

Entre las buenas costumbres y la transgresión.
Imaginarios SIDA y mujeres transgénero en
Chetumal.

Ana Paulina Gutiérrez Martínez

Julio 2009

Entre las buenas costumbres y la transgresión.
Imaginarios, SIDA y Mujeres transgénero en Chetumal.
Tesis Maestría: Ana Paulina Gutiérrez Martínez

Para los que guardan secretos...

Para los que los comparten...

Para la Beba y Arturo...

¿Y si Dios fuera mujer?
pregunta Juan sin inmutarse,
vaya, vaya si Dios fuera mujer
es posible que agnósticos y ateos
no dijéramos no con la cabeza
y dijéramos sí con las entrañas.

Tal vez nos acercáramos a su divina desnudez
para besar sus pies no de bronce,
su pubis no de piedra,
sus pechos no de mármol,
sus labios no de yeso.

Si Dios fuera mujer la abrazaríamos
para arrancarla de su lontananza
y no habría que jurar
hasta que la muerte nos separe
ya que sería inmortal por antonomasia
y en vez de transmitirnos SIDA o pánico
nos contagiaría su inmortalidad.

Si Dios fuera mujer no se instalaría
lejana en el reino de los cielos,
sino que nos aguardaría en el zaguán del infierno,
con sus brazos no cerrados,
su rosa no de plástico
y su amor no de ángeles.

Ay Dios mío, Dios mío
si hasta siempre y desde siempre
fueras una mujer
qué lindo escándalo sería,
qué venturosa, espléndida, imposible,
prodigiosa blasfemia.

Mario Benedetti

Introducción

La polémica sobre el VIH/SIDA no es nueva, tampoco lo es la discusión sobre la diversidad de identidades genéricas, específicamente sobre la construcción de identidades femeninas en cuerpos masculinos. Tampoco es una novedad la tendencia categorizante de la sociedad occidental en la que vivimos, ni tampoco la crítica a políticas públicas homogeneizantes. Pocas cosas son nuevas en la investigación social. Sin embargo, este texto ofrece una interpretación de un fragmento de realidad en el vasto mundo de los seres humanos y sus construcciones culturales. Una interpretación que intenta describir y analizar el cómo se construyen los imaginarios sobre y en torno al SIDA en la población de mujeres transgénero de Chetumal, Quintana Roo.

La necesidad de una explicación se basa en la formulación de ciertas preguntas. En este caso, las interrogantes estuvieron relacionadas con el sentido, los significados y la relación de éstos con las estrategias de prevención. Las primeras preguntas fueron ¿existe una relación entre los imaginarios sobre el SIDA, la sexualidad, los cuerpos, el género, y la vulnerabilidad ante el riesgo de VIH/SIDA? ¿Cómo se construyen y relacionan estos imaginarios? ¿Pueden diseñarse estrategias preventivas de mayor impacto en base a estos imaginarios? Conforme fue transcurriendo la investigación se generaron otras preguntas a las que había que dar respuesta para lograr la comprensión de la manera más completa posible. ¿Qué relación existe entre la identidad genérica y la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA? ¿Cómo se relacionan las mujeres transgénero con el VIH/SIDA? ¿Son un grupo con prácticas de riesgo o una población vulnerable? ¿Cómo se explica esta vulnerabilidad? ¿Cuáles son los imaginarios relacionados con la vulnerabilidad de las mujeres transgénero ante el riesgo del VIH/SIDA? ¿Cuáles son los imaginarios de las mujeres transgénero sobre el SIDA, su identidad, y las estrategias de prevención? La lista de preguntas es extensa.

La importancia de esta investigación radica, no sólo en la obtención de información cualitativa desde los propios sujetos, sino en la reflexión crítica sobre las acciones preventivas y su impacto en las poblaciones más vulnerables. Se habla constantemente de que la pandemia se está feminizando, que está pasando a las mujeres de casa, a las madres de familia, y en ese tenor se incrementa la preocupación. Mientras la epidemia se concentre en otras poblaciones (los anteriormente llamados grupos de riesgo), pareciera que el impacto no es tan fuerte. Pocas personas saben que desde el 2006 el CENSIIDA considera a las mujeres transgénero un grupo independiente de los hombres que tienen sexo con otros hombres, por tener características específicas, la mayoría relacionadas con problemas estructurales como la falta de acceso a educación y empleo, así como el rechazo social. Sin embargo, en el contexto de estudio no existen estrategias especialmente diseñadas para las mujeres transgénero y se está muy lejos de contemplar el diseño y aplicación de las mismas como una prioridad en salud.

Partiendo de lo anterior, el objetivo general de esta investigación fue identificar y analizar los imaginarios en torno al VIH/SIDA y su relación con la vulnerabilidad de las mujeres transgénero de la ciudad de Chetumal. Los objetivos específicos se concentraron en:

- Describir los espacios de interacción de las mujeres transgénero en la ciudad de Chetumal.
- Analizar la relación entre norma, transgresión y castigo en la construcción y legitimación de imaginarios.
- Analizar la relación entre imaginarios y prevención de VIH/SIDA en mujeres transgénero en la ciudad de Chetumal.
- Identificar los imaginarios que pueden potenciar campañas de prevención de VIH/SIDA dirigidas a mujeres transgénero en Chetumal.

El objetivo del primer capítulo es caracterizar la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

(SIDA) desde el punto de vista médico-científico, en donde la enfermedad en general, es entendida, como un hecho biológico y científico, externo al individuo, provocado por un virus, una bacteria, un parásito o algún otro elemento patógeno¹. Explico la diferencia entre VIH y SIDA, así como algunas cuestiones históricas sobre el fenómeno, su etiología, los síntomas, las vías de transmisión y el tratamiento. También presento un panorama general del estado de la cuestión a nivel global, nacional y local para poder situar el fenómeno en el contexto de la investigación y con la población de estudio. Reflexiono también sobre algunos problemas estructurales para la atención y prevención de la enfermedad y finalmente expongo algunas perspectivas disciplinarias sobre el SIDA, en específico menciono algunos de los trabajos que sirvieron de base para la construcción del problema de estudio.

En el capítulo segundo desarrollo el marco conceptual y metodológico en tres apartados. El primero de ellos trata sobre las bases conceptuales para el desarrollo de esta investigación; el segundo, sobre la metodología de la misma, haciendo énfasis en mi experiencia subjetiva como investigadora; el tercero expone el plan de análisis junto con las categorías analíticas construidas de acuerdo con las bases conceptuales y con las experiencias en campo.

En el tercer capítulo expongo los resultados obtenidos mediante el análisis de la información. Este capítulo se divide en cinco apartados. El primero caracteriza el contexto de estudio, haciendo énfasis en los espacios y dinámicas de las mujeres transgénero; el segundo habla sobre los procesos de construcción de los imaginarios durante la infancia y otros momentos clave de la interacción social de las mujeres transgénero; el tercero expone el proceso de construcción de la identidad genérica a lo largo de la vida, deteniéndose en la autodefinición y la transgresión, el cuerpo y sus cambios, el amor y la sexualidad, poniendo especial atención en la conformación y desarrollo de las

¹ Desde la antropología es más adecuado utilizar el término dolencia, debido a las implicaciones socioculturales de los términos salud y enfermedad. La dolencia hace referencia a la condición de falta de salud sentida por un individuo; las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes se encuentran culturalmente construidas (Flores-Guerrero, 2004).

relaciones de pareja, los roles asumidos como mujer transgénero, el trabajo sexual, y la relación de estos elementos con la vulnerabilidad de las mujeres transgénero; el cuarto apartado reflexiona sobre la relación entre el SIDA y los imaginarios sobre la enfermedad, el castigo y la culpa; el quinto expone los resultados sobre las estrategias de prevención y las mujeres transgénero.

Cabe destacar que dentro de lo que podemos considerar como mujeres transgénero, existe una diversidad de cuerpos, identidades y personalidades que difícilmente pueden aislarse o limitarse, es decir que están en constante interacción dentro del proceso mismo de autodefinición de los sujetos. Esto no debe sorprender, ¿acaso las personas no transgénero nos caracterizamos por la homogeneidad? (Vartabedian, 2007).

Para mí, el encontrarme con estas mujeres, ha sido una oportunidad valiosa en mi vida, llena de aprendizaje sobre las sexualidades, los cuerpos y el sentido desde los sujetos y desde la propia Paulina. He de reconocer que mi aproximación al tema parte de mis propios esquemas interpretativos como miembro de la sociedad en que he crecido, misma que está organizada en base a un sistema de sexualidad dominante. En consecuencia, uno de los principales retos como antropóloga fue distanciarme y cuestionar no sólo los imaginarios de "las otras" y "los otros", sino también tener en cuenta mis propios imaginarios. Sin embargo, no trato de ocultar mi mirada subjetiva, sino evidenciarla en un ejercicio constante como parte de la interpretación de una realidad.

Decidí redactar en primera persona para manifestar que esta es sólo una interpretación de la realidad. Puede haber muchas otras formas de comprender el tema de estudio. "Cada proceso de investigación nos enfrenta a una variedad de situaciones nuevas ante las que tenemos que responder a partir de la combinación del buen antropólogo, del sentido común y de las características personales de quien investiga" (Vartabedian, 2007). Se dice que la cultura es una huella digital, depende del contexto y del momento histórico, de la misma manera, cada investigación es una huella digital, no se repite por más vestigios metodológicos que dejemos en el camino. Los contextos son

distintos, los sujetos son únicos e irrepetibles, el mismo investigador no es igual antes de iniciar la investigación y al momento de terminarla (si es que algún día lo hace).

No podría ser la misma Paulina que antes, no querría serlo. Si fuera así no habría valido la pena el trabajo. Las palabras se irían con el viento y las personas que durante ese tiempo me abrieron las puertas de sus vidas, tendrían el derecho de sentirse defraudadas. La experiencia de conocer y convivir con el otro, con el que consideramos distinto a nosotros, aunque en el fondo no lo sea tanto, nos da luz sobre nuestras propias vidas, sobre nuestros propios rumbos. El sentido del conocimiento es permitir que la realidad nos sorprenda para luego escudriñarla e interpretarla hasta encontrar el sentido de de nuestras propias vidas. Pensar de otro modo, vivir distinto que ayer. Tumben Kin², palabras en lengua maya, significa "Nuevo amanecer", una nueva forma de vida para la gente que vive con VIH, para la gente que muere de SIDA, para los familiares y amigos que los acompañan y para la gente que busca entender esta realidad como una más del mosaico cultural de los seres humanos.

² Tumben Kin A.C. fue la asociación civil enfocada en el tema de VIH/SIDA, con la que se trabajó a lo largo de la investigación. Como se verá más adelante, es un grupo que si bien no está conformado exclusivamente por mujeres transgénero, es parte fundamental de su identidad en la ciudad de Chetumal.

Un 17 de mayo...

Estaban casi todas ahí, frente al Museo de la Cultura Maya, sobre la calle Héroes, muy bien ataviadas y maquilladas, engalanadas con sus tacones altos, altísimos, los que utilizan para ocasiones especiales como hoy, que se llevaría a cabo en la ciudad de Chetumal, la Marcha del Día Mundial de Lucha Contra la Homofobia y en Memoria de los Fallecidos por SIDA. Las que llegaron tarde se fueron integrando a la fila. Llegaron con sus carteles, maltratados, pero útiles al fin: "El primer paso hacia la aceptación, lo das tú. Que tu orientación no limite tu vida". La bandera del arcoiris, un poco pálida por el paso del tiempo, ondeaba entre dos de las chicas centrales de la fila. Estaban contentas, emocionadas. Era su día, un día en que podían legítimamente, salir a la calle como lo que son: mujeres transgénero. *"Caminar sobre la Héroes, el corazón de la ciudad, la calle más importante...nos lo hemos ganado"*. Caminar desde el museo hasta la explanada, subidas en esos tacones, era una prueba de resistencia, como muchas otras que han tenido que enfrentar y superar a lo largo de su vida. La gente curiosa se quedaba viendo la marcha, algunos, de manera respetuosa, recibían los condones repartidos por las enfermeras de la jurisdicción sanitaria que formaban parte de la marcha. Otros, desde los balcones y azoteas chiflaban y gritaban piropos burlones, mandaban besos y se reían a carcajadas. Las trans estiraban el cuello y alzaban la mirada, no volteaban, era su marcha, su día, iban acompañadas por otros, por "los aceptados": organizaciones civiles, autoridades institucionales, médicos y enfermeras. Se sentían protegidas, aunque fuera por unas horas. Bajo los rayos del sol de mayo en Chetumal, el maquillaje escurría dejando a la vista el rastro de la barba escondida; llegando a la explanada lo más urgente era secar el sudor y darse una manita de gato. Era su día, no podían verse mal. Posaban felices ante las cámaras. *"Aquí todo mundo nos conoce, a veces nos respetan, a veces no. Nuestra ciudad es ingrata, Chetumal sigue siendo un pueblito*

aunque tenga su plaza". Al terminar el evento, entre bromas sarcásticas, comenzaron a dispersarse: "Bueno niñas, ya se acabó, ahora súbanse a la patrulla", decía Andrea. La mayoría de ellas se dedican al trabajo sexual, a "la putería", como ellas le llaman. Trabajan en una casa, ubicada en la calle de Hidalgo y manifiestan que su principal problema consiste en que la policía no las deja trabajar, ni mucho caminar libremente por las calles. Constantemente las detienen bajo el dicho de que están ejerciendo la prostitución en la vía pública, sin mayor argumento que el uso de atuendos femeninos y maquillaje. "Nosotras tenemos nuestra moral, no ofendemos a nadie, en cambio nosotras no podemos ni asomar las narices a la calle. Dicen que no respetamos las buenas costumbres, pero nunca he sabido cuáles son."

Capítulo Primero

Antecedentes

1.1. La enfermedad: El SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad sobre la que se ha hablado persistentemente, desde su aparición hasta nuestros días. Es un padecimiento que después de veintiséis años³ sigue siendo investigado debido a que no existe aún una cura ni una vacuna que pueda revertir el proceso infeccioso o evitar el contagio, esto implica que por ser una infección mortal y contagiosa, causa una gran angustia y temor en la población en general. A esto hay que agregar que las primeras muertes por SIDA afectaron mayoritariamente a hombres homosexuales, lo que imprimió un sello indeleble a la enfermedad y la significó como un padecimiento de *desviados* al que se fueron agregando *prostitutas*, *heroínómanos*, *promiscuos* y una serie de individuos que fueron concentrados en los denominados *grupos de riesgo* por sus conductas, consideradas como peligrosas.

Desde el punto de vista médico científico, existe un hecho biológico y patológico científicamente comprobado llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que sigue como todo virus, un proceso infeccioso, cuya fase terminal es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y que tiene ciertas características clínicas.

³ El primer caso de SIDA se detectó en Estados Unidos en el año de 1981. En 1983, Luc Montagnier, especialista en cáncer por el Instituto Pasteur de París, aisló el nuevo *retrovirus* humano (VIH) en un nódulo linfático de un hombre que padecía un síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Por otro lado, el científico estadounidense Robert Gallo, también investigó el virus y reclamó el hallazgo del aislamiento del mismo. Esta controversia se dio a lo largo de 1984, y se tuvo que resolver con la intervención de los presidentes Ronald Reagan, de Estados Unidos y Jaques Chirac, de Francia. Finalmente, en 1989 terminó el conflicto cuando ambos médicos explicaron para la revista *Scientific American* el procedimiento de investigación que cada uno utilizó para el aislamiento del VIH (Grmek, 1992)

- **Diferencia entre VIH y SIDA**

Es muy frecuente que se equipare el hecho de ser portador del VIH al de padecer el SIDA. Desde la medicina, son dos cosas diferentes. El ser portador de VIH no implica tener SIDA, una persona puede vivir con el virus sin desarrollar la enfermedad y al seguir un tratamiento adecuado aumentan las expectativas de vida y la calidad de la misma.

El VIH es un retrovirus⁴ con un genoma más complejo que el de los otros retrovirus, ya que su sistema le permite adaptarse a diversas circunstancias y modular su ciclo viral según la naturaleza y el estado funcional de la célula infectada. Esta característica no se conocía antes de la aparición del VIH en ningún otro parásito intracelular. El VIH, al introducirse en la sangre, ataca las células CD4, también llamadas células T, que son glóbulos blancos que coordinan el sistema inmunitario.⁵ Estas células son invadidas por el VIH, el cual se reproduce dentro de ellas y se inserta en el torrente sanguíneo.⁶ El sistema de alerta conformado por las CD4, queda defectuoso

⁴ Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género *Lentivirus*, encuadrado en la subfamilia *Orthoretrovirinae* de la familia *Retroviridae* (Ibíd.).

⁵ El sistema inmunitario o inmunológico está formado por un conjunto de mecanismos que protegen al organismo de infecciones por medio de la identificación y eliminación de agentes patógenos (Ibíd.).

⁶ El VIH infecta a las células que tengan en su superficie la molécula CD4 (una proteína que pertenece a algunas células del sistema inmunológico y que el VIH utiliza como receptor). La gp120 viral (una proteína del virus) reconoce y se une específicamente al CD4, y de este modo el virus se une a la membrana celular. Tras esta unión, el nucleoide viral se introduce en la célula y, mediante el proceso de transcripción inversa, el ARN viral se transforma en ADN de doble cadena. Este ADN viral es transportado al núcleo de la célula, donde se inserta o se integra al ADN de los cromosomas de la célula. Cuando se producen los estímulos necesarios, se desencadena el proceso de formación de nuevos viriones (partículas víricas morfológicamente completas e infecciosas). El ADN viral integrado en los cromosomas de la célula huésped se sirve de los mecanismos de replicación de ésta para su transcripción a ARN mensajero (ARNm) y a nuevas cadenas de ARN genómico viral. Se produce entonces la traducción del ARNm viral a proteínas virales estructurales y enzimáticas, y el ensamblaje de viriones nuevos dentro de la célula. Las partículas de VIH así creadas se liberan de la célula tomando en su salida parte de la membrana de la célula para utilizarla como cubierta. La replicación del VIH puede producir la muerte de los linfocitos T CD4. La destrucción de los linfocitos T CD4 paraliza la vía celular del sistema inmunológico, y este es el mecanismo por el que la infección por VIH puede producir el sida (Ibíd.).

por acción del VIH al igual que los anticuerpos, que no pueden ahora eliminar al virus. La respuesta inmunitaria, que incluye la producción de nuevas CD4 que remplazan a las que han muerto, se vuelve insuficiente debido a que el virus destruye cada vez más células, minando así la capacidad del cuerpo para combatir otros virus y bacterias. Sin tratamiento eficaz, el cuerpo va quedando sin defensas frente a los agentes infecciosos, es decir, el sistema inmunitario deja de funcionar.

Alrededor de tres semanas después de la infección por VIH, la mayoría de los pacientes experimentan síntomas que se confunden con la gripa común, como fiebre, dolor de cabeza, enrojecimiento de la piel, inflamación de los ganglios y dolor de cuerpo. Estas manifestaciones desaparecen al cabo de una o dos semanas. Durante esta fase de infección aguda, el virus se multiplica rápidamente al mismo tiempo que muta genéticamente. Durante esta etapa los portadores son altamente contagiosos.

La segunda es una fase asintomática cuya duración puede ser superior a diez años. En este lapso, el virus continúa replicándose provocando una destrucción progresiva del sistema inmunológico. En la fase sintomática precoz, se desarrollan los síntomas clínicos de la enfermedad y es frecuente la presencia de infecciones oportunistas leves.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, es la designación médica para la cuarta fase y última del proceso infeccioso, formada por una serie de síntomas, infecciones oportunistas y marcadores de laboratorio que indican que la infección por VIH está en una etapa avanzada y que el sistema inmunitario tiene ya una afectación severa. La media para que se desarrolle la enfermedad a partir del momento de la infección es de diez años. Al debilitarse el sistema inmunitario, el cuerpo queda vulnerable a padecer ciertas infecciones que se llaman oportunistas⁷ porque sólo cobran fuerza debido al debilitamiento del sistema inmunitario, es decir que en condiciones óptimas se

⁷ Las infecciones oportunistas son infecciones que en cualquier persona sana no causan problema, ya que son eliminadas por medio del sistema inmunológico, pero en una persona con VIH causan problemas graves de salud debido al debilitamiento del este sistema (Ibíd.).

eliminarían los agentes infecciosos y el cuerpo no sufriría un daño significativo. El tipo de infecciones que un enfermo puede adquirir varía según las diferentes regiones del planeta debido a la existencia y predominio de diferentes agentes infecciosos locales.

Algunos de los síntomas que se presentan en esta etapa son:

- Síndrome de desgaste o fatiga.- acompañado de otros síntomas, es un indicador de progreso de la enfermedad.
- Pérdida de peso.- más del diez por ciento del peso en un mes.
- Fiebre.- sudores nocturnos, 38 grados centígrados o más durante periodos largos.
- Diarrea aguda
- Síndromes neurológicos.- *complejo demencial o encefalopatía*. La *toxoplasmosis* es un padecimiento común en estos casos.
- Diversas infecciones en boca, piel, vías respiratorias, ojos, cerebro. La más frecuente es la neumonía.
- *Neoplasias* secundarias (cáncer).- Hay dos tipos que son más frecuentes: el de vasos sanguíneos, Sarcoma de Kaposi, que afecta principalmente la piel y mucosas, y el linfático, que afecta los ganglios.

Las pruebas serológicas de VIH buscan en la sangre la presencia de anticuerpos contra VIH, lo cual es indicio de estar infectado con el virus. Existe un periodo ventana, al cual se le da un margen de tres meses para que el organismo genere los anticuerpos que serán detectados por las pruebas de VIH. El ser VIH positivo, es decir seropositivo, significa que la persona ha sido infectada con el virus, más no que está enfermo de SIDA. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015, "El término "VIH" se utiliza como referencia al virus y a la epidemia, y emplea la expresión "personas con VIH" para describir a aquéllos que viven con el virus en todas las etapas de la enfermedad. En una época como la actual en que un menor número de personas desarrolla las

manifestaciones clínicas del SIDA, el término genérico "VIH" se convierte en una expresión más útil y precisa. Se utiliza el término "SIDA" solo cuando resulta necesario para referirse a la etapa avanzada de la enfermedad del VIH." (OPS, 2006).

- **Vías de transmisión**

El VIH se transmite por tres vías:

- Sexual, en las relaciones sin protección, es decir sin condón, debido al contacto de fluidos vaginales o seminales.
- Sanguínea, por medio de transfusiones de sangre, o de otros productos procedentes de la sangre, contaminados por el VIH, el uso de jeringas u otros medios de inyección que hayan sido usados previamente por personas infectadas.
- Perinatal, es la transmisión de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin intervención médica, es decir, sin tratamiento alguno, aproximadamente un veinte por ciento de los niños se infectan antes de nacer (infección prenatal o intrauterina), mientras que un cincuenta a ochenta por ciento se infectan durante el parto (infección intraparto). La lactancia materna puede incrementar de un quince a un veinte por ciento el riesgo de transmisión (Ministerio de Salud del Gobierno de Argentina, 2001).

- **El tratamiento**

El tratamiento para el VIH/SIDA consiste en medicamentos antirretrovirales (ARV) que impiden que el virus se reproduzca. Los tratamientos más efectivos son combinaciones de ARV, lo que se califica como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y lo que logra este tratamiento es reducir la cantidad de virus en la sangre, permitir la recuperación de las células CD4 y restablecer la función inmunitaria.

El tratamiento debe ser integral. El paciente con VIH puede tener una complejidad que hace necesaria la intervención de otros trabajadores de la

salud diferentes al médico encargado. Los protocolos o guías de atención para la atención del paciente con VIH, pueden variar de país en país, pero en términos generales se recomiendan los siguientes puntos (Díaz, 2005):

Antes de que el paciente inicie la toma de los medicamentos, debe evaluarse si el paciente está física y mentalmente listo para iniciar la terapia. El paciente debe tener un proceso educativo y de sensibilización sobre la importancia del cumplimiento de la terapia, los riesgos derivados del incumplimiento y la posibilidad de efectos adversos del tratamiento.

Después del monitoreo, si el paciente requiere algún esquema retroviral, se diseña en forma conjunta con el médico tratante el esquema de acuerdo a las condiciones de salud de cada paciente. En la actualidad existe una gran diversidad de esquemas que se pueden utilizar. Para decidir los regímenes preferenciales e deben tomar en cuenta las siguientes variables: eficacia, toxicidad y tolerancia, perfil de resistencia, conveniencia y costo.

La duración promedio de un régimen antirretroviral de primera vez es cercana a los dos años. Eso quiere decir que luego de aproximadamente dos años, cerca de la mitad de los pacientes van a modificar su tratamiento por razones de intolerancia o fracaso. La posibilidad de éxito terapéutico es inferior en regímenes subsiguientes, en parte por el surgimiento de resistencia viral que puede afectar de manera cruzada medicamentos que aún no han sido empleados en el paciente. Es importante considerar la conveniencia de cada régimen, expresado como número de tomas al día, número de unidades a ingerir por toma y posibilidad de interferir con medicamentos o comida.

El paciente que inicia tratamiento antirretroviral, debe asistir a la consulta médica mensualmente por lo menos durante los primeros tres meses iniciales:

- En el primer mes, el equipo de salud liderado por el médico, junto con el paciente, deben concentrarse en el cumplimiento del tratamiento, y en el manejo y el monitoreo de los eventos adversos.

- Al final del segundo mes el paciente debe asistir para tomarse el examen de carga viral y para optimizar el cumplimiento y tolerancia.
- Una vez que se encuentre disponible el resultado de la carga viral, el paciente debe asistir a consulta para que el médico evalúe la respuesta al tratamiento. Si la respuesta es adecuada, el paciente puede volver tres meses después a realizarse la carga viral y el recuento de CD4 y en las semanas siguientes debe visitar a su médico para discusión de resultados.

- **Extensión, prevalencia e incidencia**

Cuando se habla de la extensión del VIH/SIDA, se hace referencia al porcentaje de personas que en una población determinada son portadores del virus o padecen la enfermedad. La extensión es útil para describir el peso total de la enfermedad, pero no debe ser el único indicador que se tome en cuenta ya que puede presentarse un porcentaje bajo de casos y sin embargo superar el número de otras poblaciones.

La prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o población que presentan la infección por VIH o SIDA. Esta medida se calcula considerando el número de casos de la infección o enfermedad y dividiéndolos entre el número de individuos que forman el grupo o la población en determinado momento. Mide la frecuencia de la enfermedad. Al ser una proporción no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1.

La prevalencia suele confundirse con la incidencia, que es una medida del número de casos nuevos de infección o enfermedad en un periodo de tiempo determinado. "La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Una enfermedad de larga duración que se extiende ampliamente en una comunidad en 2002 tendrá una alta prevalencia en 2003 (asumiendo como duración larga un año o más), pero puede tener, sin embargo, una tasa de incidencia baja en 2003. Por el contrario, una enfermedad que se transmite fácilmente pero de duración corta, puede tener una baja prevalencia y una alta

incidencia. La prevalencia es un parámetro útil cuando se trata de infecciones de larga duración, como el SIDA, pero la incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración, como por ejemplo la varicela" (Fernández et al, 2004)

- **Riesgo y vulnerabilidad**

De acuerdo con el Diccionario de la real Academia de la Lengua, el riesgo es un concepto que implica la proximidad de un daño, desgracia o contratiempo que puede afectar la vida de los hombres. El riesgo de infección por VIH se define como la probabilidad de que una persona pueda infectarse. En este sentido, las conductas relacionadas con la transmisión del VIH, como tener relaciones sexuales sin protección o consumir drogas por vía intravenosa, son factores que aumentan el riesgo de infección. Sin embargo, estos factores de riesgo a nivel individual no responden por completo la interrogante de cómo controlar la propagación del VIH y el desarrollo del SIDA. Para acercarse a la comprensión de estos procesos hay que tomar en cuenta los factores sociales, culturales y económicos que incluyen la pobreza, la desigualdad y la discriminación, es decir, que vulneran a las comunidades e individuos para afrontar diferentes riesgos, entre ellos la infección por VIH o el desarrollo del SIDA.

La vulnerabilidad está ligada al concepto de riesgo, pero este último es externo, mientras que la vulnerabilidad se produce al interior de las comunidades y determina las condiciones en que éstas se enfrentarán al riesgo. Son los determinantes socioeconómicos los que empujan a los individuos a tomar conductas arriesgadas y volverse vulnerables ante el riesgo de infectarse de VIH.

Los estudios sobre las causas de la vulnerabilidad refieren factores económicos como ingresos deficientes, sociales como el acceso a servicios, culturales como la inequidad de género y políticos, como el escaso o nulo acceso a la participación ciudadana. "La exclusión que genera miseria es el resultado de un conjunto de dificultades o de precariedades que afectan el

alojamiento, la salud, el empleo, la cultura, la educación y la formación profesional de los individuos” (Cárdenas, 2008).

- **Problemas estructurales para la atención y prevención**

La globalización ha impreso en las democracias la falsa concepción de que los intereses privados son benéficos para la sociedad. El fenómeno múltiple del adelgazamiento del Estado deja espacios vacíos que son ocupados como sucede cada vez más en el campo de la salud, por el mercado. Los medicamentos están sujetos a las leyes del mercado y sus precios son tan elevados que se vuelven inasequibles para los enfermos y sus familiares. Con frecuencia los medicamentos son escondidos o falsificados. Una de las soluciones que se están comenzando a implementar es la producción de nuevos medicamentos genéricos que son de menor costo, pero los grandes laboratorios están bloqueando esta producción por medio de demandas y alianzas con gobiernos.

Inicialmente la infección por VIH implicaba una sentencia de muerte segura, tanto en los países desarrollados, como en vías de desarrollo. No obstante, los primeros, en particular Estados Unidos, al poseer los recursos económicos y humanos necesarios, actuaron de forma agresiva contra la enfermedad. A raíz de esto entre 1995 y 1999, las muertes por SIDA en este país disminuyeron dos tercios a pesar de que los casos aumentaron en un cincuenta por ciento. El SIDA desapareció de la lista de las primeras quince causas de muerte en Estados Unidos (Goklany, 2002).

Aunque la tecnología ahora está disponible a nivel mundial, no hay mejoras en África Subsahariana, debido a que los ciudadanos de estos países no pueden costear los medicamentos, ni las investigaciones sobre la enfermedad. Un tratamiento para la infección por VIH cuesta en Europa o Estados Unidos entre diez mil y quince mil dólares anuales. Muchos países carecen de recursos para financiar ese gasto.

Además de los medicamentos, para la atención de los pacientes con VIH se requieren de infraestructuras sanitarias, que en algunos casos nunca fueron

creadas y en otros han sido parcial o totalmente desmanteladas por guerras, corrupción y ajustes económicos impuestos por el Banco Mundial. Pero hay excepciones notables: el Gobierno de Brasil puso en marcha un programa sanitario, sus laboratorios producen la medicina genérica un 80% más barata y los resultados son positivos.⁸ Pese a ello, el Gobierno de Estados Unidos le demandó en la Organización Mundial de Comercio en 2001, por fabricar esas medicinas argumentando que la patente pertenecía a empresas estadounidenses. Meses más tarde ambos países llegaron a un acuerdo y las autoridades de Washington retiraron la demanda.⁹

Los laboratorios investigan y producen mirando hacia las poblaciones con capacidad adquisitiva. Sus argumentos giran en torno a la idea de que el coste medio de la investigación de una medicina es de quinientos millones de dólares. En este sentido, no se puede hablar de salud pública global debido a que ésta depende de la demanda, y no de las necesidades de dos mil millones de personas que viven en la exclusión social.

La salud por ser un bien común debe ser indivisible y la equidad de la misma debe significar que el acceso a ella es universal. Pero la dispersión de los mercados globales ha acelerado la privatización de los servicios médicos y la comercialización del conocimiento sobre la salud. Los mercados privados son inherentemente injustos: sin poder de compra, los pobres están excluidos de los servicios comerciales y las tecnologías de la salud y por lo tanto vulnerables ante el riesgo de diferentes enfermedades y tratamientos de baja calidad o ausencia de los mismos.

El impulso de mecanismos e instrumentos que permitan ejercer control ciudadano sobre las funciones de gasto y protección del sistema de salud es aún muy frágil. A pesar de los cortos avances, se está lejos de obtener

⁸ International Aids Society, tercera conferencia sobre vih, patogénesis y tratamiento, "VIH / sida en Brasil y América Latina", 2005. Disponible en: www.ias-2005.org/admin/images/upload/535.pdf consultado en noviembre de 2007.

⁹ "EEUU admite que Brasil produzca sus propios medicamentos anti-sida", El mundo.es, 25 de junio de 2001, disponible en: <http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2001/06/25/medicina/993481364.htm> consultado en noviembre de 2007.

instrumentos adecuados para que la ciudadanía despliegue un control eficaz sobre los prestadores de servicios de salud. Entre los principales obstáculos para el desarrollo de la participación ciudadana en el sector salud se pueden mencionar la desigualdad en la distribución de los ingresos y de otras formas de poder, el carácter casi nulo del reconocimiento de los derechos de las personas frente a los servicios públicos, la escasa información acerca de esos derechos y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos, el poco reconocimiento de la diversidad social y la exclusión de las opiniones de las minorías o de los sectores más marginados y el débil desarrollo de las organizaciones sociales.

Además existen aspectos culturales como la jerarquía informal impuesta entre médico-paciente, servidor de salud-usuario que valida la tendencia a considerar al enfermo-paciente-usuario como ignorante, "él no sabe lo que tiene ni lo va a entender porque no tiene el conocimiento". Dentro de los factores culturales podemos mencionar también la culpa que se le imputa al que tiene VIH o SIDA. Con frecuencia el personal de salud critica a las personas por no tener la disposición de usar medidas preventivas o evitar conductas de riesgo. Se asume que el enfermo lo es porque "se lo buscó" de una u otra manera. Por lo tanto, el padecer largas horas perdidas en las instituciones públicas de salud, el estar siempre a expensas de que haya disponibles medicamentos antirretrovirales, el que los servidores no quieran tocar al paciente y que incluso los doctores utilicen tapabocas y guantes para auscultarlo o eviten dar la consulta "haciéndolos dar vueltas"¹⁰, es parte de la culpa justa por tener esta enfermedad.

En general se suelen ignorar los factores que limitan la capacidad de la gente para elegir libremente aquellas conductas que entrañan riesgos. Tales son la inseguridad económica, las desigualdades de género y etnia y las migraciones laborales, entre otros. Cabe mencionar que estos factores también tienen relación con los bajos niveles de participación social, por lo que la exclusión y la marginalidad ligadas a los problemas sociales se perpetúan. La

¹⁰ Estos datos corresponden al testimonio de una mujer a la que se le ha negado el servicio de ginecología y odontología de manera "sutil". (Kendall y Pérez, 2004)

vida diaria de una persona de clase media o alta proporciona más oportunidades para elegir en los diferentes ámbitos de la vida y en diferentes niveles.

Para que tengan éxito los esfuerzos de prevención y promoción de la participación social en el sistema de salud y especialmente en la problemática del VIH/SIDA, se deben de tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas y culturales que limitan las decisiones de la gente en relación con la sexualidad, el uso de medicamentos y el empoderamiento de sus opiniones. Retomando a Ortega y Gasset, quien afirmaba que las creencias son impermeables a la crítica y la razón, podemos pensar que los aspectos culturales median la información que pueda recibir la población acerca de las formas de prevención de contagio y de estigmatización de la enfermedad y los enfermos.

Esta problemática exige una respuesta multidimensional que implique la colaboración entre países, así como la participación activa de los sectores público y privado, tanto sanitario, educativo, cultural, artístico y de la sociedad civil, que debe exigir al gobierno y a las instituciones que actúen en base a las necesidades básicas y emergentes de la población. Debe dejarse de lado la visión de que el gobierno es una autoridad incuestionable, y se debe de pensar que ese gobierno democrático, elegido por votantes, está al servicio de la ciudadanía y tiene como obligación respetar los derechos ciudadanos y escuchar y promover las voces de los mismos.

1.2. El estado de la cuestión: panorama actual de la epidemia

Desde que apareció el primer enfermo de SIDA, en Estados Unidos en el año de 1981, han muerto por esta causa más de veinticinco millones de personas. Se calcula que en la actualidad, cerca de cuarenta millones de personas viven con VIH. África Subsahariana se encuentra en primer lugar en infecciones de VIH con 24.5 millones de personas, mientras que en América Latina el número ha aumentado a 1.6 millones y en el Caribe la cifra asciende a 330 mil casos (ver tabla 1).

Las cifras de los países de la segunda tabla se toman en consideración por la relación que existe entre ellos y la región estudiada en esta investigación: Chetumal en este trabajo es entendida, como se explicará más adelante, como una ciudad de puertas abiertas y un corredor migratorio en diferentes niveles. Vale la pena poner especial atención en el índice de prevalencia de VIH para el 2005. Belice tiene para ese año un índice de prevalencia de 2.5 por ciento, bastante alto, seguido de Honduras con un índice de 1.8 por ciento. Estos países ocupan los primeros lugares en Centroamérica y el Caribe, superados únicamente por Haití. Se incluye también a Cuba aunque en la tabla original de ONUSIDA no se encuentra, por el flujo migratorio constante al estado de Quintana Roo; para este país el índice de prevalencia es de 0.1 por ciento. En México la cifra aumentó de 170,000 casos de infección por VIH en 2003, a 180,000 casos en 2005 (ver tabla 2).

**Tabla 1. Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA 2003-2005.
ONUSIDA 2006.**

PAÍS	ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVEN CON VIH	NUEVAS INFECCIONES POR VIH EN ADULTOS Y NIÑOS	PREVALENCIA EN ADULTOS (%)	FALLECIMIENTOS DE ADULTOS Y NIÑOS POR SIDA
África S.sah 2005	24,5 millones [21,6-27,4 millones]	2,7 millones [2,3-3,1 millones]	6,1 [5,4-6,8]	2,0 millones [1,7-2,3 millones]
2003	23,5 millones [20,8-26,3 millones]	2,6 millones [2,3-3,0 millones]	6,2 [5,5-7,0]	1,9 millones [1,7-2,3 millones]
América Latina 2005	1,6 millones [1,2-2,4 millones]	140,000 [100,000-420,000]	0,5 [0,4-1,2]	59,000 [47,000-76,000]
2003	1,4 millones [1,1-2,0 millones]	130,000 [95,000-310,000]	0,5 [0,4-0,7]	51,000 [40,000-67,000]
Caribe 2005	330,000 [240,000-420,000]	37,000 [26,000-54,000]	1,6 [1,1-2,2]	27,000 [19,000-36,000]
2003	310,000 [230,000-400,000]	34,000 [24,000-47,000]	1,5 [1,1-2,0]	28,000 [19,000-38,000]
TOTAL 2005	38,6 millones [33,4-46,0 millones]	4,1 millones [3,4-6,2 millones]	1,6 [0,9-1,2]	2,8 millones [2,4-3,3 millones]
2003	36,2 millones [31,4-42,9 millones]	3,9 millones [3,3-5,8 millones]	1,0 [0,8-1,2]	2,6 millones [2,2-3,1 millones]

Fuente: ONUSIDA 2006. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA.

Tabla 2. Número de personas estimado que viven con VIH por país. ONUSIDA 2006.

PAÍS	ADULTOS (15 años y más) 2003		TASA DE ADULTOS (15-49 años), 2005, (%)		TASA DE ADULTOS (15-49 años), 2003, (%)	
	estimación	[estimación alta- estimación baja]	Estimación	[estimación alta- estimación baja]	estimación	[estimación alta- estimación baja]
Belice	2800	[1,600-4,400]	2.5	[1.4-4.0]	2.1	[1.1-3.3]
El Salvador	34,000	[22,000-51,000]	0.9	[0.5-3.8]	0.9	[0.6-1.4]
Guatemala	53,000	[33,000-76,000]	0.9	[0.5-2.7]	0.9	[0.5-1.2]
Honduras	56,000	[31,000-88,000]	1.5	[0.8-2.4]	1.5	[0.8-2.4]
México	170,000	[90,000-410,000]	0.3	[0.2-0.7]	0.3	[0.1-0.7]
Nicaragua	5,800	[3,100-14,000]	0.2	[0.1-0.6]	0.2	[0.1-0.5]
Cuba*	-	-	0.1	[0.0-0.2]	-	-

**Para Cuba el número de casos para el 2005 era de 4,800.*

Fuente: ONUSIDA 2006. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA.

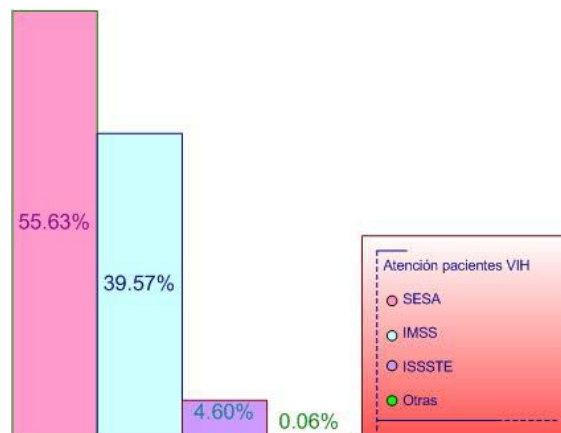
En el estado de Quintana Roo el número de casos de VIH en el periodo de 1995 a 2006 es de 1,237. Estados cercanos y con los que se mantienen dinámicas constantes de flujo poblacional como son Chiapas y Yucatán, presentan 1,294 casos el primero y 1,217 el segundo. En cuanto al SIDA, el número de casos acumulados en el periodo de 1983 a 2007 es de 1,545 para Quintana Roo, 4,117 para Chiapas y 2,841 para Yucatán. (ver tabla 3)

Entre las buenas costumbres y la transgresión.
Imaginario, SIDA y Mujeres transgénero en Chetumal.
Tesis Maestría: Ana Paulina Gutiérrez Martínez

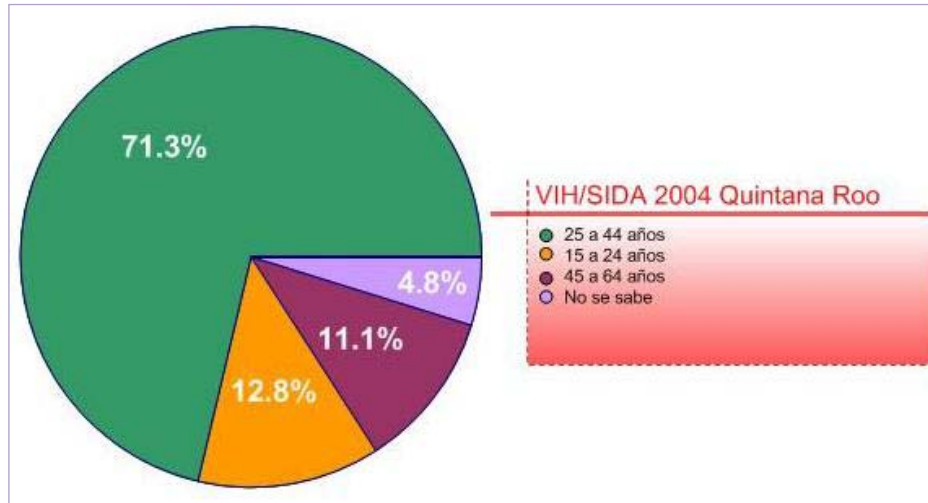
Tabla 3. Casos de VIH y SIDA por entidad federativa

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACIÓN TOTAL	CASOS VIH (1995-2006)	CASOS NUEVOS VIH (2006)	CASOS SIDA (1983-2007)	INCIDENCIA ACUMULADA	%	AÑO DE DIAGNÓSTICO ANUAL	
							2006	2007
Aguascalientes	1,065,416	186	27	634	59.0	0.5	15	16
Baja California	2,844,469	1,963	255	5,271	169.6	4.6	127	153
Baja California S	512,170	221	32	599	113.4	0.5	32	19
Campeche	754,730	279	46	856	106.9	0.7	65	78
Coahuila	2,495,200	478	75	1,495	57.4	1.3	41	17
Colima	567,996	236	79	627	103.5	0.5	22	20
Chiapas	4,293,459	1,294	126	4,117	90.8	3.6	234	290
Chihuahua	3,241,444	1,508	135	3,162	89.1	2.7	107	74
Distrito Federal	8,720,916	7,216	630	20,881	236.9	18.1	179	134
Durango	1,509,117	258	17	974	62.3	0.8	26	31
Guanajuato	4,893,816	783	98	2,725	53.1	2.4	88	31
Guerrero	3,115,202	1,563	79	4,048	123.5	3.5	61	126
Hidalgo	2,345,514	284	23	1,208	49.8	1.0	52	57
Jalisco	6,752,113	1,681	159	9,911	143.2	8.6	264	302
México	14,007,495	2,246	203	12,183	80.6	10.5	362	485
Michoacán	3,966,073	976	68	3,216	75.7	2.8	127	129
Morelos	1,612,899	505	45	2,634	150.2	2.3	95	81
Nayarit	949,684	404	34	1,411	139.7	1.2	34	55
Nuevo León	4,199,292	1,510	108	3,211	73.5	2.8	87	63
Oaxaca	3,506,821	1,326	160	3,726	99.1	3.2	207	219
Puebla	5,383,133	1,495	113	5,676	100.6	4.9	166	150
Querétaro	1,598,139	267	31	982	59.3	0.8	33	49
Quintana Roo	1,135,309	1,237	120	1,545	132.2	1.3	91	63
San Luis Potosí	2,410,414	428	65	1,404	57.8	1.2	83	89
Sinaloa	2,608,442	885	66	1,972	70.0	1.7	52	97
Sonora	2,394,861	743	72	1,788	69.8	1.5	57	70
Tabasco	1,989,969	725	98	1,662	78.5	1.4	83	81
Tamaulipas	3,024,238	1,265	133	2,656	81.1	2.3	83	108
Tlaxcala	1,068,207	152	7	839	75.9	0.7	46	33
Veracruz	7,110,214	4,181	615	10,420	142.1	9.0	492	499
Yucatán	1,818,948	1,217	107	2,841	153.2	2.5	62	65
Zacatecas	1,367,692	243	22	608	42.9	0.5	27	21
Nacional	103,263,388	37,797	3,798	115,651	106.2	100.0	3,503	3,705

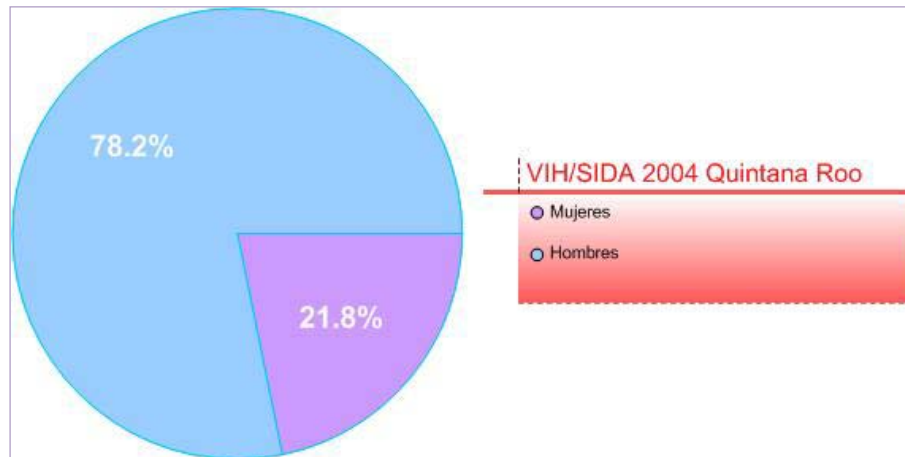
Según información publicada en la página electrónica de la Secretaría de Salud de Quintana Roo con fecha del diez de agosto de 2005 hasta esa fecha en el estado se contaban 1,564 personas con VIH, 381 casos de SIDA y 499 defunciones por esta causa. De los pacientes con VIH, 870 acudían para su tratamiento a los Servicios Estatales de Salud, 619 al IMSS, 73 al ISSSTE y 2 a otras instituciones (ver gráfica 1). El 71.3 por ciento del total de casos de VIH/SIDA corresponde al rango de edad de 25 a 44 años, el 12.8 por ciento al rango de 15 a 24 años y el 11.1 por ciento, de 45 a 64 años (ver gráfica 2). En cuanto a la distribución de casos de VIH/SIDA acumulados por género, el 78.2 por ciento corresponde a hombres y el 21.8 por ciento a mujeres, siendo esta una relación de cuatro hombres por cada mujer (ver gráfica 3). Para el 2004, de acuerdo con la información del mismo artículo, se diagnosticaron 134 pacientes seropositivos, de los cuales 17 correspondían al municipio de Othón P. Blanco y 55 con SIDA, de los cuales 14 pertenecen al municipio de Othón P. Blanco (Castillo, 2005).



Gráfica 1. Datos de la Secretaría de Salud de Quintana Roo. Elaboración propia.



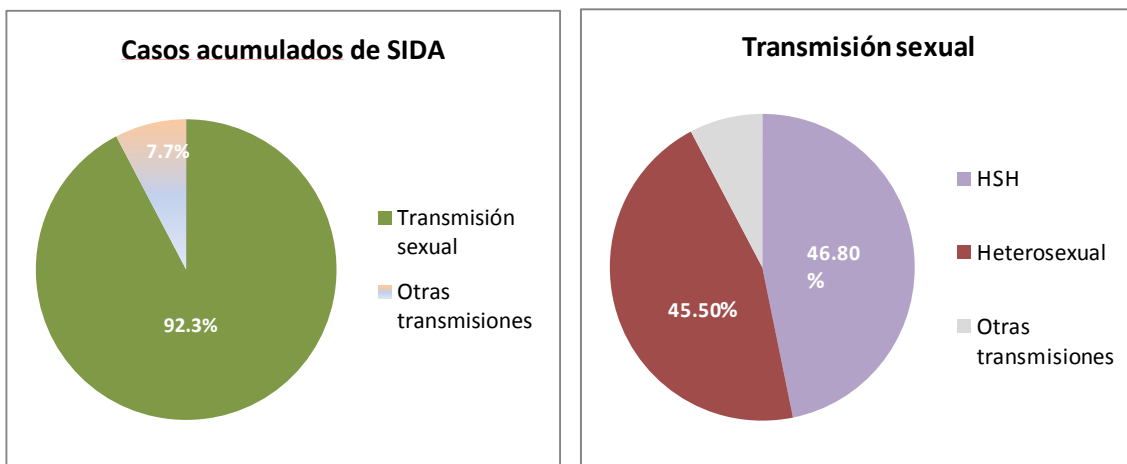
Gráfica 2. Datos de la Secretaría de Salud de Quintana Roo. Elaboración propia.



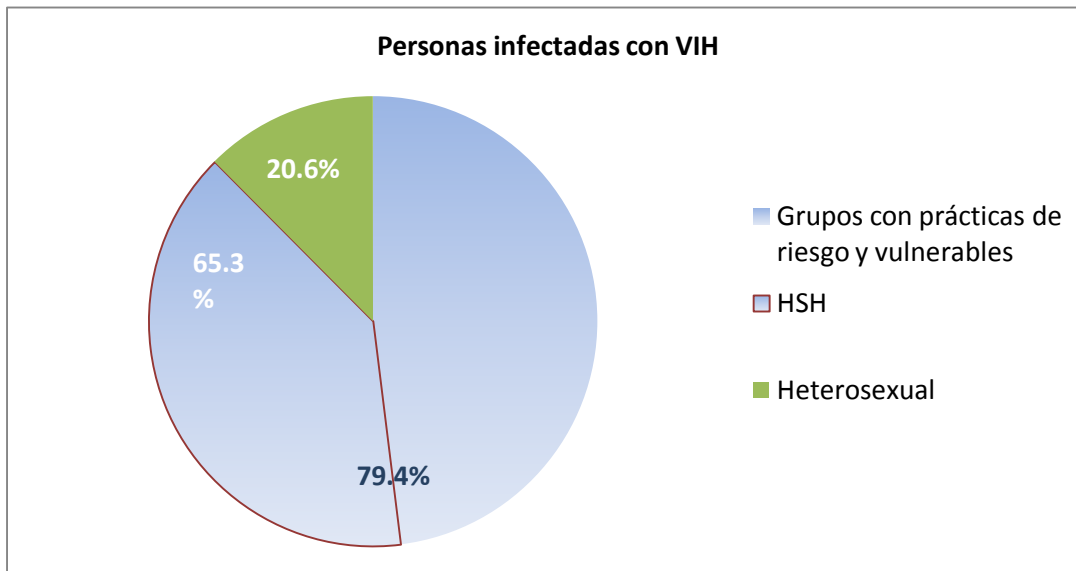
Gráfica 3. Datos de la Secretaría de Salud de Quintana Roo. Elaboración propia.

- **La epidemia en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)**

En México, se han registrado 106,921 casos acumulados de SIDA. Nueve de cada diez casos acumulados tienen como categoría de transmisión la sexual (92.3%), de los cuales cinco corresponde a hombres que mantienen actividad sexual con otros hombres (HSH) (46.8%), y cuatro pertenecen a la población heterosexual (45.5%). El 83% del total de casos acumulados de SIDA corresponde a hombres y 17% a mujeres. De acuerdo con las estimaciones más recientes del CENSIDA y ONUSIDA, en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH; se calcula que 79.4% pertenece a los grupos con prácticas de riesgo y vulnerables, con un predominio importante de HSH (65.3%), y el resto a población heterosexual (20.6%).



Gráfica 4. Datos de CENSIDA. Elaboración propia.



Gráfica 5. Datos de ONUSIDA. Elaboración propia.

De acuerdo con Izazola (1995), la epidemia homosexual del VIH/SIDA en México continúa aumentando en forma sostenida, con base en el número de casos notificados. Las prácticas anales, tanto receptivas como mixtas (insertivo-receptivas), son eficaces en la transmisión de VIH por razones biológicas. Sin embargo, el autor reconoce la importancia de los factores sociales en la transmisión del virus, y por lo tanto considera necesario contemplarlos para el diseño de los programas de prevención. “Bajo el término operativo que define a la epidemiología como información para la acción, es obligado el incremento (y mantenimiento) de actividades preventivas eficaces para evitar la transmisión homosexual del VIH”.

Tradicionalmente se ha considerado a la población transgénero, como parte del grupo de HSH. Sin embargo, ha habido una exigencia por parte de los grupos organizados y colectivos de personas transgénero para contemplarlas como un grupo aparte de esta categoría y con rasgos particulares relacionados con la identidad genérica y con la vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otros problemas

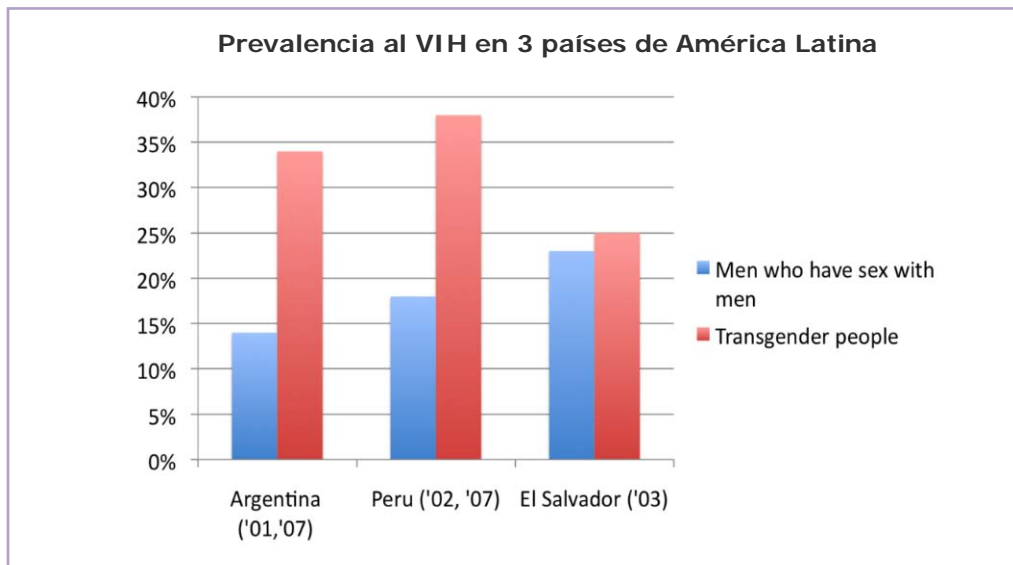
de salud como las adicciones, las cirugías mal realizadas, la aplicación de hormonas, entre otros.

Es así como en México, desde el año 2006 se reconoce a la población transgénero como un grupo poblacional específico y no como parte de la población HSH (CENSIDA, 2008). Sin embargo, no se tienen datos en nuestro país para estimar la prevalencia en este grupo poblacional. Podemos darnos una idea general en base a las prevalencias en otros países de América Latina como Argentina, Perú, Ecuador y El Salvador (cuadro 1 y gráfica 6), donde se puede notar que el porcentaje es significativamente más alto en la población transgénero. De la misma manera, podemos notar una marcada diferencia de las prevalencias de trabajadoras sexuales mujeres y trabajadoras sexuales transgénero, siendo significativamente más alto el porcentaje de las segundas. (gráfica 7). Cabe mencionar que las trabajadoras sexuales mujeres son consideradas como un grupo vulnerable frente al riesgo de VIH/SIDA, no así las mujeres transgénero como tal, sino dentro de la categoría HSH.

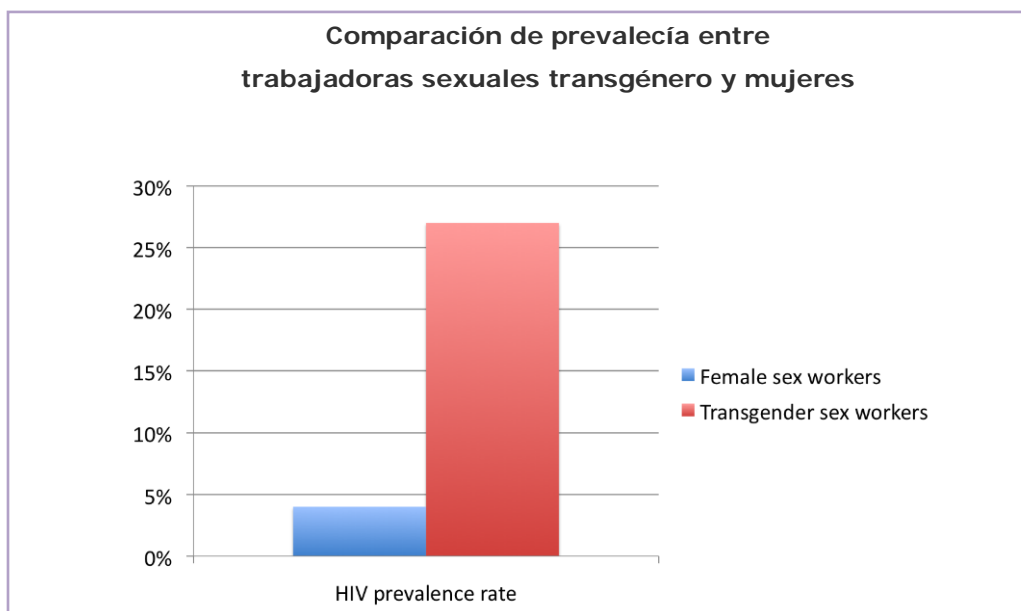
Cuadro1. Prevalencia en la población transgénero

PAÍSES	GAYS/HSB	TRANSGÉNEROS
Argentina	15%	34.4%
Perú	18-26%	32-45%
Ecuador	18.5%	NS
El Salvador	23.8%	25%

Fuente: International HIV Alliance



Gráfica 6. Fuente: International HIV AIDS Alliance



Gráfica 7. Fuente: International HIV AIDS Alliance

A pesar del reconocimiento de las mujeres transgénero como un grupo independiente de la población de HSH por parte del CENSIDA, la realidad es que ni las autoridades, ni el personal de salud, ni las asociaciones civiles, ni las mismas transgénero y mucho menos la población en general, por lo menos en el estado de Quintana Roo, tienen clara esta información. Esto contribuye a la ausencia de campañas diferenciadas, enfocadas en las mujeres transgénero, que cumplan con ciertas sus necesidades de salud e información y que respeten su identidad genérica.

1.3. Perspectivas disciplinarias sobre el SIDA

La infección por VIH, como he explicado en el capítulo anterior, no es lo mismo que el SIDA. Sin embargo, la percepción social de la mayoría de la población, es que VIH es lo mismo que SIDA. Ante un diagnóstico positivo de infección por VIH, los familiares, amigos y conocidos suelen decir "*Tiene SIDA*". La infección por VIH, desde lo social, es nombrada como SIDA. Por lo anterior, a lo largo de este trabajo, hablaremos de SIDA haciendo referencia a todo el proceso infeccioso y la percepción social que se tiene del mismo.

En esta propuesta, se considera al SIDA, además de un hecho biológico, un fenómeno construido en sociedad. La perspectiva desde la cual se mira es sociocultural y es por esto que la mayoría de los trabajos explorados pertenecen a las ciencias sociales, la antropología, la sociología, la historia y la psicología social. También se le dio valor especial a los textos filosóficos, literarios y testimoniales que estén relacionados de alguna manera con la enfermedad y los diferentes fenómenos y procesos involucrados.

La revisión de los diferentes trabajos me ha servido para dar luz acerca del camino a seguir en esta propuesta, tanto por las aportaciones que los mismos han hecho al estudio de las diversas problemáticas relacionadas con el SIDA, como en la investigación acerca de los cuerpos, las sexualidades, las relaciones de poder, y los imaginarios en diferentes contextos socioculturales.

Cuadro 2. Perspectivas disciplinarias sobre el tema de estudio

TEXTO	AUTOR	DISCIPLINA	TEMA CENTRAL
Representaciones indígenas y políticas sociales	Edir Pina	Antropología	Relación de la enfermedad con el orden social y simbólico de grupo
Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México	Fátima Flores y René Leyva	Psicología social	Representaciones sociales y SIDA en jóvenes de la Cd. De México
Movilidad poblacional y VIH/SIDA	Mario Bronfman, René Leyva y Mirka Negroni (ed)	Trabajo interdisciplinario (medicina social, sociología, antropología)	Vulnerabilidad y movilidad poblacional
“Condiciones de vulnerabilidad y alternativas de prevención a la transmisión del VIH/SIDA: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres en trabajo sexual (TS) en Cancún y Chetumal, Quintana Roo, México”	René Leyva et al.	Trabajo interdisciplinario (medicina social, sociología, antropología)	La identidad constituye el elemento clave relacionado con la vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA tanto en la población de trabajadoras sexuales como en los HSH
Transgenerismos	Norma Mejía	Antropología	Población trans en España
Influencia del contexto sociocultural en la percepción del riesgo y la negociación de protección en hombres homosexuales pobres de la costa peruana	Ximena Salazar et al.	Salud pública y antropología	Retoma la dimensión social del riesgo. Busca analizar las diferentes formas en que el contexto sociocultural, relacionado a la homofobia internalizada y a las normas de género hegemónicas permite la construcción de barreras en la percepción del riesgo.
El estigma del SIDA y su evolución social: una visión desde Haití	Paul Farmer y Arachu Castro	Antropología	Estigma, violencia estructural y VIH/SIDA en Haití. Crítica a la psicología social que pone énfasis en los procesos individuales más que en lo social.
El SIDA y sus metáforas	Susan Sontag	Literatura	Ensayo sobre las metáforas sobre la enfermedad y el SIDA en la literatura. La falta de información sobre la etiología de las enfermedades y sobre la enfermedad en si generan ideas erróneas que provocan el sufrimiento de quien la padece.
Antes que anochezca	Reynaldo Arenas	Literatura	Texto vivencial sobre el SIDA en los primeros años de esta enfermedad. Nos muestra la relación entre la sexualidad, los tabús y el estigma. Material para la metodología de este trabajo.

De acuerdo con Edir Pina, el concepto de enfermar debe comprenderse en relación con la manera de ver los cuerpos, de concebirlos. La autora, en su estudio acerca de las representaciones indígenas del SIDA, concretamente de los *bakairí* en Brasil explica como para ellos solamente son vulnerables ante el SIDA, las personas cuyos padres no han respetado, desde el embarazo hasta el momento en que se alcanza la capacidad reproductora, todos los procedimientos correctos y reglas de reclusión, alimenticias, sociales y sexuales para garantizar la fuerza física y la salud de sus hijos. La autora explica que lo anterior sólo puede ser comprendido adecuadamente si se entiende en relación con el orden social y simbólico del grupo, sobre todo tomando en cuenta las relaciones que se establecen entre el proceso de construcción del cuerpo, la noción de persona y el proceso de salud/enfermedad.

Desde la psicología social, se ha utilizado el concepto de representación social.¹¹ En un estudio realizado por Fátima Flores Palacios y René Leyva (2003), se analiza la representación social sobre el SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. Como parte de los resultados se plantea que el núcleo cognitivo sobre el SIDA asocia sexo, enfermedad y muerte. Se identificó una actitud ambivalente para la transmisión y prevención del VIH según la cual la mitad dependía de ellos y la mitad no. La utilidad del condón está relacionada con la prevención de embarazos, más que con la prevención de ITS. Los investigadores concluyen que la representación social del VIH/SIDA en los estudiantes jóvenes constituye un corpus multidimensional en el que convergen e interactúan diversos elementos de orden científico y de sentido

¹¹ La representación social es un marco conceptual que fue propuesto por Serge Moscovici, en la década de 1960; este enfoque parte de una noción sociológica de la psicología en la cual los grupos sociales son el sujeto de investigación. La representación social concierne a la forma en que los sujetos aprehenden los acontecimientos de la vida cotidiana, "las características del medio ambiente, las informaciones, el conocimiento de "sentido común" o bien pensamiento natural, en oposición al conocimiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de la experiencia...y de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Este conocimiento es socialmente elaborado y compartido." (Flores y Leyva, 2003)

común como creencias, mitos, estigmas, miedos que contribuyen a dar significado al SIDA como problema.

El cuerpo se construye y significa de maneras heterogéneas en contextos diferentes y muchas veces, como es el caso de Chetumal como zona multicultural y de frontera, conviven diversas concepciones en espacios contiguos o en el mismo espacio compartido. "Chetumal se asienta en una región intercultural donde convergen presencias étnicas y ciudadanas con vulnerabilidades, propósitos, prácticas y estrategias de movilidad diversificadas" (Leyva, 2004). Por parte del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se han realizado numerosas investigaciones interdisciplinarias, la mayoría de las cuales tienen como tema central de análisis la vulnerabilidad de diferentes poblaciones, en la región centroamericana, con la que el sur del estado de Quintana Roo tiene nexos importantes, el fenómeno migratorio y de movilidad poblacional es un componente fundamental para el estudio del SIDA y la vulnerabilidad. El objetivo de uno de estos estudios (Bronfman, 2004) fue analizar la vulnerabilidad de las poblaciones móviles tomando como un elemento importante el imaginario social de la infección por VIH y su relación con la práctica del sexo sin condón, tanto en las poblaciones móviles como en los residentes locales de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo. Los resultados mostraron que la percepción popular de la infección es asociada a la idea de los "grupos de riesgo". Esta condición no sólo contribuye a la estigmatización, sino que también produce un imaginario social según el cual el riesgo de infección aparece como un problema del otro, más que un problema relacionado con el sexo sin protección. Aunque los informantes identifican el uso del condón como un mecanismo de prevención, las representaciones simbólicas están produciendo nuevas formas de vulnerabilidad. El imaginario social del riesgo está ligado sólo al contacto sexual con personas consideradas peligrosas; dejando de lado los contextos de riesgo atribuibles a las prácticas de sexo sin protección (Hernández, 2002).

En abril de 2008, como parte del trabajo de investigación del INSP, "Condiciones de vulnerabilidad y alternativas de prevención a la transmisión

del VIH/SIDA: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres en trabajo sexual (TS) en Cancún y Chetumal, Quintana Roo, México”, realicé el trabajo de campo en ambas ciudades con las poblaciones mencionadas.

Como parte de los resultados se encontró que el trabajo sexual se desarrolla de diferente manera según el rol laboral asumido, es decir, trabajadora sexual, mesera o bailarina. Sólo las primeras asumen que su actividad principal es brindar servicios sexuales, y se abstienen en la mayoría de los casos, de consumir alcohol y drogas, además de que usan el condón de forma regular con sus clientes, no hay cabida para negociar el tener relaciones sin protección. En cambio, las meseras y bailarinas consideran el trabajo sexual y “la fichada”, como una actividad complementaria que incrementa sus ingresos económicos, pero que las expone a mayor riesgo de ITS y VIH, debido a que no usan el condón de forma regular, en primer término, por uso de drogas, consumo de alcohol o por considerar que los clientes son conocidos y por lo tanto son confiables. En caso de que el cliente ofrezca más dinero por evitar el uso del mismo, ellas por lo regular, aceptan.

Se encontró que la identidad constituye el elemento clave relacionado con la vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA tanto en la población de trabajadoras sexuales (las que se asumen como tales son menos vulnerables) como en los HSH. Dentro de esta categoría epidemiológica, los bisexuales, que no se identifican como HSH, posiblemente representan el segmento que se encuentra más vulnerable ante el riesgo de VIH/SIDA, lo que está relacionado con lo que se ha llamado la feminización de la epidemia, además de que también incrementa la vulnerabilidad de la población travesti, transgénero y transexual, ya que en las relaciones de pareja entre bisexuales u homosexuales activos y travestis, transgénero y transexuales, por lo regular se siguen los patrones de las relaciones heterosexuales tradicionales en donde el hombre ejerce la autoridad y dominio sobre la mujer, sin dejar posibilidad para la negociación del uso del condón. El uso del condón es irregular de acuerdo con el tipo de pareja y con el espacio donde se lleva a cabo el intercambio sexual.

A partir de los resultados de esta investigación, surgió mi interés por profundizar sobre la identidad genérica, los imaginarios construidos alrededor de lo femenino y su relación con la vulnerabilidad de las mujeres transgénero¹² de la ciudad de Chetumal frente al VIH/SIDA.

La población transgénero, misma que nos ocupa en este estudio, se encuentra, de acuerdo con la antropóloga Norma Mejía, marginada y estigmatizada, y se ve en la necesidad constante de “entrar por la puerta trasera”. Son pocas las mujeres transgénero que pueden acceder a los círculos de poder, ya sea académico, de gobierno, entre otros. Tal es su caso y desde esa postura describe la realidad “trans”¹³ de la Barcelona actual. Las luchas son doblemente difíciles para estos grupos y esto genera condiciones de vulnerabilidad que las exponen al constante riesgo en muchos sentidos, uno de ellos, el contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH, sobre todo, por la falta de acceso a la prevención, servicios de salud y opciones laborales que les permitan diversificar sus actividades. La construcción del cuerpo femenino guía sus acciones y su vida. Alrededor de esta construcción se generan significados y dinámicas que de una u otra manera se distinguen del resto de la población y en este sentido tienen sus propias maneras de entender y dotar de significado a los fenómenos como el riesgo y la enfermedad. Para ellas el enfermarse está en relación con la culpa y el castigo por su desviación.

Un estudio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Salazar, 2006), explica cómo las barreras en la percepción de riesgo, relacionadas con factores socioculturales como la homofobia internalizada y las normas de género hegemónicas, impiden la negociación de protección de hombres homosexuales

¹² En rigor, existen diferencias entre ser travesti, transgénero y transexual. Las primeras, adoptan la apariencia del otro género por tiempo limitado, viven su vida como personas de su género de origen y cambian su apariencia por medio de maquillaje y vestuario sin realizarse cambios en el cuerpo; las segundas, viven permanentemente el rol femenino y pueden o no modificar su cuerpo con el uso de hormonas, aceites y cirugías; las transexuales modifican su identidad de género de manera permanente, modifican su cuerpo con cirugías, hormonas y aceites, incluyendo la vaginoplastia, que es la modificación de los genitales masculinos. Sin embargo, los límites entre los grupos se difuminan constantemente.

¹³ El sufijo *trans* se utiliza para referirse de manera general a transgénero, transexual y travesti.

que han asumido una identidad de género femenina y habitan en barrios pobre de las ciudades de Lima y Trujillo, en Perú.

Esta revisión me ha permitido también encontrar los vacíos propios de las divisiones disciplinarias del estudio y las interpretaciones de las realidades humanas. Si bien hay investigaciones en lo social y lo cultural, muchas veces impera el enfoque racionalista de los estudios cuantitativos, con cuestionarios y preguntas rígidas, que si bien arrojan datos valiosos acerca de las tendencias sobre creencias, conocimientos, actitudes y comportamientos frente a la enfermedad, responden a una lógica reduccionista que plantea que el adecuado conocimiento de la enfermedad, exento de falsas creencias, es la condición necesaria y suficiente para modificar el comportamiento de los sujetos y grupos para mantenerse sanos y conscientes de los riesgos de contagio y estigmatización del virus y la enfermedad (Paicheler, 1996). Los estudios cualitativos son escasos e insuficientes, lo cual deja enormes huecos en la interpretación de las realidades y concepciones del mundo y por lo tanto del fenómeno del SIDA y los procesos sociales relacionados.

Un estudio importante es el realizado por Paul Farmer y Arachu Castro desde una perspectiva antropológica, en relación con el estigma del SIDA tomando como escenario Haití. El artículo propone la violencia estructural como marco conceptual. Estos autores hacen una fuerte crítica a los estudios sobre todo de la psicología social que si bien, en su opinión, ha contribuido a la comprensión de los procesos cognitivos que dan lugar al estigma, se centran, según ellos, "en las percepciones y actitudes individuales más que en interacciones sociales más amplias" (Castro y Farmer, 2005)

La aportación de esta propuesta para la comprensión del fenómeno, es que lejos de reducir el conocimiento a nivel individual, se adentra en la red de significados sociales y culturales que dan sentido a la realidad y son la base de los imaginarios alrededor del VIH/SIDA. En mi opinión, es necesario reconocer, comprender y reconstruir estos imaginarios, para poder entonces partir de una base sólida para diseñar campañas de prevención congruentes con las ideas de los sujetos y las sociedades a los que van dirigidas. Además se reconoce la

gran incidencia de la violencia estructural sobre la construcción de dichos imaginarios, los contextos de vulnerabilidad de las mujeres transgénero y las prácticas consideradas de riesgo. El concepto de vulnerabilidad está precisamente ligado a estas condiciones estructurales de las que hablan los autores en su trabajo.

Consideré necesaria la revisión de trabajos literarios (ensayo, novela, cuentos) en donde se abordaba el tema del SIDA¹⁴. Uno de los más significativos fue el ensayo *El SIDA y sus metáforas*, donde Susan Sontag, hace una revisión de textos literarios de diferentes épocas y contextos y expone las metáforas recurrentes sobre diferentes enfermedades, entre ellas, el SIDA. Su texto tiene también un enfoque vivencial debido a que ella tuvo cáncer y cuenta en sus textos, lo difícil que se tornaba el tratamiento por la carga metafórica socialmente impuesta a esta enfermedad. El punto central de su ensayo es que las metáforas construidas sobre determinada enfermedad están en relación con el desconocimiento de la etiología del fenómeno. Estos vacíos de información generan la producción de metáforas como explicaciones ante la amenaza. De acuerdo con la propuesta de Sontag, en el caso del SIDA, las metáforas responderían a la falta de información médica certera en relación al origen del VIH y a la vacuna y cura que aún no existen. En lo personal no comparto esta visión, si bien estos vacíos de información contribuyen a la construcción de ciertos imaginarios, hay elementos culturales profundos que forman una red de significados sobre la que el SIDA, como fenómeno cultural, se afianza y cobra sentido para las diferentes sociedades e individuos. El hecho de tener la información científica a la mano, no condiciona la eliminación de los imaginarios ni los significados atribuidos al SIDA. Aún sabiendo cómo se origina la enfermedad, el individuo que lo padece puede entenderlo como un castigo por su mal comportamiento. Retomaré esta discusión como parte de las bases conceptuales del trabajo.

¹⁴ *SIDA, testimonio de la vida y muerte de Martín* de Hélène Laygues, *Travesuras de la niña mala* de Mario Vargas Llosa, *Conducta impropia* de Néstor Almendros y Orlando Jiménez-Leal, *Literatura, cultura y enfermedad* de W Bongers y T. Olbrich, entre otros.

Otro texto literario fundamental para el desarrollo de este trabajo, es la novela *Antes que anochezca* de Reynaldo Arenas, que sirvió como punto de partida para detectar y retomar algunos de los imaginarios construidos sobre el SIDA, el VIH, la sexualidad, el género, el poder, la familia, las relaciones de pareja, el abuso y el cuerpo, elementos todos relacionados en el tejido de significados que da sentido a la enfermedad en las historias compartidas por los informantes. Por ser la autobiografía de autor y el texto que terminó de escribir antes de suicidarse para no morir de SIDA, cobra una enorme importancia como testimonio y como material de apoyo para trabajar con los informantes. En base a este texto se generaron reflexiones con las mujeres transgénero, algunos de sus familiares y sus parejas.

Capítulo Segundo

Marco conceptual y metodológico

2.1. Bases Conceptuales

El objetivo de este apartado es presentar los posicionamientos teóricos que han servido como base al planteamiento del proyecto de investigación y al análisis de la información obtenida en campo.

En primer lugar defino los conceptos de imaginario social e imaginarios y explico el proceso de construcción social de la realidad y la vida cotidiana, de la que forman parte dichos imaginarios.

En segundo lugar, relaciono el concepto de imaginario con el concepto de enfermedad, y hago un comparativo entre la visión de la biomedicina y la visión desde las ciencias sociales.

Por último, expongo la relación entre imaginarios y SIDA, poniendo énfasis en la construcción de los imaginarios sobre la muerte, la sexualidad y los cuerpos, así como en el proceso de construcción de la identidad genérica. En este apartado expongo también el papel fundamental de las normas sociales, la transgresión de las mismas y el castigo, en la construcción y persistencia de los imaginarios sobre los elementos mencionados.

He de aclarar que no parto de la adhesión a un posicionamiento teórico concreto. Es decir, que tal como plantea Edgar Morin (1990) en su teoría de la complejidad¹⁵, mirar el objeto de estudio desde diferentes perspectivas complementarias, enriquece su comprensión. Por lo anterior he considerado las propuestas de autores de diversas disciplinas como la filosofía, la sociología, la antropología y la historia. De esta manera, para la construcción del marco

¹⁵ "El pensamiento complejo integra lo más posible los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionalizantes y finalmente, cegadoras de una simplificación que se toma por reflejo de aquello que hubiere de real en la realidad...Si la complejidad no es clave del mundo sino un desafío a afrontar, el pensamiento complejo no es aquél que evita o suprime el desafío, sino aquél que ayuda a revelarlo e incluso, tal vez, a superarlo" (E. Morin, 1990).

conceptual contemplo aportaciones de autores como Cornelius Castoriadis, Peter Berguer y Thomas Luckman, Horacio Fábrega, Milagros Ramasco, Víctor Turner, Susan Sontag, Henry Sigerist, Michel Foucault, Georges Bataille, María Inés Canales, Julieta Vartabedian, Jeffrey Weeks, Marcela Lagarde y Cristobal Gastó Ferrer.

- **Imaginario social**

El imaginario social es un concepto utilizado en las ciencias sociales muy a menudo y que en cierta medida ha perdido rigor conceptual, debido a que se utiliza de manera indistinta para referirse a términos como creencia, mentalidad, conciencia colectiva, ideología, ignorancia o desinformación.

El análisis de los imaginarios tiene una tradición importante en Francia, donde ha sido estudiado desde varias perspectivas disciplinarias e interdisciplinarias¹⁶ (A. Vergara, 2003). El concepto surge del psicoanálisis y atraviesa el pensamiento estructural de la segunda mitad del siglo XX. Jacques Lacan propone que el sujeto vive inmerso en tres mundos ampliamente relacionados: el real, el simbólico y el imaginario; Louis Althusser habla de tres esferas en los grupos sociales, la económica, la política y la ideológica. Es en esta última donde se construyen las relaciones simbólicas y las representaciones del mundo de la naturaleza y del orden social, mismos que están ligados a lo imaginario. Estas representaciones le dan sentido a la praxis (económica, política y social). Para este autor el nivel ideológico tiene una función práctico-social y no cognoscitiva, es decir, que a diferencia de la ciencia, la ideología construye saberes y no conocimientos.

Entre las propuestas explicativas del concepto de imaginario, los trabajos de Cornelius Castoriadis se distinguen por el lugar central que dan a la imaginación en la constitución de la sociedad, premisa que se apoya en una primera distinción entre la imaginación radical, identificada como función

¹⁶ Los aportes de la psicología han sido fundamentales, así como los del psicoanálisis, donde destacan Sigmund Freud, Jean Piaget, Carl Jung, Jacques Lacan, entre otros. Desde la perspectiva filosófica son importantes Henry Bergson, Jean Paul Sartre, Gastón Bachelard, Ernest Casirer, Cornelius Castoriadis. Desde las ciencias sociales, Gilbert Durand, Jean Duvignaud, George Duby, Jacques Le Goff, entre otros.

creativa-productiva y el imaginario social, concebido como repertorio de las imágenes (significaciones imaginarias o imaginarios¹⁷) vigentes en la consciencia-inconsciencia colectiva (Castoriadis, 2001).

De acuerdo con Cornelius Castoriadis, el imaginario permite y hace presente algo que no es, pero que da sentido al discurso, a la acción y a las prácticas sociales, a la vez que permite definir estrategias y priorizar relaciones dentro de un grupo social. El imaginario social "permite caracterizar a las sociedades humanas como 'creación ontológica'¹⁸ de un modo de ser *sui generis*, absolutamente irreductible al de otros entes". Se refiere también al mundo singular una y otra vez creado por una sociedad como su mundo propio, lo que en palabras de Clifford Geertz sería la cultura:

"El concepto de cultura que propugno... es esencialmente un concepto semiótico. Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones." (Geertz, 1997)

El imaginario social es un "magma de significaciones imaginarias sociales (imaginarios)" (Castoriadis, 1998) encarnadas en instituciones¹⁹ tales como el lenguaje, la familia, los medios de comunicación, entre otras. Por lo tanto, el imaginario no es estático, no es un conjunto de significaciones, sino un flujo

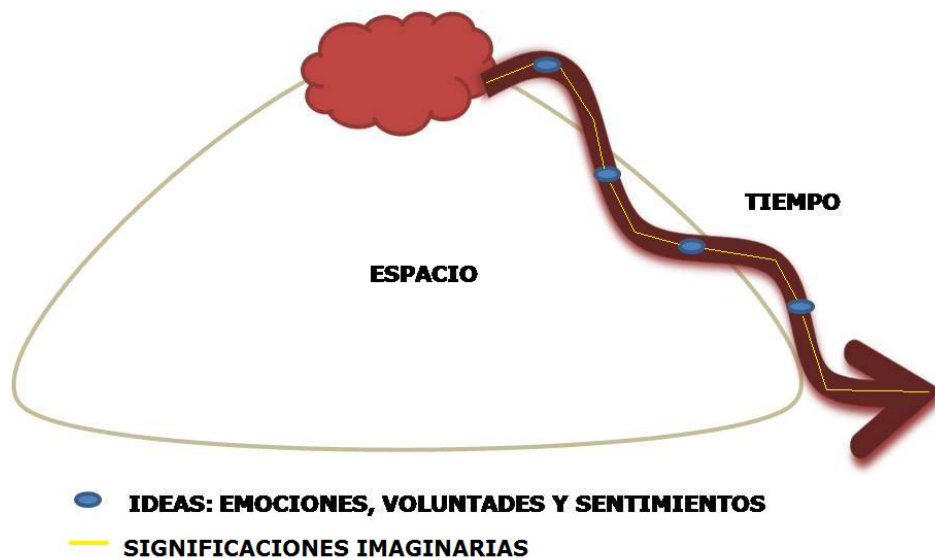
¹⁷ En este trabajo adoptaremos el término "imaginarios" debido a que es este el que se utiliza de manera frecuente en las ciencias sociales en vez de "significaciones imaginarias", sin embargo ambos tienen el mismo significado dentro de la propuesta de Castoriadis. La distinción es entre imaginario social e imaginarios, debido a que el primero se refiere al flujo de significados y el segundo a los elementos que forman este flujo en diferentes momentos y contextos.

¹⁸ Dentro de la filosofía, el objeto ontológico es el objeto real o existente de un acto de conocimiento en cuanto se distingue del objeto epistemológico, mismo que se relaciona con el concepto de verdad (Runes, 1969).

¹⁹ Al hacer referencia a la sociedad como algo instituido, se quiere decir que no ha sido producido naturalmente, sino que es resultado de la acción humana, misma que implica una intención mediatizada por un determinado sistema simbólico compartido socialmente.

constante de ideas (imaginarios), que significa la realidad de acuerdo a un contexto histórico y social determinado (figura 1). Este magma regula el pensamiento, el sentimiento y el discurso y orienta la acción de los miembros de cada sociedad, es decir que determina las maneras de sentir, desear y pensar. El imaginario social requiere de las emociones, voluntades y sentimientos. El imaginario puede ser construido por completo o modificado por un desplazamiento de sentido, es decir que “los símbolos ya disponibles son resignificados en relación con sus significaciones normales o canónicas” (Castoriadis, 1998). Los imaginarios se modifican constantemente a lo largo del tiempo y de las generaciones.

Figura 1. Imaginario como magma. Elaboración propia.



La potencia del concepto de imaginario social, propuesto por Castoriadis, radica en la comprensión de los fenómenos como socio-históricos y a partir del espíritu humano. Sociedad e historia son fenómenos de sentido, es decir, que un imaginario social no es sólo una visión del mundo, sino que implica un impulso fundamental, una tensión vinculada a una expectativa, un dinamismo ligado a una intención, y una tonalidad afectiva dominante (Castoriadis, 2001).

El uso del término remite al deseo y a la negación del mismo, entre otras cuestiones subjetivas, es por eso que aporta elementos para la comprensión de los fenómenos sociales, debido a que toma en cuenta dimensiones ignoradas o marginadas en otras teorías sociales. El imaginario social se entiende en relación con una capacidad creadora de los seres humanos, debido a esto, los imaginarios no son entendidos como algo natural, ni como algo completamente racional, sino como una invención humana. El imaginario social no se impone a lo real, sino a lo racional.

La premisa anterior puede juzgarse de radical y creacionista, sin embargo, se hace necesario recuperar un elemento fundamental relacionado con el concepto de imaginario social: la institución de las sociedades. Estas son obra de colectivos anónimos e indivisibles, que trascienden a los individuos y se imponen a ellos. El imaginario social provee a la psique de significaciones y valores; les da a los individuos los medios para comunicarse y los dota de formas de cooperación, normas y procesos ancestrales. Una sociedad es un conjunto de imaginarios encarnados en instituciones a las que animan. Vale la pena recordar también que la propuesta se basa en la idea de un magma, de un incesante movimiento que transforma las sociedades, sus instituciones y a los individuos mismos. La realidad humana no está nunca completamente determinada, sino que siempre se entreteje en dos dimensiones: una racional y otra imaginaria. Es justamente por la creación de imaginarios, mismos que no pueden ser deducidos de procesos racionales o naturales, que la sociedad se instituye a sí misma, aún cuando los individuos no puedan reconocer los procesos (Castoriadis, 1998).

Es así que el imaginario social coloca el sentido en el centro de los fenómenos sociales e históricos. La ontología de lo social-histórico de Castoriadis da una marcada precedencia a lo social respecto de lo individual, sin embargo considera la posibilidad de una autonomía propiamente individual.

- **La construcción social de la realidad y de los imaginarios**

El imaginario social y los imaginarios forman parte de esa realidad que se construye socialmente en la vida cotidiana por medio de la interacción de los sujetos y de los grupos. Peter Berguer y Thomas Luckman (2006), proponen un proceso de la construcción de la realidad y de la legitimación del conocimiento de la vida cotidiana (figura 2).

De acuerdo con los autores, existe un conocimiento que sustenta la vida social y que está basado en la conciencia y en la experiencia del individuo. Este conocimiento de la vida cotidiana, es el sentido común (lo que para Althusser serían saberes y no precisamente conocimiento) y es lo que va a dar el sustento a todas las acciones de la vida cotidiana. "No hay acciones a la ligera, siempre hay algo que las motiva" (Berguer y Luckman, 2006).

Este mundo de la vida cotidiana existe en la conciencia. Fuera de ésta, sólo existen los objetos, el mundo físico. En la conciencia existen los fenómenos y objetos interpretados. El objeto aparece ante la mirada, por ser obstáculo a lo natural, llama la atención del sujeto (proceso de subjetivación), quien le da sentido en la conciencia y después lo objetiva, lo exterioriza ya con un sentido.

Los juicios se dan a partir de experiencias previas, aunque hayamos olvidado que un día adquirimos los conocimientos, los tenemos integrados a nosotros mismos. Esto quiere decir que la experiencia se sedimenta y lo que queda es el conocimiento obtenido de la misma.

La vida cotidiana, de acuerdo con Berguer y Luckman, no nos sorprende porque ya está interpretada. Es un dato, no reflexionamos sobre él. El proceso de socialización²⁰ nos ha provisto de las estructuras de la mirada, mismas que no son vistas en la vida cotidiana. Los valores que se le dan a los objetos cambian según el tiempo y el espacio (lo que Castoriadis nombra proceso histórico social del imaginario). El mundo se va transformando en sociedad debido a que es un mundo intersubjetivo.

²⁰ Desde la antropología el término utilizado para este proceso es el de enculturación debido precisamente a la construcción de significados, al aprendizaje de los mismos y a la construcción de la identidad.

Una vez que se exterioriza el mundo que se ha subjetivado, se crea el mundo intersubjetivo del sentido común, mismo que se comparte con los otros, que conciben el mundo de la misma manera. Cada sujeto va a exteriorizar sus procesos internos, es decir que se dará un intercambio de expresividades, de significados. Se comparten los significados del mundo del sentido común, no del mundo interno de cada individuo.

El lenguaje es un elemento fundamental en la construcción social de la realidad. El imaginario social y los diferentes imaginarios están presentes en los discursos, se construyen en ellos, se legitiman y se transmiten a partir de ellos. El imaginario social contribuye a la construcción de imágenes, símbolos, formas y figuras que dan sentido a la realidad cotidiana de una sociedad, formando una red de significados que cohesiona, dirige, permea y orienta tanto al grupo como a cada uno de sus miembros por medio de diferentes mecanismos sociales como la interacción, el lenguaje y las instituciones. El lenguaje es el sistema de signos más importante de las sociedades, es expresión del pensamiento e instrumento de la interacción. La expresividad humana es capaz de objetivarse en el lenguaje. La objetivación es un elemento que se vuelve anónimo en cuanto se va haciendo más lejana la relación cara a cara (Berger y Luckman, 2006). Los imaginarios son metáforas incesantes en los discursos de la vida cotidiana que crean y transmiten significados.

Dentro del proceso de intersubjetivación, existen procesos de socialización primaria y secundaria. Los primeros son los encargados de dotar a los sujetos del conocimiento básico, es decir, de su mundo base. Ese conocimiento les servirá para pensar como el resto, es decir, para aprehender los valores y saberes indispensables. Los procesos de socialización secundaria funcionarán para la construcción de submundos especializados y se desarrollarán en instituciones fuera de la familia, como pueden ser la escuela, el ejército, los medios de comunicación, entre otras. Para que exista un desarrollo integral en una sociedad determinada, debe existir empatía entre los procesos de socialización primaria y secundaria.

Parte del modo cómo construimos el mundo en común consiste, literalmente, en imaginarlo de determinadas formas. Por ejemplo, hay un imaginario social que hace posible la vida mercantil y en él reconocemos la propiedad privada, los contratos, el dinero, el interés, el comprador, el vendedor. Si no existiera este imaginario que incluye estos elementos sería muy difícil tener mercados modernos. El mercado no existe porque esté ahí físicamente (como producto), sino porque es imaginado, reproducido, expresado y compartido en la vida cotidiana. Lo mismo sucede con la idea de sistema médico, ya sea tradicional o alópata: este sistema existe porque la enfermedad se comprende como un fenómeno que debe aliviarse, para esto existen el enfermo, la cura y el sanador. El sistema médico es, al igual que el mercado, imaginado, reproducido, expresado y compartido en la vida cotidiana de los miembros del cada grupo social.

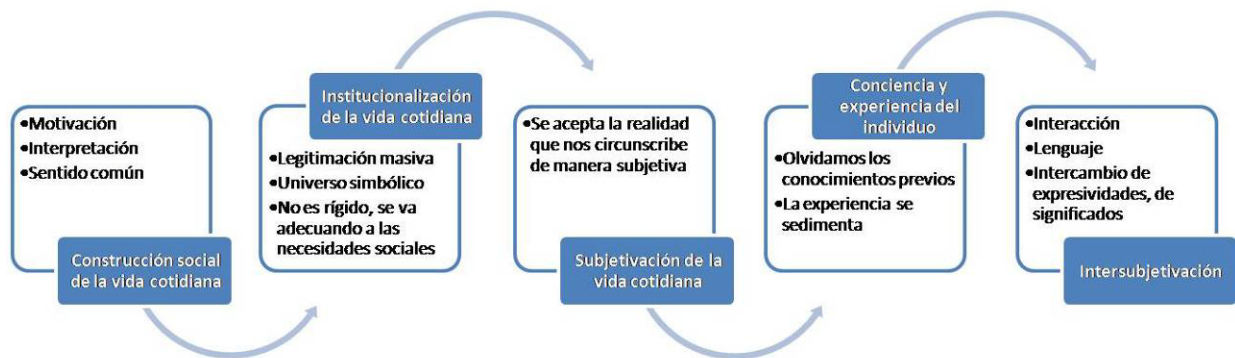


Figura 2. La construcción social de la realidad y de los imaginarios. Elaboración propia.

• Los imaginarios y las enfermedades

Hasta finales de los años sesenta (siglo XX), el concepto de enfermedad se consideraba, desde la óptica occidental, casi exclusivamente en términos biológicos o clínicos. El modelo médico dominante se desarrolló sobre la base de la explicación biológica de los problemas de salud, quedando otras dimensiones de la enfermedad y las técnicas y métodos para investigarlas, relegadas a un segundo plano.

Desde esta óptica, la enfermedad es un acontecimiento que debe ser combatido, disimulado, oculto y rectificado. La enfermedad no se mira como una construcción del sujeto, ni del grupo cultural al que pertenece. Desde la salud pública, la medicina social y la antropología médica, por citar algunas disciplinas, se ha criticado la pobreza en la comprensión de la enfermedad desde el modelo biomédico, proponiendo algunos modelos para la comprensión profunda del fenómeno y de sus diferentes manifestaciones y repercusiones.

Una propuesta importante es la de Horacio Fabrega (1971), quien plantea una distinción entre dos dimensiones de la enfermedad: *disease* e *illness*. La primera, *disease*, hace referencia a las dimensiones biológicas de la enfermedad:

“designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental. Se presume que este estado tiene una extensión temporal. Este estado puede o no coincidir con un estado de *illness*”.

La segunda, *illness*, hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión e incluye también al proceso por el cual la enfermedad es construida como una experiencia individual significativa:

“designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental (...) se asume que los distintos tipos de *illness* producirán la organización de actividades médicas en una unidad sociocultural (...)”

La medicina constituye un sistema sociocultural con una ideología y práctica susceptible de ser analizada desde el punto de vista antropológico, sus categorías podrían ser también relativizadas y analizadas en tanto que son elementos de un sistema cultural. De acuerdo con Milagros Ramasco (2007),

este sistema tiene algunas características básicas como el peso de la etiología de la enfermedad, misma que comprende “la enfermedad como un suceso estático, más que dinámico, cuya causa queda reducida a un patógeno o toxina que hay que eliminar”; otra característica básica es la tendencia a tratar las clasificaciones nosológicas²¹ como realidades en sí mismas; y por último, la ideología de neutralidad que “elimina cualquier atisbo crítico con respecto a su carácter de instrumento de control social” (idem).

Por su parte, Víctor Turner (1990) propone una aproximación polisémica al fenómeno de la enfermedad y la plantea en primer lugar, como una realidad socio-histórica:

“[el sentirse enfermo] no puede ser entendido simplemente como un conjunto de síntomas definidos. Es más un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias, emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad”

Este síndrome de experiencias adquiere su relevancia en el nivel subjetivo y es condensado en un universo de símbolos e imágenes (imaginarios) que pueden ser analizados.

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de varios factores (psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales) más allá de la base genética, fisiológica o biológica de determinada enfermedad. Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” está mediado por la cultura. El proceso de búsqueda de cuidado médico (sea este alópata o tradicional) está caracterizado por la auto-percepción, la definición y los imaginarios de los individuos, mediado todo ello por su pertenencia a un sistema cultural, sobre lo que está ocurriendo en sus cuerpos. Es la experiencia de la enfermedad lo que lleva a la persona a la búsqueda de atención.

²¹ La nosología es la ciencia que tiene por objeto describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico-semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos (Fabrega, 1971).

No siempre existe una correspondencia entre la cantidad demostrable de enfermedad y la tensión subjetiva experimentada por el paciente. Esta discrepancia puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes al médico²².

Como hemos venido diciendo a lo largo del texto, la enfermedad está influida por factores socioculturales, y en este mismo sentido podemos decir que cada cultura tiene su propio lenguaje de dolor. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas cotidianos (pareja, hijos, empleo, adicciones, abusos, entre otros) no sólo es un método aceptable dentro de un grupo social, sino que al mismo tiempo parece funcionar para obtener ayuda (Ramasco, 2007). Existe una definición de los síntomas en cada contexto sociocultural, misma que es aprehendida a través del proceso de socialización (intersubjetivación de acuerdo con Berguer y Luckman). Durante este proceso cada individuo es formado dentro del sistema cultural, aprehendiendo las posibles causas de las enfermedades, las expectativas sobre los cuidados de la familia, los proveedores de salud y otros miembros sociales, las normas sociales que definen su conducta de enfermo y los imaginarios en torno a la enfermedad, el proceso curativo, y la muerte, entre muchos otros que dotan de sentido al fenómeno de sentirse enfermo.

No se puede hablar de los imaginarios aprehendidos como representaciones de algo específico, necesariamente se tiene que pensar en un tejido de significados. Por ejemplo, el imaginario sobre la muerte en determinada cultura, se relacionará con los temores, y deseos, propios del grupo, así como con los imaginarios sobre la enfermedad y la vida, todo esto atravesado por el pensamiento religioso. El imaginario social en torno a la muerte cambiará incesantemente a lo largo del tiempo y de acuerdo al grupo social, los propios individuos, el momento histórico, y de manera más específica, estará en relación con factores como las causas de la muerte, la edad y el género del que muere, entre otros. No serán construidos de igual

²² Cuando el paciente no se siente enfermo se puede hablar de una "disease without illness"; por el contrario, puede existir una enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente, "illness without disease" (Fabrega, 1971).

manera los imaginarios sobre una enfermedad mortal, que sobre una no mortal; no significará lo mismo para una sociedad tener un resfriado, que tener cáncer o sufrir un infarto. Las enfermedades son construidas como fenómenos socioculturales y es así que el imaginario social las tiñe de significado, dando lugar a los imaginarios.

De acuerdo con Henry Sigerist en su obra *Civilización y enfermedad*, a lo largo de la historia ha existido una relación entre diferentes sociedades y las enfermedades, poniéndose de manifiesto por medio de expresiones culturales diversas como la religión, el arte, la literatura, el derecho, la música, entre otras.

Las enfermedades se han entendido de diferentes maneras según la sociedad en la que se presentan, el momento histórico, la etiología y los síntomas de cada una de ellas. De la misma manera se han construido los imaginarios que las dotan de sentido. Se les nombra de determinada manera dando sentido social a la enfermedad, a la persona que la padece y al comportamiento esperado ante dicha enfermedad y el enfermo mismo.

De acuerdo con Susan Sontag (2005), la peste ha sido concebida como la peor de las calamidades colectivas, el mal, el flagelo, esto no sólo durante los siglos XVI y XVII, sino también en la actualidad, ya que la palabra peste se utiliza para referirse a otras enfermedades como el cáncer y el SIDA (peste rosa). La tuberculosis se concebía como una enfermedad espiritual y que incrementaba la creatividad, por lo que se volvió una de las muertes favoritas en la literatura romántica. El cáncer, en términos generales, se concibe históricamente como una enfermedad vergonzosa, dolorosa y una inevitable condena de muerte.

La construcción social de la enfermedad forma parte de un conjunto de significaciones que funciona como una red simbólica que no necesariamente se construye racional y conscientemente ni tampoco funciona de esa manera. Como hemos expuesto en párrafos anteriores, la red de significados se entreteje y se mueve a través del lenguaje, las interacciones y las instituciones; forma parte del capital simbólico de una sociedad que basa su

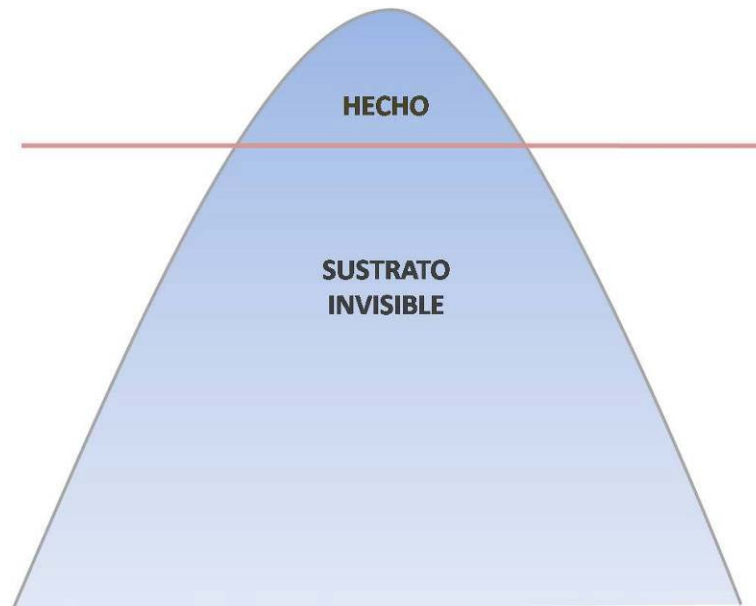
cosmovisión en éste y lo transmite de generación en generación. Así cada individuo del grupo social en que se presenta la enfermedad, por medio de este capital simbólico compartido, de estos imaginarios en torno al fenómeno, sabe cómo debe comportarse ante este, qué debe hacer si se encuentra con un *apestado* o con un *leproso*, cuál es la actitud que debe tener ante un *tuberculoso* y como debe reaccionar ante la noticia de que él mismo es un *canceroso* o *sidoso*²³.

Susan Sontag (2005) analiza las metáforas construidas en torno a la enfermedad y al SIDA. Para ella el enfermo debe ocuparse tan sólo de lo provocado por la enfermedad y no por las ideas construidas socialmente acerca de la misma. Ella sostiene que la ignorancia con respecto a los padecimientos genera la construcción de metáforas que explican la enfermedad. Expone ejemplos de enfermedades como la tuberculosis, el cáncer y el sida. Si bien la perspectiva de Sontag tiene validez, sobre todo en relación con los tratos discriminatorios y la angustia del sujeto enfermo, no podemos limitar la construcción de los imaginarios a la falta de información sobre la enfermedad, así como tampoco podemos esperar que “las metáforas” dejen de existir. De acuerdo con Berguer y Luckman, los significados dan sentido desde un estrato invisible en la vida cotidiana, “No hay acciones a la ligera, siempre hay algo que las motiva” (figura 3).

El proceso de construcción de la realidad es complejo y por lo tanto las motivaciones y el sentido dado a diferentes fenómenos, en este caso la enfermedad, no están a la mano como para cambiarlos por voluntad. La subjetivación de la realidad es el proceso mediante el cual los individuos dan sentido al objeto o fenómeno, lo hacen suyo, lo interpretan para después compartirlo con los otros (intersubjetivación). Esta información es la que Castoriadis, Berguer y Luckman, consideran como olvidada en el proceso de construcción de la realidad y del imaginario social.

²³ El sufijo “oso” relacionado con la enfermedad expresa y genera rechazo, en el caso del término “sidoso”, es en sí mismo una violación derechos humanos.

Figura 3. Sustrato invisible del hecho. Elaboración propia.



Siguiendo la idea anterior, algunos médicos, aún teniendo la información científica sobre la enfermedad, definen su actitud frente al SIDA en base a sus propias normas morales sobre la sexualidad, mismas que generan imaginarios que dan sentido a esa actitud y que puede reflejarse en la atención a los pacientes o en el diseño de políticas públicas y estrategias de prevención. Aceptar la propuesta de Susan Sontag sería suponer que la sífilis y la gonorrea al ser enfermedades curables y cuya etiología ha dejado de ser desconocida, se liberan del estigma, sin embargo, estas no han dejado de ser significadas en base a su relación con la sexualidad y la transgresión de la norma social y moral. De acuerdo con Castoriadis, Berguer y Luckman, si bien los imaginarios se van resignificando (proceso histórico-social), persisten debido a que dan sentido a una realidad y dentro de la vida cotidiana se ha olvidado el conocimiento que sustenta ese sentido. No recordamos ni el proceso, ni los elementos, ni tenemos clara la red de significados que nos hace mirar el

mundo de determinada manera, por lo tanto, la información no aniquila los imaginarios, no aniquila el sentido. Los imaginarios se oponen a lo racional. Michel Foucault en varias de sus obras analiza la relación entre la anormalidad, enfermedad y sociedad, así como el papel central del poder y del discurso en los imaginarios construidos sobre todo en la época clásica. En *La historia de la locura* y *Los anormales*, reflexiona en torno a la concepción del loco, el perverso, el melancólico, el histérico, etc., siempre caminando en la frontera de lo individual y lo social, del psicoanálisis, la política y la cultura.

- **Imaginarios y SIDA: muerte, sexualidad, cuerpo e identidad.**

Las relaciones de poder atraviesan la construcción social de los imaginarios. En la vida cotidiana, en lo que podían considerarse los actos más insignificantes como sentarse a la mesa con la familia o distribuir los espacios del hogar, están presentes las relaciones de poder que van legitimando los roles sociales de cada sujeto y van marcando las líneas permitidas y prohibidas del comportamiento y del uso del propio cuerpo. Las normas son convenciones sociales que guían el comportamiento de los miembros del grupo. Los parámetros para medir la normalidad o anormalidad de los sujetos y de los comportamientos se aprenden en sociedad, desde los espacios más cercanos a la intimidad del sujeto, hasta las instituciones de segundo orden. Una de las herramientas más precisas para la normalización de los individuos, es la disciplina. El sujeto protagoniza una lucha de poder no sólo con el exterior sino con su propio interior a lo largo de su vida.²⁴

En este sentido la transgresión es la ruptura de la norma. El que transgrede está sobrepasando el límite establecido para ciertos comportamientos. Siempre habrá alguien que se sale de la norma en sociedad, alguien que transgrede y que es castigado por ello. ¿Quiénes son los

²⁴ La propuesta de *Michel Foucault*, la microfísica del poder, plantea que la tecnología del poder utiliza las relaciones cotidianas como parte del instrumento del ejercicio del poder. Las luchas en las sociedades occidentales modernas se han vuelto subjetivas, el sujeto lucha contra las formas de subjetividad impuestas. Lo normal establece una sujeción a una identidad social, nacional, de grupo o de clase, es una exigencia de convertirse en un determinado grupo de sujeto.

transgresores? El suicida, el homosexual, la prostituta, el adúltero, el masturbador, entre otros que se atreven a salir de lo común, de lo normal para la sociedad a la que pertenecen. De acuerdo con la propuesta de Michel Foucault, ellos serían los considerados anormales.

Los imaginarios en torno al SIDA se tejen en torno de varios elementos presentes en la vida cotidiana de los individuos y los grupos a lo largo de la historia. Si bien han ido cambiando de acuerdo al espacio y el tiempo, algunos se han resignificado, perdiendo fuerza o ganando terreno en los contextos de las sociedades actuales. En este apartado haré un acercamiento a la relación de los significados del SIDA, la muerte, la sexualidad y el cuerpo. Los últimos tres elementos los agrupo debido a la delgada línea que los separa (si es que existe alguna).

- ***La muerte***

El entender el SIDA como sinónimo de muerte es uno de los imaginarios más persistentes relacionados con esta enfermedad. El impacto que tiene la amenaza de una enfermedad “nueva” en las sociedades es tan alto, que las imágenes de miedo e incertidumbre persisten a lo largo de décadas, e incluso siglos. Aun con toda la gama de explicaciones científicas sobre la efectividad del tratamiento de determinadas enfermedades o inclusive de su casi desaparición debido a las medidas modernas de higiene y prevención de enfermedades, el imaginario de la amenaza mortal persiste.²⁵

La historia del VIH/SIDA se ha ido tejiendo sobre la imagen persistente de la muerte como destino final del diagnosticado como portador de VIH. La construcción y persistencia de este imaginario se relaciona con el elevado número de muertes impregnadas de un tono trágico al que la sociedad pareciera no estar habituada (delgadeces extremas, sarcomas, neumonías agudas, candidiasis, aislamiento social). A esto hay que agregar la difusión de

²⁵ Se puede pensar en la lepra, en el cáncer o inclusive en la más reciente aparición del virus AH1N1 de influenza humana que ha causado un impacto significativo en la población mundial debido que es un virus nuevo, para el que no existe vacuna y ha sido la causa de varias defunciones en una población aparentemente fuerte y sana.

los medios de comunicación, las campañas de prevención en donde el mensaje era (y sigue siendo en muchos casos) SIDA igual a muerte, los decesos de personajes famosos del mundo del cine y la música en las condiciones anteriormente mencionadas y la falta de respuestas a las interrogantes de los enfermos, sus familiares y la sociedad en general. Es cierto que aún en nuestros días, con tratamientos que brindan una mejor calidad de vida y aumentan la esperanza de la misma, portadores del VIH mueren en condiciones dramáticas y estos eventos contribuyen a la permanencia del imaginario de muerte ineludible ante el diagnóstico de VIH.

De acuerdo con Georges Bataille, los seres humanos somos seres discontinuos y esa naturaleza nos provoca un sentimiento de profunda nostalgia por la continuidad del ser. "La ruptura no es concebida como una posibilidad". La muerte y la enfermedad son construidas alrededor de la idea de ruptura rompen con la continuidad anhelada.

"A nadie se le desea la muerte". La muerte nos atemoriza, no estamos preparados para enfrentar el fin de nuestra vida. No hay retorno. "Todo tiene solución menos la muerte". La imagen de morir en las sociedades occidentales es lejana, vivimos acostumbrados a vivir, a despertar cada mañana. La muerte nos sorprende, no salimos a la calle con la idea constante de que moriremos aunque sea el destino de todo ser humano. Nos da miedo la muerte. Preferimos que no pase. Mientras menos trágica y dolorosa sea, mejor. La muerte deja de ser algo natural para convertirse en algo que se debe evitar, aunque se sepa inevitable.

- *La sexualidad, el cuerpo y la identidad*

La sexualidad es la expresión práctica del sexo y el género a través de actos y conductas. El cuerpo es un medio de expresión, de comunicación, es un espacio que contiene lenguajes, signos y símbolos, gestos, es un espacio con significados. El cuerpo es la casa del hombre, el cuerpo es un templo, el cuerpo es el mismo cosmos. Se entiende de formas diversas. El cuerpo es desnudez y placer, el cuerpo es carne y pecado. El cuerpo es dador de vida. Los cuerpos

de hombres y mujeres difieren en sus formas y en sus funciones, son cuerpos biológicos, pero también difieren en sus significados, en este sentido son cuerpos sociales. La diferencia se zanja en la procreación: el hombre deposita la semilla, la mujer carga el producto, lo arroja al mundo, lo alimenta. El hombre tiene pene y testículos, la mujer tiene vagina y mamas. El cuerpo se significa de maneras heterogéneas en contextos diferentes y muchas veces estas concepciones diversas, conviven en espacios contiguos o en el mismo espacio.

Los significados que dentro de la sociedad moderna occidental se le han ido dando a los cuerpos no están desligados de otras categorías analíticas como las relaciones de poder, ya que estas atraviesan la manera de entender el cuerpo, de significar al brazo de manera diferente al pene o a la vagina. No es lo mismo tener un cáncer de piel que uno de ano, no se enfrenta igual, no se habla de la misma manera sobre éste. La jerarquización del cuerpo está en estrecha relación con algunas concepciones religiosas de tradición judeocristiana.

En el discurso hay partes del cuerpo que está prohibido mencionar, se les cambia el nombre. Ante esto podemos reflexionar sobre la manera en que los padres enseñan a sus hijos a referirse a su propio cuerpo, el pene es el *pillín*, las mamas son las *chichis*, o las *bubis* utilizando el anglicismo en boga, la vagina, la vulva y el clítoris rara vez son mencionados, se les invisibiliza. Generalmente, en las clases de educación sexual no se hace referencia al placer. El acto sexual es concebido como un mero acto de procreación y acaso se da referencia a un sentimiento de amor que muchas veces se ve alejado de las realidades que rodean a los niños. Se da por sentado que la norma es el matrimonio, que la sexualidad permitida es la que se ejerce en el marco de este contrato social y en la alcoba de los padres (Canales, 2005).

Continuando con la idea anterior, no se significa de igual manera el cuerpo de un heterosexual, que el de un homosexual, un bisexual, una transgénero o un hermafrodita. Michel Foucault explica que la tecnología del poder utiliza las relaciones cotidianas como parte del instrumento del ejercicio

del poder. Las luchas en las sociedades occidentales modernas se han vuelto subjetivas, el sujeto lucha contra las formas de subjetividad impuestas. Lo normal establece una sujeción a una identidad social, nacional, sexual, de grupo o de clase, es una exigencia en convertirse en un determinado tipo de sujeto. La normalización del individuo es uno de los mecanismos utilizados para el control en las sociedades occidentales modernas.

Los cuerpos de las mujeres, los niños, los hombres, los ancianos no son valorados de la misma manera. La forma de referirse a ellos, de mirarlos esconde intenciones, significados que están permitidos o prohibidos, son normales o anormales según la relación social y el rol desempeñado. El comportamiento sexual, mismo que no puede desvincularse de los imaginarios contruidos en torno a los cuerpos, está normada de acuerdo al tiempo y espacio en el que vive cada grupo y cada individuo.

De acuerdo con Julieta Vartabedian (2007), en el siglo XIX comienzan a dispersarse otras sexualidades muy alejadas de la norma heterosexual reproductiva, surgen las llamadas "perversiones". Una cita de Foucault nos permite ver la tendencia categorizante de la sociedad occidental moderna:

"la mecánica del poder que persigue a toda esa disparidad no pretende suprimirla sino dándole una realidad analítica, visible y permanente: la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, la constituye en razón de ser y orden natural del desorden. ¿Exclusión de esas mil sexualidades aberrantes? No. Más bien, especificación, solidificación regional de cada una de ellas. Al diseminarlas, se trata de sembrarlas en lo real y de incorporarlas al individuo" (Foucault, 2006)

Las sociedades occidentales se caracterizan por un fervor clasificador que dentro del contexto de las sexualidades busca establecer una definición concluyente de lo que es ser hombre y ser mujer, las características "verdaderas" de lo masculino y lo femenino, en términos de lo normal y lo anormal. Se espera una total correspondencia entre el cuerpo y la identidad genérica aceptable por la sociedad. Este proceso es el resultado de una nueva

configuración del poder que requiere ubicar a las personas mediante la definición de su “verdadera identidad”, una identidad que exprese totalmente la verdad de sus cuerpos. En este proceso de estricta definición se gesta y se establece, lo que Jeffrey Weeks denomina, la institucionalización de la heterosexualidad. Masculinidad y feminidad se definen en relación al sujeto con quien se tienen relaciones sexuales: el hombre tiene relaciones sexuales con mujeres y en caso de que las tenga con hombres, se establece la necesidad de un rol femenino, de ocupar el espacio social de una mujer honorífica (Weeks, 2005). Dentro de esta diversidad de nociones, combinaciones y posibilidades, emergen junto con los cambios, nuevos y variados estilos de masculinidades y feminidades, un pluralismo que puede entenderse como una lucha contra la tendencia clasificatoria de los géneros en relación con ciertas prácticas sexuales.

La sexualidad dentro de la sociedad occidental sigue el patrón jerárquico del sistema patriarcal y, siguiendo a Weeks, la heterosexualidad se institucionaliza y dibuja las líneas sobre las que se construyen e inventan las diversidades sexuales. Así la homosexualidad, se inventa bajo estas normas, pero su comprensión arroja luz sobre la misma construcción de la heterosexualidad y de la sexualidad en general. El homosexual es una figura que se construye en la época moderna, es el descubrimiento o reconocimiento de un tipo diferente de persona, cuya esencia sexual es distinta a la heterosexual. Durante este proceso histórico se fue definiendo el carácter privado y público de la homosexualidad, lo que fue dando paso a la nueva figura del gay que jugaría un papel político abierto y desafiante de las normas y que estaría relacionado en mayor medida, con un estatus social de clase y el estilo de vida y otras figuras que fueron construyendo sus identidades en base a lo femenino, como los travestis en Inglaterra, que fueron reconociéndose entre ellos y definiendo espacios y dinámicas comunes, creando vínculos solidarios basados en la diferencia y la identidad frente a lo heterosexual. Se puede decir que la historia de la nueva homosexualidad es una historia de identidades: de su surgimiento, de sus complejidades y transformaciones.

La identidad o mejor dicho, las identidades se construyen, son fenómenos históricos, políticos y culturales. No se puede vivir sin identidades, pero tampoco asumiendo las identidades que se nos imponen desde la sociedad. Por lo tanto, la construcción de una identidad necesariamente muestra de manera simultánea, necesidad y posibilidad, imposición y decisión (Weeks, 2005). La identidad dentro de este contexto, es el sentido del yo en relación con el sentido de ser hombre o ser mujer, lo cual es, al mismo tiempo, privado, en relación con la subjetividad, y público, es decir, que toma lugar en los significados sociales y las relaciones de poder.

En este sentido el espacio está íntimamente relacionado con la construcción de identidades e imaginarios como proceso histórico-social: "El espacio que nos interesa es el espacio humano o espacio social (...) El espacio debe ser considerado como un conjunto de relaciones realizadas a través de funciones y de normas que se presentan como testimonio de una historia escrita por un proceso del pasado y del presente (...) El espacio se define como un conjunto de formas representativas de relaciones sociales del pasado y del presente y por una estructura representada por relaciones sociales que están aconteciendo delante de nuestros ojos y que se manifiestan a través de procesos y funciones. El espacio es entonces, un verdadero campo de fuerzas cuya aceleración es desigual: de ahí el porqué la evolución espacial no se da de forma idéntica en todos los lugares" ²⁶

Para Berguer y Luckman, el universo simbólico se concibe como la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales, mientras toda la sociedad histórica y la biografía de un individuo se ven como hechos que ocurren dentro de ese universo. Esto adquiere particular

²⁶ "O espaço que nos interessa é o espaço humano ou espaço social...O espaço deve ser considerado como um conjunto de relações realizadas através de funções e de normas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processo do passado e do presente. Isto é, o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções. O espaço é, então, um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual: Daí porque a evolução espacial não se faz de forma idéntica em todos os lugares" (Santos, 1978)

relevancia debido a que las situaciones marginales de la vida del individuo también forman parte de este universo simbólico. Son productos sociales que tienen una historia y para entender su significado es preciso entender la historia de su construcción.

Los universos simbólicos aportan al orden institucional debido a que las experiencias que corresponden a las esferas alternas a la realidad, desde la experiencia biográfica hasta las instituciones sociales, se integran por incorporación al mismo universo de significado que se extiende sobre ellas. Los universos simbólicos tienen una función nómica y ordenadora, ofreciendo a los sujetos el más alto nivel de integración de los significados discrepantes dentro de la vida cotidiana en la sociedad.

La versión de universo simbólico que se desvía, queda estereotipada en una realidad por derecho propio, la que, por existir dentro de la sociedad, desafía el status de la realidad del universo simbólico tal como se constituyó originariamente. El grupo que ha objetivado esta realidad divergente se convierte en portador de una definición de la realidad que constituye una "alternativa" y plantea "no solo una amenaza teórica para el universo simbólico, sino también una amenaza práctica para el orden institucional legitimado por el universo simbólico en cuestión". Recordemos que en el proceso de intersubjetivación se comparten los significados del mundo del sentido común, no así el mundo interno de cada individuo. Esto es importante para poder entender los problemas que surgen cuando los procesos de construcción del mundo se cruzan con las relaciones de poder y se instituye un determinado mundo, cómo único válido. Este es el caso de lo que Weeks nombra institucionalización de la heterosexualidad.

En este sentido el transgredir lo instituido, la naturaleza del cuerpo y las prohibiciones sexuales trae como consecuencia sanciones sociales que se han construido y legitimado a lo largo de muchos siglos y que la mayoría de las veces no se cuestionan. Retomando la idea de Bataille (2002) sobre la continuidad anhelada, la sociedad estigmatiza al transgresor porque rompe con la continuidad, con el orden, con la norma. La moral de nuestras sociedades se

traza sobre el eje de la continuidad. Inclusive los transgresores llegan a asumir un papel pasivo y receptor de la culpa social como castigo a su transgresión. En el caso específico de las mujeres transgénero, se les sanciona por transgredir tanto la naturaleza del cuerpo, como las prohibiciones sexuales, pero además se les sanciona por exacerbar el carácter sexual y carnal de lo femenino, concebido en la tradición judeocristiana como pecaminoso y sucio.

Julieta Vartabedian (2007) propone la imagen de una pirámide retomando la propuesta de Gayle Rubin:

“En la cima encontramos a los heterosexuales reproductores casados. Debajo están los heterosexuales monógamos no casados, seguidos del resto de los heterosexuales (por ejemplo, promiscuos). Siguen las parejas estables de lesbianas y gays (justo al borde de la respetabilidad). Sin embargo, los homosexuales y las lesbianas promiscuos están ya por encima de los grupos situados en el fondo de la pirámide: transexuales, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabajadoras del sexo y, por último, aquéllos cuyo erotismo transgrede las fronteras generacionales. A través de este sistema se pasa por los extremos de una sexualidad buena, normal, natural, saludable y sagrada a una sexualidad considerada y construida como mala, anormal, antinatural, pecaminosa y extravagante. Gayle Rubin dice que “[a] medida que descendemos en la escala de conductas sexuales, los individuos que las practican se ven sujetos a la presunción de enfermedad mental, a la ausencia de respetabilidad, criminalidad, restricciones a su movilidad física y social, pérdida del apoyo institucional y sanciones económicas”. Aquí se observa que el estigma se representa en toda su magnitud.” (J. Vartabedian, 2007)

De acuerdo con Marcela Lagarde, la ideología genérica y patriarcal, más allá de los cambios en la sociedad, en la masculinidad y la feminidad, parece inalterada y vigente. Permanece fosilizada, debido a que expresa y sintetiza separaciones simbólicas inmutables que no corresponden a la complejidad genérica de los sujetos. Categoriza y marca las diferencias como excluyentes y antagonicas por naturaleza.

Las mujeres y hombres que no cumplen con lo que debe ser (la norma) un hombre o una mujer, son catalogados como anormales. "La idea de equívoco, inacabado, incompleto, se conjuga con la idea de anormalidad, enfermedad, problema y crisis (Foucault, 1990).

Resulta interesante reflexionar sobre la posibilidad de que las mujeres transgénero compartan algunas características identitarias con el resto de las mujeres²⁷. De acuerdo con Marcela Lagarde (1990) existen ciertas características genéricas compartidas teóricamente por todas las mujeres que dan como resultado una condición de la mujer "como ser social y cultural genérico, como ser para y de los otros". La autora propone que todas las mujeres comparten, la misma condición histórica y de acuerdo a sus diferencias en los modos de vida y condiciones del mundo, las vivencias opresivas varían, pero la opresión genérica, es compartida debido a la organización patriarcal del mundo moderno y la construcción social de la feminidad:

"La feminidad es la distinción cultural históricamente determinada que caracteriza a la mujer a partir de su condición genérica y la define de manera contrastada, excluyente y antagónica frente a la masculinidad del hombre. Las características de la feminidad son patriarcalmente asignadas como atributos naturales, eternos e históricos, inherentes al género y a cada mujer (...) deben demostrar que en verdad son mujeres." (Lagarde, 1990)

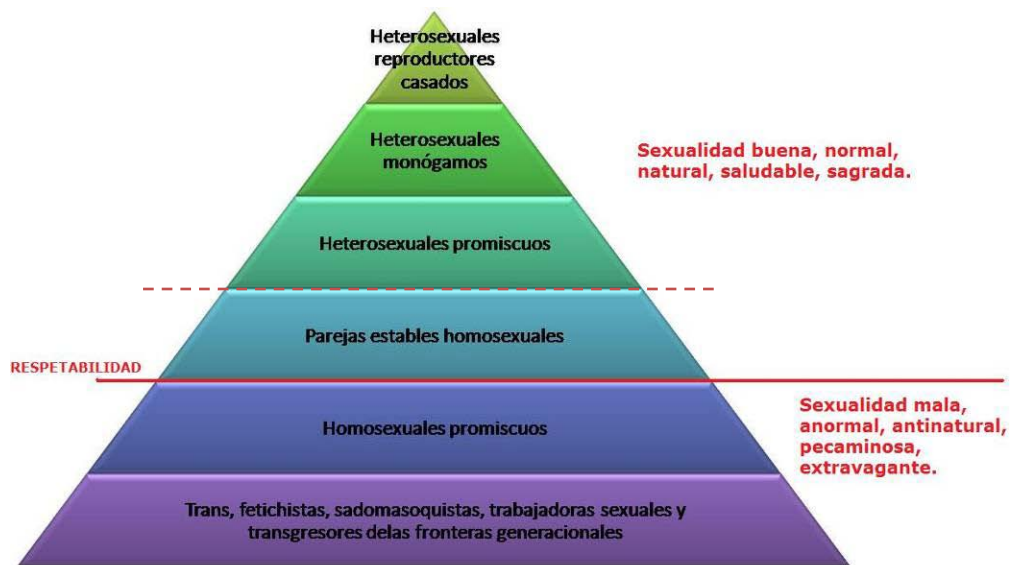
En este sentido, las mujeres transgénero parecen librarse de algunas exigencias sociales relacionadas con la naturaleza de ser mujer, sin embargo, comparten la opresión genérica de lo femenino e inclusive se sitúan en un nivel

²⁷ Existe una disyuntiva constante entre cómo hacer la diferenciación entre las mujeres transgénero y el resto de las mujeres, de acuerdo con un relato de Barbara Warren, citado en Vartabedian (2007): "[En el grupo de apoyo] nos referíamos a las mujeres no transexuales como «reales». Si ellas eran «reales», ¿cómo quedábamos nosotras, como «irreales»? Así que probamos con «mujeres biológicas». Tampoco nos sirvió mucho. Una vez más, ¿qué seríamos nosotras, «mujeres no biológicas»? [Y] «mujeres genéticas» hacía de nosotras «mujeres no genéticas». El resultado siempre era «mujeres no algo», mientras que nosotras queríamos afirmar nuestra identidad y experiencia. Así que intentamos verlo de la manera contraria. Supusimos que nosotras nos definíamos como nosotras, y por tanto ellas eran no-nosotras. Esto produjo inmediatos y prácticos resultados. ¡Ellas se convirtieron en «no transexuales»!"

de aislamiento y marginación social relacionado con el castigo a la transgresión.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el prefijo *trans* proviene del latín *trans* y significa "al otro lado", "a través de". El término transexual según la misma fuente hace alusión a una persona que "se siente del otro sexo, y adopta sus atuendos y comportamientos y que mediante tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere los caracteres sexuales del sexo opuesto". La palabra transgénero no aparece en el diccionario.

Figura 4. Jerarquización de las sexualidades.



Para la comunidad Lésbico, Gay, Travesti, Transgénero, Transexual y Bisexual (LGBTTT), el término transgénero define a los que tienen una identidad y expresión de género diferentes a su sexo biológico, mientras que el término transexual se refiere a cualquier persona cuya identidad de género es diferente a su sexo biológico y que modifica su cuerpo mediante el uso de hormonas o cirugía para que su sexo coincida con su identidad de género.

En las prácticas y los discursos cotidianos es muy común designar a este grupo como travestis o travestidos, inclusive desde los sujetos mismos, sin embargo, desde los grupos de diversidad sexual, este término corresponde a las personas que se visten con ropa del sexo opuesto, pero que no necesariamente se identifican con ese género.

El prefijo *trans*, retomando la etimología, hace alusión al periodo durante el cual una persona transgénero empieza a vivir en relación al género con el que se identifica. Este proceso puede incluir el cambio de nombre, la toma de hormonas, la cirugía en el pecho, los genitales o en cualquier otra parte del cuerpo con el objetivo de cambiar la apariencia, el cambio de documentos legales para que su biología concuerde con su identidad genérica²⁸.

Algunas identidades genéricas se distinguen por el uso del prefijo *trans*, lo que implica, según la etimología del término, pasar a través de algo, en este caso del propio sexo. En la cultura occidental moderna, este comportamiento es considerado anormal. Las identidades genéricas *travesti*, *transexual* y *transgénero* son estigmatizadas aún en las comunidades de diversidad sexual. La medicina y la sexología, especialmente las desarrolladas en el siglo XIX, consideraron las tendencias sexuales de hombres y mujeres estrictamente ligadas al sexo anatómico. Cualquier cambio de tendencia se consideraba *patológico*. Cristóbal Gastó Ferrer (2006) plantea que desde tiempos antiguos las personas han optado por construir y reconstruir sus cuerpos según han deseado o se han visto obligados. Estas prácticas de construcción y reconstrucción del cuerpo, en la actualidad van desde la dieta, el ejercicio, el piercing, los tatuajes, la moda personal, hasta la cirugía plástica y el cambio de sexo. De todas estas, es el cambio de sexo la que genera mayor ansiedad en la sociedad.

²⁸ Desde que su existencia fue reconocida por la XXIX Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 1977, se han desarrollado diversas vías para modificar legalmente los documentos de las personas transexuales. Países como Francia, España, Estados Unidos, Suiza, Bélgica, Grecia, Polonia, Portugal y México requieren de un juicio para tal efecto. En Alemania, Italia, Australia, Holanda, Suecia, Turquía, Canadá, Sudáfrica e Israel existe legislación que aborda específicamente el tema. En Noruega, Austria y Dinamarca sólo se requiere un trámite de carácter administrativo.

Cómo parte de las sanciones por transgredir el orden social y simbólico de las sociedades, esta gama diversa de identidades, y en específico, la población de estudio de este trabajo, las mujeres transgénero, son estigmatizadas y categorizadas dentro de los “grupos de riesgo” para el contagio. Aparentemente no importa si ellas son vulnerables ante el riesgo de contraer VIH y desarrollar SIDA, sino el hecho de ser las que contagian. A fin de cuentas se les considera merecedoras de la enfermedad, del rechazo social, de la falta de acceso a los servicios debido a su mal comportamiento. El SIDA, la clpa y la muerte son castigos, sanciones sociales por su mal comportamiento, por transgredir las normas.

A las mujeres transgénero se les cobra caro el romper el orden, el manchar, desde la perspectiva hegemónica, la historia de la humanidad y de los pueblos. Son merecedoras de lo peor del mundo por abrir la puerta al caos. Se les naturaliza como anormales, monstruos, perversos. Se les aísla, se les olvida, se asume que sus mundos son naturalmente violentos, llenos de vicios, delincuenciales. Los imaginarios sobre las mujeres transgénero justifican el rechazo social. Estas mujeres tienen la llave de la puerta trasera, entran y salen del caos mientras el mundo les desea “lo peor”: morir de SIDA, sin que nadie las vea, en soledad. Son espejos del alma de los normales, donde estos no se quieren ver reflejados, espejos que prefieren no voltear a ver. Espejos que mostrarían el caos de los sujetos y del grupo social al que pertenecen porque si todo estuviera en orden en su interior ¿porqué construir normas sociales y sanciones? ¿Porqué insistir en preservar las buenas costumbres?

2.2. Metodología

El objetivo de este apartado es describir el tipo de metodología que utilicé en el trabajo, sin embargo, me parece importante y enriquecedor narrar la experiencia vivida a lo largo de la investigación. Considero que la riqueza de esta experiencia radica en el trabajo de campo, en la interacción entre la investigadora y los sujetos de estudio, entre las mujeres transgénero y la

mujer no transgénero, entre Ana, Andrea, Cristina, Valeria, Amaranta, Mario²⁹ (pareja de una de ellas) y yo, Paulina. La experiencia estuvo marcada por momentos difíciles y otros muy gratificantes. El camino para establecer el rapport fue complicado, lento, en algunos momentos he de confesar que llegué a desesperarme por no poder entrar en la intimidad de mis sujetos de estudio. Sin embargo, cuando estaba a punto de caerme, todo comenzó a encauzarse para el logro de los objetivos. Como si hubiera estado a prueba, bajo la lupa, en un examen de persistencia para poder abrirme la puerta a sus vidas, a sus espacios, a sus corazones.

Esta investigación se realizó en el periodo de enero de 2007 a mayo de 2009, en la ciudad de Chetumal, Quintana Roo. Uno de los retos del trabajo fue diseñar una forma de identificar los imaginarios en torno al SIDA y a los elementos relacionados (enfermedad, muerte, sexualidad, cuerpo e identidad). Primero habría que definir la población de estudio, decisión nada fácil en un tema en donde todos y cada uno de los elementos de un sistema social, juegan un papel importante en los procesos de construcción, intersubjetivación y legitimación de los imaginarios. La duda era con quien trabajar el tema: adolescentes, jóvenes, personas que viven con VIH/SIDA, mujeres, amas de casa, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, población en general. La universalidad del tema de los imaginarios y el sentido, intentaba seducirme para hacer ciertas generalizaciones sobre su construcción social en torno al SIDA.

Fue entonces que comencé a trabajar en el proyecto "Condiciones de vulnerabilidad y alternativas de prevención a la transmisión del VIH/SIDA: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres en trabajo sexual (TS) en Cancún y Chetumal, Quintana Roo, México" con el Instituto Nacional de Salud Pública realizando el trabajo de campo en ambas ciudades y con ambas poblaciones. Comencé sin saberlo entonces, lo que sería la primera parte del trabajo de campo y el establecimiento del rapport con la población que sería protagonista de este trabajo: las mujeres transgénero de la ciudad

²⁹ Los nombres han sido cambiados para mantener el anonimato de los testimonios.

de Chetumal. ¿Por qué sin saberlo? Porque la realidad supera cualquier idea a priori que tenga el investigador. El mundo está afuera, en las calles, en la peculiaridad de los contextos de estudio. "Hasta que no entramos en el campo, no sabemos qué preguntas hacer, ni cómo hacerlas (...) la imagen preconcebida que tenemos de la gente que intentamos estudiar puede ser ingenua, engañosa o completamente falsa" (Taylor y Bogdan, 1987).

Desde que comencé el trabajo de campo, la idea de categorizar a la población transgénero en el grupo de HSH me parecía una decisión desafortunada. Me provocaba incomodidad el explicar a las informantes el objetivo del estudio. Sabía que no les gustaba ser encasilladas en esa categoría y miradas desde esa óptica, lo notaba en sus gestos y en sus respuestas. Comencé a apasionarme con sus experiencias y su manera de entender la vida, me movían cada fibra del cuerpo con su valentía y cada vez se me hacía más injusto que "los otros" no lográramos comprender y respetar su esencia femenina y sobre todo, la libertad para expresarse de acuerdo a su propia subjetividad. Entonces decidí que trabajaría los imaginarios en torno al SIDA, pero enfocándome en la población transgénero. A lo largo del camino me fui enamorando de ellas de una manera profundamente natural y decidí referirme a ellas siempre en femenino, como mujeres transgénero. No le daría más vueltas al asunto. Ahora, en retrospectiva, me parece absurdo haber dudado en la forma de dirigirme a ellas, ¿en masculino o en femenino? La respuesta para mí es clara y espero poder compartir con los lectores las razones que me llevaron a tomar esta postura.

La metodología utilizada fue cualitativa, debido a que se buscaba comprender el fenómeno desde los sujetos. Las técnicas empleadas a lo largo de la investigación fueron la observación participante, técnica fundamental para este trabajo debido al lugar central que se le da a "la interacción entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo" (Taylor y Bogdan, 1987); entrevistas semi-estructuradas, cuyo fin era conocer las condiciones sociodemográficas, económicas y culturales y su relación con la construcción

de significados, prácticas e interacciones que las sitúan en condiciones de vulnerabilidad al VIH/SIDA. El uso de esta técnica permite centrar el diálogo sin limitar la libertad de las respuestas, reduciendo el margen de dispersión y facilitando la sistematización de la información, (Taylor y Bogdan, 1987) sin embargo no se equipara a la entrevista en profundidad; un taller literario cuyo objetivo fue conocer y compartir las opiniones y experiencias personales de las mujeres transgénero y de sus parejas y familiares a través de la lectura de un texto autobiográfico sobre SIDA y la expresión oral y/o escrita de sus propias experiencias sobre algunos temas presentes en el texto; las entrevistas en profundidad se utilizaron con el objetivo de ahondar sobre los diferentes temas tratados durante las sesiones del taller literario, específicamente con seis informantes. La investigación se dividió en cuatro fases:

- **Revisión documental**

El objetivo de esta fase fue identificar los trabajos realizados en relación con mi tema de estudio, así como las fuentes para la construcción del marco teórico y el diseño de las herramientas metodológicas. Las lecturas se extendieron también con el objetivo de complementar la información obtenida en campo y posteriormente analizada. Se revisó también el Bando de policía y buen gobierno 2005 del municipio de Othón P. Blanco y algunas notas periodísticas que involucraban a mujeres transexuales. Este proceso se desarrolló a lo largo de la investigación, concentrando la mayoría de las búsquedas y las lecturas en los primeros meses de la investigación.

- **Trabajo de campo fase 1:** (diagnóstico y elección de la población de estudio)

A partir del trabajo con el INSP en Chetumal, me vinculé con Tumben Kin A.C. Esta asociación civil está conformada en su mayoría por personas transgénero, gays, bisexuales, algunos de sus familiares y amigos y personas que viven con VIH/SIDA. El objetivo principal de esta asociación es montar un albergue para

las personas con VIH/SIDA. Más adelante retomaré a Tumben Kin como espacio de interacción de las mujeres transgénero.

En esta primera fase del trabajo de campo, comencé a entrevistar a miembros de Tumben Kin, los informantes se captaron por medio de la técnica *bola de nieve*³⁰. Al principio pensé que no participarían en las entrevistas, notaba cierta resistencia que se manifestaba en la cancelación de las citas, la ausencia a las mismas y la negación de la posibilidad de que otros miembros de la asociación aceptaran colaborar en el proyecto. Fue hasta el momento en que Ana me concedió la primera entrevista como presidenta de la asociación, que empezó a invitar a otros miembros a participar en las entrevistas.

En total realicé 12 entrevistas semi-estructuradas, de las cuales 8 fueron con mujeres transgénero de características diversas. Estas 8 entrevistas me permitieron analizar la relación de la identidad genérica con la vulnerabilidad ante el riesgo de contagio y desarrollo de VIH/SIDA, objetivo principal del proyecto con el INSP. Pude conocer los orígenes familiares de las entrevistadas, experiencias sobre sus relaciones de pareja y algunas prácticas relacionadas con el uso del condón, entre otros temas que me permitieron ir construyendo los instrumentos para recuperar la información sobre el tema de los imaginarios en torno al SIDA. Estas entrevistas las realicé en la casa de la presidenta de la asociación, Ana y en las casas de las entrevistadas, una de ellas funciona como el lugar para el desempeño del sexoservicio de las mujeres transgénero. Las entrevistas duraron aproximadamente cuarenta minutos y se dividieron en los siguientes componentes: características sociodemográficas, espacios de interacción y uso del tiempo, participación en organizaciones, identidades, vida en pareja y sexualidad, información sobre ITS/VIH/SIDA, acceso a servicios de salud y trayectoria de padecimiento de ITS.

Durante el desarrollo de las entrevistas pude darme cuenta que les molestaba ser categorizadas como hombres que tienen sexo con hombres y

³⁰ Esta técnica de muestreo consiste en contactar a algún informante clave para lograr el acceso a otros informantes clave por recomendación del mismo. Esta técnica fue fundamental en este trabajo debido a las dificultades de acceso a la población de estudio.

como personas en riesgo de contraer VIH/SIDA. Muchas de ellas no reconocieron ser portadoras de VIH durante la entrevista, sin embargo, en momentos posteriores y una vez establecido el rapport, me hacían comentarios sobre sus pruebas de carga viral, o los cambios de esquema en los tratamientos³¹.

Se realizó también la identificación de algunos espacios de las mujeres transgénero, aunque como hemos dicho, en este primer momento se hablaba de HSH. Fue a raíz del trabajo de campo y del posterior análisis de la información que se concluyó la importancia del reconocimiento de la diversidad de identidades genéricas para llevar a cabo acciones de prevención y atención de ITS, VIH y SIDA. Como vimos en párrafos anteriores, la relación entre el espacio y la identidad es fundamental debido a que en los espacios se desarrolla la interacción, se llevan a cabo los discursos y con ello, se legitiman los imaginarios.

- **Trabajo de campo fase 2**

Esta fase comenzó cuando decidí tomar como población de estudio a las mujeres transgénero de la ciudad de Chetumal. El objetivo de esta fase fue profundizar sobre los imaginarios en torno al SIDA, la enfermedad, la muerte, el cuerpo, la sexualidad y otros elementos que están estrechamente vinculados. En esta fase de campo, se utilizaron las técnicas de observación participante, un taller literario tomando como base para las reflexiones, la obra *Antes que Anochezca* de Reynaldo Arenas y entrevistas en profundidad (anexo 1) con cinco mujeres transgénero y un hombre, pareja de una de ellas. Además se realizó una entrevista semi-estructurada con la encargada del Programa VIH/SIDA en los Servicios de Salud a nivel estatal (anexo 2).

La observación participante se llevó a cabo en diferentes espacios y momentos. Los primeros acercamientos fueron en las reuniones de Tumben Kin. La

³¹ Se respetó la decisión de las y los entrevistados de no reconocer vivir con el virus. Por lo tanto no se pondrá especial atención en si el entrevistado (a) es una persona que vive con VIH (PVV), debido a que los imaginarios sobre la enfermedad en general y sobre el VIH/SIDA en particular, así como sobre el cuerpo, la sexualidad y la identidad genérica, no cambian en este estudio por el hecho de aceptar ser una PVV.

estructura de la asociación se basa en una junta directiva formada por una presidenta, una vicepresidenta, un secretario, un tesorero, una vocera y dos vocales, los demás son miembros voluntarios. Las reuniones se realizan los sábados, cada quince días a las cinco de la tarde. Asistí de manera puntual a cada encuentro, en dónde trataban asuntos generales sobre la asociación y organizaban actividades concretas para la recaudación de fondos como rifas y venta de comida. Ana me presentó ante el grupo y explicó que yo estaría asistiendo para conocer la forma de trabajo de la asociación y que buscaría platicar con algunos miembros.

La asistencia a las reuniones era muy variada, algunos días se llegaron a juntar quince personas, mientras que otros sólo asistían tres o cuatro. En las reuniones se trataban temas diversos sobre la organización de Tumben Kin y sobre las estrategias a seguir para obtener dinero, se trataba de informar a los miembros sobre las acciones que se habían estado desarrollando.

A partir de la asistencia a estas reuniones se fue entablando y nutriendo mi relación con los miembros de la asociación y comenzaron a invitarme a los convivios que organizaban, así como a formar parte de algunas actividades para la recaudación de fondos.

El taller de literatura se planteó como una actividad en la que podrían participar todos los miembros de la asociación y se explicó que el objetivo era reflexionar de manera individual y grupal sobre el SIDA y los elementos relacionados con la enfermedad como el cuerpo, la sexualidad, la muerte y otros que estaban relacionados con cada uno de estos temas generales.

La idea era trabajar en conjunto con las mujeres transgénero, algunos de sus familiares y sus parejas, miembros de la asociación, para identificar e interpretar los imaginarios. Se realizaron siete sesiones que duraron aproximadamente una hora. Elegí algunos capítulos del libro *Antes que anochezca* de Reynaldo Arenas y los fotocopieé entregando un juego a cada asistente junto con el programa para ir leyéndolos en cada sesión. En la primera sesión iniciamos con la presentación y la descripción de cada participante. En las sesiones posteriores trabajábamos sobre dos ejes: primero

respondíamos una lista de preguntas sobre la lectura y después, una serie de preguntas sobre las propias experiencias en relación con el tema de la sesión.

La participación de las mujeres transgénero fue muy limitada. Tres de ellas fueron las que asistieron con mayor regularidad. Las demás no asistieron, a pesar de que yo misma fui a la casa de Valeria a entregar las copias a cada una de ellas y a explicarles en qué consistía el taller. Días después supe que habían tenido diferencias con la mesa directiva de Tumben Kin y se habían apartado de la Asociación. La inconsistencia en la participación de las chicas transgénero de la calle de Hidalgo en las actividades de Tumben Kin, limitó mi interacción con la mayoría de ellas a la observación y las entrevistas semi-estructuradas de la primera fase. Sin embargo, pude obtener información valiosa con la aplicación de estas técnicas. Más adelante profundizaré sobre los factores que limitan la participación de las sexoservidoras transgénero de la calle de Hidalgo en las actividades organizadas por Tumben Kin, incluyendo el taller literario.

A pesar de lo anterior, la riqueza de esta técnica consistió en el contacto con las experiencias de los familiares y de la pareja de Ana sobre los temas establecidos, además de la información de las tres mujeres trans más regulares en la asistencia. Por otra parte, este tiempo y espacio fue fundamental para el fortalecimiento del rapport. Los miembros de la asociación valoraban mi presencia y puntualidad, además de la disponibilidad que yo tenía para hablar de mi vida y mis experiencias personales de la misma manera que ellos lo hacían. Las primeras veces inclusive se sorprendían de lo que contaba en las sesiones. Esto fue muy importante para lograr la confianza de Andrea, Ana, Cristina y Mario, además de los otros miembros de la asociación.

Los temas abordados en el taller fueron:

1. YO.- Presentación y descripción física y de carácter de cada participante en sus propias palabras.
2. INFANCIA.- Personajes centrales, espacios, recuerdos.
3. BELLEZA Y DESEO.- el propio cuerpo

4. AMOR Y PAREJA IDEAL.- sensaciones y expectativas del amor.
5. GÉNERO.- diferencias entre hombres y mujeres, roles de género, preferencias sexuales, expectativas sobre su pareja.
6. PODER.- abuso, prohibiciones, sexualidad.
7. SIDA.- enfermedad, muerte.

Las entrevistas en profundidad se realizaron con seis informantes: Ana, Andrea, Cristina, Amaranta, Valeria y Mario. Se utilizó este tipo de entrevista debido a su flexibilidad y dinamismo. En este trabajo la entrevista en profundidad se entiende como los encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión que tienen los sujetos respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor y Bogdan, 1987).

Seleccioné a los entrevistados con la intención de mostrar diferentes perfiles de mujeres transgénero; a la vez me pareció enriquecedor para el análisis, contar con el testimonio de la pareja de una de ellas. A continuación hago una breve presentación de las cinco mujeres transgénero con las que realicé entrevistas en profundidad y de Mario, la pareja de Ana.

- Ana

Tiene 41 años y es originaria de Chetumal. De estatura baja, robusta, tiene el cabello castaño oscuro y largo, hasta la cintura. Tiene rasgos físicos que se pueden considerar marcadamente masculinos, ella decidió dejar de inyectarse hormonas desde hace unos años, sin embargo es muy femenina en su arreglo personal. Utiliza maquillaje muy sutil y viste con faldas largas o pantalones. *“Me gusta vestir como una dama, las minifaldas y los escotes quedaron atrás”*. Es dulce en su trato, amable. Es muy apegada a su familia, se puede decir que es la figura central de la misma. Su casa es el centro de reunión no sólo para encuentros familiares, sino para encuentros de Tumben Kin asociación de la que es presidenta.

También es líder de colonia. Estas dos ocupaciones le demandan gran parte de su tiempo e implican tareas de gestión para apoyos a la gente que hace solicitudes en las diferentes instituciones de gobierno. También, se dedica a la venta de comida y de oro, así como a la organización de mutualistas³². En otros tiempos se dedicó al trabajo doméstico. De vez en cuando hace limpias y baños curativos. *“Todo esto lo aprendí de mi abuela, que fue mi mamá”*.

Mi relación con Ana se fue transformando a lo largo del año de conocernos. En un principio había una marcada desconfianza de su parte para otorgar información y participar en las entrevistas. Cuando le propuse hacer el taller de literatura se mostró muy entusiasmada y a lo largo de las sesiones fue mostrándose más cómoda con mi presencia y las pláticas que sosteníamos en grupo.

El vínculo con Ana, Mario y su familia, se hizo más fuerte en el momento en que les compartí que estaba pasando por un momento difícil en mi vida personal. Ana me llamaba por teléfono para ver cómo me encontraba, me invitaba a su casa a tomar café y finalmente, y es un gesto que nunca voy a olvidar ni a terminar de agradecer, me invitaron a pasar la Nochebuena con ellos. A partir de este momento nuestra relación se convirtió en una amistad y surgió un cariño especial y una solidaridad que hasta el momento de la entrevista hicimos explícita.

Los últimos días del trabajo de campo me sorprendió diciéndome que quería contarme su vida. Yo había insistido tanto, de tantas formas, que no podía creer que ahora ella era quién lo pedía. La entrevista transcurrió de una forma muy amena, en una atmósfera de intimidad y libertad. Mantuvimos la conversación en su casa. Mientras Mario subió a su habitación para dejarnos, según sus palabras, *“chismear a gusto”*. Algunas cosas quedaron pendientes

³² En la península de Yucatán, el término mutualista hace referencia a lo que entros estados se conoce como cundida o tanda. Esta es una forma de asociación crediticia rotatoria y una práctica monetaria de gran uso en México y en América Latina. Se forman por un grupo de participantes que acuerdan realizar contribuciones regulares a un fondo que es otorgado por completo o en parte a cada miembro del grupo de forma rotativa. Esta asociación se basa en la confianza mutua de los miembros y el organizador (Gama, s/f).

en la conversación por ser eventos que implican mucho dolor para Ana, sin embargo la información que compartió conmigo fue de un valor incalculable para el desarrollo de este trabajo.

2. Andrea

La principal característica física de Andrea son sus “piernas largas y torneadas”, como ella misma las define. Mide alrededor de 1.85 de estatura “sin tacones”. Su color de piel es moreno bronceado, su familia vive en Mahahual y siempre que va para allá aprovecha para broncearse. Tiene 35 años, aunque muchas veces se quita la edad. Se viste con minifaldas, blusas escotadas, vestidos de noche y tacones. Sólo cuando está en su casa utiliza sandalias de hule y camisones.

La personalidad de Andrea se define por ser alegre, bromista y estar siempre buscando el doble sentido a las frases. A lo largo de sus conversaciones, fluyen de manera constante comentarios relacionados con la sexualidad. Es muy amigable y de trato amable.

Ella se dedica al trabajo doméstico por las mañanas, por las tardes plancha ropa ajena y cuando se encuentra en su casa, por lo regular en las noches, se dedica al sexoservicio. Antes trabajaba con las sexoservidoras trans de la calle de Hidalgo, pero ahora recibe a sus clientes en su casa “con más caché” como ella misma dice.

Mi relación con Andrea se dio de una manera muy natural. Después de la primera entrevista que le realicé, se dirigía a mí con un “¡Ay Paulina de mis pesares!”, seguido de un beso en la mejilla y un abrazo cálido. Durante los últimos encuentros, la plática fue tan fluida que en algunos momentos me di cuenta que era yo quien le contaba episodios de mi vida y le pedía su opinión, como a otras amigas que llevo tiempo de conocer. De la misma manera que Ana y Cristina (a quien presentaré a continuación), Andrea decidió un día que quería contarme su historia. Cuando terminábamos la entrevista siempre me reiteraba que cuando yo quisiera seguiríamos con la historia. Andrea siempre mostró un carácter decidido y una posición firme ante los temas que

tratábamos. Es una persona reflexiva y siempre la vi con un semblante sereno a pesar de pasar por momentos difíciles como la separación de su última pareja y la detención y el acoso policiaco.

La entrevista más extensa la realizamos en su casa. Ella vive en la parte posterior del cementerio municipal de Chetumal, en un cuarto que forma parte de una cuartería, propiedad de su abuela, en donde viven varios miembros de su familia. Duró casi tres horas, en medio de un calor abochornante y una plaga de mosquitos que nos incomodó en momentos, pero no tanto como para dejar la plática a un lado. Andrea es una persona con un gran potencial para el aprendizaje, la sensibilización y la información sobre temas diversos. Ha tenido la iniciativa de organizar a "las chamacas de la Hidalgo", pero le parece difícil porque no sabe como motivarlas para formar un grupo fijo y funcional que defienda sus derechos como mujeres transgénero y como trabajadoras sexuales.

3. Cristina

Ella es de Tenosique, Tabasco, lleva diez años viviendo en Chetumal. Tiene 29 años de edad y vive con su pareja. Le gusta vestir con faldas largas y con poco maquillaje. Es de estatura baja, delgada y con el pelo lacio y largo, con un toque de rubio. Es callada, algo tímida, pero cuando se le pregunta su opinión sobre algún tema contesta sin titubeos. Durante el tiempo que llevo de conocerla pude observar que su silencio tiene que ver más con la reflexión que con el no tener nada que decir.

Se dedica a vender comida, a planchar ropa ajena y también es líder de colonia. Es la vocera de Tumben Kin. Anteriormente se dedicó al sexoservicio, pero dejó de hacerlo desde hace aproximadamente tres años, desde que comenzó la relación con su actual pareja quien la acompaña en muchas de sus actividades.

Con ella tuve siempre una relación cordial, es una persona amable y amistosa, pero he de reconocer que no logré el nivel de confianza e intimidad que logré con Ana, Andrea y Mario. Canceló algunos de nuestros encuentros dejando en

claro que sería ella quien me buscaría. Esto retrasó y limitó en gran medida el establecimiento del rapport. Sin embargo, pude platicar con ella sobre ciertos temas en específico, además de poder observar en varias ocasiones sus dinámicas de pareja, lo que me dio la oportunidad de obtener datos para el análisis.

La entrevista se llevó a cabo en casa de Ana, en privado, y aunque Cristina se notaba nerviosa al inicio, con el paso de los minutos comenzó a mostrarse más cómoda ante los temas relacionados con su sexualidad y su relación de pareja. Lo anterior no significa que no haya al igual que con Ana y Andrea un vínculo de confianza, sólo que este fue menor. Uno de los momentos de mayor confianza con las chicas transgénero con las que conviví, fue protagonizado precisamente por Cristina y Andrea. Fue en casa de Ana, cuando después de una junta de la asociación me contaron que habían detectado unas bolas en sus senos. Me pidieron que las acompañara a la sala de estar, donde había menos gente, y se levantaron la blusa para que yo pudiera ayudarles a detectar las bolitas. Mi intervención no fue de mucha ayuda porque no tengo conocimientos médicos, pero fue parte de la confianza que me permitió formar parte del grupo y acceder a sus historias personales. Misma confianza que busco retribuir por medio de contactos con personas que puedan atender algunas de sus necesidades.

4. Amaranta

Amaranta es de estatura mediana, de complexión delgada, usa el pelo largo y por lo regular lo trenza. Tiene 68 años. Es originaria de Alvarado, Veracruz y lleva 48 años viviendo en Chetumal. Ella vive en continuo tránsito entre la identidad masculina y la femenina. Se viste con ropa masculina, pero utiliza accesorios como aretes y collares, además de maquillaje. La mayoría de las veces se refiere a sí misma como Amaranta, algunas otras como "Jarocho". Más adelante haré una reflexión sobre la autodefinición de los entrevistados y la formulación de categorías. Por ahora basta decir que Amaranta se ha

asumido toda su vida como un ente femenino y ha llevado vida de pareja y familiar, inclusive ha desempeñado el rol de madre.

Es una persona muy extrovertida, le gusta hablar de su vida e invitar gente a su casa. Le gusta la música y las fiestas. Ella se dedica a rentar un equipo de sonido y ambientación para fiestas. Además vende oro y comida. A lo largo de su vida se ha dedicado al comercio, venía a comprar "fayuca" a la frontera para venderla en su pueblo en Veracruz. Después de varios viajes a Chetumal, decidió cambiar su residencia a esta ciudad.

Amaranta no gusta de vivir sola, ella necesita compartir su vida cotidiana con una pareja. A lo largo de su vida ha tenido relaciones de pareja más o menos duraderas, aunque se han caracterizado por eventos violentos por parte de sus parejas. En últimas fechas le diagnosticaron infección por VIH. Desde hace un año está en tratamiento.

La entrevista se desarrolló en su casa, después de un desayuno preparado por ella y de una charla extensa sobre su llegada a Chetumal y la experiencia del huracán Dean y los daños que sufrió su vivienda. Durante el desayuno nos acompañó un amigo suyo gay, a quien entrevisté posteriormente y con quien Amaranta mantenía una relación de amistad y solidaridad fuerte debido a que ambos comparten la condición de ser PVV.

Además de la entrevista tuve la oportunidad de convivir con Amaranta en convivios organizados por Tumben Kin, juntas de la asociación, así como en la marcha del 17 de mayo de 2008.

5. Valeria

Valeria tiene 40 años, es de complexión gruesa, de estatura baja, de cabello largo y negro. Usa lentes con un armazón de pasta muy estilizado. Se ha realizado algunos arreglos en el cuerpo: implantes de senos, inyecciones de aceite y hormonas. Le gusta lucir siempre arreglada, utiliza ropa ajustada y llamativa que hace notar su cuerpo igualmente llamativo. Ella es originaria de la ciudad de Campeche, pero vive en Chetumal desde hace veinte años cuando vino a trabajar en el sexo-servicio *"Pues yo ya vine a trabajar en eso de la*

prostitución". Ahora dirige la casa donde algunas mujeres transgénero ejercen la prostitución en la calle de Hidalgo.

Es una mujer de carácter fuerte. La conocí en una junta de la asociación, en donde cuestionó los beneficios que ellas como sexoservidoras, recibirían por participar en el proyecto del INSP. Recuerdo que su rostro mostraba una gran desconfianza y fue hasta que Ana reiteró que la participación era voluntaria, y que los beneficios serían contribuir a la investigación del VIH, que Valeria fue cediendo un poco. Después me dijo que me daría una entrevista, que fuera a buscarla a su casa, "ahí en la Hidalgo". Cuando llegue la encontré dormida junto con otra de las chicas sobre un colchón en el patio de la casa, bajo la sombra de un árbol. Me quedé varios minutos frente a la reja, esperando que algo que no fuera yo, las despertara. Estaba decidida a no turbar su sueño, porque pensaba que eso arruinaría la posible amenidad de la conversación. Espere alrededor de veinte minutos, hasta que los perros ladraron y ellas despertaron de su plácido sueño. Confieso que fingí estar llegando en ese preciso momento, no quise además de interrumpirlas, causar una impresión de entrevistadora temerosa. Pero creo que a fin de cuentas se me notaban los nervios y Valeria fue muy generosa conmigo al mantenerse paciente y tranquila para escuchar las preguntas y contestarlas detenidamente.

Los siguientes encuentros ocurrieron en las juntas de la asociación, en algunas visitas que realicé a su casa acompañando a Ana y en convivios de la asociación. Encontrarme con ella siempre me ponía un poco nerviosa porque hacía bromas sobre mi persona, en relación a la figura, al vestido o a la vida personal, recuerdo que en uno de los convivios, mientras una chica trans hacía un show, ella me dijo "*Con una de esas ha de andar tu marido*" y se rió junto con Andrea, aunque esta última le recriminó el comentario. Yo no supe de momento que contestar y sólo me reí. A fin de cuentas aprendí a tomar las bromas como parte de la atención y confianza hacia mí, ya que no con mucha gente entablaba conversaciones y las bromas que hacía con sus compañeras de casa y amigas, eran en el mismo tono.

6. Mario

Mario es un joven de 31 años, moreno, robusto, de 1.80 de estatura aproximadamente. Es originario del Distrito Federal y vive en Chetumal desde hace cinco años aproximadamente con Ana, su pareja. Es arquitecto por parte de la UNAM. Su forma de vestir es masculina. Él se autodefine como bisexual activo "Me gusta dar, no que me den". Mario constantemente está cuestionándose las categorías de género y es reiterativo al afirmar que a él le gustan las mujeres, no los hombres. Que siempre le han gustado las mujeres y las transexuales, pero que eso no quiere decir que se sienta atraído por un gay.

Mario trabaja en una dependencia de gobierno y sale constantemente de comisión a Cancún y Playa del Carmen. Juega el papel de proveedor en su pareja. Me atrevo a decir que es un hombre muy sensible y reflexivo ante los sentimientos que desde niño le ha generado su sexualidad.

Desde el momento en que lo conocí mostró disposición a participar en el proyecto del INSP y a hablar de su vida, aunque me cuestionó la referencia a los HSH y trabajadoras sexuales como poblaciones vulnerables ante el riesgo de VIH/SIDA.

La participación de Mario fue fundamental para lograr entender un lado importante de la construcción de las identidades genéricas y las relaciones de pareja. La disposición para hablar de su vida, sobre todo de su infancia y el proceso interno que vivió al ir descubriendo su sexualidad es de un valor incalculable para la comprensión de la construcción de los imaginarios en torno al SIDA.

Las conversaciones con él eran largas y profundas, al igual que sus intervenciones en los talleres. A veces me encontraba con la demanda de los demás participantes de cortar las participaciones de Mario, a lo que ni él, ni yo hicimos caso y compartía incluso poemas escritos por él mismo en diferentes momentos de su vida. Nuestra relación se caracterizó por un sentimiento de empatía por ser originarios del mismo lugar, además de compartir el gusto por la literatura. A lo largo del tiempo que conviví con él, fui notando detalles que

me hicieron sentir aceptada en su casa y en su familia: una invitación a comer, el compartir conmigo los tamarindos con chile que guardaba en un frasco en el fondo de la alacena, los momentos íntimos en los que él y Ana alimentaban a sus pequeños loros, entre algunos otros muy significativos. Momentos y detalles que me hicieron sentir especial para la pareja.

Queda mucho que decir sobre cada uno de los entrevistados. En este apartado sólo quise presentarlos para que los lectores se den una idea de quienes formaron la parte central de este trabajo. En lo subsecuente iremos descubriendo juntos la apasionante red de significados en torno a los cuerpos, la sexualidad, la identidad genérica y el SIDA. Iremos sumergiéndonos en los imaginarios de los sujetos de estudio y de nosotros mismos, porque todos formamos parte de un sistema social compartido, en el que desafortunadamente, las mujeres transgénero y sus parejas, se encuentran estigmatizadas y vulnerables ante riesgos que van más allá del contagio de VIH/SIDA: discriminación, violencia, abusos, falta de acceso a servicios como educación y salud, cirugías y tratamientos estéticos mal realizados, adicciones y desempleo.

- **Análisis de la información**

El intento de separar las nociones de enfermedad, muerte, cuerpo, sexualidad e identidad genérica, obedece básicamente a requerimientos analíticos, ya que en la cotidianidad y en el proceso socio-histórico de construcción de los imaginarios se encuentran entrelazadas.

En este trabajo el problema se ha planteado a partir de la existencia de un imaginario social formado por sentimientos, voluntades y deseos que se concentran en imaginarios o significaciones imaginarias que dan sentido a la realidad de los grupos e individuos. Para el análisis se contempla el proceso de construcción social de la realidad y de los imaginarios como base cognitiva para la construcción de la identidad y los imaginarios sobre la misma, así como de los imaginarios sobre la enfermedad, la muerte, el cuerpo y la sexualidad.

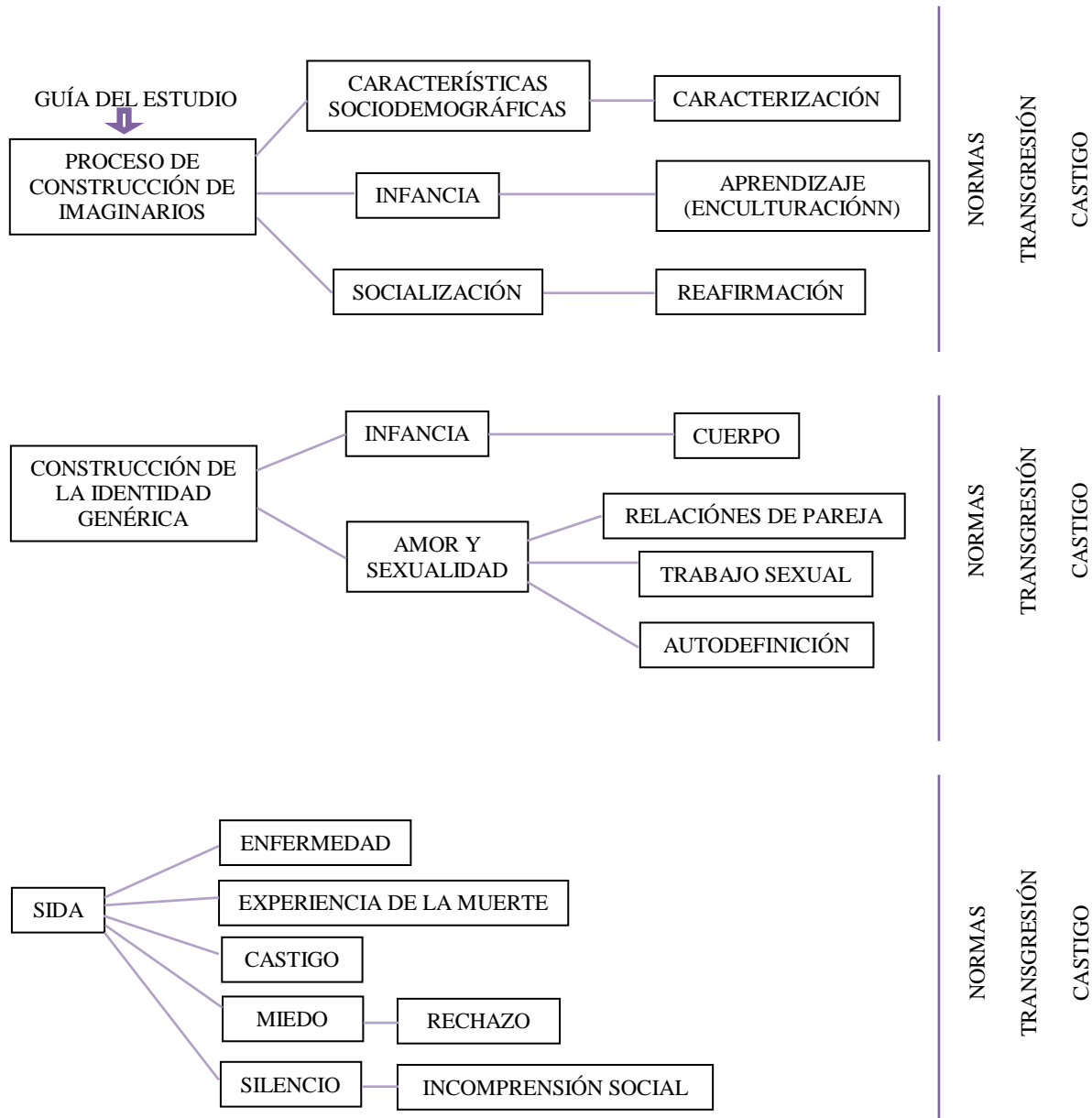
El abordaje teórico-metodológico para la comprensión de la construcción

de los imaginarios en torno al SIDA, lo hice desde la perspectiva fenomenológica y constructivista, debido a que buscaba entenderlo desde la visión de los actores y los modos en que experimentan el mundo, para lo cual era fundamental considerar lo que es importante para ellos (Taylor y Bogdan, 1987). Desde una lógica cualitativa, se supone la existencia de un objeto que se construye según los significados que los actores y el investigador le atribuyen al mismo, es por esto que di prioridad a la inducción analítica y a la búsqueda de generación de teoría, es decir, a la construcción de esquemas conceptuales adecuados a las realidades de estudio a partir de la información empírica más que verificar hipótesis predeterminadas de relación causal entre variables (Sirvent, 1987). Esta lógica implica operar en un proceso en espiral de obtención de información empírica y análisis. Para ello conviene tener en cuenta la distinción entre categorías teóricas y categorías analíticas. Las primeras se refieren al corpus de conocimientos que proviene de teorías formales, las mismas proporcionan principios y conceptos; la segunda se refiere al recorte de la realidad y los sujetos que se está estudiando. Elena Achilli (1993) plantea la necesidad de rescatar las categorías sociales propias del universo socio-cultural de los sujetos de la investigación. "Ellas se presentan como la materia prima en el proceso de construcción de conocimientos, lo que no significa una mera reproducción sino que se hace necesario un trabajo conceptual sobre el mismo. Por lo tanto no es una reconstrucción de las categorías y/o conocimientos que portan lo sujetos, sino la construcción de un nuevo conocimiento. (Achilli 1993). En este sentido el desafío es superar tanto la mirada prescriptiva como la mirada ausente en el análisis: "evitar que la teoría clausure y obstruya la mirada, pero también evitar la mirada ausente que implica entrar al campo de estudio sin herramientas teóricas que favorezcan el trabajo analítico" (Achilli, 1993).

A continuación se presentan (figura 5) las categorías analíticas que se utilizaron para el análisis basadas en los componentes de las entrevistas semi-estructuradas, en el temario del taller de literatura, en las entrevistas en

profundidad y en las categorías teóricas desarrolladas en el apartado de bases conceptuales:

Figura 5. Mapa analítico del estudio. Elaboración propia.



A partir del análisis de la información se planteó la existencia de varios imaginarios vinculados a la vulnerabilidad de la población de mujeres transgénero ante el riesgo de contraer y desarrollar VIH/SIDA. Estos imaginarios que expondremos en el apartado de resultados, son los mismos

que proponemos tomar en consideración para campañas eficaces de prevención de VIH/SIDA y de atención integral de la salud de las mujeres transgénero en la ciudad de Chetumal.

Capítulo Tercero

Resultados

“La libertad, la justicia y la paz en el mundo, tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”
Declaración Universal de los Derechos Humanos. Preámbulo.

“Es el fin esencial del Municipio (...) lograr el bienestar de todos sus habitantes (...) Salvaguardar y garantizar (...) la moralidad pública mediante la exigencia del respeto a la dignidad humana y las buenas costumbres así como la seguridad y el orden público.”
Bando de Policía y Buen Gobierno de Othón P. Blanco, 2005.

“Faltar el debido respeto a la autoridad (...) Salir a la vía pública enmascarado o con disfraz que cause intranquilidad en tiempo no permitido o sin motivo justificado.”
BPBG de OPB, 2005.

“Como un policía que me trató muy mal, me golpeó, por el hecho de, porque me dijo que, porque yo no podía andar vestida en la calle, que eso era un delito, yo le dije que en donde estaba el artículo donde decía que estaba prohibido que yo pudiera vestirme como mi cuerpo lo pedía (...) fui golpeada por un policía por vestirme de mujer.”
(Cristina)

3.1. El contexto de estudio

- **Características generales**

Chetumal forma parte del municipio de Othón Pompeyo Blanco localizado al sur del estado de Quintana Roo. Es un espacio político de importancia regional por ser la capital del estado y la sede de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial (ver mapa 1). Su economía es terciaria, se centra en la administración pública y en menor grado, en el comercio y el turismo. Debido a esta característica no es un punto de atracción de las poblaciones móviles que buscan trabajo en el área turística, ya que éstas se dirigen al norte del estado, pero sí es un puente por el que transitan dichas poblaciones.

Se puede decir que Chetumal es una ciudad de puertas abiertas, de donde la gente entra y sale constantemente. Algunos de los elementos que

generan esta condición en la dinámica de movilidad poblacional son los siguientes:

- Los servicios con los que cuenta (oficinas de gobierno, abastecimiento, entretenimiento, sanatorios y hospitales, educativos, entre otros) atraen a la población de comunidades circundantes y a los habitantes de Belice.
- Al mismo tiempo, la población de Chetumal acude a ciudades con mayor cantidad o calidad de servicios como son Mérida, Yucatán o Cancún y Playa del Carmen, en el norte del estado.
- Existe una identificación cultural entre poblaciones de la zona peninsular (Campeche, Yucatán y Quintana Roo) y de otros estados del sureste (Veracruz, Tabasco y Chiapas). Los lazos familiares se mantienen muchas veces a pesar de la distancia. Hay casos en los que hay un continuo movimiento de ida y vuelta y otros en donde no hay retorno ni comunicación con las comunidades de origen.
- El hecho de ser frontera implica el continuo paso de poblaciones hacia otros destinos como pueden ser el norte del estado, que está relacionado con la idea de progreso, bienestar y oportunidades, o bien, Estados Unidos de América para la población centroamericana y cubana (ver mapa 2).

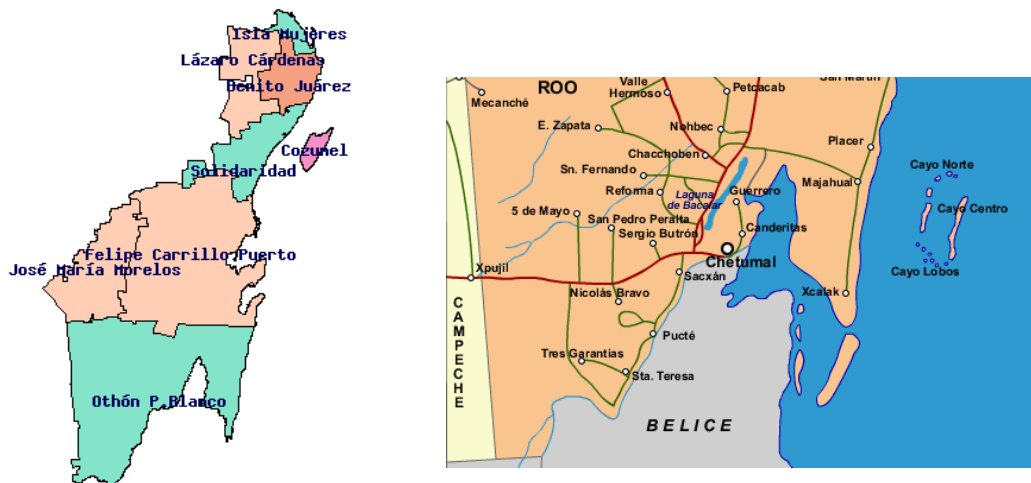
Parte de lo anterior podemos notarlo en los siguientes testimonios de los entrevistados:

“Soy originariamente de Tabasco (...) voy para diez años viviendo en Chetumal. Me vine para acá por cambio de trabajo, pues parte de la familia igual, vinieron a vivirse a Chetumal, yo quedé sola en Tabasco, luego yo vine, me vine para Chetumal a trabajar. (Cristina)

“Me empecé a prostituir en los bares, allá en mi tierra en Campeche, aquí a Chetumal llegué yo como a la edad de veinte años (...) vine por trabajo, porque pues allá en mi tierra no hay casi, es muy escaso y aquí pues me decían mis

amigas, ¡vamos a Chetumal! Qué hay buena onda y que no sé qué, y pues ya vine y me gustó.” (Valeria)

“La primeritita vez vine yo acá a Chetumal, fue en septiembre de ese año [2003], osea yo había conocido a Ana en junio (...) y me gustó, me gustó la tranquilidad y me gustó como me había platicado Ana de Chetumal (...) a fin de cuentas, mi proyecto, mi idea de allá, era salirme de la ciudad de México, irme a provincia, a un lugar tranquilo (...) No tuve yo a lo mejor el valor de decirle a mis padres eso, ¿no?, porque ellos no saben, ni mi situación íntima. (Mario)



Mapa 1. Othón P. Blanco se encuentra localizado al sur del estado de Quintana Roo. Chetumal pertenece a dicho municipio y es la capital del Estado.

Si bien en esta investigación se ha trabajado con población que reside en la ciudad de Chetumal, se toma en cuenta el contexto multicultural, turístico y de frontera en el que se desarrolla la vida cotidiana de las mujeres transgénero, así como los procesos de significación de su entorno.

La frontera México-Belice, se caracteriza por la existencia de diversos grupos culturales que conviven cotidianamente: mayas, mestizos (de diferentes mezclas culturales), libaneses, hindúes, chinos, taiwaneses, criollos, garífunas y menonitas. Estos grupos se encuentran establecidos en diferentes

territorios, en ambos lados del límite entre Estados. Vale la pena considerar también la afluencia de grupos migratorios centroamericanos, guatemaltecos, hondureños y nicaragüenses en su mayoría, cuyo objetivo principal es llegar a la frontera norte de México, pero en el proceso muchos se establecen trayendo consigo nuevas costumbres que se agregan al mosaico cultural de la zona.



Mapa 2. Chetumal como ciudad de puertas abiertas. Las flechas moradas y verdes indican los flujos poblacionales que se dirigen a Chetumal como destino temporal o fijo. Las flechas amarillas marcan el movimiento constante, de ida y vuelta entre poblaciones de Belice, Mérida, Riviera Maya y la población local de Chetumal. Los puntos de colores dentro del círculo azul, que hace referencia a Chetumal, indican la presencia de estas poblaciones en la ciudad y los alrededores. Elaboración propia.

La frontera comúnmente es entendida como el límite entre dos territorios, como si éstos quedaran separados o aislados, pero en realidad, el concepto de frontera es más amplio (ver mapa 3). La frontera no es un límite, sino un espacio conformado por elementos que no existen de la misma manera

en ningún otro lado debido a las características peculiares que se encuentran en este constante tránsito de personas, mercancías e ideas. “La frontera [como cualquier espacio humano] se construye de una práctica social, de una acción política del Estado llevada a práctica por los pobladores. Es una realidad viva. Una zona de transición de un ambiente a otro” (Dachary, 1998).

La economía de la zona ha sufrido varios cambios en los últimos años. En 1994 con la firma del Tratado de Libre Comercio, la economía local fue seriamente afectada. En ese entonces, Chetumal era puerto libre, y al cerrarse la frontera perdió ese beneficio, al mismo tiempo que Belice aprovechó esta coyuntura para crear su zona libre en el distrito de Corozal en un área de 150 hectáreas en la frontera norte de Santa Elena. Con este cambio Belice comenzó a captar los capitales de los habitantes de Chetumal sobre todo en materia de gasolina, bebidas alcohólicas, electrodomésticos y ropa, además de los casinos, que hasta la fecha, atraen un número considerable de clientes y de capital. Esto generó un aumento en la tasa de desempleo y el deterioro de los servicios y condiciones laborales de los trabajadores asalariados. La concentración demográfica de los últimos años se atribuye a la migración de poblaciones aledañas a la ciudad, ya que ésta funciona como articuladora de los circuitos de población móvil nacional e internacional hacia el norte del estado, que es concebida como una zona próspera, en auge económico, a diferencia del sur del estado, zona empobrecida y más relacionada con Centroamérica (Hernández, 2004).



Mapa 3. Límite político entre México y Belice. Aunque la frontera se establece con una línea imaginaria, debe entenderse como un espacio de interacción cultural hacia ambos lados del límite establecido.

- **Organizaciones de la sociedad civil y VIH/SIDA**

El trabajo de organizaciones en VIH/SIDA en la ciudad de Chetumal se limita a tres asociaciones civiles: Manos Unidas por Quintana Roo A.C., Punto de Encuentro de la Comunidad A.C. (PECAC) y Tumben Kin Chactemal, A.C. Las dos primeras están enfocadas en difundir información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA a diferentes poblaciones, aunque la mayoría de sus actividades se centran en jóvenes. Tumben Kin tiene como objetivo fundar un albergue para personas que llegan a la fase de SIDA y no cuentan con un lugar para donde recibir los cuidados adecuados; además también contempla a las personas que viven con VIH y que necesitan un lugar donde permanecer cuando vienen de otras localidades para algún trámite o consulta en Chetumal.

A excepción de PECAC, las asociaciones cuentan con recursos materiales y humanos muy limitados. Esto trae como consecuencia que los objetivos se vuelvan difíciles de alcanzar. Inclusive, el proceso de conformación legal de las mismas se vuelve complicado debido a los gastos que se generan. Esta

situación disminuye las posibilidades de gestionar recursos ante las agencias financiadoras y por lo tanto existe un freno en las acciones planeadas. PECAC, al contar con más recursos, realiza algunas campañas de difusión y prevención que se centran en la distribución de trípticos y la colocación de espectaculares en algunos puntos de la ciudad, y pláticas sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

En el norte del estado, específicamente en Cancún existen varias asociaciones que trabajan el tema de VIH/SIDA. Las principales son Proyecto de Atención a la Persona Inmunodeprimida (PAIPID) que es una organización fundamentalmente religiosa que alberga a los enfermos terminales y les brinda lo que ellos llaman una “terapia integral para que puedan morir tranquilos y con esperanza”, organizan pláticas para jóvenes basadas en la idea de que la prevención debe basarse en la abstinencia sexual y la fidelidad, están en contra del uso del condón y promueven que “ la vida es más importante que el sexo”; esta organización no recibe a mujeres transgénero. Otra de las asociaciones que trabaja en el norte del estado es Red Positiva, que es una asociación que trabaja en la vigilancia de la atención a las PVV, es decir, que se les otorgue la atención adecuada, los medicamentos, además de denunciar casos de discriminación; también se dedican a la entrega de condones a personas que ejercen el trabajo sexual, a jóvenes gays, y a las mujeres transgénero que trabajan en estéticas; dan algunas pláticas sobre prevención, estigma y discriminación en diferentes espacios como escuelas, dependencias de gobierno y cárceles. Existe otra asociación, llamada Servicio, Educación, Sexualidad y Salud, A.C. (Chispas) que trabaja prevención en adolescentes por medio de pláticas en escuelas secundarias. También Aprendiendo a Vivir, que tiene un albergue para PVV, además de ayudar en la gestión de medicamentos y la difusión de información preventiva.

En el norte del estado las organizaciones de la sociedad civil tienen mayor peso y se puede decir que están mejor organizadas. Sin embargo, la colaboración entre asociaciones es prácticamente nula, tanto en el norte, como en el sur del estado, al igual que la colaboración entre asociaciones civiles e

instituciones vinculadas al VIH/SIDA. No existen estrategias enfocadas a fortalecer las organizaciones civiles y la participación ciudadana, por lo que muchas veces la falta de capital cultural y social de los miembros de las asociaciones no les permite avanzar o mantenerse conformados.

No existe una organización o colectivo transgénero en ninguna de las dos ciudades. En Cancún, las mujeres transgénero tienen más información sobre salud y derechos humanos. Se nota también una mayor tendencia a la autodefinición en relación con las categorías manejadas por la comunidad LGBTTT, sin embargo los límites entre las categorías se mezclan y conviven, Las mujeres transgénero de Cancún muestran un mayor empoderamiento en relación a su identidad de género, sin embargo, el acceso a la información sobre salud y derechos humanos, sigue siendo limitado. A pesar de no estar organizadas en colectivos, las mujeres transgénero comparten algunos espacios que describiré más adelante. Antes de continuar con la descripción y el análisis de los espacios y sus usos, me parece importante exponer algunas de las ideas sobre el Bando de Policía y Buen Gobierno, mismo que sirve de base para infinidad de actos discriminatorios por parte de las autoridades policiacas hacia las mujeres transgénero y que definitivamente es producto de imaginarios históricamente contruidos que legitiman estos actos discriminatorias y los perpetúan, manteniendo a las mujeres transgénero alienadas y con pocas posibilidades de ampliar su capital cultural y social, debido a que limitan la interacción y el acceso a diversos espacios y con ello limitan las posibilidades de ampliar sus redes.

- **El Bando de Policía y Buen Gobierno**

*-“Lo tienen muy consentido, por eso está agarrando esas malas costumbres”-
-“No son malas costumbres, Dios sabe porque hace las cosas y no somos quien
para juzgar”-
(Discusión entre madre y abuela, relatada por Ana)*

En el municipio de Othón P. Blanco se encuentra vigente el Bando de Policía y Buen Gobierno, reformado por última vez en el año 2005. Este documento “tiene por objeto establecer las normas generales básicas, para la integración y organización del territorio, la población, el Gobierno y la Administración Pública Municipal, con la finalidad de lograr el adecuado funcionamiento de los servicios públicos, municipales y el ejercicio de las acciones de gobierno orientadas al bien común, que garantice la convivencia armónica y seguridad jurídica de sus gobernados”.

Este bando está fundamentado en el artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el artículo 145 de la Constitución Política del estado de Quintana Roo y el artículo 66 de la Ley de los Municipios del Estado de Quintana Roo, leyes que dictan la autonomía municipal. Sin embargo el contenido de los bandos ha sido cuestionado por varios actores sociales, entre los que se encuentra el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación (CONAPRED), quien ha dictaminado que algunos de estos bandos atentan en varios de sus artículos contra los derechos humanos.

Más allá de los aspectos legales de los Bandos, estos documentos muestran la postura política y social ante diversos temas que son históricamente polémicos, como el ejercicio de la prostitución, el comportamiento sexual, el uso de drogas y alcohol, entre otros. Específicamente el Bando de Policía y Buen Gobierno de Othón P. Blanco, sanciona las infracciones al orden público en su artículo 160, catalogadas en XXV fracciones, las infracciones a las buenas costumbres y a la moral por medio de su artículo 161, catalogándolas en XVII fracciones. Sólo por

mencionar algunas de las que se vale la policía para sancionar a las mujeres transgénero, citaré las siguientes:

- Infracciones al orden público:

XXII. Faltar el debido respeto a la autoridad; XXIII. Salir a la vía pública enmascarado o con disfraz que cause intranquilidad en tiempo no permitido o sin motivo justificado.

XXIV. Manchar, mojar, arrojar piedras u otros objetos, o causar cualquier molestia semejante en forma intencionada a otra persona, a sus bienes o propiedades;

- Infracciones a las buenas costumbres y la moral:

III. Ejercer y permitir que se ejerza la prostitución en cualquiera de sus formas;

V. Mantener conversaciones obscenas con menores de edad o instigarlos para que se embriaguen, droguen, fumen o cometan alguna falta a la moral y a las buenas costumbres;

VIII. Incurrir en exhibicionismo sexual;

Cabe destacar que en el artículo 5 del mismo documento, se establece que la aplicación y la interpretación de estas normas corresponden a la autoridad municipal, quien “debe vigilar su estricta observancia e imponer las sanciones correspondientes”. A lo largo del documento no se da una definición de lo que se considera “orden público”, “moral”, “dignidad humana” y “buenas costumbres”. Con el artículo 5 queda claro que se deja en manos de “la Autoridad Municipal”, es decir que dependiendo del criterio los individuos que desempeñen determinado cargo (policía, ministerio público, juez, etc.) se entenderán las nociones anteriores, así como los niveles de permisibilidad. De acuerdo a esta norma, se vuelve legítimo que un policía sancione a una mujer transgénero si considera que lo que lleva puesto es un disfraz fuera de temporada que puede causar intranquilidad, o que por el hecho de vestir de

mujer, está ejerciendo alguna forma de prostitución, o que el utilizar ropa femenina y caminar de la mano con la pareja, es un acto erótico sexual que se lleva a cabo en la vía pública o exhibicionismo sexual. Las mujeres transgénero no saben el significado real de lo que transgreden, porque no está explícito. Entre estas ambigüedades cualquiera puede estar cometiendo una infracción al orden público y a las buenas costumbres, ante los ojos de las autoridades municipales:

" (...) hasta en el día te quieren levantar por el hecho de ser una persona vestida de mujer, (...), porque tanto las de la Hidalgo, las estilistas, las cocineras, que sufren eso, no les importa a los policías en que trabajos, si te ven vestida de mujer te quieren levantar (...) que nos dejen vestirnos como nosotras queramos, mientras no se nos encuentre haciendo cosas indebidas o faltas a la moral (...) Como ahorita me comentó un policía, que también es taxista (...) que ahora salió con eso del mando del buen gobierno [sic], que no podemos andar vestidas de mujer, porque esas son faltas a la moral, entonces yo como se lo dije, si a mí me llegan a levantar por eso, yo los voy a demandar a derechos humanos, ¿por qué no les hacen eso a las lesbianas que andan vestidas de hombres?, entonces ¿donde está la igualdad? Es como los dark, los emos, es su forma de ser de vestir. Entonces a mí me gustaría averiguar si en verdad está ese artículo por que el día que a mí me levanten yo me voy a ir a derechos humanos". (Andrea)

" (...) no hay quien nos ayude, pues, los policías a veces nos quieren llevar ó empiezan a, ó aquí se quedan en la puerta y acá no se mueven, milagro que anoche me dejaron trabajar, porque ya tenía días que aquí se estacionaban, como hoy está un comandante que es malo, ese no me va a dejar trabajar, desde que dan la una de la mañana ahí se queda hasta las seis de la mañana" (Valeria)

Me parece interesante reflexionar también sobre las infracciones contra la salud establecidas en este Bando. Se encuentran repartidas en XIX fracciones, sin embargo haré referencia a tres de ellas:

Infracciones contra la salud:

X. Maltrato a grupos vulnerables.

XV. Faltar al respeto o consideración debida o causar mortificaciones por cualquier medio a los ancianos, mujeres o niños desvalidos.

XII. Manchar, mojar, arrojar piedras u otros objetos, o causar cualquier molestia semejante en forma intencionada a otra persona, a sus bienes o propiedades;

De nueva cuenta no se deja en claro lo que se entiende por el término "grupos vulnerables". Si nos vamos a la definición de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, los grupos vulnerables "Son aquellos que por sus condiciones sociales, económicas, culturales o psicológicas pueden sufrir vejaciones contra sus derechos humanos". La lista de grupos vulnerables es la siguiente:

- Personas de la tercera edad
- Personas detenidas
- Personas con discapacidad
- Mujeres
- Niños y niñas
- Pueblos indígenas
- Personas con enfermedad mental
- Personas con VIH/SIDA
- Trabajadoras (es) migrantes
- Minorías sexuales

En base a esta definición, algunas de las normas, y más aún la práctica de las mismas en relación con las mujeres transgénero, son una violación a los derechos humanos, debido a que ellas se encuentran dentro de esta lista de grupos vulnerables por ser consideradas minoría sexual. Sin embargo, parece no ser ésta la definición de grupos vulnerables que se considera en el

documento, debido a que el artículo XV menciona sólo a ancianos, mujeres o niños desvalidos. Resulta interesante que exista una repetición de una de las fracciones en dos artículos, considerado como infracción al orden público (fracción XXIV) y como infracción a la salud (fracción XVII):

“Manchar, mojar, arrojar piedras u otros objetos, o causar cualquier molestia semejante en forma intencionada a otra persona, a sus bienes o propiedades”.

El artículo anterior parece proteger al ciudadano de las agresiones de otros individuos a su persona o a sus propiedades, al igual que la fracción XII del artículo 161 “Proferir o expresar en la vía pública frases obscenas, injuriosas u ofensivas”. Sin embargo, las mujeres transgénero, sobre todo las que se dedican al sexoservicio, sufren continuamente de agresiones físicas y verbales como podemos darnos cuenta en los siguientes testimonios:

“A veces aquí cuando, cuando a veces pasan así este, carros y está uno parada pues hablando al cliente y pasan mujeres ó hombres así que traen a la mujer ó vienen nada más como a burlarse de uno, algunas no, y algunas vienen a decir ¡ay no que bien qué guapas! ¡Qué bien se ven, qué bien se arreglan!, ¿no?, y algunas pasan y gritan cosas, o algo así, groserías, o tiran huevos” (Valeria)

“Pues sí, sí ha habido personas que pues me han discriminado ¿no? ¡Pinche sidoso! ¡Pinche puto! ¿no?. Me lo han dicho ¿no? Y yo me hago mojarra enjabonada (...) porque como dice el señor en la cruz, perdónalo señor, porque no sabe lo que habla.” (Amaranta)

“Hay gente muy homofóbica, que pasan y te ven parada y te empiezan a gritar de cosas: pinches putos, mariconas, eso son cositas, te gritan cosas peores, obscenidades peores, y en ese aspecto dices tú: pues ¿qué onda?, yo no les estoy pidiendo que me den de comer, en ese aspecto hay hombres que nos han tirado piedras, huevos, que se han querido bajar de su auto para pegarnos con palos y tenemos que correr a guardarnos, hay mucha agresividad para nosotros en la prostitución y también para las mujeres, a las prostitutas también les ha

tocado que no las respetan, porque hay hijos de papi que dicen que si se acuestan con una prostituta o con un gay, es pecado” (Andrea)

Así pues, el Bando de Policía y Buen Gobierno es un documento que sirve de recordatorio a los miembros de una sociedad sobre las normas de comportamiento, y las pautas para dicho comportamiento, al mismo tiempo que establece las sanciones para la transgresión de dichas normas. Sin embargo este documento permite que cada individuo interprete la norma y la transgresión de la misma, en base a sus parámetros, a su mirada. El sentido común compartido socialmente en la vida cotidiana está normado y sólo da margen a la ambigüedad donde puede encasillarse lo que políticamente se ha vuelto incorrecto juzgar en la actualidad. El hecho de que no se mencionen las prohibiciones, no quiere decir que no existan. Si bien se han realizado reformas a este Bando dejando fuera normas explícitas sobre la práctica de “sexo anormal” y sobre la prohibición del uso de ropa femenina en varones, estas normas y prohibiciones han quedado “vivas” en ciudadanos y autoridades municipales y dan pie, como ya he dicho antes, a tratos discriminatorios sobre las mujeres transgénero, al mismo tiempo que limitan su acceso al espacio público y transgreden el espacio privado de estas mujeres, confinándolas al aislamiento y al temor de sufrir agresiones en cualquier momento de su vida cotidiana.

- **Espacios de interacción de las mujeres transgénero**

Si consideramos que los espacios son fundamentales para el desarrollo de la vida social e individual y para la construcción de identidades y el fortalecimiento de las mismas, se hace necesario conocer los espacios que de una u otra manera las mujeres transgénero hacen suyos, al mismo tiempo que reflexionamos sobre las normas que limitan su acceso al espacio público.

De acuerdo con Ana Alessandri (1998) “el espacio geográfico debe ser concebido como un producto histórico y social de las relaciones que se establecen en las sociedades y el medio circundante (...) el espacio no es humano porque el hombre lo habita, sino porque lo construye y reproduce

(Alessandri, 1988)³³. Existen en la ciudad de Chetumal algunos espacios en donde las mujeres transgénero desarrollan su vida cotidiana, interactúan entre ellas y con otros, pero también se aíslan para protegerse del estigma social y los tratos discriminatorios:

-“Mis compañeras que trabajan en la prostitución están como encarceladas, no pueden salir a la calle porque la policía las levanta (...) ¡Por qué crees que yo no salgo a las calles! No podemos salir.-

-¿Cuándo salen a dónde van?-

-“Pues al mercado, a la héroes, a veces cuando viene mi mamá salgo a la plaza, pero sola no, porque me da miedo, antes salía más pero con lo que me dijo el policía, ya no.” (Andrea)

- *Tumben Kin Chactemal A.C.*

Las oficinas de la asociación se encuentran dentro de la casa de la presidenta de la misma, Ana, en donde habitan ella y Mario, su pareja. Los dos son parte de la mesa directiva de la asociación. Es una asociación civil conformada mayormente por personas con preferencias sexuales diferentes a las heterosexuales. Una parte importante de sus miembros son mujeres transgénero que se dedican al sexoservicio en la calle de Hidalgo.

Como mencioné en un apartado anterior, en Chetumal no existe una comunidad gay o una organización formal que comprenda los diferentes grupos de identidades y/o preferencias sexuales, sin embargo, entre los miembros de Tumben Kin se ha construido un sentimiento de solidaridad basado en la pertenencia a la asociación y en la convivencia directa o indirecta con el VIH y el SIDA. Este sentimiento de solidaridad motiva dinámicas de interacción, convivencia y apoyo para cuestiones laborales, económicas o que brindan

³³ “...o espaço geográfico deve ser concebido como um produto histórico e social das relações que se estabelecem entre a sociedade e o meio circundante...O espaço nao é humano porque o homem o habita, mas porque o constrói e reproduz...” (Alessandri, 1988).

algún tipo de bienestar como alimentación, techo, consejo y compañía en determinados momentos difíciles para alguno de los enfermos:

“Pues voy a una junta que allá con Ana , ¿no?, cada mes, cada quince días, o cada que me citan voy (...) pues yo no tengo mucho dinero para ayudar pero, si yo veo a alguna persona así, pues yo la llevo al hospital y la voy a ver y si no tiene familia pues trata de apoyarla lo más que yo pueda y si yo no puedo pagar el dinero, pues yo pido ayuda al congreso ó al DIF ó voy y le platico a Amanda y Amanda ya me ayuda, cuando ya está la cuenta, pero mientras tanto yo coopero ó si yo sé que hay una persona que está enferma del VIH yo voy y si está sucia su casa, se la limpio, si le puedo cambiar el Kleen bebe, le cambio el Kleen bebe, si este le puedo dar de comer, le doy de comer, si la puedo bañar, la baño y pues a eso estamos” (Valeria)

Cuando alguno de los enfermos o miembros de la asociación está en el CERESO van a visitarlo y a llevarle comida, medicinas, o simplemente a hacerle compañía.

Tumben Kin, además de ser una asociación que trabaja en favor de las PVV, es también un punto de encuentro importante para las mujeres transgénero y otras personas con preferencias sexuales e identidades genéricas diversas. Los recursos se obtienen por medio de rifas, ventas de comida, donaciones personales de políticos y candidatos y gestiones a instituciones de gobierno como el DIF estatal.

“Por ejemplo ahorita con Ana que tuvimos ayer una junta, también de respecto al VIH, y otras enfermedades, no nada más para mí, también para los niños para las mujeres, porque ya varios niños, niños humildes que nacen, nacen ya con ese virus, entonces estamos apoyándolas y yo pertenezco a ese este, a ese grupo además me van a poner un gafete, estamos haciendo apoyos de comida y eso no, rifas y todo pues para modo de haber si ponemos un plantel para que tengamos un casa para poder estar un interno, para algún enfermo, alguna mujer que esté enferma, de VIH ó otra enfermedad (Amaranta)

Los miembros de la asociación se dedican a otras actividades económicas, lo que impide que alguien pueda dedicarse de tiempo completo a la asociación. Ana se dedica a vender comida en las oficinas del municipio, diariamente elabora panes de coco, tamales y bocadillos. Además es líder de colonia, así que entre estas actividades intercala las tareas de gestión de recursos para la asociación, insumos de prevención, medicamentos para los enfermos, acuerdos para tratamientos a personas en condiciones especiales (sin derechohabiencia, migrantes indocumentados, etc.).

Las reuniones no tienen fechas fijas, cada vez que se congregan quedan para la siguiente fecha. En estas reuniones se lleva el orden del día y se levantan minutas. Se tratan asuntos generales como la renta de un espacio para las oficinas, la venta de comida para conseguir fondos de reserva para el momento en que se pague la renta o se necesite material para el mantenimiento del espacio (pintura, madera, etc.), el requerimiento de fotos de todos los miembros para la elaboración de los gafetes, entre otros. Normalmente se aprovecha la reunión para dar pláticas sobre cuidados de la salud, derechos de los enfermos, etc.

Funciona como punto de encuentro de personas que en algún momento sufren algún tipo de discriminación, no sólo personas que viven con VIH, sino también otro tipo de enfermedades así como mujeres jóvenes y personas de la tercera edad o con algún problema de salud.

A últimas fechas ha habido un debilitamiento de Tumben Kin debido a la falta de participación de la mayoría de los miembros. Algunas veces sólo acudían tres personas a las reuniones. Ana y Mario lo perciben como desinterés, pero algunos de los miembros que se han alejado perciben que falta organización para lograr los objetivos y que inclusive hace falta incorporar a gente con un nivel más alto de preparación académica que pueda lograr avances en las gestiones. Uno de los problemas dentro de la asociación son los rumores entre los miembros y la importancia que se le da a los mismos. Muchas veces las reuniones se centran en aclarar malos entendidos y ese es uno de los factores que ha influido para que algunas personas se alejen. Las

mujeres transgénero se desesperan por no obtener mejoras sobre todo en relación con el ejercicio del trabajo sexual, el acoso policial y la gratuidad de la prueba de VIH y esto las desanima para seguir participando.

- ***Casas de las mujeres transgénero***

Las mujeres transgénero pasan la mayor parte del tiempo en su casa, cómo hemos visto en el apartado anterior, el acceso que tienen al espacio público es muy limitado, el salir a las calles se vuelve una transgresión más que estás mujeres perpetran a las normas, de acuerdo con la mirada de la sociedad de la que forman parte. Así pues, el espacio privado, el hogar, se vuelve el núcleo de sus actividades cotidianas y muchas veces de la interacción con sus pares:

“Lavar, planchar, ahí me paso el día, (...) soy bien poco de salir, más me pongo a escuchar música (...) paso tiempo con mis amigos, mis vecinos y mi familia”
(Cristina)

“No soy de salir, ahora sí le puedo decir que no soy de ir a discos, no soy ir al cine, no soy de fiestas, yo mayormente de mi trabajo a mi casa, de mi trabajo a casa, es mi rutina de vida (...) mejor venir a mi casa, ver televisión, rentamos unas películas (...) osea prefiero pasar más tiempo con mi pareja que irme a otros lados a pasear” (Andrea)

En general, las mujeres transgénero de la ciudad de Chetumal siempre mantienen las puertas abiertas para sus pares. Es frecuente que pasen tardes juntas, o se reúnan para comer o desayunar. La mayoría de estas mujeres transgénero, gustan de cocinar tamales, budín de camote, panes de coco, empanadas, y compartir la comida con sus amigas. En una de las actividades que compartí con ellas, venta de cerveza en la verbena del quince de septiembre, Valeria le mandó un plato con comida a Andrea porque estaba celebrando su cumpleaños y había preparado carne asada. Andrea lo recibió con mucho gusto y lo compartió con todas nosotras.

También es frecuente que den hospedaje a otras compañeras en momentos difíciles, como una pelea con la pareja, la falta de empleo y por lo tanto de dinero para pagar la renta, el proceso inicial de construcción de la identidad femenina, en donde carecen de un lugar para vivir porque han dejado a la familia a causa del rechazo explícito o del miedo a avergonzarlos. También es común que las mujeres transgénero reciban a amigas “de su mismo género” o amigos “normales”, (por utilizar sus propios términos) que padecen alguna enfermedad y necesitan algún cuidado o compañía. La relación entre las mujeres transgénero se basa en una amistad muy sólida, que genera vínculos cuasi familiares:

-“¿Ustedes son muy solidarias no?

-“Efectivamente, cuando nosotras podemos echar la mano a alguien, nosotras lo hacemos sin esperar nada a cambio, sólo por la satisfacción que estás ayudando a alguien, por eso lo hacemos” (Andrea)

“Si, sí, tengo muchas amigas (...) voy a una junta que allá con Ana, ¿no?, cada mes, cada quince días o cada que me citan voy” (Valeria)

“Si nos ayudamos principalmente que si alguna tiene algún problema, que si está detenida, que si se la llevó la policía que hubo operativo, alguna racia [sic], pues nos juntamos entre todos. Y entonces nos juntamos y vemos en qué podemos ayudarla. Si justo ayudamos cuando hay algún operativo y son alguna de las compañeras, las detienen, inmediatamente nos comunicamos y empezamos a ver de qué forma pues vamos a juntar para sacarlas y, que algún se enferma o algo que tenga, pues también nos echamos la mano entre todas. Más que, que compañeras de trabajo nosotras somos amigas, o sea, súper amigas, nos apoyamos ahora sí que incondicionalmente, o sea no tenemos eso de que, que si tú trabajas en la Hidalgo, y, te corremos o te maltratamos y llegas a pedir trabajo, incluso otras personas que vienen de afuera y llegan a pedir trabajo y nosotras no las maltratamos al contrario, no pues vénganse al trabajo. O sea les damos chance de que también trabajen con nosotros” (Andrea)

En casa de Valeria, una casa de madera pintada de verde y rodeada de un jardín amplio, se ejerce el trabajo sexual por parte de mujeres transgénero. En esta casa dos de las protegidas de Valeria (como ella misma les llama) Vania y Mariana. Ellas contribuyen con los gastos, Valeria no les cobra por trabajar ahí, sino que son compañeras de vivienda y comparten los gastos. Hay otras mujeres transgénero que acuden a esta casa para ejercer el trabajo sexual en diferentes horarios. La casa está abierta todo el día y el trabajo sexual en esta casa se ejerce las veinticuatro horas:

“Ahora me arreglo desde temprano para ver si agarro algo porque con los policías ya no puedo trabajar, desde la tarde se estacionan en frente y los clientes no se acercan” (Valeria).

Es un punto de encuentro importante para esta población, ya que además de reunirse para trabajar, también lo hacen para platicar y para convivir en fiestas junto con sus parejas:

-“¿Dónde pasaste la Noche Buena?”-

- “En casa de la Valeria, comimos hasta que nos hartamos, tomamos, de todo, corrió de todo chava (...) se quedaron ahí hasta el otro día, pero yo me escapé, me fui a dormir a mi hamaca, pero si hubo fiesta” (Andrea)

3.2. Construyendo imaginarios: infancia y socialización

-“¿Cómo eras de niña?”-

-“Ahí está el problema, tengo que escribir dos personajes...”-

(Andrea)

- **Aprehendiendo el sentido**

Las mujeres transgénero entrevistadas vivieron la etapa de su infancia (socialización primaria) en contextos similares: una casa en donde habitaban la

madre, el padre y los hermanos, donde había carencias económicas y donde la mayoría de los miembros de la familia tenían que trabajar muy jóvenes para contribuir a cubrir los gastos. Dos de las cinco entrevistadas estudiaron la secundaria, las otras tres, primaria.

Ana vivió la separación de sus padres y el abandono de su madre cuando tenía tres años de edad. Su abuela quedó a cargo de ella y sus tres hermanos durante varios años, hasta que su mamá regresó con otra familia. La percepción de Ana sobre su abuela es que ella fue su verdadera madre y que era una mujer muy trabajadora, muy comprensiva, de carácter fuerte y muy altruista, valores todos ellos que Ana exalta en las mujeres:

“Yo creo que todo es la infancia (...) Mi niñez fue muy tranquila, muy bonita, fui muy consentida a pesar de que no crecí con mi mamá, fuimos 5 hermanos que crecimos con mi abuelita materna. Mi mamá se casó con mi papá (...) no se entendieron y se separaron, ella se fue con un militar y nos dejó con mi abuela, ella se encargó de nosotros cuatro, un hermanito de 9 meses, yo de 3 años, mi hermano de 4 y mi hermana de 5 y otra de 6 años, cuando regresa mi mamá ya pasó mucho tiempo, cuando aquí era todavía territorio no Estado, mi abuelita nos crecía a base de esfuerzo de ella de lo que nos podía dar, se dedicaba a la venta de pan, tamales, tortillas de harina, lavaba y planchaba y con eso nos dio lo que nos pudo dar” (Ana)

Es en las etapas de infancia y adolescencia cuando los sujetos comenzamos a acumular experiencias que servirán de base para emitir juicios posteriores sobre la propia cultura, sobre los otros y sobre nosotros mismos y sobre el grupo social al que pertenecemos. Estas experiencias se sedimentarán y quedará el conocimiento del sentido común que nos identificará como parte de un grupo social con normas específicas que ordenan el mundo en común y le dan sentido. Así pues, en los testimonios de las entrevistadas podemos identificar durante esta etapa, los elementos que se relacionan con los imaginarios de lo ideal: la mujer ideal, el hombre ideal, la pareja ideal, la familia ideal, la sociedad ideal y el sujeto ideal:

“Una mujer debe tener sus sentimientos, es responsable, inteligente, comunicativa con su pareja. Hay que estar en las buenas y en las malas. Sus funciones son comprender a su pareja, hacerlo entender, que se entiendan, más que nada, atender el hogar y saber administrar lo económico. Tener su persona, ropa, comida, tenerlo al día (...) Un hombre, pues una persona honesta, sincero, trabajador, que tenga una responsabilidad, que sea responsable en todas sus actitudes, que sea respetuoso” (Ana)

En este sentido son importantes los testimonios de la madre y la hermana de Ana, quienes participaron en el taller:

“Soy mujer porque Dios así me hizo. Tengo que hacer las labores de mi casa, cocinarle a mi esposo, servirle en todo, en todos los aspectos [risas], querer mucho a mi pareja, Ser responsable. Saber cuidar el dinero, no soy muy gastalona (...) Un hombre debe ser trabajador, honesto, responsable, fiel. Que me valore, que no sea machista, que me respete. Que tome en cuenta mis pensamientos (...) ¿Qué espero de un hombre? Qué trabaje y me mantenga y yo debo atenderlo y comprenderlo en todo lo posible” (Margarita, hermana de Ana)

“Un hombre debe de ser guapo, trabajador, que traiga el sustento, no un hombre flojo. Que no sea borracho. Yo me he quedado agachada, aguantando (...) Hay muchas cosas que ayudan a las mujeres ahorita para que no estén aguantando (...) cuando yo me separé del que era mi esposo, mi mamá me dijo, no hijita perdónalo, lo tienes que perdonar si es el padre de tus hijos, aunque el hombre no cumpla con las funciones. Pero me han tocado unos que no me dan y estoy aguantando. Todo como mi madre me enseñó, me educó (Soledad, madre de Ana)

Durante la infancia nos enseñan que el mundo se divide en primer término, en hombres y mujeres. Nos enseñan que somos diferentes unos de otros y a cada quien se le asignan diferentes tareas, funciones y expectativas de acuerdo a su sexo biológico. En los testimonios anteriores podemos notar que el ser mujer está en función de ser de y para otro (Lagarde, 1990). El

ideal de mujer en el contexto de las entrevistadas tiene que ver con la atención y comprensión del marido, y lo que se espera del hombre tiene que ver con el rol de proveedor que dentro de nuestra sociedad se le ha asignado al hombre. Se pueden notar en los testimonios algunas normas sobre el comportamiento tanto de la mujer, como del hombre y para los últimos parece haber más tolerancia por parte del grupo social en cuanto al incumplimiento del rol de proveedor, en cambio, para la mujer, la norma es más rígida en relación con el posible abandono ante una situación de violencia. Veremos más adelante cómo este ideal de mujer está relacionado con la autodefinición de las mujeres transgénero y sus relaciones de pareja.

A lo largo de este periodo aprendemos además que existen normas, y que el comportamiento ideal de un sujeto depende del cumplimiento de éstas. Nos enseñan, primero dentro de la familia y después en otras instituciones, que existe un castigo para quien transgrede la norma y que hay diferentes niveles de permisibilidad para la transgresión. Así pues, para sentirnos parte del grupo y ser sujetos ideales, debemos cumplir con la norma o asumir que recibiremos una sanción:

“De pequeño, pues nos prohibían, no te subas al árbol y yo me subía, no bajas ese fruto porque todavía le falta, y yo lo bajaba, ¿cómo voy a bajar ese fruto si todavía le falta?, y al final de cuentas se va a desaprovechar el fruto. Entonces sí tenía la razón mi abuela (...) En la familia, los papás tienen el poder porque son los pilares de la casa. Tenemos cierto respeto hacia ellos, nos sujetamos a lo que ellos nos digan, claro de pequeños, y aún cuando estamos grandes muchas veces los obedecemos” (Ana)

“Siempre lo prohibido nos llama la atención (...) quieres romper esa barrera invisible (...) ahora bien, en mi caso lo hice varias veces a escondidas (...) Mi papá me decía “no fumes”, pero él fumaba delante de mí y me decía “el cigarro da cáncer, es malo”, si me cachaba que estaba fumando, me metía una chinga y me dejaba de dar dinero para mis camiones, bueno, él me dice

que no fume porque hace daño, pero ¿porqué fuma él? Lo que no quieres que te hagan, tú no lo hagas.” (Mario)³⁴

“[nunca dije nada] porque yo estaba chiquita, porque yo una vez escuché que mi papá dijo, pasó un muchacho homosexual por la casa, y dijo: “¡si yo tuviese un hijo puto, lo mato!”, entonces yo dije: “yo soy igual que él, y si se lo digo a mi papá me va a matar.” (Andrea)

“Yo termine nada más hasta la primaria, no quise seguir estudiando, me gustaba la escuela pero hubieron cosas que no se pudieron dar, yo creo que por lo mismo de diferencias sexuales porque pues había ciertas barreras, por decir, a mi me gustaba el pelo largo y en la escuela no te lo permiten, tienen que tener el cabello corto” (Ana)

En los testimonios anteriores podemos notar que el salirse de la norma sitúa a los sujetos en el lugar de los señalados, de los estigmatizados. Los castigos en relación con la “diferencia sexual”, consisten en el rechazo de la familia, la negación de acceso a ciertos espacios, en el caso de Ana la escuela. Es interesante como ambas, Andrea y Ana prefieren huir de la familia y dejar la escuela, antes que rechazar su identidad genérica. Deciden asumir el papel de transgresoras, característica que definirá a este grupo frente a algunos otros y será un elemento que incrementa la discriminación, pero que a la vez las convierte en sujetos con un gran potencial de transformación social. Profundizaremos sobre esta cuestión más adelante.

- **El encuentro con el cuerpo**

El cuerpo humano se encuentra también atravesado por las normas sociales, los significados sobre el cuerpo y el uso del mismo están normados y es

³⁴ Mario estudió la licenciatura de arquitectura en la UNAM, él difiere en el perfil de la mayoría de las parejas de las mujeres transgénero de Chetumal quienes por lo regular son jóvenes que se dedican al trabajo de construcción o diferentes oficios relacionados con el mantenimiento, también es frecuente que las parejas de las mujeres transgénero sean soldados. Sin embargo, el testimonio de Mario arroja luz sobre el proceso de construcción de los imaginarios que dan sentido a la identidad genérica y a los procesos de formación de las parejas. En base a su testimonio podremos reflexionar sobre las normas, las transgresiones y los castigos impuestos por la sociedad cuando no se cumple con los imaginarios del hombre y la mujer ideal.

durante la infancia que vamos descubriendo nuestro propio cuerpo y los cuerpos que nos rodean. Vamos aprendiendo que existe un “bueno” y “malo” en relación con las partes de nuestro cuerpo y que “debe de”, según la norma, existir coherencia entre lo biológico y lo cultural, entre el sexo y el género:

“Desde los 6 o 7 años. (...) a esa edad ya vas pensando y todo se queda en tú cabecita, ya desde que tenía esa edad, siempre me han atraído mucho los varones, no jugar con ellos, pero si verlos, admirarlos, niños de mi edad y más grandes, lo que yo hacía cuando estaba niña es estar en mi casa, tratar de no salir, porque mi mamá ya se daba cuenta de mis inclinaciones y precisamente por eso no me dejaba salir, ella no quería supuestamente que me descompusiera, ella y mi papá me querían componer, mi mamá se daba cuenta de cómo voy creciendo me voy volviendo más femenina, mi mamá era la única que no me recriminaba, mi papá y mis hermanas sí, me decían: “¿porqué no te comportas como un varón, o como hombre?”, y yo me quedaba así, ¡yo soy hombre, pero mi mente es de mujer!” (Andrea)

También vamos formando nuestros juicios estéticos de acuerdo con los ideales sociales. El sentido de lo bello se va construyendo con la experiencia y la interacción:

“Un cuerpo bello es un cuerpo proporcionado armónicamente sin llegar a la exuberancia. Aunque no existen cuerpos perfectos pero si atractivos de acuerdo a cada individuo. Creo que tiene mucho que ver con el lugar donde vives, te relacionas, creces y te formas.” (Mario)

Las mujeres transgénero viven su infancia como niños varones. Ana no percibió ningún problema con su cuerpo en la infancia. No se sintió diferente a las mujeres o a los hombres, de acuerdo con su testimonio, no pensaba en eso:

“Cuando tenía 8 o 9 años yo me bañaba con ella [abuela], yo no veía ningún morbo, ni nada (...) Desde los 10 años yo ya era Ana, nunca tuve ningún

conflicto con mi cuerpo cuando era niña, no veía diferencia con mis hermanas, siempre jugaba con ellas. Vestía como niño, eso sí, mi mamá a veces me dice hijo, creo que no se acostumbra" (Ana)

En cambio Andrea si se cuestionaba sobre la diferencia entre su cuerpo y su identidad:

"A veces cuando estás niño te preguntas, ¿porqué yo tengo una parte de hombre y me siento una mujer, siempre te haces esa pregunta: ¿porqué? (...) cuando yo era más joven decía, ¿Por qué no nací con cuerpo de mujer, me deprimía, en el momento tal vez." (Andrea)

La identificación con lo femenino se da por las tareas, los juegos y la atracción hacia los varones, no por la diferenciación de los cuerpos. Sin embargo, en la adolescencia y juventud comienza lo que he llamado el reencuentro con el cuerpo, periodo que se caracteriza por la identificación con lo femenino de una manera más explícita y se relaciona con los arreglos corporales de las mujeres transgénero para lograr acercarse a los ideales de un cuerpo femenino bello. Más adelante desarrollaré este punto como parte del análisis de la construcción de la identidad genérica.

- **El encuentro con los otros**

Los imaginarios se construyen, legitiman y perpetúan socialmente, para lo que es necesaria la interacción de los sujetos de un grupo social. En este proceso de socialización secundaria, las mujeres transgénero van contraponiendo sus experiencias subjetivas aprehendidas en la infancia con los otros dentro o fuera del núcleo familiar. No quiero decir con esto que las dinámicas familiares de formación no sean socialización, lo son, sin embargo, existe una diferencia clara en el proceso de construcción de la identidad de las entrevistadas a partir de que ellas comienzan a ser conscientes de que algo las distingue de los otros y que la sociedad percibe como algo malo o "descompuesto", aunque para ellas sea algo natural:

“Ella no quería supuestamente que me descompusiera, ella y mi papá me querían componer, mi mamá se daba cuenta de cómo voy creciendo me voy volviendo más femenina, mi mamá era la única que no me recriminaba, mi papá y mis hermanas sí, me decían: “¿porqué no te comportas como un varón, o como hombre?”, y yo me quedaba así, ¡yo soy hombre, pero mi mente es de mujer!” (Andrea)

A partir de la interacción con los otros comienzan a hacer conciencia de que para la sociedad son transgresoras de normas morales y por lo tanto merecen un castigo: el estigma y el rechazo. La mayoría de ellas sale prácticamente huyendo del núcleo familiar a edad muy temprana, ya sea para no avergonzar a la familia o por miedo al rechazo de la misma:

“como empecé a vestir de mujer y todo eso, entonces me vine a vivir a acá pues para no causar molestias y todo eso, porque pues no siempre es uno, o sea mi familia si me ve bien, pero pues no causar problemas o sea angustias a mi mamá, y yo luego, antes era yo muy relajista y entonces causaba dolor de cabeza, entonces digo, mejor lejos, na’más les hablé por teléfono y todo” (Valeria)

“Cuando yo ya no aguanté más a los 14 años yo dije: antes de que mi papá se dé cuenta, me voy. Y yo volé.” (Andrea)

Este rechazo social no sólo se da en la familia, sino en diferentes espacios públicos y en diferentes situaciones, que son consideradas normales debido a que las mujeres transgénero son identificadas por la sociedad a la que pertenecen, como transgresoras de leyes naturales y normas sociales y se vuelve normal que se les nieguen servicios, empleos o que se les persiga:

“Pues fíjate que siendo nosotras transgénero que vayamos a la héroes a pedir trabajo, donde dice: solicito empleada para mostrador, y yo voy, y me dicen, solicito empleada, no empleado, ¡ve nada más la discriminación! (...) Hay contadores, secretarios que son homosexuales, te imaginas que se cambien de

sexo y voy a trabajar como mujer, no, porque tus papeles dicen: Leonardo, y como tal tienes que trabajar, "yo no te quiero ver vestida de mujer, se me van a ir los clientes". Los que no tuvimos la oportunidad de estudiar no nos queda otra que dedicarnos a la sociedad [sic], deberían de cambiar los gobiernos, las políticas y la sociedad, para que todos somos iguales, y si yo me opero y cambio mis papeles que se me respete, si yo tengo un oficio de secretaria y si fuera buena, pues que me den el trabajo." (Andrea)

"Yo fui a pedir trabajo, como empleado, y al verme de la forma en que iba yo, no iba exageradamente, pero si un brillo en los labios y al verme me dijeron que no me podían dar el trabajo, en uno de los almacenes Hadad, y me dijo mi abuelita: "¿qué te paso?" (...), ya le dije que no me dieron el trabajo porque me dijeron que estaban buscando un hombre y se mete mi mamá y me dice: "¿cómo te van a dar el trabajo si mira cómo vas?", y mi abuelita le dijo: "tú eres la menos indicada para que le hables así", y le dijo que me tenían muy consentido que por eso estaba agarrando esas malas costumbres y le dijo: "no son malas costumbres, Dios sabe por qué hace las cosas y no somos quien para juzgar"." (Ana)

"Mmm, de rechazo más bien por la policía porque por vestirnos de mujer, ellos se, se molestan y luego te llevan y por mientras te hacen pasar mal rato, porque hasta vas en la calle, en el centro y te levantan que porque el (NSE) buen gobierno, que está mal que uno vista de mujer pero pues uno así viste y ni modo, y a fuerza quieren ellos que unos vista como ellos quieren." (Valeria)

Para los miembros de la sociedad que se asumen como normales, las mujeres transgénero o "vestidas", transgreden la norma de la naturaleza al asumir una identidad femenina cuando no son mujeres biológicas y al tener relaciones sexuales con hombres siendo hombres, teniendo dentro de la relación sexual un papel pasivo. De acuerdo con la norma, es altamente estigmatizado tener el papel pasivo en una relación homosexual. El hombre es el que penetra, tanto por una cuestión natural ligada a la reproducción, como por ostentar el poder en el sistema patriarcal, esto es permisible dentro del

conjunto de transgresiones, no así el ser penetrado y asumir la identidad femenina. Sin embargo y como veremos más adelante, las parejas de las mujeres transgénero son constantemente estigmatizados, por lo que es usual que la relación se mantenga oculta:

“Cuando cumplió 16 años sus amigos le hacían burlas, le decían que cómo vivía con un gay, y él terminaba amistades por mí, y ya nos agarrábamos de la mano, salíamos a comprar y ya todos sabían que andaba con Ana.” (Ana)

“Yo conozco personas que tienen años viviendo y nunca los ves agarrados de la mano, caminando juntos (...) o que en lugares públicos se den un beso, todo es en su casa, en lugares públicos, no.” (Andrea)

“También me sentía incluso un poquito incomodo no me dejaba de sentir incomodo, o sea que, que a lo mejor en la calle me veían con Amanda o sea, ir caminando con otra persona, me sentía yo incomodo, sí, que a la postre bueno pues ya se me fue suavizando la situación, se, me fui acostumbrando también a las situaciones (...) a mí antes a mí no me importaba salir con Ana agarrándola de la mano, ir con ella a todos lados, porque en primer lugar también decía, “Bueno, aquí nadie me conoce”, entonces yo le decía, “Sabes qué, cuando yo tengo mi trabajo, pues este, si tenemos que ser un poquito más reservados, tenemos que ser, pues más este, llevadera la situación y yo creo que tú me vas a comprender” y me dijo que sí, entonces este, en esos primeros años, había muchas broncas de en ese sentido por qué porque no te creas que yo ahorita en mi trabajo actual yo trabajo en una dependencia de gobierno (...)y yo lo he visto en mi oficina, que hacen discriminaciones porque de repente va el chavito gay, el travesti jovencito vestido de mujer, digamos de un bar que lo mandan a repartir volantes y somos tan, idiotas y no tenemos el valor civil de decírselo enfrente “Oye ¿tú eres gay o tú eres este travesti?”, no, esperemos a que se vaya y empezamos a hacer bromas, y te digo empezamos porque yo no puedo defender esa situación ahí, (...) porque si tú les empiezas a decir, te empiezan a decir “Bueno, se me hace que a ti también te gusta”, que esto y que el otro, entonces yo para que no me suceda eso, como ya lo había visto anteriormente, mejor optó por quedarme callado,

y aún así no me he salvado de que me digan (...) no se la terminan de creer a lo mejor, a lo mejor por ahí en algún momento me han visto con Ana en la calle" (Mario)

Por otro lado, las mujeres transgénero transgreden las normas sociales al hacer públicas sus transgresiones. El vestirse de mujer, evidencia las transgresiones a la naturaleza, además de dejar a la vista de los demás, la sexualidad: el maquillaje, los vestidos, los tacones y plataformas no hacen otra cosa que invitarnos al sexo, comportamiento que dentro de la norma no es aceptado. De acuerdo con Michel Foucault, en la sociedad occidental moderna, la sexualidad queda permitida en la alcoba de los padres, es decir que la norma implica que el matrimonio y lo privado son el marco para la sexualidad normal. Lo que salga de este modelo, es anormal. Profundizaré sobre este tema más adelante cuando retome la sexualidad de las mujeres transgénero.

Es también en esta etapa cuando las mujeres transgénero se encuentran con sus pares, con otras como ellas y comienzan a tejer una red social que es la que en muchos momentos les sirve para construir su identidad y sobrevivir en condiciones adversas:

"Y cómo vas creciendo y vas conociendo gente igual que tú, te das cuenta que no eres un fenómeno, y les preguntas: Oye, ¿porqué somos así? Yo empecé con mis amigos y vi que no estaba mal, que era mi forma de vivir, porque mi papá es hombre y le gustan las mujeres, mi mamá es mujer y le gustan los hombres, yo soy hombre, pienso como mujer y me gustan los hombres, entonces yo soy una mujer. Es mi forma de vivir porque yo la estoy eligiendo. Cómo te decía, a los 14 años me fui a vivir y trabajaba en un cabaret donde estaba rodeada de puras mujeres, entonces más me sentía mujer, nunca tuve esa mentalidad de soy hombre, o soy una mujer atrapada en un cuerpo de hombre. Yo, toda la vida he dicho que soy mujer." (Andrea)

La formación de una red social entre pares es fundamental para las mujeres transgénero. Ellas, como he expuesto anteriormente, son muy solidarias, comparten espacios, comida, cuidados y se acompañan a lo largo

del proceso de construcción de la identidad genérica estando presentes en eventos como la aplicación de hormonas y aceites en el cuerpo. En el siguiente apartado profundizaré sobre este proceso de construcción genérica

3.3. Construyendo la identidad genérica

- Autodefinition

No se puede hablar de un homogéneo en el grupo de las mujeres transgénero, además de que cualquier definición y categorización es arbitraria y no todas las que son definidas como mujeres transgénero, se asumen como tales. Dentro de lo que podemos considerar como mujeres transgénero, existe una diversidad de cuerpos, identidades y personalidades que difícilmente pueden aislarse o limitarse, es decir que están en constante interacción dentro del proceso mismo de autodefinition de los sujetos. Esto no debe sorprender, ¿acaso las personas no transgénero nos caracterizamos por la homogeneidad?

“Cómo no hay mujer como nosotras que no sepamos guisar y tener nuestra casa humildemente acomodada y todo, porque no es por ofender a las demás, ni ofender a nadie, pero como dice la palabra vulgar, “no hay persona que pueda tener su casa más honesta y todo verdad, que como dicen un gay ¿no?” (Amaranta)

“Conozco las que les dicen los travestis, los que se visten de mujer (...) yo me identifico como transexual, porque estoy vestida ¿no?, tengo busto, tengo mi cabello largo, parezco ser como una mujer, me identifico transexual.” (Cristina)

“Yo siempre me he sentido mujer, siempre he sido Ana, desde los 10 años, cuando voy a hacer algún trámite legal y me dicen “¿su nombre?”, Fernando Sánchez Rojas, en otro dato que no sea legal, digo Ana, y me dicen, “tú no eres mujer, ¿por qué te pones Ana?, a ver tu credencial.” Ahora ya me dicen, “Pasa Ana”, tienes que pelear por tus derechos.” (Ana)

“Porque con el simple hecho de que tengan su órgano femenino [las mujeres no transgénero] no las hace mejores o peores que yo, porque ellas pueden tener hijos, pero yo puedo educar a un hijo, hay mujeres que no saben cómo educar a sus hijos, en cambio nosotros los homosexuales somos más apapachadores, yo lo veo en mis sobrinos que tiene 19 años, yo los veo como de 2 o 3 años, para mí son mis bebés, y ya son unos hombres, y tengo un sobrino de 3 años que desde que me ve es un dulce, yo sé que me quieren mis sobrinos, no tengo ningún prejuicio ni ninguna maternidad frustrada (...) porque sé que no puedo, no puedo, no tengo con que (...) Yo soy una mujer a mí me gustan que me den, no me gusta dar ni los chicles.” (Andrea)

La autodefinición pasa también por la manera en que los otros las nombran, es decir que aunque la mayoría de ellas se siente mujer y su deseo es ser reconocidas como tales, y por lo tanto, esa sería su forma ideal de autodefinirse, utilizan las etiquetas que los otros les imponen para identificarse. Ellas se nombran a sí mismas también como homosexuales y gays, aunque también es común que tanto los otros como ellas mismas, se reconozcan como “vestidas”, “las de la hidalgo” y “travestis”. Los dos primeros términos tienen un carácter despectivo, la tercera es de alguna manera más neutral, pero no es el término adecuado si hablamos de una reivindicación del género y la diversidad sexual, ya que hace referencia, como hemos visto anteriormente, a personas que gustan de vestir de mujeres en ciertos momentos, pero no viven necesariamente una identidad femenina, ni tampoco es condición la atracción por los varones:

“Hay hombres que si tienen pompa, pero en los gays o nos mandan muy jodidas o nos manda Dios con una patada para abajo, por eso hay algunas que están todas planas” (Andrea)

“Hay grupos de las vestidas, o sea de las travestis, que somos las que trabajamos en la Hidalgo (...) si yo soy bisexual, veo mal que estén las travestis, incluso hasta ellos mismos te agreden ¿entiendes? (...) cuando hacen fiestas o reuniones no eres invitada porque eres una vestida, y si tu vas

porque vas vestida de mujer, "nos vas a quitar a nuestros novios" (...) hasta en la misma comunidad gay hay este cierto rechazo (...) Pues a nosotras nos dicen que somos las vestidas, las travestis, o vulgarmente como dicen, las de la Hidalgo." (Andrea)

Como he dicho anteriormente, existe una diferencia clara en el proceso de construcción de la identidad de las entrevistadas a partir de que ellas comienzan a ser conscientes de que algo las distingue de los otros. Así pues, las mujeres transgénero se identifican a sí mismas como mujeres y durante sus etapas de infancia y adolescencia se forman y reafirman como tales por medio del aprendizaje de los roles femeninos y la convivencia con otras mujeres:

"Yo aprendí a ser mujer por mi abuela, me gustaba hacer cosas de la mujer, del hogar. Ella siempre fue muy trabajadora y yo siempre me he considerado muy luchona, me gusta mucho el negocio (...) ella nos decía: "aprendan", yo agarraba planchado, lavado, limpieza (...) Yo aprendí todo lo que hacía mi abuela: tortillas de harina, pan de levadura, queques, mucha repostería, comida (...) en el hogar nos ponían a lavar los trastes, a cocinar, con mis hermanas, y mis hermanos los varones, limpiaban el patio, chapear, cargaban piedras, sembrar plantas, todo lo pesado. Desde muy temprana edad tuve mi pareja, a los diez años, y mi abuela me dijo, "pues tú ya tienes pareja, se va a hacer cargo tu pareja, el hombre que tú elegiste y tú vas a tener obligaciones" Y me hice responsable. Ella me decía "Lo vas a hacer así", para que tuviera contenta a mi pareja" (Ana)

"Pero como te decía, a los 14 años me fui a vivir y trabajaba en un Cabaret donde estaba rodeada de puras mujeres, entonces más me sentía mujer." (Andrea)

- El re-encuentro con el cuerpo y con los otros

Una vez que las mujeres transgénero han decidido mostrarse de acuerdo con lo que ellas llaman "su interior", comienza un proceso de cambios en el cuerpo que cada una de ellas vive de diferente manera. No todas tienen el ideal de voluptuosidad y exuberancia que usualmente acompaña al mito de la transexual³⁵, sin embargo, la mayoría de ellas han pasado por el proceso de hormonización.

"Llegó la época en que yo no me sentía a gusto con mi sexualidad, porque me quería escapar de esos pantalones y camisas que te obliga tu familia a ponerte, ¿porqué? Porque eres un niño y para ellos toda la vida vas a ser un niño, entonces yo decido escaparme de mi casa a los 14 años (...) cuando yo regreso para acá a mi barrio, se da la sorpresa mi familia, de que ya soy toda una mujer, yo ya tenía el pelo largo, ya venía inyectada de los senos, ya era una mujer y me presento en mi casa y me corre mi papá, principalmente él, porque para él era una vergüenza eso, porque él era muy machista, entonces opta mi papá por decir que para él yo ya estaba muerta, mi mamá sufría mucho, porque ahora ella me platica que por más yo era un menor de 16 años, entonces pues voy creciendo y día a día me voy haciendo más mujer, me voy inyectando más los senos, las caderas, las pompis, me voy haciendo más femenina, hasta que un día mi papá me busca y habla conmigo, me dice que, llorando porque a él le gustaba mucho tomar, me dice que para él, el hijo varón había muerto y había nacido una hija, entonces ya me acepta mi papá como mujer en mi casa, ya no había este rechazo, ya no le importaba que la gente diga que tiene un hijo gay, ahorita dicen gay, pero anteriormente decían unas palabras más crueles, como un hijo puto o maricón, a él ya no le importaba eso, porque él decía que a partir de hoy, yo ya no era su hijo si no su hija.." (Andrea)

³⁵ Hago uso aquí del término transexual porque son las personas que han decidido modificar su cuerpo por medio de cirugías y por ende son las mujeres más voluptuosas dentro del grupo trans. Una vez más también hago referencia a que los procesos de transformación del cuerpo, así como las identidades, no son totalmente delimitables. No podemos decir que alguien es más o menos transexual por haberse realizado la vaginoplastia, por ejemplo. Es por esto que se ha preferido utilizar el término transgénero, pero con un carácter incluyente, no homogeneizante.

Cómo podemos observar en el testimonio de Andrea, y como he explicado anteriormente, ella decide aceptar el papel de transgresora y huye de su casa para poder vivir de acuerdo a su identidad genérica. Esto conlleva el rechazo familiar, mismo que se incrementa cuando regresa transformada en mujer. El padre declara la muerte del hijo: nada más definitivo que eso si pensamos que la muerte es "lo que no tiene solución", es el fin de la vida, de ella no hay retorno. La aceptación del padre tiene que pasar por el ritual de la muerte. El padre tiene que llorar al hijo que se ha ido para poder permitir la entrada a la hija que ha llegado. Además es interesante reflexionar sobre la tajante división de los géneros en el sistema patriarcal. Sólo muriendo puedes dejar de ser hombre y convertirte en mujer. No se da lugar a las ambigüedades, existe una dicotomía sólo quebrantable por la muerte:

-“¿Qué sentiste cuando tu papá te dijo eso?”-

-“Me sentí bien porque dije, al fin se dieron cuenta que es lo que yo quería, que mi familia me aceptara como soy, entonces yo sigo frecuentando a mi familia, ya llevamos una vida más unida (...) pero si me sentí como liberada, porque ya puedes andar libremente, porque yo siempre fui de la mentalidad, mientras mi familia me acepte y me quiera como soy, que el mundo ruede, y así es.”- (Andrea)

El proceso de transformación del cuerpo va de la mano con el ideal de mujer que se ha aprehendido durante la infancia y adolescencia. Comienza la construcción de un cuerpo femenino que permite a las mujeres transgénero identificarse con el género femenino y con sus pares por medio del uso de maquillaje, de ropa femenina, de hormonas, aceites y otros procedimientos estéticos:

“Pasa mucho tiempo y empiezo a sacar la otra Ana ya liberada, con más libertad, por mi colonia ya todos me conocen como Ana y nunca me dijeron nada, yo creo que me sirvió mucho ya que empecé a vestir más sexy, por que empecé a usar mucho la minifalda, empecé a inyectarme, el escote, el cabello rizado, me veías con mis blusitas y mis shorts para el trabajo doméstico y en

las tardes me veías ya bien bañadita, con el cabello recogido, mis blusas escotadas, mis minifaldas, mis medias y mis zapatillas, que ir a tomar café, a jugar cartas, a ir a casa de una amiga a ver las novelas.” (Ana)

“Porque te ves, cuando estás en el salón de baile y te pones relleno, tienes tus bubis y todo eso, pues te ves como mujer, pero cuando te quitas todo es como una fantasía. Entonces mis amigas me decían pues inyéctate hormonas, te van a crecer los bustos, y yo dije: pues órale, y fue que yo empecé a moldearlo, no a cambiarlo, mi cuerpo, porque si te das cuenta los hombres son más gruesos, no hay bubis, no pompis, caderas, no nada, son como robotitos, entonces yo dije empezaré a moldearlo, no cambiarlo porque no me iba a cambiar de sexo, hacer cirugías, que tú dijeras que estoy cambiando mi cuerpo, yo lo moldeaba, nada más inyectarme hormonas. Esto fue a los 15 años.” (Andrea)

La reacción de “los otros” frente a esta transgresión es comúnmente el rechazo, mismo que se refleja como hemos visto, tanto en el núcleo familiar como en espacios relacionados con lo público, con la interacción social. En el contexto de estudio, desde las instituciones de salud, los cambios en el cuerpo no se contemplan como una necesidad de los sujetos. La cirugía plástica y otros procedimientos de esta índole son considerados meramente estéticos y por lo tanto un lujo, más que una necesidad. Sin embargo, existe una clara diferencia entre la valorización de un procedimiento estético que se realiza una mujer no transgénero, al que se realiza una mujer transgénero. El último sigue siendo mal visto, estigmatizado. Es así que los procedimientos de transformación del cuerpo relacionados con la identidad genérica en el contexto de estudio, siguen desarrollándose en la clandestinidad:

-“¿Y tú cambiarías algún aspecto de tú cuerpo?”-

-“Ahorita ya no”-

-“¿Y antes?”-

-“Si, y lo hice, me empecé a hormonizar, tengo fotografías donde yo misma me veo bonita de cuerpo, piernas, busto y todo, paso un tiempo y yo me ponía ampollitas, pero con el tiempo dije que ya no quería, fue el dolor de las ampollitas, creo que a base de todo eso, me daba una gripa o alguna infección, porque tú dices tabletas o inyección yo digo inyección, ya no me duele, lo hice durante dos años y a la semana eran como 9 piquetes.”-

-“¿Nunca te dio miedo hacerlo?”-

-“Si una vez, la primera vez que empecé a usarlas, la persona que me le aplico, me la aplico mal, cosa que se me hizo una bolota en la pompa, quedo morada y no caminaba bien, fui al doctor y me pregunto qué, que me había puesto, y le dije que unas hormonas, y me dijo que no entendía, “mis respetos para ustedes está bien, pero esto es algo que tú cuerpo ahorita lo está aceptando pero va a llegar el tiempo que lo va a rechazar, a la mujer se le pone para planificar la familia, pero con el tiempo te va a traer un cáncer, si la persona que es tú pareja te quiere, te va a querer como eres”. Sin embargo me la seguía aplicando, hasta que yo tenía para presumir, con el tiempo me bajaba los pechos, y cuando me veía en las fotos pues yo estaba muy bien, pero ahora ya no me aplicó, de hecho Mario me dijo que si no me gustaría ponerme prótesis, pero yo le digo que así como me conoció. Ahorita me siento conforme con lo tengo.”- (Ana)

Cómo podemos observar, el proceso de transformación del cuerpo y su mantenimiento se vuelve un riesgo para la mujer transgénero debido a las limitadas opciones que encuentran para su aplicación. No tienen una asesoría y acompañamiento médico para realizar estos cambios o “arreglos”, para retomar el término que utilizan ellas. El proceso es un re-descubrimiento del cuerpo que les genera satisfacción a pesar de tener ciertos efectos secundarios:

-“En relación con tus arreglos corporales, ¿a dónde acudes tú para hacértelos?”-

-“Te digo lo que se puede saber ¿no?”-

-“Si, claro”-

-“Yo, hormonas me las inyectan como una inyección normal, lo que me he puesto en glúteos y cadera, es aceite comestible y hay una persona que me lo pone, entonces ella viene y me lo pone y ya como nueva, para darle gusto al cuerpecito”-

-“¿Te sientes más a gusto ahora que cuando eras niña?”-

-“Sí, por que ahora todo mundo voltear verme, no paso desapercibida, es como un imán para los hombres y una sorpresa para las mujeres, porque dicen como si es hombre puede tener busto, las señoras me preguntan qué me pongo, por que las pompas, y les digo que nada, y para los hombres pues es un gusto, ¡Ay mira lo que hizo Dios para sus hijos que se portan bien!”-

-“¿Cada cuanto te pones las inyecciones?”-

-“Pues ahorita me las acabo de poner, sería dentro de un mes más o menos”-

-“¿Eso se empieza a absorber o cómo?”-

-“Sí, como que se convierte en grasita, se queda lo que se tiene que quedar y se desecha lo que no, es como un globo tú lo inflas y van pasando los días y ves como va bajando, y si tu lo dejas que todo eso se baje queda chiquitito, entonces lo tienes que volver a inflar, así es con el aceite, algo queda y lo que no lo desecha tú cuerpo. Hay que darle mantenimiento.”-

-“¿Cómo fue el proceso?”-

-“Yo lo viví bien, tranquila, pero lo que te dan las hormonas es que no te dan ganas de tener relaciones sexuales, como que le pierdes la chispa a la relación, pero lo viví bien, más cuando te das cuenta que te empiezan a salir las bubis, decía: vamos a ponernos más, es como las niñas cuando les empiezan a salir en su pubertad, ¡Yo no los tenía! ¿Y de donde no?, es el mismo caso que me paso a mí, yo no tenía y cuando me puse hormonas y vi que me crecieron, pues dije: ¡vamos a ponernos más!, y más hasta llegar al momento de lo que tengo ahorita.”-

-“¿Alguien te acompañó en ese proceso?”-

-“Pues amigos nada más, nunca fui con un doctor, para que me dijera si estaba bien o mal, siempre con mis amigos gay también.”-

-“¿Nunca te dio miedo?”-

-“No, hasta el sol de hoy no me ha dado miedo, no me dio miedo inyectarte ni nada de eso.”- (Andrea)

Este proceso de transformación del cuerpo se realiza con ayuda y acompañamiento de otras mujeres transgénero y no existe un acercamiento a médicos especialistas que puedan realizar los procedimientos estéticos o dar algún tipo de asesoría. Durante el trabajo de campo dos de las entrevistadas compartieron conmigo su inquietud al detectarse unas “bolas” en las mamas y me dijeron que no habían sido revisadas por ningún médico. Algunos de los compañeros de Tumben Kin dijeron que esas bolas eran normales, “bolas de grasa, todos las tenemos”. Este hecho es frecuente y gran parte de los problemas de salud se resuelven con automedicación o se les resta importancia. Las mujeres transgénero tienen interés en acudir a revisiones médicas, pero la mayoría de las veces no tienen las posibilidades económicas, además de sentirse vulnerables a la discriminación si intentan acudir a un ginecólogo o a demandar el servicio de mamografía:

-“¿Nunca has tenido algún problema con lo que te pones?”-

-“Hasta ahorita no”-

-“¿Te ha revisado un médico?”-

-“No, nunca”-

-“¿Y te gustaría que te hicieran una revisión?”-

-“Si me gustaría para que ellos me dijeran lo que es malo, qué consecuencias puede tener, para eso me gustaría, pero hasta ahorita no me ha tocado ningún doctor que me pregunte que me ponía en las caderas o en los bustos para que te crezcan. Nunca me han revisado, ni yo he pedido que me revisen o que me hagan mi mamografía por que también tengo senos y que me toque,

yo pienso que el doctor me va a decir que como me va a hacer la mamografía si no soy mujer, eso siento que me van a decir, así que por eso no pregunto. Cuando me sienta mal entonces voy a ir, y les diré: que me abran y me saquen todo el aceite"- (Andrea)

También queda manifiesto en los testimonios la importancia que tiene el lucir atractivas para los demás. Las mujeres transgénero buscan causar admiración y reafirmar con ello su feminidad:

-“¿A ti te gusta estar guapa siempre?”-

-“Si claro, más que todos, dice un amigo, ¿qué te sientes?, no me siento ni me creo, soy, por eso es que me gusta y siempre trato de inyectarme un poco más, yo se que está mal, más el aceite comestible, sé que no es bueno, pero si no lo haces como estas, pareces una tabla, hay hombres que si tienen pompa, pero en los gays o nos mandan muy jodidas o nos manda Dios con una patada para abajo, por eso hay algunas que están todas planas. Estaría campeona de natación, nada por aquí y nada por allá. Pues yo se que está mal lo que me pongo, pero para mí está bien, porque causa admiración en la gente”- (Andrea)

“Me iba yo con mi hermano que tengo y Andrea, nos íbamos a Las Palapas, me encantaba bailar, pero todo sano, me encantaba que me chulearan, pero no me gustaba que me hablaran de sexo, no era esa mi tirada, yo quería divertirme” (Ana)

Algunas mujeres transgénero al tener una pareja estable viven un tipo de conversión, una nueva transformación que las vuelve de alguna manera tolerables para el resto de la sociedad ya que se les exigen ciertas condiciones de comportamiento e imagen. Inclusive dentro del grupo de mujeres transgénero en el contexto de estudio, se mencionan diferencias por las actitudes, la forma de vestirse o maquillarse:

“Si me maquillaba pero tantito, porque para él maquillarse así con sombras y todo, estoy provocando al hombre, voy a conquistar o me voy a prostituir (...) a él le gustaba que me vistiera como una dama, pero nada provocativa, en ese momento estaban de moda las faldas-pantalones, yo los usaba, que no se me viera nada, ni escote. Pues lo que no le gustaba a él, yo lo hacía cuando él no estaba, yo me ponía minifalda, escote, medias, mi pelo recogido y pasaba por su casa y lo veían y se lo decían.” (Ana)

“Yo en ese tiempo me dedicaba al sexoservicio (...) después dejé de usar la ropa así pegada y escotada, él no me dejaba, se pone, es muy celoso, me dice “si eres mi mujer, no está bien que andes así” y para evitar problema, este, mejor casi no me maquillo, osea si me gusta, pero casi no lo hago mucho, me visto con mi falda larga, con mi blusa no tan escotada, osea un poquito nomás, antes si.” (Cristina)

“Para mí, pues mi cuerpo, (...) yo considero que lo tengo todo, más no estéticamente, me siento a gusto. Admiro a las otras compañeras, antes cuando pisaba algún lugar público, el congreso del Estado, palacio municipal, el DIF, cómo voy a ir con una blusa escotada, con mis aretes, con mi cabello suelto, si así no nos dan tanta importancia, muchos menos si me ven así, empecé a hacer mis diligencias, empecé a entrar a la política, me gusto, me empezaron a conocer con mis blusitas, mis pantalones de vestir, mis zapatos de tacón bajo, maquillada, con mi cabello recogido, sin embargo mis otras compañeras, admiro a Cristina, ha ido al congreso con minifalda, escote, aretes, maquilladas, y así son respetadas, sin embargo siento que si yo voy así, me van a decir y ahora a ti que te pasó o no sé (...) Admiro a mis compañeras porque ellas se dieron a conocer así y las aceptan y las respetan (...) Volvemos a lo de mi cuerpo, yo me siento a gusto, tengo todo, me siento bien yo, Ana, ya maduré, no como Andrea, ya ves que es otro tipo, le gusta enseñar, y yo la admiro y la acepto.” (Ana)

De acuerdo con los testimonios anteriores podemos notar que la sexualidad es fundamental en la construcción de la identidad genérica y hay dos elementos relacionados con este aspecto humano que delinear la vida de

las mujeres transgénero: la relación de pareja y la prostitución, ya sea como ejercicio o como imaginario. A continuación profundizaré sobre estos aspectos.

- **Amor y sexualidad**

El amor y la sexualidad están presentes a lo largo de las historias de las mujeres transgénero, tanto en los discursos como en el transcurrir de las mismas, como una búsqueda constante en sus vidas. Estos dos aspectos son fundamentales en la construcción de la identidad genérica. Las relaciones de pareja marcan la autodefinición, la apropiación y re-construcción de ciertos roles femeninos por parte de las mujeres transgénero. Así mismo, la prostitución, se encuentra presente en sus vidas en muchos de los casos, como un recurso de supervivencia, en otros, como un elemento que reafirma la femineidad y también como una asociación forzosa que "los otros" realizan aunque la mujer transgénero no se dedique a este oficio, ni nunca lo haya hecho. Es así que divido este apartado en dos componentes para la exposición de los resultados: relaciones de pareja y prostitución.

- ***Relaciones de pareja***

Las mujeres transgénero en el contexto de estudio consideran una necesidad el vivir en pareja. Por lo regular prefieren mantener relaciones con hombres más jóvenes. El tipo de relación que se construye tiene que ver con el ideal de la pareja aprehendido durante la infancia y la adolescencia. Se asume que el hombre tiene que cumplir con el rol de proveedor y protector y la mujer transgénero, con el rol tradicionalmente femenino de cuidado de la casa y del hombre:

"Me daba él mi quincena, porque no quería que yo trabajara, aparte de lo que yo tenía, se juntaba la otra quincena (...) yo le decía que porqué me daba mi quincena si yo aún tenía dinero, yo ya no sabía qué hacer con el dinero, y me dice ahorita Mario: "¿Porqué a mí no me dices que no te dé quincena, te doy y te lo acabas el dinero, y por más que le pellizques"." (Ana)

“Me dedico a mi casa, que a lavar ropa, a limpiar mi casa, a tener mi casa acomodada, si tengo alguna pareja pues ya sé a la hora que va a venir, y si no voy a venir a esa hora, ya le dejo guisado para que él se sirva.” (Amaranta)

“Pues él trabaja, me da mi dinero, yo le lavo, le plancho, le cocino, le mantengo toda la casa limpia, osea somos una pareja normal, un hombre y una mujer. Y el trabajo de mujer yo me tengo que dedicarlo a hacer y él es el trabajo del hombre, salir a la calle, traer dinero y llevar una vida normal. Porque nosotros lo vemos una vida normal” (Andrea cuando tenía pareja)

“La mujer debe tener una mente limpia para poder recibir lo mismo, un amor sincero y que tú puedas dar un amor sincero, una mente apta para que tu sepas también que puedes tener hijos, unos hijos muy bonitos y que tú eres un pilar muy importante en una familia. Porque un hombre y una mujer son los pilares más grandes, cuando se casan para formar una bonita relación, un buen matrimonio” (Andrea)

El amor es un elemento que está constantemente presente en la vida de las entrevistadas, como una necesidad, cómo un ideal difícil de alcanzar. La búsqueda de afecto es constante a lo largo de sus vidas, sin embargo, Andrea considera que esa pareja ideal es un imposible por la condición de estigma que viven las mujeres transgénero y sus parejas en el contexto de estudio:

-“¿Cómo es para ti tu pareja ideal?”-

-“A veces yo digo que nosotros no debemos tener pareja ideal, porque es raro que un hombre llegue aceptar a su pareja homosexual, que nos entiendan, que no le importe lo que diga la gente, es raro, no sé si yo soy muy negativa pero yo siempre me he metido a la cabeza que siempre lo tengo presente: yo nací sola y sola me voy a morir. Si yo tengo una relación lo aprovecho al máximo, como si fuera el último día, porque yo siempre he dicho que toda la juventud que tenemos, el cuerpo bonito, que te has puesto las mil cosas para tenerlo, yo sé que algún día todo eso se va a quedar y te vas a quedar sola, en cambio si te vas haciendo a la idea, y desde ahorita te lo vas metiendo a tu

cabecita, ya cuando llegue ese momento ya no lo vas a sentir tan difícil. Y pienso que yo no tengo un hombre ideal.

-“¿Por qué dices que es muy difícil que comprendan, por qué lo crees así?”-

-“Porque yo tuve una pareja, supuestamente vivíamos y no, porque él siempre se preocupó por el qué dirán, que va a decir su familia, él venía a verme de 12 de la noche a 5 de la mañana, él se iba antes de que amanezca, él ya estaba saliendo de mi casa, entonces yo dije: fue un aprendizaje de mi vida, porque si he tenido parejas que no les importa, pero si te pones a darte cuenta, es un hombre entre mil, es como buscar una aguja en un pajar. Porque todas las relaciones que he tenido, solo dos de esos novios me he podido dar el lujo de salir con ellos, y me han dado mi lugar como mujer, a ellos no les importa que la gente decía: “mira ese chavo no le da vergüenza de ir agarrado de la mano con un homosexual”, a ellos les importaba un comino, pero es raro la pareja que te toca así. Porque yo conozco personas que tienen años viviendo y nunca los ves agarrados de la mano, caminando juntos. (...) Por eso yo te digo que no hay el hombre ideal para nosotros, bueno yo si lo tuve pero no aproveche ese momento, en el momento no me di cuenta, y pues no creo que se me vuelva a dar la oportunidad.”-

-“¿Por qué dices que no lo supiste aprovechar?”-

-“Porque, yo era muy desmadrosa y no me importo ponerle el cuerno y él me pescó, y ya después de 5 años de esa relación me vine a dar cuenta de que ese hombre si me amaba, y yo no lo valoraba, fui tan tonta de cambiarlo por una persona que en el tiempo que viví con él, que fueron dos años, siempre viví a la sombra, siempre viví oculta entre cuatros paredes, nos podíamos ver en la calle y solo era un ¡Ey! Nunca hubo un acercamiento en público, que dijera mira te presento a un amigo, ella es mi pareja, nada. Ahora me doy cuenta que tonta fui, por que teniendo a una pareja que me valorará, no lo supe aprovechar, y tarde me vengo a dar cuenta”- (Andrea)

En la entrevista anterior podemos notar que es frecuente que las mujeres transgénero vivan sus relaciones en la clandestinidad. Difícilmente se

hace público el romance o la unión, a pesar de que la pareja lleve años viviendo juntos, no suelen hacerse manifestaciones de cariño en público. En algunos casos, los hombres son casados y visitan por temporadas a las mujeres transgénero:

“Tengo marido, pero lo que pasa es que mi marido tiene mujer, y hace una temporada conmigo y una temporada con la mujer, conmigo estuvo como seis meses y ahorita aquí tiene como dos meses, pero él viene constantemente a verme, cuando yo quiero se queda conmigo ó cuando él quiere, se queda ocho días, diez días y así estamos” (Valeria)

“Vino un señor llamado, Rubén de aquí de Nicolás Bravo, me junté con él, habló conmigo él es casado también, su mujer lo hizo tonto en Nicolás Bravo es un abuelo ya, tiene un hijo de dieciocho años, tiene dos niños con su suegra, el mantiene a sus hijos, los apoya y el señor pues se fue para Majaguar [sic] a trabajar el día dos de este año del ocho en que estamos de este año, entonces tengo hasta ahorita, tengo cinco meses que no he sabido de él, no sé si viva ó muera, no sé si está en Nicolás Bravo, este en Majaguar [sic] trabajando” (Amaranta)

En relación con el rol de madre que normalmente se exige a la mujer en el sistema patriarcal, algunas de las entrevistadas lo han asumido, mientras que otras afirman no contemplarlo como una posibilidad. Sin embargo, al exponer su ideal de pareja y de mujer, han hecho referencia al cuidado de los hijos:

“Cuando me vine de Veracruz traje mi pareja y traje una niña que adopté junto con un muchacho (...) porque su mamá me la donó a la niña porque ella pues, era una mujer sola y tenía siete niños, ocho con esta niña, (...) mi hija Marina está en Matamoros Tamaulipas, la casé, bien casada, tengo dos nietos preciosos, ella me quiere mucho, mi hija desde que me tuvo, ya conocimiento que empezó a ver que yo era su papá y su mamá, empecé yo a hablar con ella y le platiqué todo a mi hija, como había sido todo, entonces, me dijo ella,

“Mire papá, dice yo a usted lo reconozco como mi padre y como mi madre, porque usted me ha dado todo, me dio estudio, me dio todo, yo de mi papá Martín Lara Carrillo, no quiero saber nada, porque que si él me hubiera querido no la hubiera abandonado, y este, yo no quiero saber nada de mi otro papá, pero usted es mi padre y hasta ahí, lo quiero y hasta que Dios diga lo veré”, y mi hija me quiere mucho, mi yerno también, ellos no ven si yo tengo dinero o no tengo, ellos siempre así, que me mandan ochocientos, que me mandan mil pesos, ellos, olvídese, hace poco recibí a mi hija Marina, tiene dos años, este año no vino, este, recibí a mi hija Marina aquí y a mí yerno también, mis nietos preciosos. Yo quiero a mi hija para que ella me cierre los ojos el día que yo me muera” (Amaranta)

“Tengo una hija de dieciséis años, mi hija va a cumplir dieciséis años el veintidós de mayo (...) Y ella depende de mí. Va a pasar a tercer semestre de prepa” (Valeria)

A pesar de que la mujer transgénero asume el rol femenino y con ello el rol de esposa y ama de casa, y algunas veces de madre, es frecuente que cumpla también con el rol de proveedora y que algunos de los jóvenes con quien formen pareja las busquen para satisfacer ciertas necesidades económicas:

“Ya hice mi vida con un muchacho, llamado, Jacobo Martínez Rubio, (...) viví con él, todo le daba, todo, le di cariño, le di amor, le di respeto, le di todo, lo aloje, lo vestí, lo calcé y a lo último salí apuñaleado por él, y ahora pues aquí estoy sola” (Amaranta)

“No funcionó esa relación más que un 1 año seis meses, el tenía otra forma de pensar, él pensaba que con ser gay tenía que mantenerlo a él, yo le decía que yo no estaba acostumbrada a eso, que él había visto como me tenía mi primera pareja, que todo lo tenía. Todo fue aquí en Chetumal. Yo le decía que yo tenía con él 6 meses, yo llegue a tener muchas alhajas, me gustaba mucho el oro, mira ya todas mis alhajas estaban empeñadas, mi tele, a veces no teníamos ni que comer, porque él no estaba acostumbrado a trabajar, nada

más era yo la que trabajaba, si yo tengo una pareja es para que nos ayudemos mutuamente, y él me decía: es que allá en Tabasco estamos acostumbrado a que los gay tienen que mantener a su hombre” (Ana)

“Yo lo enseñé a vestirse, le compré ropa, zapatos, porque si no él andaría en harapos. Le di todo, comida, vestido, casa (...) tuvimos una bonita relación, a él no le daba pena que nos vieran, todavía me busca, pero, al final pelábamos mucho, mucha violencia (...) cuando se fue le eché todo lo que le había comprado a la calle” (Andrea)

Un aspecto importante es que la violencia dentro de la pareja es frecuente. Las agresiones se dan por parte tanto de la mujer transgénero, como del hombre. La mayoría de las veces además de los golpes hay agresiones con cuchillos, dagas, machetes:

“Llegó tomado a pelear y me quiso pegar. Se me aventó y cuando lo tenía encima le mordí el pecho, le dejé una marca, pero es que no me soltaba. Alcancé con la mano la daga que tenía debajo de la cama y le di en el abdomen, pero afortunadamente no era la daga, era la lima del machete y sólo le hice un rasguño, te imaginas Paulina que hubiera sido la daga, ahorita estaría en el CERESO (...) grité y llego mi familia y lo sacaron de mi casa. Ya hoy regresó sobrio y me pidió perdón, pero ya no, y le vi y sí le dejé una marca horrible, los dientes marcados, pero es que no me soltaba” (Andrea)

“Nunca mi primera pareja me golpeó, yo era la mandona, posesiva, yo siempre quería tener la razón (...) yo era él que lo golpeaba, yo le gritaba, a la edad de 14 años yo era la que mandaba (...) Llego a tener mi 2da pareja, pasó muchas cosas, yo decía que estaba pagando lo que le hice a mi primera pareja, era una persona del mismo carácter que yo, muy posesiva muy mandona (...) era muy violento, no le gustaba que me fueran a visitar ni mi mamá, él me empezó a amenazar, él no medía consecuencias, era de gritar de insultos me decía que no tan fácilmente me iba a librar de él me amenazaba me decía que el día de mañana que me encuentre con alguien me iba a matar y se iba a Tabasco, así hasta que un día me agredió (...) Con mi tercera pareja

también hubo mucha violencia (...) se quedó, se quitó la ropa y se quedó en trusa, ya en mi había mucha maldad, agarré un cuchillo y que agarro y que le empiezo a marcar una "A" de Ana una y una "J", Ana y Jesús, así a carne viva, él estaba tomado y gritaba, la carne abierta y la sangre, yo le decía que se callará "Porque te puedo matar aquí", al último agarro su playera la rompió y se vendo las piernas y se durmió, al otro día, me dice: "Chaparra ¿ya no me quieres?, y le dije que no, todo mi amor, se convirtió en odio" (Ana)

"Me dejé con él por el motivo que yo le conseguí trabajo aquí en el Rey de Copas, (...) y después de que mi esposo Julio anduvo trabajando ahí, pues los amigos lo empezaron a pervertir, en llevarlo a los bares, ver las mujeres desnudas y mi esposo, pues se depravó, ya me empezaba a llegar cuatro, cinco de la mañana, hasta el otro día, bien pedo, bien borracho, se empezó a prostituir, la cosa es de que al poco tiempo me dijo una amiga, "oye, Julio Armando trae una mujer en el carro, una camioneta donde anda repartiendo licores", ¡cómo! Puse un espía, pagué un taxista, me costó quinientos pesos, para localizarlo en un hotel, el famoso hotel "Veracruz" que había antes (...) ahí tenía viviendo a una muchacha, que él se raptó una muchacha de quince años de edad de Laguna Guerrero, yo fui, le caí a la muchacha, la cachetié, la abofetié, vino la patrulla nos llevaron (...) ahí declaré que él era mi esposo y que tenía once años con Julio Armando Valdés viviendo, pero ahí le dije que ya por favor, se levantara una acta donde se constaba de que el señor Julio no tenía por qué pisar mi casa y que le devolviera la honra a esa muchacha y que se casara con ella y que yo me quedaba con mi hija Marina (...) Ya hice mi vida con un muchacho, llamado, Jacobo, que es últimamente, que tengo ahorita en trauma, cinco años, viví con él, todo le daba, todo, le di cariño, le di amor, le di respeto, le di todo, lo aloje, lo vestí, lo calcé y a lo último salí apuñaleado por él, y ahora pues aquí estoy sola, lo mandé al CERESO, cayó preso, ya salió, no sé si guarde rencor contra mí, venganza, no sé, pero hasta el momento ahorita yo no tengo nada qué decir de él, porque no ha venido a molestarme, ni sus hermanos" (Amaranta)

A pesar de que las mujeres transgénero también ejercen violencia contra su pareja en la mayoría de los casos, siguen el patrón tradicional que le otorga

el mando al hombre, la autoridad. Ellas sienten que al ser "su mujer", tienen la obligación de atenderlo y de obedecerlo. Esto se nota principalmente en la dificultad para negociar el uso del condón con la pareja:

"Tenía un vicio: tomaba mucho, yo en su poder de él, empecé a tomar cerveza, en el cumpleaños de mi mamá, el me dijo que me tomará una cerveza por el calor, y la sentí muy rica. Recuerdo que ese día quede bien tomada, mi familia estaba contenta porque nunca me habían visto tomar, de ahí empecé a tomar las cervezas no mucho, pero sí tomaba" (Ana)

"De un principio cuando yo me empecé a meter con él le dije: "mira yo no sé como tú andes, ni tú sabes cómo yo esté, entonces yo sé que tú eres hombre, mujeriego, que te gustan las chelas y que vas a los bares y yo pienso que la mujer de casa es la que corre más riesgo, porque ustedes andan con distintas ó con distintos en la calle, se meten y se meten con nosotras y nosotros salimos perjudicadas porque nos pueden infectar", entonces yo de un principio empecé a ponerle a este señor, este preservativo, los condones, así es, y aunque tenía unas veces algunos pleitos, porque él decía: "¿para qué me pones esa madre, para qué me pones esta chingadera?" Yo le decía: "No es mi prevención, yo para ti y tú para mí" (Amaranta)

"Tuve otro, otra relación antes de él, antes de tres meses, y con aquella persona si usaba yo preservativo, pero con este, con esta persona que vivo ahora pues yo le comenté, porque yo le dije que yo estoy en una organización, que yo sé para sirve el condón, cómo protegerme, pero él me, él no quiso, no, no le gusta, y entonces pues como él me dijo, bueno, vas a ser mi pareja, eres esposa, eres mi mujer para que vamos a usar preservativo, yo le empecé a platicar pero no, no, por mí, yo lo uso, pero él no le gusta" (Cristina)

"Con mi pareja no, es el único hombre que no uso condón.(...) Porque mi marido es de esos que él dice que él no es un cliente (...) Y si yo le digo así, se molesta y entonces yo le digo, no sé, que las enfermedades, que eso, entonces él me dice "Pues el día que yo salga enfermo tú vas a ser la culpable porque, porque pues ve tú a lo que te dedicas, ya te dije que dejes de putear"

y no quieres, que no te gusta”, pero pues él no me da nada, la verdad no me da nada de dinero, porque pues él lo poco que trabaja, tiene que luchar por su esposa y su tres hijos y yo sí tengo que trabajar porque a mí me gusta vestir bien, me gusta comer bien, y su dinero de mi hija que son mil quinientos a la quincena y si a media quincena hace falta dinero pues hay que mandarle” (Valeria)

En el ejercicio de la prostitución, como veremos más adelante, el uso del condón se vuelve una exigencia por parte de las mujeres transgénero, no así en la pareja, por lo que la vulnerabilidad ante el riesgo de infecciones de transmisión sexual se relaciona con el imaginario de la mujer como propiedad del hombre en el espacio privado del vínculo conyugal. Es importante mencionar que las mujeres transgénero suelen tener un promedio de cinco a seis parejas estables a lo largo de su vida, sin embargo, en los periodos de tiempo que pasan entre una pareja estable y otra suelen tener varios noviazgos o relaciones casuales. Esto de alguna manera incrementa la vulnerabilidad dado que con estas parejas se sigue el mismo esquema de comportamiento que he expuesto anteriormente. Además, como podemos ver en los siguientes testimonios, la mayoría de ellas comienzan su vida sexual y de pareja desde muy jóvenes:

“Cuando Jacobo Martínez Rubio de que ya tengo cinco años de que él me apuñaleó y me dejó con él, yo no usaba condones, nada de eso, entonces me empezaron a preguntar, me dijeron que iban al CERESO a hacer análisis a él (...)digo, porque yo siempre he tenido hombres en mi casa, entonces con el señor Julio Armando Valdés, viví once años, con Martín Lara Carrillo, viví como tres o cuatro años nada más, porque me dejó con la niña todavía en brazos, sí, y con Jacobo fueron tres o cuatro años que viví con él, entonces yo no sé quién de ellos me habrá infectado en esa forma” (Amaranta)

“Ay Paulina de mis pesares, mi primer amor, bueno no, mi primera relación porque eso no fue amor, fue a los 10 años con un muchacho que tenía 15, fue algo raro porque en ese momento yo solo quería experimentar qué se sentía

tener relaciones sexuales, y de gustarme no me gusto, la relación sexual, porque él era una persona inexperta que sólo le importaba satisfacer sus necesidades, y no le importaba si te estaba lastimando o no, y yo pues era una niña de 10 años, que experiencia puedo tener si apenas tenía esa edad. Ahorita que me pregunten, ya soy maestra (...). La primera vez no me gusto, cuando lo volví a hacer con él, tenía 12 años, él ya tenía un poco más de experiencia, y yo ya empezaba a tener un poquito más de experiencia, así que ya no fue tan pésima.” (Andrea)

“Yo tenía 9 y el tenía 22 años, empieza a ir a comprar todos los días tortillas de harina y me platicaba y me decía cosas bonitas, y yo decía: por queme dice cosas bonitas, yo lo veía guapo, y un día me invita, vamos a comer un helado a ver películas, nada fuera de lo común, pasan 3 domingos y me preguntó que, qué sentía yo por él y pues yo le dije la verdad: yo siento que te quiero, yo también te quiero me dijo, vamos a hacer una cosa, si realmente sientes lo que yo siento, mañana quiero que te vengas conmigo, y le dije: pero como me voy a ir contigo? (...) Yo recuerdo que agarre una bolsita de la CONASUPO, metí 3 cortes, 3 playeras, 2 shorts y un pantalón, mi abuelita me dijo: “¿A dónde vas?” Yo le dije que ahorita regresaba que iba con el sastre a que me hagan unos pantalones (...) Me fui con la persona, me estaba esperando en la terminal, nos vamos a Mérida, olvídate de tú tierra y de tú familia, dentro de 10 años vamos a regresar, yo estaba contenta porque iba a viajar, me compro chocolates, revistas, palomitas glaseadas, estaba yo contenta, y a la salida me puse a llorar y le dije: “¿Cuándo vamos a regresar?”, y él me dijo que dentro de 10 años cuando yo fuera mayor de edad” (Ana)

“La primera pareja que yo tuve relaciones sexuales, fue un señor, yo tenía como la edad de diez años, pero éramos una familia muy pobre y tenía muchos hermanos, yo creo que tal vez lo hice por algo así, porque el señor me regalaba dinero ó no sé, algo así, que eramos, muy, muy, lo que es muy pobre, teníamos padrastro, sufrí mucho cuando tenía una edad de chamaco, así, y por eso fue de que me dejé que ese señor me violara pues (...) Y de ahí pues ya que, pues ya la verdad me empezó a gustar y ya empecé ya a juntarme con las demás locas y andar ahí de loca, hasta que ya llegué una edad de catorce años y me dijo una amiga: “Vamos a trabajar a un bar”,

después de un bar así me fui a varios lugares a trabajar, estuve en Escárcega, he estado en Cancún, en Cozumel, en Isla Mujeres, en Veracruz, en el talón”
(Valeria)

La primera relación sexual está marcada por la curiosidad, pero también por la inexperiencia y el desconocimiento del cuerpo del otro. Es en ella que se afirman como mujeres al tomar el rol pasivo y al esperar que el hombre sea quien dirija la experiencia. Algunas de las entrevistadas comentan que sintieron miedo o que la relación no fue placentera:

“Llegamos a Mérida y nos hospedamos en un hotel cerca del mercado, y él me empieza a abrazar y toda la cosa, yo sentía bonito, sin embargo no llegamos a tener relaciones íntimas, él me decía que me quitará mi ropa y yo no sabía porque me la iba a quitar, él no me obligo. Yo me sentía mal en que me iba a quitar mi ropa, él se quito la ropa, me agasajó me abrazó, me besó, pero ahí se quedo todo.” (Ana)

-“¿No disfrutaste esa experiencia sexual?”-

-“No”-

-“¿Te dio miedo?”

-“Un poquito, porque yo nunca había visto, yo había visto mis partes íntimas y yo lo veía pequeño, pero cuando me toco estar con él, que yo veía algo más desarrollado, yo decía: ¿y esto? Yo pensé que todos los hombres son pequeños y cuando yo lo vi pues si me lleve el susto, yo tenía 10 años, no tenía vello púbico y él sí, y tenía un pene desarrollado, y yo era una niña. No todos los gay, bueno yo he visto que hay homosexuales que nacen y otros se hacen, los que están grandes, son los que se hacen, pero los que nacemos, no nacemos tan desarrolladas, ahorita si que te puedo decir que tenemos nuestra parte pequeña. Así que cuando vi al muchacho me asuste” (Andrea)

En el testimonio de Andrea es interesante la relación que ella hace del tamaño del pene con la identidad genérica: “los homosexuales que se hacen”

es decir los que deciden ser homosexuales, tienen el pene grande, en cambio “los que nacemos”, tienen el pene pequeño. Este es un imaginario que da sentido a la identidad femenina y al rol pasivo en la relación sexual. Medicamente no existe ningún argumento que sostenga que las preferencias u orientaciones sexuales influyan en el tamaño de los órganos sexuales, sin embargo es común que al hombre que tiene un papel activo se le adjudique un pene grande, y al hombre que juega un papel pasivo, un pene pequeño. Es interesante observar también el uso del cuerpo en la relación sexual de las entrevistadas. El placer se da por ser del otro, por reafirmar su feminidad por medio de la relación sexual. Hay prácticas que ellas consideran fuera de lo normal como sería el utilizar “su parte”, el dejar que la toquen, el sexo oral, determinadas posiciones y cualquier situación que atente contra su rol femenino y pasivo:

“No me gustaba tener relaciones con él, porque era muy brusco, yo no sabía que era masturbarse, ni que eran los orgasmos, yo con mi primera pareja, él no era un degenerado, yo podría decir que en aquel tiempo las personas eran enfermas sexualmente, en sexo oral, yo no lo sentía yo normal, con mi primera pareja era abiertita, tenían sexo, terminaban se iban a bañar y me abrazaban, era mi primer pareja. Nada que te ibas a poner en esa posición, yo no supe nada de eso, con mi segunda pareja él me decía que está posición, que le hiciera sexo oral y yo le decía que no estaba acostumbrada a eso y se fueron dando cosas que no me gustaban y que yo inventaba, aparte de eso, mi primera pareja era de un pene pequeño y mi segunda pareja era de un pene grandísimo para mí la verdad, era un cambio cien por ciento giratorio [sic], yo le decía que no sentía nada por él, y que no quería tener relaciones sexuales con él porque me lastimaba, él me decía que teníamos que hacerlo más seguido, diario, “¡Estás loco!”, “Bueno tres veces a la semana, dos veces a la semana”, y yo cuando sabía que era domingo, que me tocaba tener relaciones con él, yo me levantaba temprano, a hacer todo mi quehacer y extra, para que yo terminará cansada” (Ana)

“En la intimidad ellos me respetan como mujer, nunca me ha tocado un hombre que me quiera tocar mis partes, a mí siempre me han gustado los hombres, se les llama homosexuales activos, porque a ellos les gusta dar, y nosotros somos homosexuales pasivos por que recibimos, entonces a mí nunca me ha gustado una pareja que sea bisexual, que le gusta que le den y dar, no, yo soy una mujer, y me gusta que me traten como mujer, no me gusta que me toquen mis partes. (...) No, yo cuando busco una pareja yo les digo, incluso te preguntan, “¿Qué te gusta?” Y yo les digo, me gusta esto y esto, “¿cómo te gusta que te hagan el sexo?” Te preguntan. (...) Pues a mí me gusta que me toquen, que me acaricien, que me besen, pero nunca que ha tocado eso de que mi pareja venga por inercia, porque a veces hay hombres que en el bajo de mundo de la prostitución, ¡saz!, te meten la mano, y yo me quedo así sacada de onda, pero mis parejas nunca me ha tocado nada de eso, porque a la hora de la intimidad yo tengo ese cuidado te cubrirme, con una toalla con algo, para que a la hora yo no sienta ni tenga esa imaginación. Y hasta ahorita no me ha tocado eso.” (Andrea)

En los testimonios anteriores podemos darnos cuenta que el cuerpo de la mujeres transgénero es para uso y goce del hombre. Esto se relaciona con el imaginario de la mujer como propiedad del hombre y como cuerpo de y para el otro. Andrea deja claro que sus órganos sexuales están cancelados, prohibidos. Son el vestigio de una masculinidad que ha sido anulada, cancelada y por lo tanto tampoco debe utilizarse. No debe ser visto. Por eso el uso de la toalla, para cubrirlo de la vista del otro y de la propia: “para que a la hora yo no sienta esa imaginación”. En el testimonio de Ana llama la atención que cualquier práctica que va más allá de la penetración anal en una posición asociada con lo femenino: “abiertita” (recostada boca arriba con las piernas abiertas), es considerada como degenerada. Inclusive ella afirma no saber qué eran los orgasmos o el sexo oral. En cambio existe una demanda de afecto después del acto sexual. Las mujeres transgénero otorgan al varón el derecho a disfrutar de su cuerpo, a cambio de muestras de afecto y la consideración hacia la mujer transgénero, el trato igual a cualquier mujer:

“Para mí el sexo no es tan importante, es más importante el amor, el cariño, que tu pareja te abrace. A mi edad ya no estoy para esos trotes, yo le digo a mi pareja, pero para él es difícil porque está joven (...) A veces yo no quiero, pero es como te diré, obligación de la mujer, el me trata como dama, como mujer, entonces yo tengo que estar ahí para él (...) por mi está bien, siempre que él me respete y me ame como su mujer, aunque a veces no tenga muchas ganas (...) precisamente quiero buscar una ayuda psicológica, pues ya a cierta edad ya no estás como cuando tenía diez, doce, catorce años, pues tres, cuatro o cinco veces al día (...) se necesita platicar con alguien, para sobrellevar tu relación” (Ana)

Andrea deja clara la diferencia entre una relación sexual con su pareja y una relación sexual con algún cliente en la siguiente conversación (retomando el último testimonio de Andrea):

- *“Y hasta ahorita no me ha tocado eso. En el trabajo sí.”* [haciendo referencia al “uso” del pene en la relación sexual]-

-“¿Pones tus límites?”-

-“Depende de qué color sea su billete, si te dice que yo te quiero tocar ahí, pues eso es tanto, porque a mí me contrataste mis servicios como mujer, entonces si tú quieres tocar más allá es un precio más adelante. Es una forma de marcarles un alto, porque al decirles que eso te va a costar 500 pesos más, pues ya es un no para ellos”-

- **La prostitución**

La prostitución se asocia desde fuera con las mujeres transgénero, se asume que existe un vínculo forzoso entre la transgresión de la normalidad sexual y la transgresión de la normalidad moral. Se asume que todas se dedican al sexo-servicio. Dentro del contexto de estudio, la prostitución es ilegal e inmoral. En este sentido me parece interesante incluir el fragmento de una entrevista con una médica que trabaja en el área de atención y prevención de VIH/SIDA en los Servicios Estatales de Salud:

-“Doctora, en su opinión, ¿cuáles son las necesidades de las mujeres transgénero aquí en Chetumal?”-

-“Yo creo que requerimos realizar un sondeo grande para poder matear [sic], que tipo de trabajo social [sic] estamos manejando, con eso de que el trabajo sexual no puede ser realizado en México ni en el mundo, pero sigue siendo el trabajo más activo, y seguimos metiendo tapaderas que en lugar de ayudar lo diferencian más, ha provocado muchos problemas, entre ellos que no se organicen las trabajadoras de sexo comercial, no tengan un respeto por parte de las gentes que de una u otra forma se vinculan con ellos, como son municipio, como son gobierno, yo siempre he opinado que los padrotes mas grandes somos la gente de gobierno, por que cobramos por algo que no damos, porque siempre se ha visto y se ha escuchado que las trabajadoras sexuales son perseguidas por las personas del orden en los municipios. Porque nunca hemos revisado el manual de mando y buen gobierno [sic], porque si fuera así, está prohibido hasta hablar feo en la calle y usar minifalda, toda la población estaríamos en la cárcel. Ya no hablemos de trabajadoras sexuales y de cosas de ese tipo, eso está totalmente proscrito, yo creo que existe la necesidad de hacer una revisión muy grande de esto, en el sur de Quintana Roo no existe una organización propiamente de trabajadoras sexuales, por lo que nos dificulta un poco localizarlas, o no localizarlas, sino agruparlas, con el fin de capacitarlas, proporcionarles condones, lubricantes, información y tratarlas como personas, como madres, como mujeres, como varones, como transgénero, en un marco de respeto”-

-“¿Entonces la mayoría de las mujeres transgénero aquí en Chetumal trabajan en el sexo comercial? Porque yo he visto que...”-

-“No podría decirlo exactamente, si la mayoría de los transgénero, trabajaran para el sexo comercial, yo creo que hay muchos transgéneros que tienen un trabajo en oficinas, en comercios, que no necesariamente tienen que hacer sexo comercial para sobrevivir. No estaría en posibilidades de decirte, el 5, el 10, el, 20 o 50 %, desconozco, yo te decía hace un rato no tengo una percepción de cuantos existen, es una población difícil y un Estado muy migrante, ya no sólo en Chetumal, imagínate en Cancún”-

-“¿No hay una organización aquí en Chetumal de mujeres transgénero?”-

-“De mujeres no, de transgéneros si hay, es Tumbencay [sic], sin embargo creo yo que no son todos los que existen, que es un grupo de amigas, amigos que es muy importante pero debe ser menos del 50% de los que existen. Recordemos muy bien que a veces ellos mismos ni siquiera se acepten dentro de sus familias, por lo tanto no pueden ser visibles a la sociedad y menos a una organización”-

En la entrevista anterior se ponen de manifiesto varios puntos importantes. En primer lugar la asociación inmediata y me atrevería a decir que inconsciente, de las mujeres transgénero con el ejercicio del trabajo sexual en la respuesta a la primera pregunta, que hacía referencia a las mujeres transgénero, no a las trabajadoras del sexo comercial. A partir de ahí se nota también un desconocimiento sobre el tema de las identidades genéricas, y sobre datos específicos de una de las poblaciones que es considerada como una de las más vulnerables ante la epidemia de VIH/SIDA, además de que a pesar de este desconocimiento, se afirma que las mujeres transgénero son una población difícil.³⁶

La opinión de Andrea sobre la prostitución y su relación con las mujeres transgénero enfatiza la falta de oportunidades laborales debido a la discriminación por la identidad de género:

-“¿Para ti qué es la prostitución?”-

-“Una fuente de trabajo, no es malo, yo no lo veo malo, la sociedad si, ve a una prostituta y dice: es una ratera, borracha, drogadicta, es un puto sidoso, y no es así, ejercer la prostitución con prevención y precaución, es un trabajo como cualquiera. Ahorita ya tengo 2 años que no trabajo en calle, pero tengo

³⁶ Regresaré sobre esta entrevista en el apartado relacionado con las campañas de prevención, debido a la importancia de estos imaginarios sobre la población transgénero y su efecto directo en el diseño y aplicación de estrategias preventivas. Por ahora me pareció importante ejemplificar la manera en que se asocia a esta población con la prostitución y la transgresión de normas y cómo esto se puede ver reflejado en la vulnerabilidad de las mujeres transgénero ante diversos riesgos de salud.

mis clientes que atiendo en mi casa, clientes que me visitan y me hablan por teléfono, ahora sí que lo sigo ejerciendo pero con cache"-

-“¿En algún momento ha sido difícil dedicarte a esté trabajo?”-

-“Sí, por que cuando no hay trabajo, que sólo te tienes que dedicar exclusivamente eso, pues llegaba el momento en que no había trabajo y empezaban las carencias, hay que pagar comida, renta, entonces opte por un trabajo de base, y atender a mis clientes en la casa, así ya tenía un dinero seguro y ya lo que caiga es un extra”-

-“¿Qué opinión tienes de que muchas mujeres transexuales se dediquen a la prostitución?”

-“Yo no lo veo mal”-

-“¿Pero tú consideras que es porque no tienen otras opciones de trabajo, o por otra cosa?”

-“Pues fíjate que siendo nosotras transgénero que vayamos a la Héroes a pedir trabajo, donde dice: solicito empleada para mostrador, y yo voy, y me dicen, solicito empleada, no empleado, ve nada más la discriminación, a eso voy también con las transexuales que llegan y les dicen que no son mujer, entonces ellas se tienen que dedicar de nuevo a la prostitución, porque tal vez todo el tiempo que se dedicaron a eso fue nada más para juntar su dinero para cambiarse de sexo y llevarse una vida normal y buscarse un trabajo decente en una oficina, en algún lugar, pero no les dan la oportunidad, entonces tienen que regresar de nuevo a la prostitución, y de nada les sirvió tanto esfuerzo que ellas hicieron para cambiarse de sexo, porque la sociedad no les respeta. Los que no tuvimos la oportunidad de estudiar no nos queda otra que dedicarnos a la sociedad [sic, quiso decir prostitución], deberían de cambiar los gobiernos, las políticas y la sociedad, para que todos somos iguales, y si yo me opero y cambio mis papeles que se me respete, si yo tengo un oficio de secretaria y si fuera buena, pues que me den el trabajo.”-

-“¿Nunca te ha tocado un cliente agresivo?”-

-“Sí, pero los pongo en su lugar, así como me vez media femenina, también les puedo dar. Si tú les demuestras miedo a un cliente si se aprovecha, pero si

no les demuestras ese miedo: yo con lo que yo tengo les voy a dar, me quito las zapatillas, y con lo que yo tenga les voy a dar, no les demuestro ese miedo”-(Andrea)

Valeria también hace referencia a la falta de oportunidades laborales:

“Yo tengo que trabajar y pues a fuerza me tengo que prostituir porque no hay manera más, que yo gane el dinero así, dónde me voy a ganar mil pesos en una noche ó a veces ochocientos ó a veces seiscientos, a veces cuatrocientos, no hay un lugar donde me paguen ese dinero, aja, porque si hubiera otro lugar pues trabajo, pero pues, ni modo pues es la única forma” (Valeria)

La exclusión laboral es una realidad para las mujeres transgénero y es cierto que la prostitución se vuelve una opción para la supervivencia de muchas de ellas. Sin embargo, también vale la pena reflexionar sobre la voluntad del ejercicio de la prostitución como forma de vida e inclusive como reafirmación de la feminidad y de la capacidad de atracción del objeto/sujeto de deseo de las mujeres transgénero. Recordemos los testimonios de Valeria y Andrea en relación con la construcción de la identidad femenina:

“En el cabaret era una fichera más del club, ahí estuve hasta los dieciséis, también daba yo servicio, me acostaba con hombres, pero ya empecé a agarrar más confianza, a tener relaciones, ya no me daba tanto miedo (...) pero cómo te decía, a los catorce años me fui a vivir y trabajaba en un cabaret donde estaba rodeada de puras mujeres, entonces más me sentía mujer” (Andrea)

“Y de ahí pues ya que, pues ya la verdad me empezó a gustar y ya empecé ya a juntarme con las demás locas y andar ahí de loca, hasta que ya llegué una edad de catorce años y me dijo una amiga –vamos a trabar a un bar- después de un bar así me fui a varios lugares a trabajar, estuve en Escárcega, he estado en Cancún, en Cozumel, en Isla Mujeres, en Veracruz, en el Talón y hasta ahora que me quedé ya estable yo aquí en Chetumal y ahora ya no me

muevo porque pues, aquí ya, bien que nada aquí saco para mi comida, saco para mi luz, para mi renta y para mandarle a mi hija que yo le mando mil quinientos quincenal, si tengo los dos mil, los dos que le mando y cada que me pide zapatos ó algo que tenga que comprar de la escuela, pues se lo mando” (Valeria)

En base a lo anterior puedo decir que la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA de las mujeres transgénero se relaciona con todo el tejido de significados que he venido exponiendo y desarrollando a lo largo del texto. Estas formas de construir los diferentes aspectos de su vida cotidiana (infancia, adolescencia, autodefinición, re-construcción del cuerpo, relaciones con los otros, relaciones de pareja, sexualidad, prostitución), van definiendo la relación de las mismas con el VIH y con el SIDA. Muchas de ellas han vivido de cerca esta enfermedad, ya sea por ser ellas mismas portadoras del VIH o por tener algún amigo o amiga que lo ha vivido y que inclusive ha muerto bajo los cuidados y compañía del grupo de mujeres transgénero y de otros compañeros. En el siguiente apartado expondré los resultados sobre los imaginarios relacionados con la enfermedad, el castigo y la culpa y las opiniones de las entrevistadas sobre las campañas de prevención del VIH/SIDA en el contexto de estudio.

3.4. EL SIDA

- La enfermedad

Las entrevistadas definen la enfermedad de varias maneras, pero todas estas definiciones tienen que ver con algo negativo. No se mira la enfermedad como algo natural sino como un evento inesperado que rompe la continuidad de la vida cotidiana:

“La enfermedad es la ausencia de la salud, una calamidad” (Andrea)

“Mi prima se murió de cáncer. Yo le decía a Dios, porqué no me había llevado a mí en lugar de a ella. Yo no tenía a nadie, tenía catorce años. Ella ya se quería morir porque no soportaba la enfermedad” (Cristina)

“La enfermedad tiene que ver el cuidado que uno se da, si tú no te cuidas te vas a enfermar, tanto vicio, tanta droga. Uno debe estar bien para no enfermarse, también hace daño el odio, el rencor, por eso es mejor estar alegre.” (Ana)

Cuando se enferman se atienden ellas solas. Tratan de no dar molestias a sus familiares o amigos, pero hay que destacar que siempre están pendientes del estado de salud de las mujeres transgénero que forman el círculo más cercano:

[En respuesta a quién la cuida cuando enferma] yo solita, mis familiares están en Mahahual, todas. Cuando me enfermo yo solita me voy al doctor, o le hablo a mi amiga Valeria o Lucía, pero casi no me gusta dar molestias, yo me siento mal, agarro mis cositas y me voy al doctor, y si me siento muy mal, pues trato de estar comunicada con mis amigas, pero mayormente yo sola (...) el viernes tuve mucha calentura, dolor de cabeza, infección en la garganta, pero yo solita me atendí, fui al doctor, a mis análisis y veme, aquí estoy sentadita platicando contigo.” (Andrea)

En general la enfermedad se vive de manera solitaria. Las mujeres transgénero carecen de información efectiva para la prevención y atención de padecimientos generales. Son pocas las que manejan conocimiento científico sobre algunas enfermedades y los tratamientos, además del desconocimiento de los espacios y de los derechos ciudadanos para la atención de cualquier problema de salud. En el apartado referente al reencuentro con el cuerpo, relaté cómo el tener “bolas” en los senos, les preocupaba, pero no sabían a dónde acudir, y terminaron aceptando la opinión de uno de los compañeros del grupo sobre la normalidad de las bolas (ver página 125) Es así que los eventos de enfermedad se resuelven de manera emergente, cuando el problema se

hace más evidente, y las entrevistadas asumen la información y atención recibida como la adecuada:

“Ay, cómo se llama, esa que cómo sale como un granito (...) Pues yo como, cuando padecí esa molestia pues como yo lo sabía, yo acudí al Centro de Salud, y pues un doctor me atendió y me dijo que era una infección de transmisión sexual, me dieron un medicamento que era un liquido, creo que con eso lo quemaba y con eso me lo quitaron (...) yo hice ocho años. (...) Pero eso es ora sí que esa es mi duda, mía que sí, (...) mi duda es que si eso vuelve, regresa (...) Ya acudí de nuevo yo porque fíjese que hace poco, para acá para dos años, que empecé a sentir una molestia y acudí al doctor y el doctor me checo y me dijo que no tenía nada (...) Me han hecho análisis de sangre y no (...) y el médico me revisó mi parte y (NSE) dijo que no. (...) Pues a mí me pusieron un médico ya avanzado, ¿verdad?, y digo por su experiencia no, ya años tiene, porque ya era un médico avanzado. No creo que él se equivoque” (Cristina)

“Se me empezó a caer el cabello, me empecé a desesperar, estaba sola (...) fui con el doctor, me dijo que era por el medicamento, que me iba a volver a crecer, y dicho y hecho, me volvió a crecer, ya después empecé mi vida normal, a trabajar.” (Ana)

La experiencia de la enfermedad se vive no sólo desde ellas mismas, sino a partir de las experiencias de amigos y familiares a los que ayudan y atienden de ser necesario, como se puede observar en los siguientes testimonios:

“Este muchacho tenía como dieciséis años, pero era mi amigo y otro compañero amigo de él me dijo: “Fíjate que este muchacho tiene gonorrea”, le digo: “¡Cómo va a ser!”, entonces pus a mí se me hizo fácil, algo humanitario, ¿no? Pues es una persona de que, pues un padillerito ¿no? Se vino a mi casa, al otro día lo llevé a mi casa, lo llevé a la Cruz Roja, lo revisó el doctor, le recetaron sus ámpulas de penicilina, se las regalé, yo se las compré y que se las pongan y hasta ahorita el muchacho, sano.” (Andrea)

“Acá a la vuelta ahí vivía un señor que se le estaba pudriendo su pie y todo, pero me dijo Mariana “Fíjate que Felipe se le pudrió su pie”, pues yo no tengo mucho dinero para ayudar pero, si yo veo a alguna persona así, pues yo la llevo al hospital y la voy a ver y si no tiene familia pues trata de apoyarla lo más que yo pueda y si yo no puedo pagar el dinero, pues yo pido ayuda al congreso ó al DIF ó voy y le platico a Ana y Ana ya me ayuda, cuando ya está la cuenta, pero mientras tanto yo coopero ó si yo sé que hay una persona que está enferma del VIH yo voy y si está sucia su casa, se la limpio, si le puedo cambiar el Kleen bebe, le cambio el Kleen bebe, si este le puedo dar de comer, le doy de comer, si la puedo bañar, la baño y pues a eso estamos.” (Valeria)

Las entrevistadas hicieron referencia al dolor físico como parte de la enfermedad y la solución que ellas consideran para aliviar este dolor es “la medicina”. En cambio cuando se habló del tema del dolor emocional, la mayoría de las entrevistadas (y de los miembros del taller) mencionaron la muerte de algún familiar o la traición de los seres queridos. Así pues, podemos decir que el dolor emocional tiene que ver con lo irreparable: la pérdida. En este sentido, duele perder la vida, aunque uno ya no esté para vivir ese dolor, la sola idea de dejar de existir causa angustia. También genera inquietud el abandonar a los familiares al morir. La pérdida de los afectos es otra situación que causa un dolor emocional fuerte. Estas tres ideas de pérdida se vinculan con la manera de entender el SIDA y de relacionarse con la enfermedad:

“La muerte para mí es algo muy difícil, pensaría mucho en mi familia si me fuera a morir, en mis hermanos. La muerte es algo muy feo, me da miedo. Es algo que no podemos evitar, a todos nos llega, en diferentes tiempos, pero todos nos vamos a morir, pero de todos modos yo la veo fea (...) Nadie se merece la muerte, pero todos nos vamos a morir” (Cristina)

“Yo creo que a nadie nos gusta sufrir, ni dolores físicos, ni emocionales. El dolor más grande fue cuando falleció mi abuelita, porque ella nos cuidó, nos orientó, no lo he superado, porque me duele mucho. Lo alivié acercándome a mi mamá, porque cuando mi abuelita nos crió estábamos alejadas de mi

mamá (...) yo siento que todavía la tengo a ella para que me apoye, eso ayudó a calmar mi dolor. Me hace mucha falta. Dirán que estoy loca, pero yo sigo hablando con ella y ella me escucha y hasta me rezonga.” (Ana)

Sin embargo, pude identificar en algunas entrevistadas (y en Mario) momentos de un proceso reflexivo sobre la vida y la muerte que tienen que ver con la cercanía de las experiencias de VIH/SIDA. Si bien no deja de angustiar la idea de morir, se trata de asimilar esa situación liminal como una posibilidad no tan lejana:

“Antes que anochezca [haciendo referencia al título de la novela de Reynaldo Arenas] no es que se acabe la luz del día y ya, sino que debes de ponerte las pilas porque estás vivo y debes de agradecer por estar vivo, aunque no tengas esta enfermedad, aunque tengas otra o estés sano, debes agradecer por todo. Por respirar, por tener el aire en la cara, por vivir, por lo que tú quieras, pero simplemente por vivir” (Mario)

“Para mí la muerte, yo no le tengo miedo, es algo natural, todos vamos a pasar por ahí, nacemos, crecemos, tenemos que morir (...) Yo hablo con Dios y le digo que me gustaría llegar a los 44 años, pero no le tengo miedo a la muerte, antes le tenía miedo a la muerte, pero ahora no” (Ana)

- SIDA: castigo, culpa o reivindicación

Como decía en el apartado anterior, la enfermedad se relaciona inevitablemente con la idea de la muerte. En este sentido, el SIDA ha sido sinónimo de sufrimiento y muerte desde que comenzó la epidemia. También se ha relacionado como exponía en los antecedentes de este trabajo, con la promiscuidad y los comportamientos considerados como desviados o anormales. Estos dos imaginarios (SIDA/muerte y SIDA/anormalidad) traen como consecuencia la presencia de la culpa y el castigo asociados al contagio de VIH y al padecimiento de SIDA. El sentirse enfermo tiene que ver en mayor grado con el estigma social. Las mujeres transgénero no se sienten enfermas de VIH o SIDA, sino de marginación, aislamiento y rechazo social. También se

entiende la enfermedad como una segunda oportunidad de vida, una reivindicación del sujeto ante sí mismo y ante la sociedad.

“Hay enfermedades que te impiden hacer lo que te gusta. El SIDA para mi es una enfermedad que pienso que ha de ser muy fea (...) Yo tuve una amiga que se me murió, yo tengo enterrada a una amiga y es cuando yo le tuve temor a esa enfermedad, porque yo, yo tengo muchos años con mi marido, tenemos como trece años viviendo, pero yo me he peleado mucho con él y hubo un tiempo de que me dejó y, yo pues me dediqué a la droga y a tomar, yo quería estar enferma de SIDA, para que mi marido también se muriera junto conmigo. Bendito sea Dios, que no, no lo tengo hasta ahorita y este, y le tengo hasta miedo porque yo vi a una amiga que se me murió, empezó a enflacar, yo pensé que esa enfermedad del SIDA es que tienes SIDA y te mueres rápido, cuando no, es que uno sufre bastante yo ya lo vi y tengo mucho temor, le pido a Dios que si ya de grande no me enfermo, ya más chamaca, más tonta no salí con el premio, pues ahora menos, porque ya me cuida más, porque a mí si un cliente me mete al cuarto y hay hombres que me dicen no pues te doy doscientos pesos pero sin condón, ¡ay no! (...)yo pienso que eso es castigo de dios porque yo he conocido personas, yo conocí una amiga que, que su marido tenía eso y ella salió sin eso, entonces ¿cómo está eso?, yo a veces me pongo a pensar eso, de que, quién sabe cómo es esa enfermedad, a veces no la entiendo, porque yo digo, yo tantos años que tengo en la putería no creo que yo no me haya ocupado con un sidoso, me imagino que sí, porque con cuántos hombres yo no me he metido, si a veces en un día me ocupo cinco veces, seis veces, siete veces, dos veces ó los días que está mi marido es que no trabajo, sí, pero sí podría ser que yo esté en riesgo porque pues la verdad, quien sabe” (Valeria)

“A mí me han preguntado personas honorables, tú sabes que como personas hemos tenido cosas de las que hemos platicado anteriormente, promiscuidad y eso, pero llegan las personas con el ¿yo por qué? por delante: “si yo he tenido una vida recta, no me drogo (...) no soy una prostituta” es que ahora ya no es así, es una cuestión de azar” (Mario)

“Hay otra parte de Ana, la segunda historia de Ana, por eso digo que Ana tiene doble cara, falta la segunda o tercera parte de la vida de Ana, que va a ser triste, pero a partir de eso ha cambiado, porque Ana era muy orgullosa muy dura, muy altanera, y ahora es una Ana que es muy sensible, muy caritativa, por eso Dios nos pone cosas para que podamos superar, sin embargo soy feliz y le agradezco mucho a Dios, a mi familia, a las personas que me han dado su apoyo moral, económico. Hay altas y bajas, lo cual nos sirve para remediar nuestros males” (Ana)

De nueva cuenta aclaro que las ideas se relacionan, no se puede trazar una línea que divida a la culpa de la reivindicación del sujeto o del castigo:

“Porque decir VIH, ¿quién es el que está enfermo? Pues yo creo que también los que no lo padecen son enfermos, porque no saben cómo reaccionar emocionalmente. Al menos tú ya sabes que tu enfermedad ya la tienes y que con un buen tratamiento puedes llegar a durar, pero los que no lo saben? Qué nunca han oído hablar de ella no saben ni qué onda. El SIDA para mí ha sido un tema muy cuestionable (...) yo también llegué a tener ciertos miedos, ¿cómo voy a abrazar una persona? ¡A lo mejor si la beso me voy a contagiar!, pero actualmente, con el poco conocimiento que tengo, lo veo diferente, te cambia la vida y a lo mejor para bien, porque (...) un hombre o una mujer que antes no la tenía, que a lo mejor era drogadicto o era alcohólico o tenía otras adicciones, se puede morir de cáncer o de un accidente, y a lo mejor yo con VIH vivo otros diez años (...) es una especie como de prueba, porque si te pasó esto a lo mejor hay un dios allá arriba que te hizo pasar por este trago amargo, por esta prueba para que reacciones en tu forma de vida que llevabas anteriormente” (Mario)

“El VIH, se transmite por medio del sexo, entonces pienso yo precisamente que ya muchas personas que ya lo tenemos, hay que corregirnos en adelante, proteger nuestra pareja y al mismo tiempo protegernos nosotros y este, tomar el tratamiento como debe de ser, porque muchas veces no vamos a morir de esta enfermedad, podemos morir de otras, o podemos morir por la vejez de los años que tengamos no, si no nos dejamos no, verdad, entonces yo pienso

y recomiendo a todas mis amigas, mis amigos en general, que se cuiden, que protejan a su hombre y que sigamos adelante no, para vencer con esta enfermedad, protegernos y apoyar a todos (...) proteger a la ciudad de esta enfermedad, de este contagio" (Amaranta)

Algunas de las experiencias narradas sobre el padecimiento nos permiten ver lo complicado de abordar el tema de la posibilidad de tener VIH, inclusive para los médicos, así como la importancia que adquiere la aceptación o el rechazo social para la persona que padece la enfermedad:

"Me habló claro la doctora y me dijo así: "¿Sabes que Jarochito? Queremos que te sometas a este tratamiento que te vamos a dar, porque tu tratamiento [sic, se refiere a los resultados de laboratorio] salió afectado, estás afectado del VIH", así me lo dijo, y ahorita gracias a Dios, voy muy bien (...) Ahorita me mandaron a hacer análisis para ver cómo voy y todo (...) estaba yo muy delgada y ahorita y ame estoy reponiendo, me siento con ganas de trabajar y todo ¿no? Quiere decir que voy mejor, voy mejor, porque me cambió de tratamiento, ahorita me tomo uno en el día y otro en la noche, a la hora de acostarme, que ese me emborracha, me tumba, parece que me tomo diez caguamas ¡ay qué bárbaro!, y eso me lo tomo a la hora de acostarme, ¡prum! me la tomo, la otra en el día y las vitaminas" (Amaranta)

"Surge mi enfermedad, (...) me enfermo del estomago me dio fiebre tifoidea y estuvo mes y cuatro días en el hospital, estaba bajando mucho de peso, yo siempre había sido de cuidarme yo decía ¿qué onda?, se mete una psicóloga conmigo me dice, "no encontramos que tienes, ya te dimos muchos antibióticos y nada", me daban muchos dolores de cabeza, y nos dijo, "Ya para descartar nos hace falta que hagamos la prueba del SIDA". Fue en el 2001, y que entra una psicóloga a hablar conmigo y me pregunta cuantas parejas he tenido, le dije que dos y que si me había cuidado, pero he tenido relaciones de años, "Ana si te llegan a decir que eres portador de VIH ¿qué harías?", yo no tenía la información como ahorita, y le dije que alejarme de las personas que tengo, pues para no infectarlas, no dañarlas, "Muy mal, porque al contrario, las personas que son portadoras de VIH no se deben de alejar de sus familias

y amigos, si sus amigos dicen que lo son, no se van a alejar de ti, al contrario es pegarte a tú familia, porque viene otro problema moral”, y me empezó a explicar, y ya me dijo que si estaba dispuesta a hacerme esos estudios y le dije que sí. (...) Me llevaron al laboratorio, me sacaron sangre y luego a una clínica particular para hacerme un estudio de unas placas de cráneo, al otro día mi hermana fue directamente a hablar con la doctora, la noticia fue mala, yo me vi muy mala, llegó el padre me dio los santos oleos, me confesó, fíjate que todo eso, yo viví tantas cosas que todo eso es como una nueva oportunidad que te da Dios, yo he sufrido mucha violencia (...) Al otro día llega la doctora me dan mis resultados, “Descartamos lo del VIH” y me muestra los resultados, que por cierto ahí tengo con fecha de 2001 y veo que negativo, me cambian los medicamentos, ya empiezo a comer, recuerdo que mi cumpleaños me la pase en el hospital, llego mi amiga Paulina, mi hermana, ella me ayudó en lo económico, lo moral, por eso ahora las veces que ella viene yo veo como conseguirle los boletos, pero me siento mal porque yo se que son favores que no le puedo pagar. También se me empezó a caer el cabello, me empecé a desesperar, fui con el doctor, me dijo que era por el medicamento, que me iba a volver a crecer, y dicho y hecho, me volvió a crecer, ya después empecé a mi vida normal, a trabajar” (Ana)

-“¿Cómo ha sido tú relación con esa enfermedad? ¿Me refiero a cómo te enteraste que existía, cuando?”-

-“Pues ya tiene años cuando mis amigos empezaban a caer, incluso yo compartí con un amigo que vivía con VIH, el ya murió, yo compartí con él toda su enfermedad, y nunca me dio miedo, porque antes decían, no tomes de su vaso, si le pica y te pica el mosquito, te va a contagiar no andes con él, nosotros ya teníamos la orientación por parte de un amigo que nos decía que era mentira y nos empezaba a platicar, nosotros convivíamos con ese amigo, lo abrazábamos, lo besábamos, y él nos hacía pruebitas, por decir, que agarraba y le tomaba a su refresco y nos decía, ¿quieren? Y si tú así como que, entonces no te volvía a insistir y él se daba cuenta de las verdaderas amistades, a mi no me daba miedo beber de su mismo vaso, comer de su mismo plato, ya estábamos orientadas, sabíamos que no nos íbamos a contagiar con eso, incluso en una reunión él lo dijo: yo aquí tengo pocas

amigas, porque ellas han tomado de mi vaso, de mi plato y hay otras que no lo han hecho, son pocas las que en verdad son mis amigas, esa es mi experiencia de haber compartido con un amigo que tenía VIH, fue hace como seis, siete años.”-

Es importante destacar que en el discurso, sobre todo en las primeras charlas, las entrevistadas se referían al VIH/SIDA como una enfermedad más, cómo el cáncer o la diabetes. Esto tiene que ver con la exigencia de la no discriminación por ser una persona que vive con VIH o que padece SIDA. Pero en pláticas posteriores, con mayor confianza, o en momentos de observación de determinadas actividades o conversaciones, quedó manifiesto el sentimiento de tristeza por padecer VIH o por conocer a alguien que lo padece o que ha muerto por esa causa. Como he venido diciendo, las mujeres transgénero se cuidan solas o entre ellas, así que están familiarizadas con la enfermedad y con la muerte por esta causa, sin embargo, esto no quiere decir que les deje de causar dolor, tanto por la pérdida humana, como por las condiciones de abandono en las que muchas veces han muerto sus pares:

-“¿Cómo fue la experiencia de la muerte?”-

-“Desgarradora, tal vez porque de donde él vivía, yo vivía a tres casas y compartíamos tanto tiempo con él que le vas agarrando un cariño muy especial, porque él era como un niño, el caminaba ya como robotito, porque nunca quiso tomar su medicamento, simplemente de acordarte te entra el sentimiento de lo que nosotras vivimos con él, porque al momento de que nos avisan de que él ya estaba muy mal y recuerdo que yo llegue de trabajar en la madrugada y nos acostamos a dormir, yo y mi amiga la negra y como a las 3 de la madrugada, nos avisan que el ya estaba muy mal, no pasaba la noche y fuimos a verlo a su cuarto donde él estaba con Manuelito y él estaba en su cama, le amarraron sus mandíbulas ya tenía como 15 días que no comía ni hablaba ya estaba esperando su hora, ya cuando lo vimos estaba viendo al techo, acostado y jugando su rosario y estaba llorando, él ya sabía que ya se iba a morir y tú sabes que no puedes hacer nada y te da tristeza, y Manuelito nos decía que ya se iba a morir, que estaba en sus últimas horas y nos

llamaron a todas a fuera y nos dijeron que cuando ya él ya se estuviera que no empezáramos a llorar ni a gritar, para que lo dejáramos ir, y ahí estaba Manuelito pasándole la energía buena, llego Leonor y empezó a rezar y empezamos a hacer un rosario por la Beba, estábamos rezando cuando vimos que se empezó a ir, así despacio, recuerdo que él tenía una playera blanca y veías que en la parte de su pecho, veías como se le inflaba, y en una de esas cuando, ahí se quedo. A nosotras ya nos habíamos dicho que no lloráramos, el rosario se quedo a la mitad, a mi lo único que se me ocurrió es salir y a la primera persona que vi, un compañero que ya murió de VIH hace poco, fue a la persona que yo abrace y le dije que se murió, cuando yo entre a mi cuarto, yo estaba llorando, fue la primera vez que yo veía morir a alguien y de haber estado con él en sus últimos días. Fue muy fuerte"-

-“¿Su compañía eran ustedes?”-

-“Si, porque su familia era muy desapegada a él, él tenía una pareja pero lo traicionó y eso lo fue acabando a él, lo de su familia su pareja, ya no tenía las ganas de vivir, lo acabó” -(Andrea)

Lo anterior se relaciona con el estigma, la discriminación y la pérdida de los afectos. En los testimonios de las entrevistadas pude darme cuenta que más que sentir miedo a morir, sienten miedo a ser discriminadas por ser portadoras de VIH. Como dije al inicio del texto, en esta investigación se respetó la decisión de no revelar la condición de PVV, sin embargo, se planteaban preguntas hipotéticas que permitían acercarse a la experiencia de vivir con VIH:

-“¿Te ha dado miedo tener VIH?”-

-“Si, me ha dado, principalmente cuando se me rompe el condón con el cliente, hace como 2 meses con uno de mis ex, tuve la mala de que se nos rompiera el condón, claro que yo sentía el “pac”, pero nos paso por la necesidad de él, porque el necio en que se lo quiere poner y yo tengo más experiencia, mas escuela en eso, y él se lo mal puso, y a la hora de la hora se rompió el condón, pero ahora sí que ya estábamos en pleno acto, pero ya hay ese riesgo

de que me pueda infectar, me hice mi prueba el martes y me la volveré a hacer dentro de 4 meses porque si tengo miedo de que me fuera a infectar"-

-“¿Por qué te da miedo?”

-“Por la gente, por la discriminación que hay, que la gente no sabe y está mal orientada de lo que es la enfermedad, ellos piensan que tener VIH es que ya te vas a morir mañana, que ya no puede convivir con nosotros, eres un apestado, ellos no saben, principalmente eso. Por que vivir con VIH no me da miedo porque yo cuento con el apoyo de mi familia y mis amistades, que es lo más importante, y ahí te das cuenta que ahora cada vez que me voy a hacer la prueba se lo platico a mi mama, familia y amigas y ellas me dicen que siempre contaré con ellas, independientemente de mis resultados. Por eso aspecto no me daría miedo, solo por la gente que te discrimina”- (Andrea)

Existe un sentimiento de solidaridad entre las mujeres transgénero, como he expuesto en apartados anteriores vinculado a lo que podría llamar una complicidad que incluye la identidad genérica y la condición de PVVS. Es decir, que el grupo de personas que forma Tumben Kin, se identifican no sólo por el género o las preferencias sexuales diversas, sino por su condición de PVVS o de familiares y amigos de PVVS. Existe una especie de pacto de silencio sobre la condición de PVVS de los miembros, que sirve de protección ante el rechazo y la discriminación, y cuando este pacto se rompe por alguno de los miembros surgen problemas en el grupo y distanciamientos:

“La otra vez yo le platicué a Ana respecto a Víctor, Víctor tuvo un machín, todo un marido, bueno pues ese marido llegó a la casa de Gina, habló hasta por la cola: “No, Gina me dijo qué tú, tú y tú, ustedes están sidosos, que tiene SIDA, que no sé qué”, ¿y quién dijo eso? Pues Víctor (...) Gina me lo platicó a mí y digo ¿cómo si Víctor está en el mismo grupo, le dijo eso a su marido? Pues yo más que fuera mi marido, yo no tengo porqué decirle no, mira tenemos esto, tenemos lo otro (...) Yo a Rubén no le platico nada, nada absolutamente, yo lo que hago es ponerle su condón y listo, y no tengo porque estarle platicando la vida de ninguno, ni la mía ni de nadie (...) que nos

cuidemos, que él no tiene SIDA, que es el único limpio, vaya usted a saber (...) antes que sacara m lavadora iba yo a lavar a su casa, pero le digo “¡no porque no te vaya yo a infectar!” (...)yo digo que no se debe de platicar nada de eso, porque después se anda vociferando las cosas, no, eso está mal” (Amaranta)

Esto es fundamental si pensamos en que las campañas de prevención deben tomar en cuenta debilidades y fortalezas de los grupos a los que van dirigidas. Por parte de algunos activistas en el tema de VIH/SIDA, existen críticas ante la actitud pasiva de algunas personas que viven con VIH y no lo hacen público, esto bajo el argumento de que el silencio invisibiliza el problema. Podemos estar o no de acuerdo con esta postura, sin embargo, las mujeres transgénero que viven en la ciudad de Chetumal temen a la discriminación, no hacen pública su condición de PVV, porque además de ser un derecho legítimo, temen a la incompreensión social:

“Si sanas nos rechazan, enfermas ¡imagínate! (...) Es cierto que guardar silencio hace más difícil la lucha, pero ¿quién se atreve a ser la primera?” (Andrea)

- Estrategias de prevención

El objetivo de este apartado es presentar las opiniones y sugerencias respecto a la información sobre VIH/SIDA y a la difusión de la misma. También se presenta la relación entre las estrategias de prevención y la identidad genérica, así como la perspectiva sobre las mujeres transgénero y sus necesidades desde los servicios de salud. La información de este apartado se obtuvo por medio de las sesiones del taller, entrevistas con las mujeres transgénero, con Mario y con la persona responsable del programa VIH/SIDA en el estado, así como por medio de un ejercicio de percepción visual sobre un folleto preventivo de VIH/SIDA dirigido a HSH, con las mujeres transgénero. Por lo anterior, dividí este apartado en tres sub-apartados: percepción de las mujeres transgénero sobre estrategias de prevención, identidad y campañas, y

perspectiva de los servicios de salud sobre prevención de VIH/SIDA y mujeres transgénero.

- **Percepción de las mujeres transgénero sobre estrategias de prevención**

Por lo general las entrevistadas manifestaron su conformidad con las campañas y estrategias preventivas en relación al VIH/SIDA en el estado, daban opiniones favorables sobre las mismas y sus comentarios iban más enfocados hacia mostrar un apoyo a dichas acciones por parte del gobierno:

“Pues yo pienso que está muy bien, está muy bien lo que están haciendo, lo catalogo muy bien porque, porque es un apoyo para uno (...) es muy bueno que estén llevando a cabo esto para prevenir para todos, para hombre, mujeres, niños (...) si hay información” (Amaranta)

“Pues yo veo que si hay unas, pero pues, tal vez hagan falta otras, porque yo he visto que hay mucha gente acá infectada, mayormente en los pueblos, (...) y qué bueno que ahorita están haciendo esa prueba que en media hora sale, porque así ya se va a saber más, pues de antes tenía uno que hacérselo. Tenía uno que pagar, y ahorita que bueno de que pusieron eso de que es gratis ¿no? Y en media hora, veinte minutos sabe uno si lo tiene o no lo tiene, eso pues fue maravilloso que lo hicieron” (Valeria)

“Pues que está muy bien, que sigan adelante, que sigan llevando esta información no tanta a la organización, también para los jóvenes, los estudiantes, tanto de secundaria, como de bachilleres” (Cristina)

Fue hasta las últimas charlas y entrevistas que ellas comenzaron a opinar sobre la necesidad de ampliar las estrategias y a hacer algunas sugerencias:

“Pues visitarnos más y este, pues que nos den oportunidades para que no nos cobren, sí porque yo le dije al señor que si nos las vamos a sacar esta

quincena, [la prueba de VIH], pero ellos van a traer una orden para que no nos cobren” (Valeria)

“Ir a visitar más a las mujeres que también se dedican a la prostitución, a las travestís, a las mujeres que se paran en la plaza, en el mercado, llevarles esa información, llevarles condón, decirles: “miren, cuídense, protéjanse, tomen estos condones y si gustan más en tal lado tenemos nosotros el módulo, pasen a buscar su condón”. Hacer más amplio esto. A nosotras por medio de Tumben Kin se nos hace la prueba de VIH porque supuestamente que las pruebas por medio de SESA no te las deben de cobrar y sin embargo las cobran, entonces todo esto hacerlo más amplio. “Bueno, vayan muchachas, es gratis su prueba de VIH, vayan, si están enfermas de algún, si sienten alguna molestia”, hacer un poquito más amplio esto ¿me entiendes? Que tengan un lugar, todas, este tipo de personas para que puedan llegar con esa confianza. Como decir, así como están los varios centros de salud, tenemos el periférico de la colonia cinco, es cinco de abril, ahí donde se reúnen todas las mujeres para hacerles sus tarjetas de salud, con una módica cantidad dicen ellos, pero si quieren llevar este control, ¿por qué no se los dan gratis? Yo siempre he querido que eso sea un proyecto, que hagan eso, que les den sus tarjetas de salud como trabajadoras sexuales, no solamente meseras, bailarinas nada más, no, ellas también trabajan, y ellas están expuestas igual que expuestas las meseras, igual que están expuestas las bailarinas (...) sin embargo vas a CESA y no te la quieren dar como trabajadora social [sic, se refiere a trabajadora sexual]” (Andrea)

Los medios por los cuales les llega la información les son amistades que trabajan en los servicios médicos, o por asociaciones civiles que se acercan para entregarles trípticos, algunas veces condones y de vez en cuando, les imparten alguna plática sobre enfermedades de transmisión sexual:

“Primero pues por boca de la gente, tengo muchas amigas enfermeras y te van comentando y ahorita que ya tenemos más de un año en Tumben Kin, por medio de Tumben Kin nos llega esa información que traen a las personas, nos dan temas, plática, nos muestran, nos regalan trípticos para que tú vayas

leyendo, para que te vayas instruyendo un poquito más sobre las enfermedades (...) [de las campañas en los medios] un comercial del VIH ponen la calavera, ¡muerte! ¿no? Entonces, a veces ellos mismos hacen que la gente vaya creando esa, eso que no es cierto. Sí te vas a morir, porque todos nos vamos a morir. Nadie nos vamos a quedar, pero no quiere decir que porque te infectaron hoy de VIH mañana te vas a morir, eso es mentira. Entonces todo eso, a veces, deben de quitarlo, dar una explicación más amplia y más lógica, no solamente decir SIDA, muerte, nada que ver” (Andrea)

- **Identidad y estrategias preventivas**

A pesar de que las mujeres transgénero reconocen tener “muchísima información” sobre VIH/SIDA, e inclusive les molesta que las relacionen con el tema porque dicen que ya les han dado “demasiadas pláticas”, la realidad es que la información que reciben no está enfocada a sus necesidades específicas como mujeres transgénero, sino que es una información general, que si bien es útil para conocer los padecimientos y algunas medidas preventivas, no garantiza los cambios de comportamiento individual, ni tampoco contribuye a la cohesión y fortalecimiento del grupo de mujeres transgénero como sujetos potenciales para la difusión de información. Uno de los miembros de Manos Unidas por Quintana Roo, reconoció que desconocía la decisión de CENSIDA de abordar a la población transgénero como un grupo independiente de la categoría de HSH y dijo que habían trabajado algunas veces con las mujeres transgénero, dando pláticas y entregando condones, pero no existía un conocimiento a fondo de la población trans como para enfocar la información de acuerdo a sus necesidades.

Como parte del trabajo de campo con las mujeres transgénero les mostré una imagen de una campaña dirigida a HSH (anexo 4) y les pregunté lo que percibían, sus opiniones y si se sentían identificadas con los personajes. El testimonio de Andrea resulta significativo en cuánto nos permite identificar varios de los imaginarios en torno a la sexualidad, a la identidad genérica, a las relaciones de pareja y a la enfermedad:

“Yo entiendo que esto es un pareja, están en un antro, conociéndose, el jugueteo, y de ahí llegan hasta el matrimonio, ella piensa en su casa y él, incógnito, no sabe qué cosa es, hombre y mujer, porque aquí esta su esposa viéndolo, esté me engaño, porque está con otro hombre, ahora sí que mi marido está con su marido. Y aquí está la infidelidad, porque él está teniendo sexo sin protección, y eso si está mal, y aquí está la muerte, ¡mentira! porque tener VIH no quiere decir que te vas a morir mañana, porque para eso están los retrovirales, tener SIDA solo es un cambio de vida, puedes tener vida sexual pero con mayor protección, eso es lo que yo entiendo (...) Los colores, pues el negro, luto muerte, el rojo pasión, siempre hay pasión y va acompañado con la muerte que eso está muy mal (...) Yo no me identifico con ninguno de los personajes, no, por que está es una “mujer mujer” que se está casando y este es un hombre, que nosotras le llamamos Inter, porque le gustan mujeres, hombres, le gusta dar, que le den, todo y yo no me identifico con él, porque yo soy una mujer a mí me gustan que me den, no me gusta dar ni los chicles. Yo no tengo nada que ver en esto. Y esto que dice acá muerte, eso lo deben de quitar por que vivir con SIDA sólo es un cambio de vida”
(Andrea)

Basándome en el ejercicio anterior, puedo insistir en la idea de que ante una inclusión forzada en una categoría igualmente forzada, las mujeres transgénero se resisten. Así mismo es interesante cómo Andrea declara no sentirse identificada con ninguno de los personajes, ni siquiera con la mujer. En otros testimonios, las entrevistadas se sentían identificadas con la mujer y declaraban sentirse vulnerables ante el “mal comportamiento” de los maridos. Todas las entrevistadas mencionaron que el mensaje era ser fiel, tener sólo una pareja. Andrea fue la única que reconoció que le molestaba la idea de que se igualara el sida con la muerte, las demás asumieron como una consecuencia obvia del mal comportamiento la muerte.

Aún considerando que se transmita el mensaje de fidelidad, este se relaciona más con el imaginario compartido de la pareja ideal, que con una manera de prevenir las enfermedades y conservar la salud. Es por eso que las campañas que promueven este mensaje, no logran el impacto esperado. La

cultura ideal es una, la cultura real, es otra. Lo que esperamos o lo que debemos cumplir, no necesariamente corresponde con lo que haremos. Más aún si no nos sentimos parte del mensaje en su conjunto, podemos de momento expresar que lo hemos entendido y asimilado, pero eso no bastará para generar cambios de comportamiento y mucho menos fortalecimiento de las habilidades para la vida cotidiana y el empoderamiento de los sujetos para decidir sobre su vida y su cuerpo.

La siguiente conversación fue parte de una de las sesiones del taller en dónde se expresan opiniones muy importantes sobre las mujeres transgénero, sus necesidades, sus obstáculos como parte de una organización civil, algunas ideas para resolver problemas o fortalecer la imagen pública de Tumben Kin y se comentan también experiencias concretas en la lucha por la atención de los pacientes con VIH. En ella hablan varios de los miembros de la asociación:

-“¿Entonces nunca les han dado la información enfocada de acuerdo a la identidad genérica?”-

-“Por parte del gobierno, no”

-“Ni por parte de las asociaciones civiles”-

-“¿Alguna vez les han dado talleres de capacitación para realizar estrategias de prevención?”-

-“No, nunca”-

-“¿Alguna vez les han hablado de sus derechos como mujeres transgénero?”

-“No, nunca”

-“De hecho si uno va a exigir sus derechos dicen: “No estés de grillera”, pero yo he peleado mis derechos porque nos atiendan en los centros de salud”-

-“Muchas veces hay algunas que no van a hacerse la prueba por temor a que todo mundo se entere, porque no tiene discreción”-

-“Yo he gestionado apoyos inclusive para que algunas compañeras se hagan la prueba en clínicas privadas, hasta a la doctora responsable del programa se lo he dicho, que he ido a la clínica Carranza”-

-*"No tienen la confianza"*-

-*"Yo mandé a una y le dijeron que no hay pruebas rápidas"*

-*"Es que las tienes que acompañar para que no se las nieguen y no les cobren"*-

-*"En el reclusorio hasta los vocean"*-

-*"Yo he hablado en Derechos Humanos, para decir que cómo es posible (...) hasta perjudican a la gente (...) un compañero vendía comida, y cuando se enteraron en el reclusorio que salió positivo, dejó de vender"*-

-*"Ah, pero tú vas al COESIDA cuando hay reuniones y dice la doctora fulanita que eso no es cierto, que se les da la atención, pero no puedes hablar, como ese día que me dijo el doctor que porqué no había ido a hablar, yo hablo y me rechazan (...) yo he ido al CERESO y lo he visto, pero si lo digo, me rechazan"*-

-*"¡Es que deben de hablar!"*-

-*"Es que yo hablo y al rato me va a decir la doctora fulanita, ¿Ana porque dijiste eso?"*-

-*"Lo agarra ella como algo personal"*-

-*"Roberto se para y dice las cosas, pero estás hablando de un Roberto de Cancún, que tiene su gente que lo apoya"*-

-*"Yo creo que la información hay, pero nos falta otra forma de asimilarla, como otras organizaciones. Darle importancia a lo que las mujeres transgénero han vivido con los pacientes, con los enfermos"*-

-*"Estás viendo al pinche doctor y te dicen que no está, hasta que se le hinchen los de abajo (...) pero no, nos rechazan mucho"*-

-*"Nos sentimos muy solas en la lucha por el albergue, pero debemos mantener la unión"*-

-*"Estaría bien vincularnos con las organizaciones de Cancún, que tienen más fuerza"*-

-*"Por ejemplo, esta niña que está aquí si no le das los condones que ella quiere, te grita, te dice que los estás vendiendo"*-

-*"Pues claro, yo soy una mujer muy ardiente"*-

-*"Pues está bien que pida sus condones"*-

-*"¡Pero quiere una caja!"*-

La conversación anterior pone de manifiesto varios aspectos fundamentales de las realidades de las mujeres transgénero y de las dificultades que tienen para lograr los objetivos que se plantean. En primer lugar, ellas nos confirman que la información que les llega no está enfocada en las necesidades de ellas como mujeres transgénero. Nos comentan también experiencias específicas en donde sus derechos son violados al negarles los servicios o la información, así como relatos específicos de mujeres transgénero que han vivido alguna situación específica de rechazo por su condición de PVV en condiciones tan adversas y de gran vulnerabilidad como las que existen en un reclusorio. Hacen referencia también a los obstáculos como asociación civil, la falta de respeto por parte de las autoridades sanitarias al condicionar algunos beneficios, que más bien son derechos de los enfermos y de las asociaciones civiles, al silencio sobre situaciones que ponen en riesgo la credibilidad del programa de VIH/SIDA ante la opinión pública u otras instituciones. También expresan la inquietud de vincularse con otras asociaciones del norte del estado que ellas consideran más fuertes y es interesante notar la inseguridad que sienten de hablar en público y de defender sus derechos, cuándo dicen *“Roberto se para y dice las cosas, pero estás hablando de un Roberto de Cancún, que tiene su gente que lo apoya”*, se refieren a un activista de la zona norte del estado cuya labor se centra en la denuncia y el cuestionamiento constante de las acciones de las instituciones. Es interesante la manera en que ellas lo ven, como una persona con mucha fuerza, con gente que lo apoya, cuando en realidad sólo cuenta con un colaborador. En cambio, las mujeres transgénero de Chetumal pueden llegar a formar un grupo de veinte aproximadamente. Sin embargo, existen factores relacionados con la identidad genérica, el capital cultural y social, que van marcando la forma de enfrentarse ante los problemas, que disminuyen o incrementan la vulnerabilidad de los sujetos ante diferentes situaciones. La identidad genérica, el acceso a la educación, a los espacios, a los servicios, recordemos que la mayor parte de su vida, las mujeres transgénero con las que hemos trabajado en esta investigación, la han pasado en una situación de aislamiento y marginación

importante, son fundamentales para la formación y el fortalecimiento de redes sociales, mismas que difieren de las que puede tener un sujeto con otra identidad genérica, en un contexto urbano y con mejores condiciones socioeconómicas. Para ningún activista la lucha es fácil, sin embargo, habrá situaciones que incrementen los obstáculos para alcanzar los objetivos de determinados grupos.

Regresando a las necesidades de las mujeres transgénero de acuerdo con CENSIDA giran en torno a estrategias para la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y otros problemas de salud como adicciones, cirugías mal realizadas, aplicación de hormonas, así como la sensibilización e información sobre el respeto a sus derechos civiles y humanos y violencia de género, entre otros. Esto lo podemos encontrar en muchos de los testimonios anteriores, (la preocupación por las bolas de los senos, el miedo a acudir a un médico debido al posible rechazo, el desconocimiento sobre la posibilidad de usar el condón femenino como método preventivo, la violencia entre la pareja). A eso podemos agregar las adicciones y la interferencia de estas en el tratamiento de la infección por VIH:

“Tengo una amiguita que se llama este, La Yuli, lo que no me gusta de Yuli, que toma el tratamiento pero este, cómo le dijera, por tomar deja el tratamiento, y toma y toma y toma y toma y toma, yo le digo una cosa, yo estoy tomando medicina, es raro no, que yo me ponga a tomar, porque me gusta mi vino, mi salud, así es y yo a veces le digo: “ay Yuli debes tomar tu tratamiento (...) como debe de ser” (...) y me tira a loca, me tira a loca (...) De la chela (...) Yuli así es, ella toma, toma y toma y toma y ya, ya cuando se acabaron las chelas, dos o tres días o cuatro, inicia seguir comenzando otra vez el tratamiento, pero así no debe de ser (...) pero es que pasa una cosa, si uno habla, uno por ellos, no que es por su bien de ellos verdad, este le agarran a uno mala voluntad, se tira uno de enemigos. (...) (Amaranta)

Todo lo que he venido exponiendo, nos permite dibujar y comprender la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres transgénero en el contexto

de estudio. También podemos darnos cuenta de la dificultad para lograr la organización de las mismas para el logro de determinados objetivos. Sin embargo, es fundamental identificar y reconocer que existen potencialidades para trabajar las estrategias preventivas con un enfoque integral, máxime si se toman en cuenta las necesidades que ellas expresan en sus testimonios. En el siguiente testimonio podemos notar la potencialidad de la difusión de información en los espacios propios de las mujeres transgénero y en situaciones cotidianas:

“Mira, yo te voy a decir, que si tú tienes una pareja, vives en matrimonio, pues tratar de platicar, no andar haciendo fechorías, porque si no todos sabemos que aquí en Chetumal, más, más un poquito más hasta donde yo sé que un poquito más de 50% de los casos de VIH se dan en mujeres de casa. En amas de casa, porque los maridos tienen una, otra y cientos de mujeres, si no son mujeres, a veces también tienen aventuras con, con gays y todo ese tipo de relaciones, entonces es de donde viene todo esto, entonces qué hacemos nosotros, tratar de cuidarnos un poco más, trata de usar tu condón, si el cliente llega y te dice: “No es que yo estoy sano”. “Mira, no, no, no. Mira piensa tienes una mujer, tienes hijos, tienes familia, qué te cuesta cuidarte, mira, así como vienes a mí me estás pidiendo tener relaciones conmigo, a cuántas no se lo has ido a decir y todas han caído en el juego. ¿Y cómo sabes tú que no estás enfermo? Entonces lo que tienes que hacer es tratar de usar tu condón siempre, te metas con quien te metas, usa tu condón. Por qué porque tú no sabes si tu mujer tal vez también te está siendo infiel y a la vuelta de la esquina tiene su amante, y no sabes si usa protección con él. Entonces todo es viene agarradito de la mano, entonces la única forma de hacerlo, es teniendo una buena educación sexual y usar tu condón correctamente, porque tienes que usarlo correctamente, para que no tengas ese riesgo”. Porque como dicen el condón es 99% seguro y el 1% es tu seguridad y tu responsabilidad ponerlo bien” (Andrea)

Este es uno de los elementos importantes para el diseño de estrategias preventivas no sólo enfocadas a mujeres transgénero, sino al grupo de HSH

que tantas veces se ha declarado como difícil de abordar por la clandestinidad de sus prácticas sexuales. Las mujeres transgénero, tanto en sus relaciones de pareja estables, como en el ejercicio de la prostitución (las que se dedican a ella), tienen contacto con estos hombres, que muchas veces son casados, como ellas mismas nos cuentan, y pueden no sólo otorgarles información y condones, sino llevar a cabo acciones de sensibilización. Si bien esto es una gran potencialidad para el diseño de estrategias preventivas, existe otro elemento fundamental que limita la acción: la falta de conocimiento de la población transgénero desde las instituciones, hecho que se encuentra ligado con los significados construidos alrededor de las identidades sexuales. No debemos olvidar que los representantes de las instituciones y tomadores de decisiones forman parte como sujetos y miembros de un grupo, de un sistema simbólico compartido. En el siguiente apartado expongo la perspectiva del problema desde los servicios de salud, para posteriormente, en el cuarto capítulo retomar el análisis de las condiciones que rodean el diseño de estrategias preventivas basadas en las necesidades de las mujeres transgénero y en los principales imaginarios relacionados con la manera de entender el SIDA y los elementos vinculados a este.

- ***Perspectiva de los Servicios Estatales de Salud sobre las estrategias preventivas para mujeres transgénero***

De acuerdo con la información otorgada por parte de los Servicios Estatales de Salud, a nivel nacional se cuenta con campañas generales que llegan a los estados y a las que se les pueden hacer adecuaciones locales. Existe también la posibilidad de hacer campañas propias a nivel estatal, sin embargo, de acuerdo con la responsable del programa de VIH/SIDA a nivel estatal, no se cuenta con los recursos suficientes para esto:

“A ver aquí existen muchas complicaciones, cuando se habla de dinero la gente piensa que nos llenan los costales (...) El presupuesto de prevención se divide en varias cosas, entre ellas las pruebas rápidas, para este año nosotros habíamos estimado cien mil pruebas rápidas (...) las campañas de lucha

internacional , del día contra la homofobia que es el 17 de mayo, la marcha del orgullo que es para los primeros días de junio, el día internacional del VIH/SIDA, una campaña específica para jóvenes y educación sexual, las campañas específicas para la realización de pruebas rápidas a toda la población y para mujeres embarazadas. Todo esto tiene un costo muy alto, que no lo podemos estar soportando (...) El programa actualmente, y así se firmaron, cerca de seis millones, contempla desde material de oficina, materia de limpieza y todo lo que tú quieras, y no alcanza, porque además ahí entran prevención, ahí se meten todas las pruebas de diagnóstico, se meten todas las pruebas para infecciones oportunistas, ya con eso se acaba, no da para más."

El discurso y las opiniones de la médica asoman un desconocimiento de las condiciones reales de la población a la que hace referencia, ya sean trabajadoras sexuales y mujeres transgénero y da por hecho que existen obstáculos imposibles de vencer que impiden el acercamiento con estas poblaciones. Esta actitud es frecuente por parte de las instituciones y da pie a que se tomen decisiones verticales sobre el diseño de las estrategias preventivas que no logran los objetivos e impacto esperados porque no toman en cuenta las condiciones reales y las opiniones de la población meta. No se piensa en la capacitación de las mismas mujeres transgénero (o cualquier otra población como pueden ser las trabajadoras sexuales, los jóvenes, entre otras) para la replicación de la información entre pares. El proceso de difusión de campañas comienza con la vinculación con otras instituciones, con sus voceros y sistemas de comunicación, también se hacen llegar a las jurisdicciones sanitarias y a los directores de salud municipal para que se pueda extender la difusión a otros espacios diferentes a los establecidos por la Secretaría de Salud a nivel federal. No existe un plan de evaluación de impacto de las campañas "al menos yo no lo conozco", pero según la percepción de la médica, el objetivo de desestigmatizar [sic] el diagnóstico y disminuir el miedo a la prueba de VIH se ha cumplido debido a que ella percibe una mayor apertura de la gente para hablar de SIDA y hay mayor demanda de las pruebas. Es interesante analizar el discurso institucional debido a que por un lado se

considera a las mujeres transgénero dentro del grupo HSH, como población vulnerable, sin embargo, existe un gran desconocimiento de dicha población y sus necesidades y con ello de las posibilidades de atención y prevención. Tampoco existe una vinculación constante y sólida con las asociaciones civiles enfocadas en VIH/SIDA, y se desconoce el trabajo de las mismas:

-“¿Cuáles son en su opinión las poblaciones más vulnerables en Quintana Roo ante el VIH/SIDA?”-

-“Los hombres que tienen sexo con hombres, definitivamente, y de ahí puedes clasificarle como gustes, pero son los hombres que tienen sexo con otros hombres”-

-“¿Considera adecuado que se incluya a las mujeres transgénero en la categoría HSH para la prevención?”

“Yo sí estoy de acuerdo (...) yo pienso que deberían estar en HSH, sin embargo es muy respetable la opinión de ellos, el problema básico es que a veces ellos ni siquiera se ponen de acuerdo, hay diferencias muy marcadas, yo creo que aquí existe la apertura para que a los que les interesa la identidad, si no quieren estar en el grupo de los HSH, podemos manejarlo como un grupo aparte, como un grupo vulnerable”-

-“¿Usted estaría interesada en diseñar e implementar una campaña destinada a mujeres transgénero aquí en el estado?”-

-“Sí, nada más que tenga recursos y la diseñamos”-

-“¿Cómo piensa que podría ser esa campaña para que tuviera impacto?”

-“Está muy difícil (...) mi objetivo primero sería que ellos o ellas puedan converger en un grupo con un fin único de mejorar sus condiciones de salud y de derechos humanos. En donde la campaña no sólo vaya de salud, si no sea interinstitucional, que contenga actuaciones de IQM, Derechos Humanos, Secretaría de Salud y de otras áreas. Y de la propia SESA llevarle su programa que podemos dirigir y que somos transversales para ellos. Tendríamos que hacer un objetivo, y el objetivo sería mejorar sus condiciones, probablemente

la segunda prueba es como las voy a mejorar, hay que hacer un diagnóstico de cómo están, qué requieren, cómo trabajan, como son sus necesidades para de ahí, partir"-

-“¿Cuáles cree se serían los mayores obstáculos para que funcionen las campañas de prevención?”-

-“Las cuestiones políticas, nuestras propias restricciones sexuales, de tomadores de decisiones, si, supongamos en un Estado x, yo quiero hablar de sexo seguro y sexo protegido pero pudiera haber una limitante de que no puedo tocar esos temas, porque estoy promoviendo la actividad sexual, cuestión que no es así. Que quiero repartir condones y no me dejen, que no existan políticas sanas, específicamente para poder avanzar, en esto, todos somos seres sexuales, yo creo que ya deberíamos estar hablando si bien de entrada en formaciones no se incluyeron eso, si podemos hacer un grupo de transición para nuestros hijos y generaciones siguientes (...) La otra es el dinero, la otra es el tener disponible todo lo que se requiere después de hacer una campaña, si hago una campaña para pruebas rápidas y al final ya no tengo pruebas rápidas, entonces para que la hice, hay muchísimos bloqueos que tenemos que estar verificando para que la campaña lleve específicamente el éxito”-

-“¿En relación con las organizaciones de la sociedad civil, ustedes han trabajado con ellas?”

-“Si hemos trabajado bastante con ellas, no con todas, lamentablemente por falta de tiempo, hemos trabajado con varias, como Punto de Encuentro de la Comunidad, (...) aquí en Chetumal, básicamente con ella, hay otras organizaciones como la Tumbecay [sic], que nunca he tenido ningún proyecto o actividad con ellos específico, y Manos Unidas por la salud que está el enfermero Cuco al frente de ella, lo conozco trabaja muy bien, el es enfermero del CERESO, tenemos un proyecto en el CERESO desde hace tiempo, a través del CAPACIT, no conozco las actividades que realizan, no he trabajado directamente con Cuco, pero sé que está por ahí. También en Playa del Carmen está una organización que se llama Lazo Rojo, no he conocido sus actividades, no he participado con ellos, pero sé que ahí están. En Cancún Aprendiendo a vivir (...) antes se trabajaba con mujeres y niños, actualmente (...) creo que no ha tenido un buen proyecto últimamente. Chispas, ellos si tienen un grupo

específico para orientación sexual, consejería, información de ITS, en Cancún ahí hemos estado trabajando directamente con ellos, a través de la Jurisdicción 2, creo que es la organización con la que mejor hemos estado formalizando los trabajos en un marco de respeto y de gratuidad. Y también hemos, bueno básicamente con ellos hemos trabajado (...) Cancún si está un poco más organizado y hemos podido entrar un poco más en eso, pero yo creo que ese no es el problema, el problema son todos aquellos que no tienen un lugar, que no tienen una línea y que nunca los vas a poder ubicar. Y que nunca vas a poder informarles, cual es el riesgo de hepatitis B, cuál es el riesgo de una infección de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, que es lo que tu provees como son condones y lubricantes gratuitos, y que no medie nadie en medio de ellas con el único objetivo de sacarles dinero"-

En base a lo anterior puedo decir que para que las estrategias preventivas funcionen hace falta un conocimiento comprometido de las poblaciones a las que se dirigen. No basta conocer el VIH y los avances científicos en relación con los tratamientos, se tiene que estudiar a las poblaciones, a los sujetos, que son los que padecen las enfermedades y sus significados culturales. No basta con declarar que existen poblaciones vulnerables y no grupos de riesgo, la búsqueda de los términos políticamente correctos no debe superar en ningún caso el conocimiento profundo de las poblaciones y su vida cotidiana, sus necesidades reales, sus percepciones y opiniones sobre lo que las instituciones implementan. Finalmente son los usuarios de los servicios, de los tratamientos, de los trípticos y folletos, de los condones, son las personas que "son vulnerables" ante los riesgos, en este caso de contraer VIH o desarrollar SIDA. Son ellos, en este caso ellas, las indicadas para alzar la voz. Desde las instituciones tenemos que escucharlas, observarlas y respetarlas si es que nos importa acercarnos a las soluciones efectivas. Tampoco es suficiente declarar la necesidad de la vinculación interinstitucional y con las OSC, cuando en los hechos no se lleva a cabo. No basta decir que son "poblaciones difíciles, que nunca se podrán abordar". Si son poblaciones vulnerables, es papel de las instituciones otorgarles lo

necesario para dejar de serlo. No se puede olvidar el aspecto humano de los sujetos que viven la enfermedad o la posibilidad constante de la infección por VIH o el desarrollo de SIDA. Las actitudes de los sujetos que viven la problemática puede ser variada, muchos de ellos insisten en la no victimización de las PVVS, sin embargo, el enfrentar el estigma y el rechazo social por condiciones de género y de salud, se vuelve un camino difícil de andar. Es importante recordar las palabras y los sentimientos que emergen de lo profundo de los sujetos, de las protagonistas de estas historias. Ese es en mi opinión el corazón de la metodología cualitativa:

Me llamo Andrea, soy el bombón asesino, pues que soy alta morena, jugosa y apetitosa, ojos cafés, una boca así, si no que lo digan los hombres, pues mis senos normales, no de hombre, un cuerpo no esbelto pero tampoco estoy tirada a la calle. Soy muy sensible, pero a la vez muy dura cuando me lo propongo conmigo misma, a veces que quiero llorar me digo: "No seas pendeja, por qué vas a llorar", así que puedo ser muy dura conmigo misma, y me gusta ayudar, dar sin recibir nada a cambio, soy muy humanitaria, no soy egoísta, si alguien me pide algo y lo tengo se lo doy (...) Me gustaría ser modista, la hija de mi patrona es modista de alta costura, entonces cuando la veo costurando veo con qué gusto lo hace, y a veces los pone en el maniquí, y me dice que le parece: pues yo le digo bien o a veces me pregunta como se ve si le pongo esto, y pues yo le digo, y si me está llamando un poco la costura (...) Me faltaría, el dinero, porque con lo que yo gano no me alcanzaría pagarme esos estudios, por decir en el CECATY, tú tienes que llevar tú material, porque ellos no te lo van a regalar, y ahorita como está la cosa, mi familia está pasando por un momento muy difícil, entonces yo tengo que juntar y tratar de enviarle un poco a mi mamá, entonces yo no me puedo dar ese lujo de estudiar, porque ese dinero que yo podría utilizar en mis estudios es dinero que le hace falta a mi mamá" (Andrea)

Me llamo Ana, soy de aquí de Chetumal, nací en 1977, voy a cumplir 42 años el 4 de julio, soy géminis (...) Yo hablo con Dios y le digo que me gustaría llegar a los 44 años, pero no le tengo miedo a la muerte, antes le tenía miedo

a la muerte, pero ahora no, cuando yo me muera me gustaría que todas las personas que quiero estén ahí, quemando incienso, me gusta el color morado y el amarillo, me gustaría bordarle en una tela morada mis iniciales, para cuando se abra mi fetro este ahí. He pensado hacer mi diario de lo malo y bueno que he hecho y ahí poner lo de mi, no quiero que me incineren ni nada. No me gustaría que lloren, ni que me entren a morbosear. Se lo platico a Manuel, me dice que estoy loca, le digo que a los 45 años (...) porque te imaginas, vejez, a veces se me olvidan las cosas, me gustan mis actividades, pero te imaginas a los 50 años que la gente no me tenga la paciencia, no quiero dar lata, sin embargo me dijeron: tú vas a llegar a ser vieja, ya me están saliendo las canas, me las quito, y no me quiero pintar mi cabello, prefiero pintármelo de blanco. (...) Me quedan 3 años, a veces le hablo a Manuel y le digo que le hablo para decirle que lo amo, a veces siento que me estoy despidiendo y pienso que ya me voy a morir. Esa es mi historia (Ana)

Capítulo Cuarto

Conclusiones

Muchas veces, a los que optamos por la metodología cualitativa se nos cuestiona la utilidad de las investigaciones, máxime desde campos tan duros como el médico, en dónde suele calificarse la investigación social cualitativa como un hecho romántico poco utilizable para las instituciones.

En defensa de este tipo de metodología puedo argumentar que las reflexiones sobre el cómo, más allá del porqué de los fenómenos sociales, y la relación de la teoría con la praxis social, arrojan respuestas potenciales para la funcionalidad de las políticas públicas y estrategias, en este caso, de prevención de enfermedades. Con frecuencia las soluciones de algunas problemáticas se piensan y se diseñan desde corazones y mentes duras que evitan el mencionado romanticismo de las ciencias sociales. Muchas veces, como resultado de estas posturas y tomas de decisión, encontramos también en la población respuestas duras, resistencias de los sujetos a ser categorizados y descalificados, la falta de identificación con las estrategias implementadas y la no acción es también un tipo de resistencia. "Prefiero transgredir, prefiero estar en riesgo, que dejar de ser lo que soy".

¿Pero hasta qué punto el asumir riesgos es una decisión de los sujetos? La mayoría de las veces no les queda otra opción. Este hecho debería ser una motivación para repensar las realidades alternas a los patrones "normales", las esencias de los otros y el derecho a una vida digna, más allá de las normas morales y las prohibiciones, que más que proteger, atentan contra la salud de los grupos y los individuos. Las políticas públicas verticales orillan a los considerados anormales por el resto de la sociedad (la que cumple con los patrones de normalidad), a vivir vulnerables, no sólo ante el riesgo de infección por VIH y desarrollo de SIDA, sino ante la discriminación, el estigma, la alienación social y la pobreza vinculada a la negación del acceso a los empleos y a los servicios como la educación.

La transformación de sociedades conservadoras en sociedades progresistas es lenta, casi imperceptible, y la investigación social juega un papel fundamental en esta transformación, para establecer las bases sobre las cuáles se deben diseñar las estrategias, en este caso, de prevención y atención a la salud de una población históricamente marginada y con la que se está en deuda: las mujeres transgénero. La historia de una sociedad, la verdadera historia, la de las cotidianidades, es una historia escrita por todos y cada uno de los miembros de un grupo. El sistema patriarcal jerarquiza y orilla a los considerados inferiores a vivir en la marginalidad. Olvida sus historias: niños, ancianos, mujeres, discapacitados, homosexuales, bisexuales, lesbianas, transgéneros, travestis, transexuales, intersexuales y todo aquel sujeto que no sea un "hombre completo" es marginado. En nuestras manos está la reivindicación de los llamados en algún momento, grupos de riesgo: todos esos que de una u otra manera, salen de la norma.

Una de mis intenciones al realizar esta investigación y al escribir el texto final es que las voces de las protagonistas se encuentren en el centro del trabajo. Si bien existe un marco teórico de partida, ha sido fundamentalmente a través de sus palabras y de la convivencia mutua que pude encontrar el corazón y el rumbo del estudio. Estas voces plurales que nos han acompañado a lo largo del texto y que me acompañaron durante el proceso de investigación, han mostrado las coherencias, contradicciones y paradojas que llenan de sentido la existencia de los seres humanos y del mundo en el que vivimos y que construimos día con día como seres sociales y como sujetos.

El carácter social y cultural de las enfermedades es innegable. No son sólo hechos biológicos que se curan o matan, son aspectos de la vida de los seres humanos que están plagados de significados, mismos que tienen la función de dar sentido a una realidad determinada y que se relacionan con infinidad de elementos culturales que conforman un tejido infinito de sentido.

Cómo hemos visto en el texto, los significados sobre el cuerpo, la sexualidad, el género y el SIDA se van construyendo a lo largo de la vida de acuerdo al contexto cultural en el que habitan los sujetos. De acuerdo al sitio

que dentro del tejido social tenga el individuo en relación con todos estos elementos, será menos o más vulnerable ante los riesgos, en este caso específico de infección por VIH y desarrollo de SIDA. Una persona considerada “normal” dentro del grupo, no se encuentra menos vulnerable ante estos riesgos por tener un mejor comportamiento, sino por tener menos elementos que la vuelven vulnerable en razón de que la “normalidad” le abre espacios; en cambio una persona que transgrede las normas recibe castigos, entre los que se encuentran el estigma, la discriminación y la negación del acceso a espacios y servicios. Los elementos que vulneran a las poblaciones están en relación con la edad, el género, la etnia, la pobreza, entre otros. Mientras más elementos se acumulen, más vulnerables estarán los sujetos y los grupos.

Es así que en el caso de las mujeres transgénero de la ciudad de Chetumal, ellas se encuentran vulnerables principalmente por su identidad de género, están en el medio, en lo indefinido que tanto temen las sociedades binarias. Sin embargo no es el único elemento que las vulnera, sino que su identidad genérica, al ser considerada anormal, fuera de la norma, ha sido un elemento a lo largo de sus vidas que las ha convertido en sujetos de discriminación y marginación. Se les han negado espacios a causa de su identidad genérica, orillándolas, como he mostrado en el trabajo, al aislamiento y a limitadas posibilidades laborales, entre otras situaciones liminales. Estas actitudes discriminatorias se basan en la tradición de la moral y las buenas costumbres, que tiene como bases la heterosexualidad y el dominio de lo masculino sobre lo femenino (lo que Jeffrey Weeks nombraría el carácter homosexualizante de la sociedad), entre muchos otros factores que dibujan e imponen el patrón de la normalidad y que por medio de instrumentos como los Bandos de Policía y Buen Gobierno, legitiman las normas y establecen sanciones para los transgresores, dejando como hemos visto, a criterio de unos pocos, la definición y graduación de los delitos y de los culpables.

Además a lo largo de los testimonios intenté mostrar las experiencias de las mujeres transgénero relacionadas con otros elementos que las vulneran no sólo ante el VIH/SIDA, sino ante otros riesgos. Estos elementos van desde la

pobreza, el aislamiento y los bajos niveles educativos, hasta los procedimientos estéticos mal realizados o la violencia de pareja.

En cuanto a la prostitución como una alternativa laboral, cabe hacer una reflexión fundamental para la razón de ser de este trabajo: ¿las mujeres transgénero son más vulnerables por dedicarse a la prostitución, o por cumplir un rol femenino en el sistema patriarcal? En mi opinión, la respuesta tiene que ver con la segunda opción: lo femenino se encuentra dominado por lo masculino y esto limita significativamente las posibilidades de decidir sobre el cuerpo y la sexualidad en el contexto de estudio, debido al poder otorgado en esta sociedad al varón para decidir y diseñar la vida privada y pública de los seres que no alcanzan la plenitud y perfección masculinas.

Las protagonistas de este estudio decidieron en determinado momento de su vida asumir la transgresión de las normas (“naturales” y sociales) y enfrentar las consecuencias de esta decisión. Desde muy pequeñas comprendieron que su actitud, al ser anormal, merecía un castigo. Muchas veces ellas, en el discurso expresan que nunca creyeron merecerlo, sin embargo, en diferentes momentos, dejaron de manifiesto el sentirse diferentes, el saber que no estaba bien lo que hacían, el sentir un “ni modo, así nació, no puedo hacer nada”, asumiendo que algo andaba mal con ellas y que no podían cambiarlo. Es así que al hablar de VIH/SIDA, algunas de ellas lo significan como un castigo por su mal comportamiento, por la transgresión, castigo del que se han venido librando, pero que tarde o temprano llega.

El tema de este trabajo es la construcción de los imaginarios sobre el SIDA Y todos los elementos que dan sentido a este padecimiento como un hecho socio-cultural. ¿Pero cuál es la aplicación práctica de esta investigación? ¿Para qué sirve invertir tiempo y esfuerzo en el análisis de información surgida de las experiencias de las mujeres transgénero en la ciudad de Chetumal?

La respuesta tiene que ver con el diseño de estrategias desde las necesidades reales de los sujetos a los que van dirigidas. En primer lugar, a partir de esta investigación se refuerza la idea de que las mujeres transgénero son un grupo que debe ser considerado de manera independiente a la

categoría de los HSH y que a pesar de que numéricamente no se justifica el trabajo con población transgénero (muchas veces las decisiones para diseñar y aplicar estrategias desde las instituciones se toman sí y sólo sí se cumple con un número importante de beneficiarios), se ha demostrado que la vulnerabilidad de esta población es considerablemente alta, además de ser actores clave vinculados a otras poblaciones "difíciles" de localizar, sensibilizar e informar, como son los bisexuales "de closet" (también encasillados en la gran categoría HSH).

Para exponer este enfoque práctico, he decidido presentar tres imaginarios que me parece presentan potencialidades para el diseño de estrategias de prevención de VIH/SIDA y otras problemáticas de salud dirigidas a mujeres transgénero y otros actores clave. A continuación desarrollo estas tres ideas:

1) Imaginario de la mujer ideal

Si bien hemos sostenido a lo largo del texto que existe heterogeneidad en las personalidades y en las historias, e inclusive en lo que se puede considerar el ideal femenino, existe un elemento en común de acuerdo con este imaginario de lo que debe ser una mujer. En primer lugar se parte de la idea que sólo la mujer es femenina, entonces cualquier tendencia a lo femenino, debe interpretarse como relativo a la mujer. Se estigmatiza lo femenino en los varones y se enaltece la virilidad en los hombres. Se construyen actitudes y comportamientos de acuerdo con el sistema cultural al que se pertenece. Recordemos que en el proceso de intersubjetivación se comparten los significados del mundo del sentido común, no así el mundo interno de cada individuo. Esto es importante para poder entender los problemas que surgen cuando los procesos de construcción del mundo se cruzan con las relaciones de poder y se instituye un determinado mundo, cómo único válido. Este es el caso de lo que Weeks nombra institucionalización de la heterosexualidad.

Desde las identidades femeninas, lo masculino atrae como otredad, como objeto de deseo, no como uno mismo, es decir, lo femenino no puede

ser masculino (y viceversa). Las mujeres no quieren ser masculinas (no deben serlo). Las mujeres que quieren ser masculinas dejan de ser mujeres (ante la mirada categorizante de la sociedad en la que se enmarca la investigación). Ellas no se identifican con lo masculino, eso es lo que menos desean. Toda su vida han luchado para despegarse de ese otro yo impuesto desde la naturaleza y desde fuera. Ellas son femeninas. Han cancelado en su cuerpo, la parte masculina como hemos visto en los testimonios.

El ideal femenino tiene que ver con el sentimiento. La mujer es comprensiva, sensible, cuidadosa, cariñosa y dedicada a la familia. Tiene ciertas tareas específicas y debe respeto a su marido. Es, una vez más en palabras de Marcela Lagarde, un ser de y para otros. Las mujeres transgénero, como hemos visto anteriormente, persiguen cotidianamente este ideal femenino. Es por esto que se niegan a ser categorizadas como hombres que tienen sexo con otros hombres.

Si consideramos esta reflexión sobre la construcción de la identidad genérica de las mujeres transgénero podremos comprender que las estrategias dirigidas a HSH no tendrán un impacto favorable en ellas porque simplemente no se identifican con esta categoría impuesta desde fuera.

En cambio, si se toma en cuenta la identidad genérica femenina de las mujeres transgénero, se pueden diseñar estrategias con un impacto favorable para ellas y para los hombres con los que se relacionan, ya sean sus parejas o sus clientes, en el caso de ejercer la prostitución.

Sin embargo, este ideal femenino incrementa la vulnerabilidad de las mujeres transgénero en cuanto que son sujetos bajo el poder del hombre. En este sentido, las estrategias de prevención de VIH/SIDA deben ser integrales e ir de la mano necesariamente con estrategias de prevención de violencia de género tanto en el ámbito privado (pareja) como en el público (instituciones). Las estrategias que se diseñen y apliquen deberán ir enfocadas a la sensibilización, capacitación y fortalecimiento de las habilidades de las mujeres transgénero como sujetos potenciales de difusión de la información en salud.

Lo anterior es una propuesta interesante y realista, de acuerdo con los resultados de la presente investigación, sin embargo hay que tomar en cuenta que las políticas públicas del estado no dejan de estar influenciadas por la tradición basada en la moral y las buenas costumbres. Así que este tipo de estrategias deben de vincularse con otras relacionadas con la prevención del estigma y la discriminación en las instituciones. Para lograr lo anterior, se deben tomar en cuenta los imaginarios de culpa /castigo y del SIDA como innombrable, que a continuación explico.

- 2) Imaginario culpa/castigo y,
- 3) Imaginario del SIDA como innombrable

He vinculado estos dos imaginarios con el objetivo de generar una propuesta que los tome en cuenta a ambos, pero sin perder ninguna de de las dos ideas. Como expuse anteriormente, transgredir lo instituido, la naturaleza del cuerpo y las prohibiciones sexuales, trae como consecuencia sanciones que se han construido y legitimado a lo largo de muchos siglos y que la mayoría de las veces no se cuestionan. La sociedad estigmatiza al transgresor porque rompe con la continuidad, con el orden, con la norma. La moral de nuestras sociedades se traza sobre el eje de la continuidad. Inclusive los transgresores llegan a asumir un papel pasivo y receptor de la culpa social como castigo a su transgresión. En el caso específico de las mujeres transgénero, se les sanciona por transgredir tanto la naturaleza del cuerpo, como las prohibiciones sexuales, pero además se les sanciona por exacerbar el carácter sexual y carnal de lo femenino, concebido en la tradición judeocristiana como pecaminoso y sucio.

Como he comentado, en el contexto de estudio, la ambigüedad causa vértigo, los límites son necesarios para definir cada uno de los opuestos. Por eso las normas y los castigos para los transgresores, estos elementos cumplen con una doble función: la de sancionar y reprimir en el momento de la transgresión y establecer un modelo de comportamiento para evitar que los demás miembros transgredan el orden social.

El SIDA se vincula de acuerdo con los testimonios de las entrevistadas (de manera explícita o implícita) con la promiscuidad y los comportamientos considerados como desviados o anormales. Estos dos imaginarios (SIDA/muerte y SIDA/anormalidad) traen como consecuencia la presencia de la culpa y el castigo asociados al contagio de VIH y al padecimiento de SIDA.

Las dinámicas de estigmatización y discriminación provocan el auto-castigo de los sujetos. Se consideran a sí mismas merecedoras del rechazo de los otros y en determinado momento de la infección por VIH o el desarrollo de SIDA y la muerte por esta causa. Las mujeres transgénero viven la mayor parte del tiempo en aislamiento, como hemos visto en los relatos de las entrevistadas. Esto incrementa la vulnerabilidad de esta población ante diferentes situaciones que he expuesto con anterioridad (acceso a servicios y empleos, enfermedades, pobreza, violencia, entre otros).

En el mismo tenor podemos hacer referencia a las personas que viven con VIH/SIDA. También se aíslan y muchas veces se alejan de los familiares para vivir su enfermedad sin causar pena y dolor. Dentro del grupo de Tumben Kin pude darme cuenta que el SIDA, si bien es el tema de lucha de la asociación, se vuelve inabordable la mayor parte del tiempo. No se habla del SIDA como tal, ni del VIH. Se organizan acciones para conseguir fondos, y otras cuestiones logísticas del grupo, pero se evita hablar de la enfermedad. Por otro lado, la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA guardan silencio sobre su condición, como sabemos esto es un derecho a la confidencialidad, inamovible y básico en la prevención y atención del padecimiento (no siempre respetado). Este derecho se funda en la necesidad de vivir una vida digna y libre de discriminación.

Sin embargo, tanto el aislamiento de las mujeres transgénero como el silencio sobre ser PVV, construye una solidaridad que se vuelve potencialidad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y los derechos humanos de las mujeres transgénero. Es por eso que las estrategias deben ser integrales, es decir, que además de estar diseñadas para cumplir con el objetivo de prevenir el VIH/SIDA, puedan combatir el estigma y la

discriminación, primero desde el propio grupo de mujeres transgénero y después desde otras poblaciones no transgénero.

En este sentido las propuestas para el diseño de estrategias preventivas irían encaminadas a la sensibilización y capacitación de las mujeres transgénero para dar información entre pares (es decir, entre las mismas mujeres transgénero) y también dar la información a otros actores institucionales con el objetivo de formar redes sociales de combate a la discriminación desde las instituciones. Con esto se incrementaría el capital cultural y social de las mujeres transgénero, lo que está directamente relacionado con el empoderamiento y el fortalecimiento gradual y continuo de las habilidades para enfrentar la vida, y además se contribuiría a la ruptura del estigma y la disminución de la discriminación por identidad de género y condición de salud (PVV) en otros sectores sociales ajenos a las mujeres transgénero.

Cabe destacar que las mujeres transgénero que pertenecen a Tumben Kin han manifestado el interés por dar pláticas en escuelas, instituciones y otros espacios, pero no cuentan con los elementos conceptuales y didácticos debido a que nunca han recibido capacitaciones que les permitan hacerlo. Con la capacitación de las mujeres transgénero se estaría también ampliando sus posibilidades de empleo y se necesitaría vincular estas estrategias con programas productivos que les permitan organizarse entre ellas, y disponer de su tiempo libre para dedicarlo a las actividades de prevención y atención en salud.

Finalmente, las estrategias diseñadas e implementadas para que sean eficaces deben ser permanentes con el objetivo de que los cambios sean sostenidos; deben ser intensivas para lograr reducir significativamente el riesgo; es necesario aumentar la accesibilidad a los condones para lograr la reducción del riesgo; el mayor cambio en el comportamiento se produce como he comentado, al crear habilidades y modificar normas grupales, si se comienza por romper estigmas en pequeños grupos, se podrá ir extendiendo la estrategia a grupos más grandes hasta llegar a la población en general.

En cuanto a las campañas en medios masivos, considero que para que sean de utilidad, las intervenciones deben realizarse con rigor metodológico y dirigirse a segmentos específicos de la población, en este caso a las mujeres transgénero, con objetivos acordes a las capacidades de este tipo de medios (no es lo mismo una estrategia de prevención de discriminación entre pares, que una campaña contra la discriminación por identidad genérica en la televisión) y, sobre todo, deben apoyarse, a nivel comunitario con otras actividades, es decir, formar parte de una estrategia vinculada con otras actividades específicas.

Las estrategias de prevención deben ser diseñadas y evaluadas cuidadosamente, mucho mejor de lo que se ha venido haciendo, para lograr mejores resultados. Los tiempos de trabajos rápidos pero posiblemente mal planeados y ejecutados fueron inevitables al inicio de la epidemia; hoy se necesitan diseños de investigación atrevidos, pero con sustento metodológico y niveles de análisis adecuados a la compleja problemática del comportamiento humano y sus significados infinitos.

Vivimos en un mundo de cambio continuo, imparable, que la mayor parte del tiempo nos supera. Debemos mantener el ritmo para atender a las poblaciones vulnerables y que necesitan vivir con dignidad de acuerdo a su identidad genérica, sin miedo a ser violentados por cada miembro social que se percibe a sí mismo como un mejor ser humano por vivir de acuerdo a la norma. El cambio social lo construimos en la cotidianidad por medio de la interacción, al igual que los significados, que los imaginarios que dan sentido a nuestras realidades. A fin de cuentas, ¿quién mejor que el propio sujeto sabe quién es y de qué está hecho? Demos voz a las protagonistas de las historias cotidianas. Dejemos que nos cuenten sus historias para entender el sentido de sus vidas y proponer soluciones más apegadas a sus realidades y necesidades. Y bueno, tal vez de paso en el camino, encontremos nuestro propio sentido.

Bibliografía

ACHILLI, Elena. (1993) La Cotidianeidad. Algunas consideraciones teóricas metodológicas. Documento de trabajo elaborado para el Concurso de profesora Titular de la Asignatura Metodología (Orientación SocioCultural). Universidad Nacional de Rosario.

ALESSANDRI Carlos, Ana Fani, 1988, *Espaço e Indústria*, Editora Contexto, Sao Paulo.

ALMENDROS, Néstor y JIMÉNEZ-LEAL, Orlando, 2008, *Conducta Impropia*, Editorial Egales, Barcelona, pp. 199.

BATAILLE, George, 2002, *El erotismo*, Tusquets, Barcelona, pp. 289.

BERGUER Peter, LUCKMAN, Thomas, 2006, *La construcción social de la realidad*, 20ª reimpresión, Amorrortu, Buenos Aires, pp.233.

BRONFMAN, LEYVA y NEGRONI, 2004, *Movilidad poblacional y VIH/sida, contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, México: INSP,. pp. 381.

Cárdenas, Méndez, Eliana, 2008, "La percepción social del riesgo, lo contingente y lo indeterminado: el caso de los huracanes y suicidios en Quintana Roo". Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008. Actas del X Coloquio Internacional de Geocrítica, Universidad de Barcelona, 26-30 de mayo de 2008.

CANALES, María Inés, 2005, *Foucault y el poder*, México: UAM, pp. 110.

CASTORIADIS, Cornelius, 1998, *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*, "Lo imaginario: la creación en el dominio histórico-social", Gedisa, Barcelona, España, pp. 65-77.

_____, 2001, *Figuras de lo pensable*, FCE, Buenos Aires, Argentina, pp.302.

CENSIDA, 2008,

Diccionario de la Real Academia de la Lengua en línea, disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?TIPO_HTML=2&TIPO_BUS=3&LEMA=riesgo, consultado el 20 de mayo de 2008.

DÍAZ, Granados, Carlos, 2005, "Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia", Ministerio de Protección Social, Colombia, pp.166. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20VIH-SIDA%20version%20oficial.pdf> consultado el 13 de abril de 2008.

FABREGA, H. Jr., 1971, "Medical Anthropology", *Biennial Review of Anthropology*, Stanford University Press, Vol. 7, pp. 167-229.

FLORES-GUERRERO, 2004, "Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural", *Revista Mad*. No. 10. Mayo. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. <http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>

FLORES y LEYVA, 2003, "Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México", *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 5.

FOUCAULT, Michel, 1990, *La microfísica del poder*, Siglo XXI, México.

GAMA, Rosalba, et al, Tandas and Cundinas: Mexican-American and Latino-American Rotating Credit Associations in Southern California, disponible en: http://www.anthro.uci.edu/html/Programs/Anthro_Money/Tandas.htm, consultado el 10 junio de 2009.

GASTÓ, Ferrer, Cristobal, 2006, "Transexualidad. Aspectos históricos y conceptuales", Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, No. 78, 2006, Instituto de Neurociencias, Universidad de Barcelona.

Goklany, Indur, 2002, Globalization and Human Well-Being, Cato Policy Analysis No. 447, Agosto. Disponible en <http://www.cato.org/pubs/pas/pa-447es.html>, consultado el 20 de agosto de 2008.

GEERTZ, Clifford. La interpretación de las culturas, Barcelona, Gedisa editorial, 1997.

GRMEK, Mirko, 1992, *Historia del SIDA*, Siglo XXI, México, pp. 335.

IZAZOLA, Licea et al. 1995, "Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México", *Salud Pública Mex*, 1995;37:602-614.

KENDALL y PÉREZ, 2004, Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas, necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario, Colectivo Sol, México, pp. 206.

LAYGUES, Hélène, 1985, *SIDA, testimonio y muerte de la vida de Martín*, Daimon, Barcelona, pp. 276.

LAGARDE, Marcela, 1990, Identidad femenina, Texto difundido por CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. -

México). <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/identidad/texto3.htm>, consultado el 23 de junio de 2009.

MEJÍA, Norma, 2006, *Transgenerismos, una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*, Edicions Bellaterra, Barelona, pp. 373.

Ministerio de Salud del gobierno de Argentina, 2001, Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH, Argentina, noviembre. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/sida/pdf/recomendaciones/Prevenci%F3n%20de%20la%20Transmisi%F3n%20Perinatal.pdf>

MORIN, Edgar, 1990, *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona.

OPS, 2006, Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/hiv_reg_plan.htm consultado el 15 de enero de 2007.

PEDONE, Claudia, (2000), El trabajo de campo y los métodos cualitativos. Necesidad de nuevas reflexiones desde las geografías latinoamericanas, Scripta Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9788], N° 57, 1 de febrero de 2000.

PINA DE BARROS, Edir, El sida. Representaciones indígenas y políticas sociales. Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.

RAMASCO, Milagros, 2007, Construcción sociocultural de la desviación de columna (escoliosis) desde el punto de vista de los pacientes, Tesis doctoral,

RUNES, Dagobert, 1969, Diccionario de filosofía, Grijalbo, Barcelona, pp. 395.

SALAZAR, Ximena et al, 2006, "Influencia del contexto sociocultural en la percepción del riesgo y la negociación de protección en hombres homosexuales pobres de la costa peruana", Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 22 (10):2097-2104, out, 2006.

SANTOS, Milton, 1996, *A Natureza do Espaço*, Hucitec, Sao Paulo.

SIRVENT, M. T., 2004, *El proceso de investigación*, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

SONTAG, Susan, 2005, La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas, ed. 2da, Punto de lectura, España, pp. 252.

Fernández, Pita, S, Pértegas Díaz S, Valdés Cañedo F, 2004, "Medidas de frecuencia de enfermedad", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España). Servicio de nefrología. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España). Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec.asp, consultado el 16 de abril de 2008.

International Aids Society, tercera conferencia sobre vih, patogénesis y tratamiento, "VIH / sida en Brasil y América Latina", 2005. Disponible en: www.ias-2005.org/admin/images/upload/535.pdf consultado en noviembre de 2007.

"EEUU admite que Brasil produzca sus propios medicamentos anti-sida", El mundo.es, 25 de junio de 2001, disponible en: <http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2001/06/25/medicina/993481364.htm> consultado en noviembre de 2007

“La situación actual del sida en Quintana Roo”, Dr. Marco Antonio Castillo Galindo, Jefe del Departamento de enfermedades transmisibles, Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, 10 de agosto de 2005, disponible en www.saludqr.gob.mx/sesa/Detalle_Articulo.php consultado el 5 de enero de 2008.

TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R., 1987, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Ed. Paidós, Barcelona, pp. 343.

TURNER, Víctor, 1990, *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid.

Vargas Llosa, Mario, 2006, *Travesuras de la niña mala*, Alfaguara, pp.375.

VERGARA, Abilio, 2003, *Identidades, imaginarios y símbolos del espacio urbano. Quebec, La Capitale*, CONACULTA-INAH, México, pp.297.

Weeks, Jeffrey, 2005, “La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades”, en *Sexualidad en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (comp.), COLMEX, México, pp. 199-222.

Anexo 1

Guía de entrevista en profundidad con mujeres transgénero

I. YO

1. Pláticame sobre ti, ¿dónde naciste y en qué año?
2. ¿Tú familia es originaria de Chetumal?
3. ¿Siempre has vivido aquí?
4. ¿Cómo era tu familia cuando eras niña?
5. ¿Quiénes la conformaban?
6. ¿Cómo era la relación con tu familia/madre/padre?
7. ¿Y qué hacías de niña? PROFUNDIZAR (juegos, con quién)
8. ¿Siempre te sentiste niña?
9. ¿Tu familia como lo tomaba?
10. ¿Alguna vez te regañaron por sentirte niña? Qué te decían?
11. ¿Recuerdas algún rechazo en la infancia?
12. ¿Fuiste a la escuela? ¿Y ahí? ¿Cómo fue?
13. ¿Cómo era la sensación de sentirte niña y tener cuerpo de varón?
14. ¿Te sentías diferente a tus hermanas/os?
15. ¿Querías cambiar tu cuerpo?
16. ¿Cuándo comenzaste a arreglarte como mujer?
17. ¿Cómo fue este proceso? PROFUNDIZAR (maquillaje, ropa) ¿Alguna vez alguien intentó explicarte lo que sucedía?
18. ¿Qué debe tener el cuerpo de una mujer según (nombre de la entrevistada)?

II. AMOR, SEXUALIDAD

19. ¿Cómo fue tu primer amor?
20. ¿Qué te gustaba de él?

21. ¿Hubo momentos difíciles con esta pareja?
 22. ¿Siempre te trató bien?
 23. ¿Cómo fue tu primer contacto sexual?
 24. ¿Lo disfrutaste o te dio miedo?
 25. ¿Después de esta pareja tuviste otros amores?
 26. ¿Cómo fueron esas relaciones?
 27. ¿Alguna vez sufriste algún abuso?
 28. ¿Qué esperabas tú de un hombre?
 29. ¿Siempre te has sentido atraída por los hombres?
 30. ¿Cómo te gustan?
 31. ¿Cómo es tu hombre ideal?
 32. ¿Y tú pareja ideal? PROFUNDIZAR
 33. ¿Cómo ha sido tu sexualidad a lo largo de tu vida?
 34. ¿Alguna vez has ejercido el sexo-servicio? PROFUNDIZAR
 35. ¿Ha sido difícil?
 36. ¿Las demás mujeres trans?
 37. ¿Qué es la prostitución para nombre de la entrevistada?
 38. ¿Por qué hay tantas mujeres trans que se dedican al sexo-servicio?
 39. ¿Has disfrutado tu sexualidad?
 40. ¿Tus parejas han sido comprensivas de tus necesidades sexuales?
¿Porqué?
 41. ¿Le has dicho a tu pareja lo que te gusta que te haga? ¿Y lo que no te gusta?
 42. ¿Cuál fue su reacción?
 43. ¿Qué te falta vivir de tu sexualidad?
 44. ¿Te ha ido bien en el amor?
- III.
45. ¿Cuáles son las cualidades que admiras en una mujer? RETOMAR LO QUE MENCIONE.
 46. ¿Alguna vez has deseado tener hijos? Porqué?

- 47. ¿Nunca has pensado en adoptar?
- 48. ¿Tu pareja que opina/ba al respecto?

IV. SOCIALIZACIÓN

- 49. ¿Ha sido fácil la relación con la gente?
- 50. ¿En qué has trabajado?
- 51. ¿Has conseguido trabajo fácil? Cuáles? PROFUNDIZAR
- 52. ¿Cuál sería tu trabajo ideal? Qué te gusta hacer?
- 53. ¿Para que eres buena? PROFUNDIZAR.
- 54. ¿Cuándo te enfermas a dónde acudes?
- 55. ¿Cómo es el trato?
- 56. ¿Alguna vez te han discriminado por ser transgénero? ¿Cómo fue esta situación? Qué opinas de la gente que discrimina? PROFUNDIZAR

V. SALUD

- 57. ¿Cuándo te enfermas quien te cuida?
- 58. ¿De qué te has enfermado últimamente?
- 59. ¿A dónde acudes para tus arreglos corporales? En qué consisten?
- 60. ¿Alguna vez te ha dado miedo hacerlo?
- 61. ¿Desde cuando lo haces?
- 62. ¿Te ha revisado algún médico?
- 63. ¿Cuáles son tus razones para hacerlo?
- 64. ¿Te sientes más feliz con tu cuerpo ahora que de niña? ¿Por qué?
PROFUNDIZAR
- 65. ¿Quién te dijo cómo y dónde hacerlo?
- 66. ¿Te acompañó?
- 67. ¿Alguna vez has pensado en operarte?

VI. VIH/SIDA

- 68. ¿Alguna vez te ha dado miedo tener VIH? Por qué?

69. ¿Cómo ha sido tu relación con esta enfermedad? PROFUNDIZAR (cómo te enteraste que existía, cuando, relación con la muerte EXPLORAR SOBRE LA MUERTE)
70. ¿Usas condón en tus relaciones sexuales?
71. ¿Masculino o femenino?
72. ¿Con que frecuencia?
73. ¿Quién lo propone, tú o tu pareja?
74. ¿Y si no tienen condones a la mano?
75. ¿Te ha costado trabajo convencer al hombre de que lo use? ¿Porqué?
76. ¿Y el condón femenino no te gusta? ¿Porqué?
77. ¿Crees que las mujeres transgénero estén en más riesgo de contagio? ¿Porqué?
78. ¿Los hombres son fieles?
79. ¿Qué otros riesgos tienen ustedes como mujeres transgénero? ¿Porqué?
80. ¿Hay mucha solidaridad entre ustedes, en que se ayudan?
81. ¿Qué necesitan como mujeres transgénero para vivir mejor?
82. ¿Algunas mujeres transgénero se molestan cuando se les pregunta sobre SIDA, por qué crees que sucede esto?
83. ¿Tú qué opinas? PROFUNDIZAR

VII.

MOSTRAR LA HOJA DE CAMPAÑA

84. ¿Puedes describir esta imagen?
85. ¿Cuál es el mensaje?
86. ¿Los colores te transmiten alguna emoción o sentimiento?
87. ¿Te identificas con algún personaje? ¿Con cuál?
88. Después de ver estas imágenes ¿piensas en seguir alguna acción preventiva?

89. Finalmente, ¿cómo describirías a (nombre de la entrevistada)?
90. ¿Cuál es una de tus canciones favoritas? ¿Por qué?

91. ¿Qué nombre quieres que utilice cuando escriba sobre ti?

Anexo 2

Guión de entrevista semi-estructurada para la médica encargada del Programa Estatal de VIH/SIDA en Quintana Roo

Buen día Dra. X. Antes que nada muchas gracias por concederme esta entrevista.

1. ¿Podría decirme cuál es su cargo en los SESA y en qué consiste su trabajo?
2. En primer lugar, ¿podría explicarme en qué consiste actualmente el tratamiento para la infección por VIH?
3. En su opinión ¿cuáles serían los avances en el tratamiento de la enfermedad?
4. ¿Cuáles serían los retos?
5. ¿Cuál es el presupuesto para el tratamiento y cuál para la prevención a nivel estatal?
6. ¿Cuáles serían las cifras (aprox) para pacientes con VIH a nivel estatal?
7. ¿En Quintana Roo cuáles son en su opinión las poblaciones más vulnerables ante el VIH?
8. Podría explicarme ¿qué significa que la pandemia se está feminizando?
9. ¿Tiene alguna idea de cómo se ha ido dando este proceso?
10. ¿En qué consisten las estrategias preventivas?
11. ¿Quién las diseña?
12. ¿Quién las lleva a cabo?
13. ¿Cuál es el papel de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC)?
¿Conoce usted algunas aquí en Chetumal? ¿Ha trabajado con ellas?
14. ¿Cuáles son las principales demandas de las OSC en relación con el VIH?
15. En su opinión, ¿las estrategias que existen tienen un efecto positivo en la población?
16. ¿Cuáles serían los principales obstáculos para que funcionen?
17. ¿Cómo se mide el impacto de las mismas?
18. ¿Qué opina usted de las campañas diferenciadas?

19. ¿Cuál es su opinión sobre las necesidades de las mujeres transgénero en Chetumal?
20. ¿Le parece adecuado que se les incluya en la categoría de HSH para la prevención?
21. ¿Ha llevado a cabo alguna actividad preventiva específicamente con esta población?
22. ¿Le interesaría diseñar e implementar alguna estrategia o campaña destinada a las mujeres transgénero?
23. ¿Desde su experiencia, cómo sería ésta para que surtiera efecto?

Eso sería todo, ¿desea hacer algún comentario adicional?

Le agradezco mucho su tiempo y su atención.

Anexo 3

Programa de taller literario con miembros de Tumben Kin A.C.