GENÉRICO**

Son las actitudes y conductas particulares que se expresan tanto en los patrones generales de interacción social, como específicamente sexuales, y que caracterizan y diferencian a hombres y mujeres.

Son todas las estrategias, los símbolos (ropa, accesorios) y las conductas que una persona adopta para comunicar a otros su elección de género.

## **INTERSEXUALES**

Cualquier persona cuyo cuerpo (y en particular sus genitales) varían, por lo general desde el momento de nacer, respecto de lo que nuestra cultura considera como los cuerpos de macho o hembra típicos.

Suelen ser sometidos a prácticas médicas de “normalización” corporal.

## **ORIENTACION SEXUAL**

La orientación sexual (o inclinación sexual) se refiere al objeto de los deseos eróticos y/o amorosos de un sujeto, como una manifestación más en el conjunto de su sexualidad.

La orientación sexual se clasifica casi siempre en función del sexo de la o de las personas deseadas en relación con el del sujeto. Abarca desde la persona que no hace ninguna elección de objeto (asexual) hasta la elección de objetos múltiples (pansexual).

## **POBLACIÓN(ES) VULNERADA(S)**

Es cualquier grupo que, por diferentes razones, no goza de los mismos derechos y/o posibilidades que el resto de la población, ya sea en términos sociales, económicos o de salud, lo cual hace padecer a las personas que componen esos grupos, situaciones que no afectan a otros.

<sup>122</sup> Si bien esta es la definición clásica que mantiene la diferencia binárica, lo correcto debería ser “[...] tiene de ser hombre, mujer o trans”.

## **PRÁCTICA**

Son acciones que realiza un individuo en momentos determinados que no necesariamente constituyen una pauta de conducta. Pueden ser continuas o aisladas, contextuales o no.

## **PREFERENCIA SEXUAL**

Es una idea similar a la de orientación sexual, pero que toma en cuenta la posibilidad de cierta fluidez de las inclinaciones eróticas y/o amorosas de las personas lo que permite pensar que la orientación hacia el objeto erótico no es algo fijo ni definido desde edad temprana.

## **QUEER**

Incluye a las personas que se consideran fuera de la norma sexual heterosexual/homosexual, pueden ser héteros, homos, bi, trans, etc., la cuestión pasa por un posicionamiento ideológico en relación con el sexo/género.

## **SEXISMO**

Es la discriminación de un sexo o género por considerarlo inferior a otro.

Es una variante del esencialismo<sup>123</sup> y puede entenderse como sexismo contra las mujeres (misoginia), contra los hombres (misandria) o contra las personas transgénero.

## **TRANSGÉNERO**

Cualquier persona que se sale de las convenciones de los géneros masculino y femenino, sea porque se identifica en un género distinto a hombre o mujer, sea porque altera su cuerpo volviéndolo diferente tanto de los cuerpos masculinos como de los femeninos.

## **TRASTORNO EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO**

Cuando existe una discordancia entre el cuerpo biológico y su representación sexuada.

## **TRAVESTI MF**

Una persona que, sin modificar sus genitales masculinos, se expresa en el género femenino.

Las travestis pueden modificar o no su cuerpo (prótesis mamarias, tratamientos hormonales, etc.).

<sup>123</sup> El esencialismo plantea que habría una esencia que precede a la existencia, lo cual niega la libertad de las personas, que quedan reducidas al producto de un determinismo que las define y del que no se puede escapar.

## **TRANSEXUAL**

Una persona que siente que su identidad de género no se corresponde con el sexo que manifiesta su cuerpo.

La mayoría suele realizar intervenciones hormonales o quirúrgicas que corrijan esa discordancia, pero no todas las personas transexuales se operan.

## **TRANS(GÉNERO)FOBIA:**

Es el temor irracional hacia las personas cuya identidad de género no coincide con su sexo biológico.

## **VULNERABILIDAD**

Por vulnerabilidad entendemos las características de una persona o grupo respecto de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza, implicando una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien queda en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad. Sería una medida del grado de susceptibilidad de una persona expuesta a ser afectado por un fenómeno perturbador.

La vulnerabilidad siempre es relativa a las circunstancias biológicas, sociales, culturales, económicas pero también personales (en el sentido de la historia personal de cada sujeto), por lo que cada persona tiene su propio nivel de vulnerabilidad, más allá de las vulnerabilidades propias de una población o grupo.

La vulnerabilidad, a diferencia del riesgo, es una valoración social: nadie se piensa a sí mismo como vulnerable o vulnerado (o sí, pero solo en relación con otros) y mucho menos un grupo cuya vulnerabilidad debe ser señalada desde fuera.

## Fuentes / Bibliografía

- Allport, G.: *La naturaleza del prejuicio*, Buenos Aires, Eudeba, 1971.
- Amadio, D. M.: “Internalized heterosexism, alcohol use, and alcohol-related problems among lesbians and gay men”, en *Addictive Behaviors*, vol. 31, 2006, págs. 1153-1162.
- Ariés, Ph.; Bejín, A.; Foucault, M. *et al.*: *Sexualidades occidentales*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Ávila, M. M.; Pando, M. A.; Maulen, S.; Marone, R.; Duranti, R.; Weissenbacher, M. *et al.*: “Prevalence of Syphilis among men who have sex with men (MSM) in Buenos Aires, Argentina”, ponencia presentada en el 8th World STI/AIDS Congress, Punta del Este, Uruguay, 2-5 de diciembre de 2003.
- Ávila, M. M.; Pando, M. A.; Maulen, S.; Marone, R.; Duranti, R.; Weissenbacher, M. *et al.*: “HIV prevalence and incidence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. 2000-2002”, ponencia presentada en el II Foro en VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe, La Habana, 2003.
- Badinter, E.: *XY, la identidad masculina*, Bogotá, Editorial Norma, 1993.
- Barrón López, S.; Libson, M. y Hiller, R.: *Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres*, Buenos Aires, Grupo de Estudio sobre Sexualidades (GES), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. UBATEC S. A., Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, diciembre de 2007.
- Bartlett, A. *et al.*: “The response of mental health professionals to clients seeking help to change or redirect same-sex sexual orientation”, en *BMC Psychiatry*, 2009, Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/11>.
- Berger, P. y Luckmann, T.: *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
- Berkins, L. y Fernández, J.: *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de*

- la comunidad travesti en Argentina*, Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2005.
- Blastland, M. y Dilnot, A.: *El tigre que no está, un paseo por la jungla de la estadística*, Madrid, Turner Publicaciones, 2009.
- Bleichmar, S.: *Paradojas de la sexualidad masculina*, Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Blumenfeld, W. J.: *Homophobia, how we all pay the price*, Boston, Beacon Press, 1992.
- Boletines sobre el VIH-sida en la Argentina de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión sexual del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS-MSN), n° 20 (junio de 2001) al 26 (noviembre de 2009).
- Borrillo, D.: *Homofobia*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2001.
- Bozon, M.: "Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos, en *Sexualidad, salud y sociedad*, Revista latinoamericana, 2009. Disponible en: [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org).
- Cass, V. C.: "Homosexual identity formation: a theoretical model", en *Journal of Homosexuality*, vol. 4, 1979, págs. 219-235.
- Cassese, J.: *Gay Men and Childhood Sexual Trauma, Integrating the Shattered Self*, Nueva York, Haworth Press, 2000.
- Centurión, M.; Durante, R.; Hessling, M.; Leone, G. y Sotelo, J.: *Salud, VIH-sida y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*, Buenos Aires, MSN/ONUSIDA/OPS, 2008
- Cochran, S. D.; Ackerman, D.; Mays, V. M. *et al.*: "Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population", en *Addiction*, vol. 99, 2004, págs. 989-998.
- Comunidad Homosexual Argentina: *Informe de la situación jurídica y de ciudadanía de la comunidad gay, lésbica, travesti, transexual, bisexual e intersexual (glttbi) - 2002 y 2006*, Buenos Aires.
- Chamorro, M.; Duranti, R.; Marone, R. y Maulen, S.: Aspectos vinculares de una muestra de varones gays y bisexuales considerados según su status serológico para el VIH, Grupo Nexa, póster presentado en el V Congreso Argentino de Sida, Mendoza, 2002.
- Chávez Molina E.; *et al.*: *Capacidades institucionales de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con poblaciones vulnerables al VIH y personas que viven con el VIH*, Buenos Aires, MSN Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

- Chernin, J. N. y Johnson, M. R.: *Affirmative psychotherapy and counseling for lesbians and gay men*, Londres, Sage Publications, 2003.
- Delfino, S.; Parchuc, J. P. y Rapisardi, F.: *Informe sobre Derechos Humanos de Lesbianas, gays, Bisexuales y Trans (LGBT) de Argentina*, Buenos Aires, Federación Argentina de lesbianas, gays, bisexuales y trans (FALGBT), 2008.
- Docter, R. F.: *Transvestites and Transsexuals, toward a theory of cross-gender behavior*, Nueva York, Plenum Press, 1990.
- Drescher, J.; D'Ercole, A. y Schoenberg, E.: *Psychotherapy with gay men and lesbians, contemporary dynamic approaches*, Nueva York, Harrington Park Press, 2003.
- Duranti, R.; Marone, R. y Maulen, S.: Representación social de la homosexualidad: análisis de intervenciones comunitarias. Primer encuentro de psicoterapeutas GLTBI/Grupo Nexa, Buenos Aires, 1999.
- Eribon, D.: *Identidades, reflexiones sobre la cuestión gay*, Barcelona, Ediciones Bella-terra, 2000.
- : *Una moral de lo minoritario, variaciones sobre un tema de Jean Genet*, Barcelona, Editorial Anagrama, 2004.
- Fay, R.; Turner, C.; Klassen, A. y Gagnon, J.: “Prevalence and patterns of same-gender sexual contact among men”, en *Science*, vol. 243, 1989, págs. 338-348.
- Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans: *Informe sobre derechos humanos de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGTB)*, Buenos Aires, FALGBT, 2008.
- Fernández, J.: *Cuerpos desobedientes, travestismo e identidad de género*, Buenos Aires, Edhasa, 2004.
- Fone, B.: *Homofobia, una historia*, México D.F., Océano, 2008.
- Giddens, A.: Modernidad y autoidentidad, citado en *Las consecuencias perversas de la modernidad*, VV.AA, Barcelona, Anthopos editorial, 2007.
- Gilman, S. E.; Cochran, S. D.; Mays, V. M. *et al.*: “Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey”, en *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 6, 2001, págs. 933-939.
- Gilmore, D. D.: *Hacerse hombre, concepciones culturales de la masculinidad*, Barcelona, Paidós, 1994.
- Gogna, M.: *Estado del arte, investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002)*, Buenos Aires, CEDES, 2005.

- Goldstein, E. y Bozon, M. (coords.): *Estudio nacional de comportamiento sexual en Chile, primeros análisis*, Comisión Nacional de Sida, Santiago de Chile, Ministerio de Salud, 2000.
- Gonsiorek, J. C. y Weinrich, J. D. (eds.): *Homosexuality, research implications for public policy*, Londres, Sage publications, 1991.
- Guss, R. y Drescher, J.: *Addictions in the gay and lesbian community*, Nueva York, The Haworth Press, 2000.
- Grupo Nexo: Uso del profiláctico durante el sexo oral y anal de una muestra de varones gays y bisexuales en pareja y practicando el sexo casual, póster presentado en el V Congreso Argentino de Sida, Mendoza, 2002.
- Grupo Nexo: “Estudio de Prácticas Sexuales y Conciencia de Riesgo de Infección de Vih-Sida en un grupo de varones gays y bisexuales”, Nexo A. C., Buenos Aires, Argentina, 2002. Disponible en <http://www.nexo.org/notasalud03.htm>.
- Grupo Nexo: Estudio de Incidencia de Infección por VIH en Varones Gays y Bisexuales. Nexo AC - Centro Nacional de Referencia para el SIDA (Universidad de Buenos Aires) - Programa de Virología NMRCDC US (Lima, Perú).
- Hessling, M.: *Travestismo: una (práctica) crítica (o una crítica práctica) a la sexualidad burguesa. La travesti como sujeto popular y la prostitución como práctica popular*, Tesis de grado CsC, FCS, UBA, 2006.
- INDEC: *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015*. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar>
- Jones, D. *et al.* (eds.): *Sociabilidad, política, violencia y derechos. La marcha del orgullo GLTTB*. Primera encuesta, Buenos Aires, GG, AQ, CLAM, 2004.
- Jones, D. *et al.* (eds.): *Sexualidades, política y violencia. La marcha del Orgullo GLTTBI*, Segunda encuesta. GES, GG, FCS, UBA. Con apoyo del Clam, Buenos Aires, 2005.
- Jones, D.: *Sexualidades adolescentes*, Buenos Aires, Ciccus/Clacso, 2010.
- Kornblit, A. *et al.*: *Actitudes, información y conductas en relación con el VIH sida en la población general. Informe para el establecimiento de la línea de base para el Proyecto: Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH sida en la Argentina*, Buenos Aires, PNUD/FMLcSTM/GG, FCS, UBA, Buenos Aires, 2004.
- Kinsey, A.; Pomery, W. y Martin, C.: *Sexual Behavior in the human male*, Indiana University Press, 1998 (reimpresión del original de 1948).
- Kryzan, C.: *Outproud/Oasis Internet Survey of Queer and Questioning Youth*, Outproud org., 2000.

- Lizarraga Cruchaga, X.: *Una historia sociocultural de la homosexualidad, notas sobre un devenir silenciado*, México D.F., Paidós, 2003.
- Llamas, R. (comp.): *Construyendo sidentidades, estudios desde el corazón de la pandemia*, Madrid, Siglo XXI, 1995.
- Maulen, S. (coord.): *Línea de Base en HSH*, Grupo de Investigadores Argentinos Gays (GIGA), Buenos Aires, Fondo Global de Lucha contra el Sida, 2004.
- MCP de Argentina: *Intervenciones en VIH/SIDA, Guía de Proyectos*, Buenos Aires, UBATEC S.A., Fondo Mundial, noviembre de 2008.
- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Programas Sanitarios. Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS: <http://www.msal.gov.ar/sida>.
- Money, J.: *Gay, straight and in-between, the sexology of the erotic orientation*, Nueva York, Oxford University Press, 1988.
- Muchembled, R.: *El orgasmo y occidente. Una historia del placer desde el siglo XVI a nuestros días*, Buenos Aires, FCE, 2008.
- Naciones Unidas: *Los principales tipos y causas de discriminación*, 1949, XIV, 3, 1949, pág. 2.
- Núñez, F.; Laplacette, G. y Sotelo, R.: *Conociéndonos mejor*, Buenos Aires, Centro para la investigación y asesoramiento en salud (CIAS), 2008.
- ONUSIDA (<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources>).
- : *Estudio de caso sobre la estimación de la infección por el VIH en una epidemia concentrada: Enseñanzas de Indonesia*, 2004.
- : *VIH y relaciones sexuales entre hombres*, 2007.
- : *DDHH, salud y VIH, guía de acciones para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*, 2007.
- : *Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las instituciones nacionales de Derechos humanos*, 2007.
- : *Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo*, 2008.
- : *Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH, hacia el acceso universal*, 2008.
- : *Directrices prácticas para poner en marcha equipos y programas conjuntos de apo-*

- yo sostenibles y eficaces. Segundo documento de orientación, Programa y equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el sida, 2008.
- :MEGAS *Medición del gasto en sida: Taxonomía de la clasificación y definiciones*, 2009.
- :La homofobia dificulta la prevención del VIH, 2009. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/Resources/PressCentre/Featurestories/2009/January/20090113MSMLATAM/>.
- PAHO: *HIV-related Language*, Pan American Health Organization, 2006. Disponible en: [http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/Acronym\\_hivAIDS.pdf](http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/Acronym_hivAIDS.pdf).
- Pando, M. A.; Maulen, S.; Negrete, M.; Russel, K.; Salomón, H.; Marone, R.; Durante, R.; Weissenbacher, M. y Ávila, M. M.: “Prevalencia de infección por HIV-1 en población Gay de Buenos Aires”, ponencia presentada en el V Congreso Argentino de SIDA, Mendoza, 15-18 de noviembre de 2001.
- Pando, M.; Maulen, S.; Weissenbacher, M.; Marone, R.; Duranti, R.; Ávila, M. *et al.*: “High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection”, en *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, nº 7, octubre de 2003, págs. 35-40.
- Parsons, J. T. *et al.*: “Correlates of sexual risk behaviors among HIV-positive men who have sex with men”, en *AIDS, Education and Prevention*, vol. 15, 2003, págs. 383-400.
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (coords.): *Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina*, Buenos Aires, MCP, UBATEC S.A., 2007. Disponible en: <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/informeesspvs2006pecheny-manzellietal.pdf>.
- Pené, M.; Sotelo, J.; Khoury, M. y Muiños, R.: Estudio sobre seroprevalencia de vih en personas trans (travestis/transexuales/transgénero) y su asociación a prácticas de riesgo. Proyecto “Actividades de Apoyo a la Prevención y Control del VIH/sida en Argentina”, Buenos Aires, Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, UBATEC S.A., 2006.
- Reisman, J. y Eichel, E.: *Kinsey, sex and fraud: The indoctrination of a people*, Los Ángeles, Huntington House, 1990.
- Rodríguez, R.: “Un aporte a la reflexión: travestismo y prostitución”, ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de la Red de Investigadores LGBT del Mercosur, Uruguay, 2008.
- Rodríguez González, F. (ed.): *Cultura, homosexualidad y homofobia*, Barcelona, Laertes, 2007.

- Rose, A.: *El origen de los prejuicios*, Buenos Aires, Lumen, 2008.
- Ross, M. W.: *HIV/AIDS and sexuality*, Nueva York, Harrington Park Press, 1995.
- Saléis, J.: *Médicos, maleantes y maricas*, Buenos Aires, Beatriz Viterbo Editora, 1995.
- Salomón, H. et al.: *Determinación de seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y embarazadas*, Buenos Aires, CNRS. UBATEC S.A., 2008.
- Sell, R.: "Defining and Measuring sexual orientation: a review", en *Archives of Sexual Behavior*, vol. 26, 1997, págs. 643-658.
- Stern, E. M. (ed.): *Psychotherapy and the promiscuous patient*, Nueva York, Haworth Press, 1992.
- Suárez, T. y Miller, J.: "Negotiating risks in context: A perspective on unprotected anal intercourse and barebacking among men who have sex with men - where do we go from here?", en *Archives of Sexual Behavior*, vol. 30, 2001, págs. 287-300.
- Timberlake, S.: "Men Having Sex with Men and Human Rights The UNAIDS Perspective", ponencia presentada en la ILGA World Conference Pre-Conference: MSM & Gay Men's Health, Ginebra, 29 de marzo de 2006.
- UBATEC S.A.: *Proyecto de Actividades de Apoyo para la prevención y control del VIH en Argentina. Informe técnico*, Buenos Aires, 2006.
- Unesco: Recomendaciones de la UNESCO sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA, 2008. Disponible en: <http://www.unesco.org/aids>.
- Upchurch, D. M.: "Inconsistencies in reporting the occurrence and timing of fist intercourse among adolescents", en *Journal of Sex Research*, vol. 39, 2002, págs. 197-206.
- Van de Ven, P. et al.: "Sexual risk behavior increases is associated with HIV optimism among HIV negative and HIV positive gay men in Sydney over the Four-year period to February 2000", en *AIDS*, vol. 14, 2000, págs. 2951-2953.
- Villalpando, W. (coord.): *La discriminación en la Argentina*, Buenos Aires, INADI/Eudeba, 2006.
- Weeks J.: *Sexualidad*, Buenos Aires, Paidós, .1998a.
- : *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid, Cátedra, 1998b.
- Weissenbacher, M.; Ávila, M.; Pando, M. A.; Marone, R.; Carr, J. K. et al.: "Buenos Aires

Cohort of Men Who Have Sex with Men:Prevalence, Incidence, Risk Factors, and Molecular Genotyping of HIV Type 1”, en *Aids Research and Human Retroviruses*, vol. 23, n° 11, 2007, págs. 1322-1329, © Mary Ann Liebert, Inc., DOI: 10.1089/aid.2007.0063

Weller, S. *et al.*: ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir? Respuesta al VIH/sida desde el sistema público de salud. Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la TBC y la Malaria/DSyETS-MSN/Ubatec S.A., 2009.

Wittig, M.: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, Egales editorial, Barcelona, 2006.

Woltiski, R. J.; Valdiserri, R. O. y Denning, P. H.: “Are we headed for a resurgence in the HIV epidemic among men who have sex with men?”, en *American Journal of Public Health*, vol. 91, 2001, págs. 883-888.

Woodhouse, A.: *Fantastic Women, sex, gender and travsvestism*, New Jersey, Rutgers University Press, 1989.

Wright M., Simon Rosser B.R. & Onno de Zwart M.: *New international directions in HIV prevention for gay and bisexual men*. Harrington Park Press. New York, 1998.

Zegers, B.; Larraín, M. E. y Bustamante, F. (eds.): *Sobre la homosexualidad*, Santiago de Chile, Editorial Mediterránea, 2007.

Este libro se terminó de imprimir  
en junio de 2011, en  
«Marcelo Kohan / diseño + broker de impresión»,  
Olleros 3951, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.