

II PARTE

Salud sexual y subjetividad: sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón

*Sexual health and subjectivity:
constructed meanings around condom use and non-use*

Jorge Eduardo Moncayo Quevedo

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>
✉ jomoncayo@uan.edu.co

Wilmar Reyes Sevillano

Universidad Cooperativa de Colombia
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0002-7255-696X>
✉ wilmarh.reyes@campusucc.edu.co

María Del Mar Pérez Arizabaleta

Universidad Antonio Nariño
Cali, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-8537-6696>
✉ mariadelmarperezari@outlook.com

Johnny Orejuela

Universidad EAFIT
Medellín, Colombia
© <https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>
✉ jorejue2@eafit.edu.co

Resumen

El objetivo principal de la investigación desarrollada fue: Analizar los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de Cali y Medellín.

Cita este capítulo / Cite this chapter

Moncayo, J. E.; Pérez-Arizabaleta, M.; Reyes, W. & Orejuela, J. (2022). Salud sexual y subjetividad: sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón. En: Moncayo, J. E.; Orejuela, J.; Reyes, W. & Pérez-Arizabaleta, M. *Salud, subjetividad y estudios cualitativos. Aproximaciones a la salud sexual, física y mental.* (pp. 67-215). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Universidad EAFIT; Universidad Antonio Nariño.

En la primera fase del estudio se llevó a cabo la búsqueda de estrategias para el acercamiento y la construcción de vínculos de confianza con la población. De esta forma, por medio de la participación activa en eventos de la comunidad LGBTI, se inició el proceso de acercamiento para favorecer la confianza; dicho acercamiento permitió, con relación a la población de mujeres trans, el establecimiento de vínculos que a partir de la confianza y el respeto permite la posibilidad de hacer observación participante, lo cual se convirtió en una de las etapas más relevantes del trabajo de campo para el establecimiento del vínculo. Con los HSH, el ejercicio de acercamiento se realizó por medio de conversaciones informales.

El desarrollo del trabajo de campo se vio interrumpido por el aislamiento obligatorio y preventivo decretado por el Covid-19, esto conllevó que el equipo de investigación reorganizará los canales de contacto con la población, los cuales fueron solucionados para llevar a cabo de manera satisfactoria las entrevistas de manera virtual y algunas de manera presencial.

En razón de los resultados analizados, con relación a los hombres que tienen sexo con hombres, es posible afirmar que: 1) “fabulan” subjetivamente que son susceptibles de confianza las parejas sexuales que conocen de tiempo atrás; 2) algunos HSH asumen que la buena comunicación con su pareja es garante de seguridad, por lo que consideran que no hay de qué preocuparse, asocian comunicación con seguridad; 3) igualmente, manifiestan que existe una intensificación del goce y el placer sexual cuando se sabe que se corre el “riesgo” en encuentros casuales. Sobre las mujeres trans: 1) la expulsión del hogar como factor de riesgo que imposibilita, en gran medida, proyectos de vida por fuera del trabajo sexual; 2) el uso del condón y las dinámicas laborales (asociadas en su mayoría al trabajo sexual) donde el cliente (heterosexual-cisgénero) exige el no uso del condón; 3) las organizaciones de base comunitaria como familias sociales que proveen los conocimientos y empoderamiento para el cuidado de la salud sexual;

4) la práctica sexual en la cual utilizan en menor proporción el condón es en el sexo oral; 5) la apariencia física de la pareja sexual y el enamoramiento flexibilizan el uso del condón.

Palabras claves: salud sexual, uso del condón, estudios cualitativos, mujeres trans, HSH.

Abstract

The objective of the research carried out was: To analyze the senses built around the use and non-use of condoms in relation to HIV in the population of transgender women and men who have sex with men in the city of Cali and Medellín.

In the first phase of the study, the search for strategies for rapprochement and the construction of bonds of trust with the population was carried out. In this way, through active participation in events of the LGBTI community, the process of rapprochement to promote trust began, this rapprochement allowed, in relation to the population of Trans women, the establishment of links based on trust and respect allows the possibility of participant observation, which became one of the most relevant stages of fieldwork for establishing the link. With MSM, the outreach exercise was carried out through informal conversations.

The development of field work was interrupted by the mandatory and preventive isolation decreed by Covid-19, this led to the research team reorganizing the channels of contact with the population. Which were solved to successfully carry out the interviews in a virtual way and some in person.

Due to the results analyzed, in relation to men who have sex with men, it is possible to affirm that: 1) they subjectively “fable” that sexual partners they have known for a long time are susceptible to trust; 2)

some MSM assume that good communication with their partner is a guarantor of safety, so they consider that there is nothing to worry about, they associate communication with safety; 3) likewise, they state that there is an intensification of sexual enjoyment and pleasure when it is known that the “risk” is run in casual encounters. Regarding Trans Women: 1) expulsion from the home as a risk factor that largely makes life projects impossible outside of sex work; 2) condom use and work dynamics (mostly associated with sex work) where the client (heterosexual-cisgender) demands not to use a condom; 3) community-based organizations such as social families that provide knowledge and empowerment for sexual health care; 4) the sexual practice in which the condom is used to a lesser extent is oral sex; 5) the physical appearance of the sexual partner and infatuation make condom use more flexible.

Keywords: sexual health, condom use, qualitative studies, trans women, MSM.

Introducción

Las prácticas sexuales, el uso del condón y sus implicaciones representan un fenómeno que se ha estudiado en diferentes contextos y de diferentes maneras debido a sus implicaciones en la salud y en la sociedad en general. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS) y se estima que anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna infección de transmisión sexual (2016). Con relación al comportamiento a nivel nacional, hasta el año 2019, el Instituto Nacional de Salud reportó un incremento en los casos de ITS y VIH al relacionado con años anteriores. Para el caso del 2020, este mismo Instituto plantea la disminución de los casos con relación al año 2019 y relaciona esto con la disminución de las consultas y acceso a pruebas diagnósticas debido a la cuarentena na-

cional obligatoria que se presentó a partir de marzo 25 de 2020 hasta septiembre de este mismo año.

Esta información demuestra, que es necesario generar a nivel mundial por medio del planteamiento de acciones para prevenir y controlar los factores de riesgo que soportan la alta prevalencia y posibilidad de propagación de infecciones de transmisión sexual. A nivel nacional, en Colombia en el año 2007 se emitió la Ley 1122, la cual estipula la salud sexual como uno de los componentes que se debe intervenir en la salud pública con el fin de promover la vida, el bienestar y el desarrollo. Dentro de los componentes de esta Ley se enmarca la toma de acciones sobre la sexualidad y sus derechos, violencia de género, infecciones de transmisión sexual, reproducción, entre otros.

Para contrarrestar los casos de ITS, los preservativos se han convertido en el método de barrera que mejores resultados tienen (Rengifo, Córdoba & Serrano, 2012; Hernández, Velásquez & Pinzón, 2017). Así mismo, los estudios han demostrado que no basta con que la población conozca la existencia de este tipo de preservativos, ni siquiera con que se lleven a cabo procesos de educación sexual y que se acceda gratuitamente a ellos para que la población haga un uso adecuado de los preservativos y de una vida sexual saludable (Mendoza, et al, 2012).

Sobre el uso del condón se encuentran investigaciones que cuestionan la frecuencia y razones de su uso, tanto cuantitativas como cualitativas, predominando las primeras sobre las segundas. Dentro de los estudios cuantitativos, se encuentra una tendencia en la aplicación de instrumentos como encuestas y entrevistas estructuradas, etc., que dan cuenta de correlaciones de variables sociodemográficas y actitudes o percepciones sobre la sexualidad en adolescentes mexicanos (Chávez, Petrzelova & Zapata, 2009), jóvenes masculinos estadounidenses (Finigan, Craddock y Johnson, 2021), hombres y mujeres sudfricanos (Mabaso, et al., 2021), mujeres australianas (Boadle, Gierer y Buzwell, 2021), entre otros. Hay mayor frecuencia de estudios

que cuantifican el uso o no uso del condón en donde se correlaciona esta información con los resultados de pruebas serológicas (Cai, et al., 2016; Nguyen, et al., 2021; Ayer, et al., 2021; entre otros).

El anterior panorama de estudios cuantitativos, da cuenta de correlaciones entre conocimiento y acciones preventivas; sin embargo, estos estudios no exponen aquello que ocurre subjetivamente cuando el sujeto decide emprender una acción sexual riesgosa, pese a tener la información preventiva suficiente. Las investigaciones que indagan esto son las de tipo cualitativo, pues se interesan en conocer las construcciones sociales y culturales que giran alrededor de tomar la decisión de tener relaciones sexuales de alto riesgo. Sin embargo, también se encuentra que gran número de investigaciones, pese a ser cualitativas, obtienen como resultado la cuantificación y generalización de acciones, cuestión que no logra describir lo que ocurre subjetivamente alrededor de este fenómeno. Vale la pena resaltar que los estudios cuantitativos sobre el uso del condón usan muestras muy amplias para recolectar la información.

Por otro lado, actualmente se podría afirmar que el interés y apoyo político, científico y académico de las últimas décadas sobre el VIH ha servido para crear nuevos fármacos, nuevos tratamientos y con ello reducir la mortalidad; no obstante, como se ha venido mencionando los casos de ITS no reflejan un comportamiento decreciente. Los avances científicos en medicina, sobre todo los retrovirales, ayudaron a reducir la mortalidad del virus y sobrellevar este como si se tratara de una enfermedad crónica de cuidado, lo que al parecer se tradujo en eliminar la asociación VIH con significantes como el de muerte. Si bien esto es un logro importante, al parecer está generando un desdoblamiento no calculado en las prácticas sexuales de las personas, a saber, que este avance en el descenso de la mortalidad trajo consigo una pérdida del miedo sobre los riesgos de contraer el virus y con ello una flexibilización sobre los comportamientos de riesgo que ayudan a evitar nuevos contagios.

Dicho de otro modo, se resume la preocupación actual en salud pública tomando como ejemplo lo planteado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2020) en donde se plantea el aumento de personas reportadas con VIH desde el 2017 al 2019, situación que genera retos y apuestas en salud en lo relacionado con el VIH/Sida en tanto la mortalidad disminuye mientras los casos continúan en aumento. Lo anterior, plantea que el VIH sigue siendo una amenaza para la salud pública la cual requiere incrementar los esfuerzos para prevenir los contagios, pues de acuerdo al Boletín Epidemiológico Semanal número 47 del 2019, al comparar con el 2018, se evidencia un aumento del 16,4 % con una tasa de incidencia de 26,6 casos por 100.000 habitantes.

Dada la breve contextualización de la paradoja entre las cifras sobre la reducción de mortalidad y el incremento en el contagio de ITS y de VIH que se describió en los párrafos anteriores; así como, el reducido número de investigaciones que apuestan desde el método cualitativo por comprender la contradicción entre: tener suficiente informaciones sobre el riesgo al que se incurre por prácticas sexuales sin protección, conocer sobre la importancia del uso del condón, tener acceso a condones gratis y los comportamientos sexuales poco o nada seguros de la población, la presente investigación ubica la pertinencia de su interés principal en: comprender aspectos de la subjetividad social e individual presentes en la acción del uso y no uso del condón en relación con el VIH en un grupo de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres de las ciudades de Cali y Medellín.

Revisión de la literatura

A continuación, se presentan los estudios que sirvieron como antecedentes para contextualizar y comprender la construcción de la pregunta sobre el uso del condón en HSH y MT. En estos estudios se encontró que predomina una literatura centrada en la discusión de la relación con el VIH, las ITS y las prácticas sexuales de riesgo.

El VIH y las ITS constituyen un problema de salud pública en aumento a nivel mundial. La OMS¹³ reporta que a finales de 2018 había aproximadamente 37,9 millones de personas con VIH. También afirma que el virus ha causado alrededor de 32 millones de muertes a lo largo de la historia. Desde su aparición en los años 80, el VIH se asoció principalmente a los hombres bisexuales y homosexuales, a los consumidores de drogas inyectables y a quienes ejercían la prostitución; de ahí nació la denominación “grupo de riesgo”, con el fin de “englobar los grupos poblacionales más acometidos por la infección” (Da Fonte et al., 2017, p. 52). Esto, por supuesto, ha favorecido la configuración de discursos sociales alrededor del VIH y con ello la producción de estigmas que redundan en discriminación dado que se asocia este grupo a “transgresores de normas social como promiscuos, inmorales y viciosos” (p. 52).

Con el paso del tiempo la epidemia del VIH ha mostrado que todos los grupos sociales son vulnerables al contagio y que ello tiene estrecha relación con conductas sexuales de riesgo asumidas por los sujetos, particularmente con el no uso de condón. Sin embargo, no se debe desconocer que, según los análisis epidemiológicos, la población HSH, sigue presentando un mayor nivel de afectación, pues “la probabilidad de un joven gay de estar infectado es aproximadamente 13 veces mayor” (Da Fonte, et al., 2017, p. 53) en comparación con los jóvenes heterosexuales.

En 2019 el Instituto Nacional de Salud de Colombia reportó que la mayor cantidad de casos de VIH se presenta en la población masculina, aportando el 81% de los casos (10 906). La misma entidad afirma que el mecanismo más probable de transmisión sigue siendo por vía sexual, tanto para encuentros heterosexuales, bisexuales y homosexuales. De igual importancia, es el informe CHIPRE (UNAIDS, 2010), sobre la

¹³ Nota descriptiva VIH/Sida. 15 de noviembre de 2019 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres, realizado en Chile, se afirma que:

La epidemia del VIH en la subregión andina está concentrada en hombres que tienen sexo con hombres (prevalencias entre 10% y 20%) y trabajadores/as sexuales (prevalencias entre 0.5% y 4.4%, aunque estas se incrementan cuando se trata de trabajadores sexuales masculinos) mientras que en la población general está por debajo del 0.6% en todos los países (pp. 13-14).

En Estados Unidos se presenta una situación similar; según el Departamento de Salud de ese país, en el 2017 los hombres bisexuales y homosexuales aportaron el 70% de los nuevos diagnósticos del virus. Ahora bien, lo que estos datos indican es que existen conductas¹⁴ de riesgo que tienen mayor presencia en esta población; es por ello que en esta revisión de la literatura procuramos mostrar los descubrimientos y planteamientos más relevantes respecto uso y no uso del condón en mujeres transgénero y hombres que tiene sexo con hombres. Nos concentramos en los motivos y causas que inhiben o disparan las conductas riesgosas, para, a lo largo del presente capítulo, describir y analizar los sentidos construidos por los y las participantes a propósito de estas prácticas.

Es preciso mencionar que el número de investigaciones en torno al uso y no uso del condón en las mujeres transgénero es relativamente bajo si se compara con el volumen de publicaciones sobre los HSH. No obstante, en las siguientes líneas se discuten algunos de estos.

¹⁴ A lo largo de este trabajo nos referiremos a prácticas de riesgo y no a conductas de riesgo, puesto que la primera remite a la puesta en marcha de acciones y habilidades adquiridas que no necesariamente hacen parte de la cotidianidad o la forma cómo los sujetos comprenden y/o se posicionan el mundo. La conducta, en cambio, se asocia a comportamientos anudados a la cosmovisión y la “actitud natural” frente a la vida. Las prácticas suponen la posibilidad de elección, las conductas, en tanto discursos encarnados y pre reflexivos, suelen ser constantes y radicales. Así pues, la mención a conductas sólo aparecerá cuando hagamos alusión a otras investigaciones en las que esta haya sido utilizada.

La revisión bibliográfica muestra que el interés en indagar la relación MT, HSH - uso de condón, es de gran utilidad para la salud pública, ya sea para tener indicadores sobre el contagio de ITS (Mendoza, et al, 2016; Rhodes, et al., 2020; Sheinfil, 2020), como para conocer el comportamiento sexual de estos tipos de participantes (Bayer et al., 2014; Yi, et al., 2019), como para la creación de estrategias de intervención médica y psicosocial (Mehrotra, et al., 2019; Wang, et al., 2020). Es pertinente resaltar que es común encontrar, dentro de la literatura, estudios en donde los participantes son tanto HSH como MT. De manera especial, se encuentran estudios con MT en donde se analiza la aceptabilidad de la *profilaxis pre-exposición* (PrEP) (Chakrapani, 2020).

El interés de los investigadores se genera en doble vía: unos desde la biomedicina (medicina y enfermería) y otros desde las ciencias sociales. Los primeros suelen hacer sus investigaciones a partir del uso de datos agregados, encuestas y escalas, entre otros métodos cuantitativos (Ramanathan et al., 2014; Bayer et al., 2014 y Brown et al., 2015). Los científicos sociales, en cambio, suelen trabajar a partir de metodologías cualitativas entre cuyas técnicas de recolección de información destacan las entrevistas, los grupos focales y los cuestionarios (Rhodes et al., 2014; McCuller y Harawa, 2014; Safika et al., 2014; Bhata, 2014; Prabawanti et al., 2014 y Yi et al., 2019). Los autores de estos estudios resaltan la necesidad de indagar a propósito de los factores sociales y culturales que influyen en los comportamientos sexuales. Sin embargo, pese a dicho interés, los resultados y su posterior análisis no va más allá de un cruce de variables que deja por fuera el análisis subjetivo de la relación cultura, sociedad y comportamientos sexuales (Moncayo, 2017).

A la luz de este panorama, en la presente revisión los hallazgos se clasifican en tres apartados que versan sobre diferentes aspectos relevantes para comprender la experiencia de la sexualidad en la población a estudiar; estos son: el papel de las características sociodemográficas, el lugar de las instituciones y los grupos sociales en la aparición o re-

ducción de prácticas de riesgo y el estigma. Acto seguido se presenta una disertación respecto a la subjetividad como objeto posible para indagar las sexualidades, desde distintos autores y perspectivas teóricas.

El papel de las características sociodemográficas

Para pensar una problemática como la abordada es fundamental considerar las características sociodemográficas de los sujetos. Es decir, se precisa tener en cuenta los aspectos biológicos, económicos y socioculturales con el fin de identificar, describir y analizar el papel de la estructura social en la configuración de subjetividades y la producción de procesos sociales y su consecuente impacto en las relaciones intersubjetivas, lo que, por supuesto, conduce al examen de la sexualidad y las diversas formas en que los sujetos la viven.

Siguiendo esta perspectiva, Bayer et al. (2014), y Billings et al. (2016), se propusieron describir las características sociodemográficas y su relación con la percepción y las prácticas de riesgo de VIH, su prevalencia y la prevalencia de sífilis, en varones homosexuales que ejercen la prostitución en Lima (Perú). En busca de su objetivo compararon un grupo de hombres que ejercen la prostitución en el centro de la ciudad con un grupo de hombres que trabajan en las afueras de la misma. Los investigadores encontraron que lo económico refleja una importante diferencia entre los grupos, pues los hombres que se prostituyen en el centro reportan ganancias considerablemente bajas respecto a sus pares, por lo que el trabajo sexual les permite sobrevivir, pero no progresar. Además, estos también presentan una prevalencia más alta de VIH (23% versus 4%). Esto pese a que en ambos grupos el uso consistente de condón es bajo, y las discusiones o negociaciones con los clientes respecto a su uso es poco frecuente según los mismos hombres informaron. En general hay una serie de desventajas para los HSH que ejercen la prostitución en el centro de la ciudad, desventajas que tienen que ver con factores económicos, sociales, educativos y, por supuesto, con la salud. Esto nos indica que la prostitución

masculina también está estratificada y configura escenarios de distinción y desventaja.

A propósito de la prostitución, vale anotar que este oficio se presenta como la principal fuente de empleo para las mujeres transgénero gracias a que los estigmas (Chakrapani et al., 2015; Lindroth et al., 2017) y la consecuente discriminación, de la que suelen ser víctimas, limita la posibilidad de obtener empleos no relacionados con el comercio sexual (Maliya et al., 2018) a ello hay que sumarle el bajo nivel educativo, económico y social que, generalmente, asiste a dicha población y la ubica como una de las de más alto riesgo de contraer y transmitir el VIH, tal como señalan varios autores (Cai et al, 2016; Poteat et al., 2016; Budhwani et al., 2017; Wickersham et al., 2017), que coinciden en afirmar que las trabajadoras sexuales, transexuales y transgénero¹⁵ enfrentan una carga desproporcionada de VIH. Según Poteat et al (2016) “Se estima que el 19% de las mujeres transgénero en todo el mundo viven con VIH y tienen casi 50 veces más posibilidades de contraer el virus en comparación con la población general” (p. 835).

Por su parte, Cai et al. (2016) y Yoon y Tangtammaruk (2016), sostienen que los estudios que midan la prevalencia de VIH en población trans en general y en trabajadoras sexuales transgénero y transexuales en particular, deben tener en cuenta que los datos recabados a propósito pueden no ser del todo ciertos, pues es común que los participantes del comercio sexual omitan información al respecto. De hecho, Yoon y Tangtammaruk (2016), en su estudio sobre el papel de la percepción del riesgo en la transmisión del VIH entre trabajadores sexuales (masculinos y transgénero) y sus clientes (en Tailandia), encontraron que solo el 75% de los participantes (n= 200) hacían uso consistente del condón con sus clientes. Incluso la mitad de ellas afirmó que acep-

¹⁵ Si bien los estudios diferencian transexual y transgénero, es necesario aclarar que desde esta investigación consideramos estas clasificaciones de otra manera, ello se discutirá en el capítulo.

taría tener relaciones sexuales sin protección por una compensación monetaria extra. Esto obedece, según los autores, a la falta de información y a las diferencias individuales respecto a la percepción del riesgo, descuidando la necesidad económica como posible motivo de la conducta de riesgo. Finalmente, se afirma en el estudio que los hombres que tienen sexo con hombres representan el riesgo más alto entre los grupos que son considerados altamente vulnerables. Todo esto, por supuesto, aumenta considerablemente las posibilidades de transmitir el virus.

Es factible entonces, que se estén subestimando los datos respecto al problema en mención. Según afirman Veronese et al. (2015), existe una poca desagregación de los datos epidemiológicos, sobre ITS y HSH y MT, pues en estos generalmente lo que se reporta es el dato bruto, a veces desagregado por regiones, razas o edades, pero pocas veces desagregado según las preferencias y/o las prácticas sexuales que siguen los sujetos; esto dificulta la puesta en marcha de medidas preventivas. Los investigadores hallaron que el uso consistente de condón por parte de la población estudiada (HSH y personas transgénero en Vanuatu), es muy bajo independiente de si su pareja es regular u ocasional. Sostienen también que el riesgo más alto de adquirir ITS y VIH lo presentan los HSH.

Ahora bien, en el común de los trabajos revisados se indica que la falta de información respecto al VIH aumenta las conductas de riesgo, especialmente el uso inconsistente del condón. Al respecto, Delgado et al. (2017) y Crowell et al. (2018), sostienen que, a mayor conocimiento sobre el VIH (forma de adquirirlo, impacto en la salud física y psicológica) mayor probabilidad de disminuir dichas conductas riesgosas. Mientras que, en contravía, Maliya et al. (2018), encontraron que en las mak nyahs (mujeres transexuales) de Malasia, se da la particularidad de que a mayor conocimiento sobre VIH/SIDA se asumen más riesgos, por lo que afirman que los procesos educativos no constituyen una herramienta determinante si no tienen en cuenta los valo-

res socioculturales. Además, insisten en que “las prácticas religiosas pueden ser efectivas para inculcar niveles más altos de conciencia y responsabilidad en esta comunidad, en pro de eliminar las conductas de riesgo” (p. 29).

En concordancia, Nugroho et al. (2016) sostienen que se precisan más intervenciones educativas, pero que estas deben ser culturalmente apropiadas, fundamentadas teórica y rigurosamente, y previamente evaluadas. Lo que implica un llamado a aumentar la producción de investigaciones que se ocupen no solo de *cómo se hace* la intervención de orden educativo, sino que, además, reflexionen en torno a preguntas del tipo; *para quién se hace* la intervención, *para qué se hace*, *por qué se hace* y también *quienes* la llevan a la práctica, pues considerar estos elementos permitiría un ejercicio más exitoso debido a que tendría en cuenta la singularidad de los sujetos y las comunidades, desdibujando imaginarios anudados a los estigmas.

Estas investigaciones, además, alertan sobre la necesidad de considerar el nivel educativo de los sujetos, pues ello favorece la comprensión de las prácticas asumidas por los mismos. A propósito, algunos investigadores (Lane et al., 2014; Weissman et al., 2016; Budhwani et al., 2017; Yi et al., 2019) coinciden en afirmar que, a más alto nivel educativo más consistente el uso de condón y viceversa. Billings et al. (2016) notaron que alcanzar al menos el nivel de secundaria y/o mínimo diez años de educación formal es un factor protector respecto a las conductas de riesgo y que, a menor logro educativo, menor frecuencia en la realización de pruebas periódicas de VIH. Hasta aquí lo referido parece una perogrullada, pues los altos niveles educativos no pocas veces reportan conductas saludables anudadas, no obstante, el estudio de Bhatta (2014), muestra un contrasentido interesante: en su investigación con mujeres transgénero de Nepal, encontró que “las personas transgénero con nivel de educación secundario o superior son tres veces más propensas a tener relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas en comparación con aquellas con un nivel

primario” (p. 11). No obstante, en su trabajo no se plantean hipótesis para tratar de explicar tal hallazgo.

En todo caso, lo que nos dejan ver estas investigaciones es que la educación en salud (uno de los pilares de los programas de promoción y prevención en salud), no garantiza el alcance de lo que se propone, pues el paso por el proceso educativo no necesariamente redundará en prácticas reales de autocuidado y, como se evidenció, ni siquiera un nivel educativo alto o medio (refiriéndonos a la educación formal) constituye un aspecto totalmente protector frente a las conductas de riesgo, lo que muestra que existen obstáculos subjetivos acompañantes de la experiencia de la salud y la sexualidad. Obstáculos que escapan a la comprensión lógica o la racionalización por parte de los sujetos.

Otro aspecto sociodemográfico que se erige como relevante es la edad. Sin embargo, esta suele tomarse como una variable de valor meramente descriptivo y/o clasificatorio. Varios estudios (Severson et al., 2014; Bayer et al., 2014; McCuller y Harawa., 2014; Gamarel et al., 2015 y Brito et al., 2015) se centran en el rango que va entre los 18 y los 60-65 años. Esto tiene que ver con que dicho rango etario garantiza la mayoría de edad de los participantes de las investigaciones. También responde a que en los espacios donde los sujetos son reclutados, generalmente (excepto en las calles) se exige una edad mínima para la participación, como en los bares, por ejemplo. Finalmente, se asume que dentro de este rango etario los sujetos experimentan el grueso de sus relaciones sexuales y de pareja, elemento fundamental para obtener los datos empíricos necesarios en las pesquisas y hacer las intervenciones consideradas pertinentes.

El promedio de edad de las participantes en los estudios oscila entre los 25 y los 34 años, como reportan diferentes trabajos (Brown et al., 2015; Poteat et al., 2016; Shan et al., 2018 y Yi et al., 2019). No obstante, hay algunos en los que se tienen en cuenta sujetos de menos de 18 años, Harawa et al. (2014) por ejemplo, observan la movilidad fronteriza con

finde de prostitución de mujeres transgénero (hijras) mayores de 15 años, con el fin de analizar cómo dicha movilidad impacta (de manera negativa) el uso de condón en el coito anal; mientras que Budhwani et al. (2017), encontraron que en una muestra de 78 trabajadoras sexuales transexuales a las que se les aplicó una encuesta sobre el conocimiento respecto al VIH y los estigmas experimentados por ellas, el promedio de edad de la primera experiencia sexual fue de 13.12 años, siendo la edad más joven reportada 7 años, lo que indica que la mayoría de dichos encuentros sexuales son resultado de violaciones y abusos sexuales.

Entonces la edad funge como variable independiente, como una categoría de análisis de carácter secundario dado que otras se presentan como más relevantes en la investigación de este tipo, por ejemplo, la clase social y el nivel educativo. Lo problemático de tal descuido respecto a la edad, es la falta de reflexión alrededor de la misma, no en su dimensión cronológica, sino en su estatuto más lógico, es decir, en tanto marco definidor de momentos y etapas vitales que configuran subjetividades. El inicio de la vida sexual en tanto lugar del encuentro con los otros, enmarca el paso a un escenario diferente de la experiencia vital.

Respecto a la raza como categoría de análisis, en los estudios revisados hallamos pocas referencias, Harawa et al. (2014), tomaron una muestra de 555 sujetos (de Atlanta, Boston, Los Ángeles, Nueva York, San Francisco y Washington), todos hombres negros homosexuales y bisexuales con diagnóstico previo de VIH y que estaban bajo tratamiento o que reportaron haber tenido sexo anal sin protección con parejas VIH positivas. El estudio no mostró diferencias significativas en la prevalencia de VIH/ITS entre los grupos, más sí dejó ver divergencias en el comportamiento sexual. Quienes se definieron como bisexuales presentaron tasas particularmente altas de actividad sexual potencialmente riesgosa. No obstante, en este trabajo la raza resultó no ser más que un criterio de selección, pues no se debate si existe o no una relación entre raza y conductas sexuales. Por su parte, Jain et

al. (2015), encontraron una correlación entre juventud y raza negra y mayor prevalencia de VIH en un grupo de HSH de Boston, sin embargo, en su investigación esto no es explorado, más allá de que sostienen que ello responde a la segregación y discriminación de la que suele ser víctima esta población en particular. Si bien en estos estudios no se entiende la raza desde su arcaica definición biológica, tampoco se da cuenta del peso de esta como constructo social que marca condiciones de posibilidad y acción para los individuos. Cuestión importante, pues para nadie es un secreto que los sujetos de raza negra históricamente han padecido desventajas de índole social, económica y política, entre otras, con relación a los sujetos y poblaciones de raza blanca/mestiza. Estas desventajas minan la calidad de vida e imponen diferentes representaciones respecto al cuerpo, el cuidado, la salud y la enfermedad, lo que por supuesto, incluye la experiencia de la sexualidad. Nuestra crítica a estos estudios se sustenta en que no puede asumirse que la referencia a la segregación y la discriminación explican *per se* la mayor prevalencia de VIH en determinada población. La discusión sobre la subjetividad no se agota en la mención de un par de categorías sociológicas carentes de un análisis respecto a cómo operan en la experiencia y se nutren de otros elementos historizados.

El lugar de las instituciones y los grupos sociales en la aparición o reducción de prácticas de riesgo

Hay estudios que centran su objetivo en la búsqueda, el análisis y la promoción de programas e intervenciones preventivas para disminuir conductas de riesgo. Dentro de estos trabajos toman particular relevancia las instituciones y los grupos sociales puesto que constituyen escenarios que permiten investigar prácticas y aspectos como el uso y no uso del condón, la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual; la prevalencia de conductas de riesgo (Prabawanti et al., 2014; Chakrapani et al., 2015; Moayedi-Nia et al., 2019), las diferentes formas de promoción y prevención en salud y el posterior impacto de estas en los HSH y las personas transgénero, entre otros.

Instituciones y grupos funcionan como escenarios productores de subjetividad, empero tienen características diferentes: las instituciones, entendidas como *totales*, siguiendo a Goffman (1972), “[...] crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (p. 26). Al respecto Harawa et al. (2014), muestran el impacto de la iglesia y la religiosidad en la experiencia y los comportamientos sexuales de lesbianas, bisexuales, transgénero y homosexuales latinos. En el trabajo se evidencia una correlación positiva entre los discursos religioso y hetero-patriarcal, lo que redundaría en niveles más altos de soledad y eventos discriminatorios, uso inconsistente del condón y alto grado de homonegatividad internalizada. Los participantes manifestaron tanto una ruptura con el comportamiento entendido como normativo, como la necesidad del control que se puede hallar en la iglesia. Cuestión que da cuenta de la división subjetiva que produce en los individuos el cruce entre dos estatutos generalmente disonantes: la religión y la sexualidad, más cuando esta última se sale del marco cultural que la contiene e intenta regular. Los entrevistados generalmente se referían a su elección y comportamiento sexual como inmoral y pecaminoso, dejando ver la forma en que, a partir de discursos sancionatorios y estigmatizantes, la iglesia produce subjetividades, teniendo la culpa un lugar fundamental en la forma en que calan dichas concepciones y posteriormente son encarnadas y reproducidas por los mismos afectados.

Por su parte, McCuller y Harawa (2014), analizaron las opiniones del personal de la cárcel central de hombres de Los Ángeles (USA) respecto a la efectividad y el impacto del programa de distribución de condones entre los presos de la unidad que reúne a los HSH, ya sean homosexuales, bisexuales o transexuales. Este estudio se ocupó del análisis de la experiencia de los guardas de seguridad encargados de hacer las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH y otras ETS entre los reos. Dicha intervención consiste en la distribución de condones a los reclusos una vez por semana. Lo que los investigadores hallaron fue

que para los entrevistados esta práctica representa un dilema moral pues supone un conflicto entre sus creencias y opiniones respecto a la homosexualidad, y las demandas de la institución a propósito del desarrollo del programa. No obstante, los sujetos reconocen que la promoción y prevención en salud es una cuestión que debe imponerse sobre los discursos de orden moral. También se encontró que la distribución de condones no necesariamente promueve el aumento de encuentros sexuales y que aun sin condones los presos solían buscar diferentes formas de protección, entre las que destaca el uso de empaques de comida como preservativos. Así, este estudio muestra cómo las lógicas institucionales pueden conflictuar a los sujetos en tanto imponen renuncias de orden moral y social encaminadas a responder a lo demandado. Las instituciones demandan *cuerpos dóciles* que se rindan ante la imposición de las lógicas institucionales. Además, el estudio también retrata las formas de resistencia de los sujetos, una suerte de *sentido práctico* que les permite la adaptación y la acción a partir de las condiciones de posibilidad que la institución permite.

En concordancia, Ramanathan et al. (2014) evaluaron la cobertura y el impacto del programa Avahan¹⁶ en el Estado indio de Maharashtra. Este programa surgió en 2003 como respuesta al aumento del VIH en el país y tiene por objetivo empoderar a las comunidades para enfrentar el VIH e interviene mediante la distribución gratuita de condones, a partir de procesos de educación sexual dirigida a población clave y disponiendo clínicas gratuitas para diagnosticar infecciones de transmisión sexual. La investigación mostró que el programa cumple con éxito su objetivo de disminuir las conductas de riesgo y reporta disminución de la prevalencia de sífilis, no obstante, la prevalencia de VIH sigue siendo un grave problema.

Con objetivos afines, Sun et al. (2015), analizaron las prácticas y los resultados de “HOLA” (The Happy Older Latinos are Active). Un modelo

¹⁶ En sánscrito, llamado a la acción.

de intervención en salud que se basa en procesos psicoeducativos dirigidos a población considerada vulnerable y apunta a reducir la carga desproporcionada de VIH que soportan los HSH, los bisexuales y los trans latinos que viven en Estados Unidos. La intervención consiste en la promoción del uso de preservativos y la realización periódica de la prueba de VIH. Siguiendo este objetivo se realizaron 1820 actividades educativas consistentes en brindar información sobre la importancia del uso de condón, distribuir condones y favorecer la transmisión del mensaje voz a voz entre la población mencionada con el fin de ampliar la red de beneficiarios del programa. Los investigadores encontraron que el impacto de la intervención trasciende de los directamente implicados, pues estos llevaron el mensaje recibido a sus parejas y a sus redes dentro de la comunidad, lo que aumenta las posibilidades de prevenir el contagio de VIH y ETS. Esto condujo a una ganancia extra: la prevención y reducción de la violencia sexual entre la población intervenida, debido a que los sujetos aprenden a hacerse cargo responsablemente de su salud sexual y ello implica que los VIH positivos reporten su condición a sus parejas ocasionales u oficiales. Acción que no necesariamente redundará en un uso consistente del condón, pero sí permite a ambos sujetos elegir sobre la base de conocer las condiciones del encuentro sexual (Chakrapani et al., 2015).

Lane et al. (2014), analizaron el proyecto Boithato, dirigido a HSH en Mpumalanga, Sudáfrica, que apunta a aumentar el uso consistente del condón, promover la realización de pruebas regulares para los no contagiados y vincular al cuidado a los VIH positivos. Los investigadores examinaron, a partir de una encuesta básica de vigilancia, la prevalencia del virus y las conductas de riesgo asociadas. Encontraron que la prevalencia es más alta entre los HSH mayores de 25 años y que, entre aquellos con una pareja estable y quienes tenían experiencia previa de maltrato por parte de sus parejas, las pruebas regulares de VIH eran poco frecuentes. También hallaron que entre los VIH positivos pocos sabían de su estado o no se habían vinculado adecuadamente a los procesos atencionales y la terapia antirretrovi-

ral. Lo que confirma lo reportado por Tangmunkongvorakul et al. (2016), quienes afirman que en general existe muy baja adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH, y que una de las razones de ello se asocia al estigma del que puede ser víctima esta población. Postura también sostenida por Zafra-Tanaka y Ticona Chávez (2014) quienes refieren que hay una estrecha relación entre el alto nivel de estigma alrededor del VIH/Sida y la baja adherencia al tratamiento antirretroviral. Vale anotar que en este estudio la población fue de hombres y mujeres diagnosticados con VIH, y la orientación sexual no fue un criterio para la elección de los participantes. No obstante, lo traemos a colación porque da cuenta del peso social, en tanto estigma, que la enfermedad entraña por sí sola, y ello favorece la comprensión de la complejidad que supone para los HSH y las personas transgénero la cotidianidad de la vida. Además, abona el camino para discutir respecto al ingreso a los servicios de salud, cuestión de la que nos ocuparemos más adelante.

Con relación a las mujeres trans, se encuentran una variedad de estudios que exponen programas que incentivan el uso del preservativo; esto debido al riesgo desproporcionado que tienen de contraer VIH (Sevelius, 2020). Dentro de estos programas se encuentran los que se centran en el empoderamiento con relación a derechos humanos, sexuales y reproductivos los cuales resultan eficaces con relación al aumento del uso del condón (Garofalo, 2018; Sevelius, 2020); de igual manera los que se centran en la promoción de la salud y distribución de condones, con relación a esto, Sun, et al., (2015) plantean que el impacto de este tipo de programas es alto en la medida que un alto número de MT hacen uso de servicios de salud, no obstante, el estudio no afirma sino que plantea como una posibilidad el impacto positivo del programa. De acuerdo al análisis de los resultados de las diferentes estrategias para incentivar el uso del condón, se encuentra que aquellos que son liderados por población de mujeres trans tienen resultados positivos en mayor proporción.

Los anteriores estudios dan cuenta de que la preocupación por el aumento de casos de VIH es de nivel global. Sin embargo, el mayor interés se centra en lo que han denominado como “población clave”, dado que, como es la tendencia en la literatura revisada, es la población en la que estadísticamente se evidencia más alto riesgo, de ahí que los esfuerzos y las formas de intervención apuntan básicamente al mismo objetivo: disminuir la prevalencia de VIH, a partir de la promoción del uso consistente del condón y los procesos psicoeducativos que incluyen la realización periódica de la prueba del VIH. Propuesta con la que coinciden varios estudios (Garofalo et al., 2016; Tangmunkongvorakul et al., 2016; Liu et al., 2016; Shaw et al., 2016 y Wilkerson et al., 2019), en los que se argumenta que es fundamental aumentar y mejorar las técnicas y programas de intervención preventiva, tras considerar los aspectos psicosociales que animan la experiencia de la enfermedad. Esto lo afirman también Poteat et al. (2016) y Moayedi-Nia et al. (2019), al insistir en que las intervenciones deben ser colectivas y tener en cuenta las condiciones sociales (condiciones de posibilidad) de los sujetos y su impacto en la salud y la enfermedad como experiencias.

Cómo es posible notar, algunos estudios apuntan a comprender el fenómeno según se presenta en las lógicas cotidianas de ciertos sectores de la comunidad. Es el caso de Safika et al. (2014), quienes analizaron las diferencias en el uso del condón entre mujeres transgénero y HSH en Yakarta, Indonesia. Para la investigación los participantes fueron reclutados en tres escenarios: lugares de entretenimiento, salas de masaje para HSH y en las calles, especialmente en las zonas en las que los transgénero ejercen la prostitución. La investigación mostró que existe un alto índice de uso de condón (reportado por los sujetos) distribuido –por grupo– de la siguiente manera: HSH en lugares de entretenimiento 66%, HSH en salas de masaje 84% y transgénero que ejercen la prostitución (o reclutadas por bola de nieve) 83%. Sin embargo, los mismos investigadores sostienen que debido a la alta prevalencia de VIH es preciso ser cautelosos con la información recopilada, pues es probable que, en relación a los discursos elaborados alrededor del uso del condón

y la carga moral que ello conlleva, los sujetos brindan reportes falsos, aduciendo más uso que el real. Esta investigación también dio cuenta de que los síntomas depresivos y el historial de abuso físico durante la infancia y la adultez se relacionaron con menor uso del condón.

Cabe señalar que ocuparse de la individualidad, lo que implica reconocer y considerar relevante la subjetividad, es una cuestión que se presenta mayormente en estudios cuya población es reclutada por fuera de instituciones formales, es decir en *grupos sociales*. Esto porque la participación en dichos grupos tiene más de voluntario que de impuesto y las lógicas relacionales que en ellos se presentan suelen ser negociadas y aceptadas por los mismos sujetos. En otras palabras, estar por fuera de las instituciones clásicas permite el despliegue de discursos personales (íntimos) y, en consecuencia, favorece el acercamiento a la experiencia subjetiva de la sexualidad.

El problema del estigma

Goffman (1998), define tres tipos de estigma: los referentes a los defectos físicos, los entendidos como vicios y fallas del carácter, y los estigmas tribales; todos representantes de características que, al ser sobrevaloradas por los otros, anulan los demás atributos y reducen al sujeto al defecto sobresaliente, lo que dificulta la interacción y divide los grupos entre estigmatizados y normales. En el caso de los homosexuales y los bisexuales opera el segundo tipo de estigma, pues estos atañen a “pasiones tiránicas o antinaturales” (Goffman, 1998). Respecto a las mujeres y hombres transgénero, sucede algo similar, solo que sobre estos pesan, además, los estigmas que el mismo Goffman denomina “abominaciones del cuerpo”.

En todo caso, lo problemático es el impacto negativo que estas marcas imponen a la subjetividad y las relaciones intersubjetivas. Según Budhwani et al (2017) el estigma puede ser internalizado por quienes lo padecen, afectando el comportamiento individual y disminuyendo la

autoconfianza y la confianza en la pareja, lo que a la vez redundante en dificultades para negociar el uso de condón. Sostienen que, a más alto el estigma experimentado, más bajo el uso de condón y el conocimiento sobre VIH. Esto último tiene que ver con el peso de las ideologías conservadoras respecto al sexo y el género y la forma en que estas producen y reproducen discursos discriminatorios, lo que aumenta, junto a la violencia y los abusos a los derechos humanos, el riesgo de contraer VIH y, además, dificulta las posibilidades de acceso a la educación para estas poblaciones, como muestran Poteat et al. (2016), quienes sostienen que el estigma es a la vez, resultado y promotor de la violencia sexual dirigida a la población trans, mientras que para Stahlman et al. (2016), hay una relación directa entre el estigma, el estigma reproducido por miembros de la familia y amigos, la venta de sexo y el uso inconsistente o no uso del condón en las mujeres transgénero en comparación con los HSH. Sin embargo, estos autores no identificaron diferencias significativas respecto a la prevalencia de VIH entre ambos grupos.

En todas las investigaciones se insiste en que el estigma y las tribulaciones que supone (discriminación, violencia física, sexual y simbólica, deshumanización, entre otras), no pocas veces desemboca en prácticas (o conductas) de riesgo por parte de los individuos estigmatizados. Motivo por el cual Rhodes et al. (2020), exhortan desarrollar intervenciones destinadas a reducir las perspectivas negativas y los discursos antigay dirigidos a las minorías sexuales.

Estudios a nivel nacional

De manera particular, a nivel nacional, los estudios relacionados con el uso del condón y mujeres trans en Colombia se encuentran en publicaciones tipo artículos científicos e informes realizados por organizaciones no gubernamentales; los segundos en mención se encuentran en mayor proporción que los primeros mencionados. A propósito de la literatura científica, el estudio de Zea, et al. (2015) examina, en la ciudad de Bogotá, la prevalencia del VIH de mujeres

trans y hombres que tienen sexo con hombres con el fin de explorar el número de personas que conoces y desconoce su estado serológico; este estudio concluye que existe una necesidad urgente de aumentar la detección de VIH en estas poblaciones. En esta misma ciudad de Colombia, Bianchi, et al., (2014), realizaron un estudio con HSH y MT víctimas del desplazamiento; encontraron que la situación de desplazamiento generó el inicio del trabajo sexual para muchos de los participantes y que el uso del condón no se realizaba por desconocimiento del VIH y también por recibir dinero adicional del cliente.

Adicional a lo anterior, se encuentra que las organizaciones no gubernamentales realizan financiaciones a organizaciones de base comunitaria para la generación de informes con relación a la situación de vulneración de derechos humanos. Dentro de los temas que se desarrollan se encuentra el no uso del condón como una vulneración al derecho sexual de las MT.

Las producciones subjetivas en el centro del debate

Se precisa partir del reconocimiento de la sexualidad como una experiencia no reductible al mero acto físico o biológico sino dotada de una alta carga simbólica, cultural y afectiva, llena de significado y anudada a lo historizado y encarnado por los sujetos, producto de su relación con la estructura social y las relaciones intersubjetivas de ahí resultantes. En el caso de la población referida este reconocimiento se hace más problemático fundamentalmente por la negativa persistente en la sociedad para asumirlos como sujetos de derecho capaces de definir la forma en que presentan, conducen y viven su cuerpo y su sexualidad. Dicho desencuentro redundante, como se mostró antes, tanto en violencia simbólica (segregación, discriminación y violación a los derechos humanos en general) como en violencia física (abusos sexuales, agresiones y persecución, entre otros). Estos aspectos son prolijamente descritos, pero notoriamente descuidados en los estudios referidos, pues no se ocupan de las representaciones,

creencias y valores condicionantes de la experiencia sexual en los HSH y las mujeres trans, es decir, no tienen en cuenta la subjetividad de quienes fungen como objetos/sujetos de investigación. Lo que supone una tarea ineludible para futuras investigaciones. Cuestión sobre la cual ya otros estudios han llamado la atención, como Kerr et al. (2014) quienes hallaron que las condiciones de desventaja social producen representaciones negativas a propósito de la sexualidad, la salud y la enfermedad, lo que redundo en la producción de sistemas de creencias no siempre acordes con la realidad, y dificulta la asunción de medidas protectoras por parte de los sujetos. Estos investigadores instan a conocer la organización subjetiva existente tras las prácticas sexuales. En otras palabras, invitan a reconocer y dar lugar a la palabra, las experiencias y las representaciones de quienes fungen como sujetos en las investigaciones a propósito del tema en mención.

Las investigaciones también dejan ver que los sujetos conocen las prácticas sexuales riesgosas y sus posibles consecuencias y, aun así, ello no garantiza el uso consistente del condón. Aunque se intenta conocer los *porqués* de tales prácticas rara vez se pasa a considerar el trasfondo de dichas motivaciones, es decir, se desconoce el lugar de la subjetividad en la experiencia de la sexualidad. Es por ello que para nosotros resultó relevante abordar el estudio de los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en “población clave”, pues, entendemos que estos sentidos se hallan en la relación dialéctica existente entre individuo y sociedad. En concordancia con el panorama referido, el presente capítulo responde al objetivo de *analizar los sentidos construidos alrededor del uso y no uso del condón en relación con el VIH en población de mujeres transgénero y hombres que tienen sexo con hombres en las ciudades de Cali y Medellín.*

Algunas consideraciones metodológicas

Los principios mencionados en la primera parte del libro, a saber, singularidad, dialogicidad y constructivo interpretativo (González Rey, 2007, 2010, 2017) tienen coherencia con las formas de construir conocimiento desde las epistemología trans (Stone, 2015; Solá, 2014) y teorías críticas constructivistas. Esto en la medida que la primera permite, desde diálogos horizontales, reconocer y dar la voz de la población participante como acto de reconocimiento de sus saberes, reconstruyendo las realidades a través de la propia existencia en donde la persona transita (trans) por distintas posiciones sociales. El punto de intersección de los principios mencionados con las teorías críticas constructivistas radica en el lugar que ocupa el investigador en el proceso de construir conocimiento; un lugar activo y dialéctico con la realidad que investiga.

Lo anterior denota la importancia del equipo de investigación, pues son sus miembros quienes dan solución a las vicisitudes emergentes durante el proceso y eligen las técnicas de recolección de datos de acuerdo a las características del objeto de estudio y de los participantes. Así pues, y siguiendo los mentados parámetros, durante la presente investigación tomamos la decisión usar diferentes instrumentos, en tanto estos deben ser provocadores de producciones subjetivas, ya que no se trata de caer en la “trampa” de la pregunta-respuesta, sino generar un espacio de confianza que permitiera que los y las participantes expresarán sus experiencias, sentires y posicionamientos. En esta medida, los instrumentos que sirvieron de provocadores fueron: la observación participante, el desarrollo de grupos focales, dinámicas conversacionales y las entrevistas en profundidad. Así, atendiendo las características de cada grupo participante, se utilizaron instrumentos de manera diferencial.

La disposición de las MT al encuentro dialéctico, hablar y ser escuchadas, permitió la realización de un grupo focal y otras dinámicas

conversacionales, ambos instrumentos abiertos que dan cabida a las múltiples expresiones que se puedan presentar durante el espacio de recolección de la información. Por su parte, y de manera contraria a las MT, los HSH demandaron anonimato y mostraron ser un poco más prevenidos para abordar el tema de la sexualidad; razones por las cuales con ellos se emplearon entrevistas a profundidad con el fin de recolectar la información.

La observación participante dirigida a cotidianidad de las MT tuvo lugar particularmente en Santamaría Fundación (SF) y distintos eventos culturales de la comunidad LGBTI de la ciudad de Cali. En la ciudad de Medellín, debido a la pandemia por COVID-19, no fue posible valernos de la observación participante, ni usar grupos focales como técnica. Entre las dos ciudades se realizaron dinámicas conversacionales con un total de 20 MT; 11 en Medellín y 9 en Cali. Para el ingreso a SF una persona cercana a una de las investigadoras del proyecto sirvió de “portero”. Este hombre facilitó el encuentro entre el equipo de investigación y la directora ejecutiva de la Fundación durante un evento público de la comunidad LGBTI en la ciudad de Cali. En este espacio se concertó una cita en las instalaciones de SF. Durante dicha reunión se presentó el proyecto y se estableció un espacio de diálogo que permitió escuchar, entre otras, las incomodidades e inconformidades que producidas a las MT desde la academia, en razón, según afirmaron de que en dichos procesos, los investigadores no pocas veces instrumentalizan a las participantes; obtienen información, dan cuenta de sus resultados y se marchan sin brindar contraprestación alguna. Ante estas críticas el equipo de investigación fue receptivo y se comprometió a problematizar aspectos planteados en el proyecto que pudiesen resultar conducentes a la patologización, el juzgamiento y la reproducción de estigmas dirigidos a la población trans, a saber, la connotación de “población clave” y la relación entre mujeres trans y VIH.

Posterior a este primer encuentro, se realizaron jornadas de trabajo para la construcción de los instrumentos (del grupo focal y dinámicas

conversacionales), los cuales se consolidaron en, aproximadamente, dos encuentros mensuales durante cuatro meses. Sumado a esto, el equipo de investigación participó de reuniones programadas por SF, en donde se discutieron temas como: la construcción de propuestas de investigación e intervención en conjunto y aspectos relacionados con el modelo psicosocial de la Fundación, entre otros. De igual manera, el equipo de investigación asistió a espacios institucionales como Entre Pares que hace parte de una estrategia psicosocial de la Fundación, y a encuentros informales realizados por la Fundación, como, festividades de fin de año y espacios de esparcimiento y fortalecimiento de vínculos. Cada uno de estos espacios compartidos permitió el (re)conocimiento de las experiencias de vida y expresiones de las mujeres trans, cuestiones relevantes para profundizar en distintos temas y aspectos durante las dinámicas conversacionales que tuvieron lugar a lo largo del ejercicio investigativo.

Realizamos un grupo focal en la ciudad de Cali, el encuentro se dio en la Santamaría Fundación y contó con la participación de un grupo de quince mujeres trans, con quienes debatimos alrededor de la salud sexual, el uso y no uso del condón y las ITS. Esto por medio de dramatizados (ver instrumento del grupo focal en el anexo A). Esta estrategia metodológica fue sugerida por las mismas mujeres trans. Esta escenificación favoreció el uso de la expresión corporal como lenguaje que evoca, produce y reproduce discursos, saberes y experiencias. Vale la pena mencionar que la puesta en escena hace parte de las realidades y representaciones de vida trans (téngase en cuenta las personas transformistas), en tanto el escenario permite la agencia del propio cuerpo y expresión en medio de un sistema binario y heteronormativo que pretende el control sobre los cuerpos (Ziga, 2014).

Estos ejercicios performativos son ampliamente utilizados desde enfoques feministas y transfeministas, en espacio de co-construcción del conocimiento junto con la población LGBTIQ+. De acuerdo a Torres (2014), el ejercicio performativo permite deconstruir patrones de

normalidad que están grabados en la sociedad, por lo tanto, por medio de la performatividad se coloca en jaque los patrones, el control que ejerce la supuesta normalidad.

A este grupo focal asistieron 15 mujeres trans; su participación fue activa y comprometida lo que enriqueció las discusiones y favoreció un acercamiento profundo a las distintas experiencias de placer y sufrimiento que animan su cotidianidad. Este encuentro tuvo una duración de cinco horas (de 11 a.m. a 4 p.m.) y fue grabado en audio, previa autorización de las participantes. Las grabaciones fueron transcritas en su totalidad para posteriormente codificar y analizar la información en ellas recabada.

Sumado a lo anterior, con las MT de Cali y Medellín se realizaron dinámicas conversacionales de manera presencial y virtual. En total se realizaron 20 encuentros de dinámicas conversacionales (10 en Cali y 11 en Medellín), cada una con duración de dos horas aproximadamente (ver instrumento en el anexo B). Los datos sociodemográficos de las participantes se encuentran consignados en el anexo C.

Vale anotar que con los participantes HSH no fue posible ni la observación participante ni la realización de grupos focales, entre otras, debido al interés de estos por mantenerse en el anonimato, evitando hacer públicas su opiniones y experiencias respecto a los temas estudiados. Con este grupo la información se recolectó por medio de entrevistas en profundidad.

En total se aplicaron 21 entrevistas en profundidad (11 en Cali y 10 en Medellín. Para ver las características sociodemográficas, ir al anexo D) orientadas a conocer la experiencia de la sexualidad y la afectividad en la población estudiada, teniendo en cuenta cómo estas se relacionan con las prácticas de protección y riesgo puestas en acción por los participantes; y la incidencia mutua entre dichas prácticas y la vida cotidiana en general (ver formato de entrevista en el anexo E).

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 70 minutos, fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad.

En resumen, en lo que respecta a la metodología, la investigación se desarrolló en cinco momentos (el primero y el quinto se realizaron de manera transversal a todo el proyecto):

1. *Revisión bibliográfica*: Rastreo de estudios en diferentes regiones del mundo, buscando establecer analogías que favorecieran la comprensión de la experiencia subjetiva que configura las prácticas sexuales de riesgo, los motivos, causas y obstáculos frente al uso y no uso de preservativo en población de mujeres trans y HSH. Este momento fue transversal a todo el proyecto de investigación, cuestión que permitió la discusión de los datos del trabajo de campo con los datos teóricos de manera constante.
2. *Acercamiento y consolidación de confianza con la población de mujeres trans*: por medio de reuniones presenciales se realizó un acercamiento a Santamaría Fundación, organización de base comunitaria que permitió la apertura al conocimiento de las experiencias de vida trans y que posibilitó el encuentro con participantes para la realización del grupo focal en Cali y las dinámicas conversacionales en Cali y Medellín.
3. *Diseño de los instrumentos*: junto con el equipo de SF se construyeron ejes de discusión sobre el uso y no uso del condón para el grupo focal y dinámicas conversacionales.
4. *Trabajo de campo*: realización de grupo focal, dinámicas conversacionales y entrevistas en profundidad. Una vez recolectada la información se enviaron las grabaciones a transcripción, solicitando a quienes las transcribieron la confidencialidad de los datos y la eliminación de cualquier elemento que permitiera identificar a los y las participantes.

5. *Análisis de la información del trabajo de campo*: a medida que se realizaba trabajo de campo (grupo focal, dinámicas conversacionales y entrevistas), se programaron reuniones semanales entre los investigadores para clasificar la información recabada. Esto permitió avanzar en el análisis y la identificación de categorías y ejes emergentes; se discutieron y definieron algunos temas y subtemas de análisis, relacionados con las categorías del proyecto (Hill, Thompson y Williams, 1997; Pantalone, et al., 2020). Estos temas corresponden a los desarrollados en el presente apartado y se pueden observar en la tabla 1 en la cual se presenta el proceso de análisis de la información de las mujeres trans.

En la tabla 2, correspondiente a las categorías y temas resultantes de la información recabada respecto a los HSH se presenta una variación respecto a la presentación de los resultados; estos se agruparon en un tema macro: *producciones subjetivas respecto al uso y no uso de condón*, y en dos apartados que tratan de manera transversal las categorías centrales de nuestra investigación.

Para este análisis de la información se utilizó el programa de análisis de información cualitativo Nvivo V.12.

Tabla 1. Categorías, temas y subtemas del análisis de la información de las mujeres trans.

Categorías	Tema	Subtemas
No uso del condón	Sobre la “educación” sexual	<ul style="list-style-type: none"> · Educando la sexualidad: la institución educativa y la familiar · El posicionamiento familiar respecto a la sexualidad.

Categorías	Tema	Subtemas
No uso del condón	Flexibilización del uso del condón	<ul style="list-style-type: none"> · Sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad · Las culturas del no uso del condón: el porno y la religión · La atracción, la excitación, el consumo de alcohol y drogas
	El sexo oral	<ul style="list-style-type: none"> · La práctica sexual “socialmente exonerada” del uso del condón
	La coerción social	<ul style="list-style-type: none"> · La imposición de la pareja sexual (el cliente, novio/esposo/amigo “con derechos”) y del mercado que promueve el no uso del condón
Estrategias de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento frente al no uso del condón	<ul style="list-style-type: none"> · Acudir a servicios de salud. · Acudir a personas cercanas u organizaciones de base comunitaria para buscar asesoría. · No asumir el cuidado sobre sí mismas.
Uso del condón	El autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> · La familia consanguínea y social en el autocuidado · La experiencia ajena de una ITS

Fuente: Elaboración propia (2021).

Tabla 2. Categorías, temas y subtemas del análisis de la información de los HSH.

Categorías	Temas	Subtemas
Estrategias de afrontamiento	Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la salud • Tratamiento de la enfermedad
	Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Qué se entiende por cuidado y autocuidado respecto a la salud sexual y reproductiva • Prácticas de autocuidado • Prácticas de riesgo
	Mitos y creencias	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la salud sexual, las ITS, el VIH • Respecto al uso (no uso) de condón
Uso y no uso del condón	Sobre el condón	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento al respecto • Adquisición del condón • Uso de condón (motivos y causas) • No uso de condón (motivos y causas)
	Comportamientos sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación previa al encuentro sexual • Negociación del uso de condón • Pareja estable Vs pareja ocasional • Prácticas de riesgo Vs prácticas de cuidado y autocuidado
	Relaciones de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones para establecer vínculos afectivos • Demanda a la pareja • El romance en el encuentro sexual • La fidelidad como pilar • La confianza como aspecto clave del cuidado y el autocuidado

Fuente: Elaboración propia (2021).

En coherencia con la premisa de reconocer las voces de los y las participantes situando sus aportaciones en un lugar protagónico, y siendo consistentes al atender los planteamientos de la *epistemología cualitativa*, particularmente al resaltar la voz y experiencia del investigador dentro de la producción de conocimiento, se decidió presentar en primera persona las experiencias que dieron vida al escenario social de la investigación, lo cual hace referencia al detalle de la inmersión en el trabajo de campo y de las formas cómo se afrontaron las tribulaciones siempre presentes.

Sumado a lo anterior, esta elección de escritura es tomada debido a que el acercamiento con la población trans nos permitió conocer perspectivas diferentes para situar, dentro de los análisis de los hallazgos, el saber de las narrativas de los y las participantes desde una posición tan válida como la biográfica-teórica. En coherencia con esto, es preciso mencionar que en los últimos quince años la perspectiva transgénero (Cabral, 2006) y epistemologías trans (Stone, 2015) toman posicionamiento tanto en lo social –dentro del movimiento LGBTI, en particular el feminista y trans– y plantean la importancia de dar cabida a las experiencias de quien investiga y de los participantes en cada uno de los espacios (formales e informales) donde se tiene el encuentro. En coherencia con la perspectiva trans, es pertinente que la investigación otorgue un papel central “a la agencia de las personas trans participantes en la construcción de conocimientos, involucrando activamente los modos en que significan narran y politizan su propia experiencia” (Ramírez, 2015, p. 141).

Se reconoce que los espacios de producción del conocimiento trascienden los previamente organizados y controlados por los investigadores, es decir que, la producción de información para su posterior análisis puede emerger de manera espontánea en encuentros de diversa índole y que trascienden los meramente académicos.

Limitaciones del estudio

Sobre las limitaciones y el alcance de este estudio vale anotar lo siguiente, el tamaño de la muestra no permite hacer generalizaciones; esta fue por conveniencia e intencional, además que fue una participación voluntaria y por estrategia bola de nieve, esto es algo que ocurre con mucha frecuencia en estudios con población trans y HSH tal como lo muestran los otros estudios (Bao, et al., 2016; Degtyar, et al., 2016; Ávila et al., 2017).

En ese orden de ideas, es importante aclarar que nuestra muestra presenta un alto grado de homogeneidad, lo que a su vez se relaciona con las dificultades de acceso a la población estudiada, pues como referimos en el método, los y las participantes procuran no sentirse utilizados o fetichizados por los discursos e investigadores provenientes de la academia. Otros, con el objetivo de proteger su identidad se resisten a participar de este tipo de investigaciones, cuestión muy evidente en el caso de los HSH.

Posteriormente nos encontramos con lo que, en principio, parecía un obstáculo, la pandemia por COVID-19; no obstante, esta, paradójicamente, jugó a favor de la investigación, pues, aunque nos condujo a hacer cambios en el cronograma y precisamos pasar de entrevistas presenciales a virtuales, fue precisamente esa modalidad de encuentro la que permitió una mejor relación de los participantes HSH con la investigación, pues, notaron que la virtualidad podía ser garante de su deseado anonimato. Ahora bien, en el caso de las MT, la cuestión fue más compleja, pues la cuarentena en respuesta a la pandemia, afectó notablemente los ingresos y la calidad de vida de estas mujeres, por lo que atender a nuestro llamado como investigadores no era (con razón) una prioridad.

Vale anotar, además, que la mentada homogeneidad de los y las participantes no permite hacer un análisis desde la interseccionalidad,

dado que la técnica de bola nieve nos condujo en mayor medida a reclutar sujetos que se autoreconocen como blancos/mestizos, limitando esto nuestras posibilidades de atender el componente étnico-racial como un elemento a considerar en este trabajo. Reconocemos también que hay otros discursos y saberes de orden sociocultural relevantes para comprender el fenómeno estudiado, sin embargo, al no haber surgido en nuestras entrevistas, no son tenidos en cuenta, más no por ello desconocidos.

En tanto el proyecto macro que da lugar a este texto surge de una convocatoria sobre salud, “heredamos” la categoría HSH como central dentro de la investigación; pretendimos tener una representación amplia de las diferentes variantes de dicha categoría, no obstante, en la fase inicial fue difícil debido a la resistencia, posterior a la llegada de la pandemia por COVID-19, lo difícil del acceso a la población y la estrategia de recolección usada, se obtuvo una mayor población que se autorreconoce como homosexual, y en menor medida población bisexual, heterosexual u otra. Manifestando esto no queremos que se relacione la categoría HSH con la homosexualidad como única forma.

Por último, lo relacionado con el sesgo de deseabilidad social que en una primera instancia, se esperaba superar con un trabajo de campo con mayor presencia, pero la pandemia y sus medidas de aislamientos hicieron que se reorganizará el trabajo de campo y con ello apoyarnos en las Tics, que si bien ya han sido usadas y probadas, imponían un desafío mayor. La mayor limitación se presentó con relación al trabajo de entrevistas con los participantes HSH, ya que se perdía esa posibilidad –en la entrevista presencial– que emerge luego que se *apaga la grabadora*. Las primeras entrevistas realizadas de manera tradicional, favorecieron la recolección de información valiosa, emergente justo después de dar por terminada la entrevista. Al apagar la grabadora, no pocas veces surgían relatos que antes no habían tenido lugar o a los que solo se habían aludido tímida y lacónicamente. La presencialidad favorece el encuentro post-entrevista, mientras que la videollamada, gracias,

entre otras, a la formalidad que le asiste, limita dicho encuentro a una despedida cortés acompañada de agradecimientos, pero que pocas veces da lugar a nuevas conversaciones y narrativas.

Construcción del escenario social de la investigación

Acercamiento a la población trans

La realización de una investigación con participantes que viven su sexualidad por fuera de la normatividad binaria lleva consigo un arduo trabajo de deconstrucción de conceptos y formas de ver y comprender la sexualidad. Esto trajo consigo desafíos para el equipo de investigación; a continuación, contamos cuáles:

El inicio del trabajo de campo se realizó por medio del contacto en instituciones públicas (oficinas de Equidad de Género) y de la participación en eventos públicos –en su mayoría culturales– convocados por la población LGBTI. Sobre el primero en mención, las citas no cumplidas por parte de los funcionarios y la ausencia de respuestas, nos marcaban obstáculos en el camino al encuentro con los y las participantes de nuestro estudio. Por otro lado, la participación en eventos LGBTI, nos permitía conocer, de manera paulatina, los posicionamientos de la población frente a la academia y la sociedad en general, como también las diferentes formas de expresarse (lenguaje verbal y no verbal). De igual manera, empezamos a diferenciar las características de los tipos de participantes del proyecto, pues, la categoría HSH no la oíamos nombrar por fuera de la categoría “gay”. Los sucesos nos mostraron que debíamos ser cuidadosos en el momento de diferenciar las realidades trans de la gay y de la HSH. Por lo tanto es, desde este momento, que el equipo de investigación decide separarse y consolidar dos grupos: uno para trabajar el campo con HSH y otro con MT. Empero, manteniendo siempre contacto constante para compartir hallazgos, posicionamientos, desencuentros y dificultades, en pro del debate, la crítica constructiva y el apoyo constante.

Después de aproximadamente dos meses de búsqueda de contactos, que permitieran entablar un puente de comunicación con mujeres trans y hombres que tienen sexo con hombres, se estableció el vínculo con una Fundación de base comunitaria de mujeres trans: Santamaría Fundación. En un evento público, un conocido de uno de los investigadores fungió como puente y nos presentó ante la Directora Ejecutiva de la mencionada Fundación; ella accedió a programar un encuentro para conversar respecto al proyecto con todo su equipo de trabajo. Haber obtenido dicha cita representaba sin duda, un importante logro, pues no es fácil que desde la academia (en tanto investigadores) se establezcan vínculos directos de discusión con la población trans. Esto se logra en la medida que alguien de confianza de la población establezca el primer contacto y haga las veces de *portero* y/o *padrino*.

Ahora bien, en este punto cabe preguntarnos, ¿Por qué resulta tan complicado que desde la academia se consoliden espacios de discusión y reflexión con la población LGBTI? Esto tiene que ver con el agotamiento de dicha población frente a los sentimientos de instrumentalización y/o cosificación que surgen cuando tienen lugar las investigaciones de las que son “objeto”. El desdibujamiento de las historias y experiencias de vida LGBTI y la posición jerárquica desde la verticalidad en la cual se ubica el campo científico frente a la población son algunos aspectos que dificultan el contacto y establecimiento de confianza entre la academia y comunidad LGBTI.

Atendiendo estas razones y reconociendo el valor de dichas quejas, se establecieron unos “mínimos de convivencia” en pro de la alianza que iniciaba; el equipo de investigación se propuso asumir una ontología por fuera de la instrumentalización –que no pocas veces caracteriza la academia–, de la patologización –que suele caracterizar a todo aquel que se inscribe ciegamente en la lectura de la sociedad bajo categorías totalizantes–, y que permitiera un diálogo horizontal, en donde las voces de los saberes populares y académicos se unieran hacia la reflexión de sus realidades.

El ingreso al campo. Infidencias de la experiencia investigativa con población de MT

Como bien se mencionó líneas atrás, la inmersión en el campo con mujeres trans se consolidó después de un largo proceso de acercamiento paulatino a las dinámicas y espacios trans. Al iniciar la investigación, teníamos dos opciones para entablar contacto con las participantes: el primero es el más usado en los estudios sobre la salud sexual con población trans; este camino consistía en instrumentalizar a las participantes, yendo a zonas de “paradas” para ofrecer dinero a cambio de levantar información por medio de una sola entrevista. La segunda opción, la cual fue por la que optamos, consiste en acercarnos a la población por medio de una Fundación con el objetivo de construir vínculos y tener la posibilidad de diálogos constantes. La elección de esta última opción favoreció la calidad de la información dado que resultó de un proceso paulatino basado en la confianza, el respeto y la solidaridad mutuos.

Una vez discutido el proyecto y aprobado por el equipo de trabajo de la Fundación, un siguiente momento consistió en ajustar las afirmaciones académicas, planteadas en la formulación del proyecto de investigación; recordemos aquí que muchas de estas afirmaciones iniciales desconocían las realidades de la población. Consentir las sugerencias del equipo de trabajo de SF y re-plantear algunos puntos del proyecto, fue el cimiento de la alianza que se consolidaba.

En concordancia con lo anterior, haber contado con el acompañamiento de Santamaría Fundación para el trabajo de campo permitió la comprensión del lenguaje, expresiones y las experiencias trans por fuera de la patologización. Esto se logró por medio de un proceso “transformador”, el cual en retrospectiva puede ser visto como un proceso al cual el equipo de investigación encargado del trabajo con MT, fue sometido mediante reuniones y diálogos constantes antes, durante y después de la construcción de ejes que sirvieran para reca-

bar información en las dinámicas conversacionales y grupos focales. En cuestiones temporales, este proceso tomó alrededor de siete meses; este fue un proceso que obedeció a los tiempos del trabajo colectivo de la Fundación. Durante el proceso “transformador”, decidimos en conjunto (entre el equipo de SF y el académico) que la orientación del grupo focal con MT debía llevarlo a cabo una persona en la cual las mujeres depositaran alto grado de confianza. Es así como Debra Skenassy (La Madre) entró a formar parte del equipo de investigación, por medio del liderazgo del trabajo de campo de las MT.

Antes de realizar el grupo focal, los investigadores académicos ya llevábamos algún tiempo frecuentando la Fundación, conociendo el lenguaje y expresiones trans. Esto permitió que, durante el grupo focal y las posteriores dinámicas conversacionales, tuviéramos una mejor comprensión de sus realidades y mayor confianza para contra preguntar. La citación al grupo focal fue realizada a nombre de SF; esta invitación se realizó de forma telefónica y vía Whatsapp.

El grupo focal se llevó a cabo en la sede de Santamaría Fundación, ya que representa un espacio conocido y “seguro” para las participantes, en donde se sienten cómodas y confiadas de que sus expresiones y discusiones no son criticadas ni sancionadas. Aquí nos reunimos con un grupo de 15 MT aproximadamente, quienes compartieron en un espacio de conversación y dramatización sus experiencias sobre: el uso no uso del condón, experiencias en los servicios médicos, el acceso o no a servicios de salud y, de manera general, la forma en que se le presenta la vida a una MT.

En este punto es importante mencionar que en el grupo focal se invitó, de manera reiterativa, a que las participantes compartieran historias de sus hermanas y compañeras. Esto en la medida que la voz de cada una de ellas representa y porta historias colectivas, es decir que no hablan en nombre propio sino de un colectivo. Metodológicamente, podríamos contemplar que esta posición de portadoras de historias

colectivas genera una ampliación de la muestra. Es decir, las participaciones del grupo focal no sólo dan cuenta de las mujeres que asistieron al grupo focal, sino que representan también las historias de aquellas que son nombradas en el marco de las anécdotas relatadas.

Como bien se ha mencionado líneas atrás, adicional a lo anterior, el trabajo de campo con MT se desarrolló por medio de observaciones participantes y dinámicas conversacionales. Las primeras en mención fueron llevadas a cabo en las instalaciones de SF. Con relación a las dinámicas conversacionales, debido a las restricciones por la pandemia del Covid-19, estas fueron desarrolladas de manera virtual y en los casos donde las herramientas tecnológicas se presentaban como un impedimento para la comunicación se realizaron de manera presencial. El contacto con las participantes de las dinámicas conversacionales, se realizó de la siguiente manera:

1. Junto al equipo de SF y sus aliadas en Medellín seleccionaron una muestra de MT a partir del criterio fundamental de selección: ser mujeres que se identifican como trans. Además, se buscó la heterogeneidad de la muestra a propósito de la edad (personas jóvenes, adultas y adultas mayores), el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la ocupación y la raza (autopercebida).
2. El equipo de SF y sus aliadas en Medellín realizaron el primer contacto con las participantes seleccionadas con el fin de invitarlas a participar del estudio.
3. El equipo de SF y sus aliadas nos entregaron el listado de participantes al grupo de investigación de la Universidad.
4. Nos comunicamos con las participantes del listado en un primer momento para realizar la presentación del proyecto, del objetivo del encuentro (virtual), del consentimiento informado, el cual lo grabamos vía telefónica. En esta misma llamada, programamos el encuentro por video llamada para realizar la conversación.

En este punto es pertinente mencionar que, como equipo de investigación, tomamos la decisión de solicitar sugerencias de participantes por fuera de las ofrecidas por la Fundación, esto debido que por medio de las participantes de los listados se estaba llegando a la saturación de información.

Nos comunicamos por vídeo llamada para realizar la entrevista. Para aquellas participantes que no contaban con internet, se realizó una recarga telefónica para tener acceso a datos.

Las dinámicas conversacionales por vídeo llamada las realizamos en un período aproximado de cuatro meses. Cada una de estas tuvo una duración promedio de dos horas; la extensión da cuenta de la expresión anecdótica de las MT, la cual llevó al abordaje del tema sobre la salud sexual, el uso y no uso del condón, como también de otros temas como aspectos relacionados con la familia, la educación, la salud mental, entre otras. Se espera que, en el futuro, estas informaciones sean tema de publicación. Cabe resaltar que al finalizar la conversación, donde se abordaron los ejes del instrumento, se preguntó a las participantes, de manera puntual, unos datos sociodemográficos. Estos se encuentran en el anexo C.

El ingreso al campo. Infidencias de una experiencia investigativa con población HSH

A mediados de 2018 fui invitado por el investigador principal a participar como coinvestigador bajo la figura de estudiante de doctorado. Pese a que antes no había trabajado los temas centrales de esta investigación, mi interés por la subjetividad y los procesos salud-enfermedad-atención (SEA) me animaron a ser parte del equipo.

Entre otras tareas, se me encomendó la de entrevistar a los participantes HSH. Una población difícil de contactar, pues, como ya hemos mencionado, prefieren mantener sus experiencias en ámbito de lo

íntimo y lo privado; bien porque se sienten utilizados por los investigadores, bien porque les resulta insulso referirse a los temas sugeridos. Estas razones suelen tener como trasfondo una de mayor peso: muchos HSH no se consideran ni se definen como homosexuales ni bisexuales; de hecho, tienen relaciones heterosexuales formales, por ello temen padecer el estigma del que son víctimas las personas con orientación sexual diversa y las implicaciones que ello conlleva. No obstante, gracias al contacto con la Fundación Santamaria y a los demás investigadores fue posible conformar la muestra pertinente. El contacto previo fue hecho por los otros miembros del equipo de investigación, quienes posteriormente propiciaban el encuentro entre los participantes y yo. A partir de ahí solía mantener una conversación inicial para establecer una suerte de rapport. Esta giraba en torno a la explicación de los motivos de la entrevista, los puntos que en ella se tratarían y el uso que le daríamos a los datos. El objetivo principal siempre fue que los sujetos conocieran que detrás de nuestro interés como investigadores sociales, nos asiste una postura ética y una sensibilidad social y crítica que nos compele a proponer formas de desmitificar esas otras formas de la sexualidad y el amor que padecen los embates del señalamiento y el estigma. Operando bajo esta lógica, fue posible establecer un vínculo sólido con dos miembros de la comunidad dispuestos a apoyarnos, no solo respondiendo la entrevista, sino, además, mejorando el instrumento y contactando algunos HSH que podrían ser participantes también. Así pues, fue mediante la estrategia de bola de nieve que logramos completar nuestra muestra.

En principio pude hacer las entrevistas de manera presencial previo contacto telefónico con los participantes. Siempre se mostraron dispuestos y atendieron la invitación de buena manera: una entrevista tuvo lugar en mi residencia y otras dos en centros comerciales de Cali. Estas entrevistas las aplique entre finales de febrero e inicios de marzo de 2020. Finalizando marzo, con la llegada de la pandemia producto del COVID-19 el proceso tuvo algunos cambios, cambios que en princi-

pio fueron negativos en tanto se complicó de nuevo la consecución de los entrevistados, pues entre la incertidumbre y la angustia por la que pasamos como sociedad era complicado encontrar personas interesadas en ayudar en una investigación de índole académica. Sin embargo, la constancia del equipo investigativo y el compromiso de los colaboradores nos condujo a desarrollar otras formas de encuentro, por lo que las entrevistas pasaron a ser virtuales, a través de la plataforma zoom. Antes de esta transición evaluamos como equipo su pertinencia, verificando que esta modalidad no compromete ni la cantidad ni la calidad de los datos empíricos recabados y nos permitía responder a los objetivos propuestos. Además, resultaba garante del anonimato de los HSH participantes. (incluir referencias de otros estudios al respecto). En ese orden de ideas, la coyuntura mencionada jugó a nuestro favor.

En medio de esas condiciones, retomé el contacto con los sujetos participantes. La lógica inicial se mantuvo igual: un primer contacto vía telefónica, algunas conversaciones vía Whatsapp en las cuales despejaba dudas y recalca los puntos centrales de cada entrevista, para posteriormente definir fecha y hora en la cual esta tendría lugar.

En general las conversaciones con los HSH siempre me resultaron complejas, no por falta de disposición o interés de su parte, sino por la dosis de angustia que supone “escudriñar” en la vida íntima de los otros, más cuando la intromisión remite la sexualidad y más aún cuando dicha sexualidad no responde a los cánones heteronormativos. No ser experto en el campo me condujo a preguntarme *qué, cómo y cuándo* preguntar (más allá de las preguntas propuestas en el instrumento). El temor a hacer preguntas y/o afirmaciones inadecuadas, salidas de tono o que reflejaran algún prejuicio que como hijo de la cultura pueda encarnar, estaba siempre presente; sin embargo, gracias a que había sido franco respecto a mi desconocimiento y mi interés por aprender de primera mano a partir de sus experiencias, siempre encontré de su parte apoyo, generosidad y gratitud por ofrecerles un espacio de interlocución en el que sus historias tienen gran relevancia.

Así pues, las entrevistas se convirtieron en un espacio de escucha y aprendizaje compartido. Para algunos dicho espacio resultó catártico, puesto que les permitió reencontrarse con partes de su historia olvidada, con eventos reprimidos y con experiencias que precisan ser resignificadas. Nunca se les pidió encender su cámara, esa siempre fue una elección; muy pocos lo hicieron. Mi cámara siempre estuvo encendida, para devolver a estos hombres la mirada como forma de reconocimiento en tanto sujetos de derecho.

Resultados

Producciones subjetivas respecto al no uso del condón: El caso de mujeres trans de Cali y Medellín

A continuación, se presentan los resultados de investigación relacionados con las producciones subjetivas, asociadas al no uso del condón, de las mujeres trans de Cali y Medellín. A lo largo de la presentación de estas informaciones, el lector podrá encontrar fragmentos de información que sustentan la singularidad expresada por las participantes y con esto el soporte del análisis de la individualidad de cada expresión en relación con dinámicas sociales y estructurales que permean el no uso del condón.

A modo de contextualización, a continuación se presenta una descripción de los datos sociodemográficos de las participantes. Del total de las participantes (n=33), el 51,5% (n=17) han ejercido el trabajo sexual en algún momento de sus vidas (6 de manera virtual por medio del ejercicio webcam y 11 por medio del trabajo sexual de calle); de estas, en la actualidad lo ejercen 14; las ocupaciones actuales más frecuentes son el estilismo (21,2%, n=7) y la defensa de los derechos humanos (21,2%, n=7). Con relación al máximo nivel educativo alcanzado, el 21,2% (n=7) no finalizó la educación básica, el 27,2% (n=9) concluyó el bachillerato, el 21,2% (n=7) completo el nivel técnico o

tecnológico, el 15,1% (n=5) tiene un pregrado incompleto y el 15,1% (n=5) culminó el pregrado. En cuanto al nivel socioeconómico, el 93,4% (n=31) se encuentra en los estratos 1, 2 y 3, de manera desahregada esto corresponde al 24,2% (n=8) en estrato 1, estos mismos valores para el estrato 2, el 45,4% (n=15) en el estrato 3, mientras que tan solo el 6% (n=2) se ubica en el estrato 5 (ver anexo C, la tabla de datos sociodemográficos).

Las características sociodemográficas expuestas, junto con los trechos de información que se encontrará a lo largo de este apartado, evidencian una coincidencia con relación a las condiciones sociodemográficas de mujeres trans, expuestas en estudios de diferentes partes del mundo (Degtyar, et al., 2016; Truong, et al., 2017; Arjee, et al., 2020). Tanto en estos estudios como nosotros, afirmamos que factores como el nivel socioeconómico, la escolaridad, la identidad de género, entre otros, generan desigualdades (dificultad y en la mayoría de los casos imposibilidad de acceder al derecho a la salud, la educación, el empleo formal y con garantías, la vivienda, entre otros) que hacen vulnerables a las mujeres trans a factores que colocan en riesgo su salud.

De esta manera, se expone en un primer momento, la discusión sobre la “educación” sexual que vivenciaron las participantes; en este punto se distingue, el papel de las instituciones educativas y familiares. Seguido a esto, se desarrolla un apartado sobre la *flexibilización del uso del condón*, aquí se plantea la discusión sobre 1) la forma de vivir la sexualidad en la adolescencia (“sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad), 2) ciertas culturas que promueven de una u otra manera el no uso del condón (el porno y la religión), 3) la atracción, la excitación y el consumo de alcohol y drogas, 4) el sexo oral, la práctica sexual en la cual el índice del uso del preservativo disminuye notablemente y 5) la discusión sobre la coerción social en donde las parejas sexuales de las mujeres trans, imponen, con frecuencias, prácticas sexuales sin protección. Seguido de esta discusión sobre la *flexibilización del uso del condón*, se abre un espacio para desarrollar el análisis sobre

las estrategias de *afrentamiento frente al no uso del condón*. Después de este punto, se encuentra el desarrollo sobre las *producciones subjetivas respecto al uso del condón*, en donde se discute sobre 1) el autocuidado como práctica que tiene su génesis en la familia consanguínea y en la familia social y 2) la experiencia ajena de una ITS.

Sobre la “educación” sexual

Educando la sexualidad: la institución educativa y la familiar

De acuerdo a las informaciones del trabajo de campo, se reconoce que la educación sexual “recibida” es un aspecto que obstaculiza la promoción del uso del condón. Esto en oposición a estudios en los cuales se asume que a mayor conocimiento sobre educación sexual, mayores son los cuidados que asumirá la persona (Balán, et al., 2019). Por esta razón, en este apartado se discute la educación sexual como un factor que debe pensarse y mejorarse para promover el auto-cuidado en la dimensión sexual de las mujeres trans (Khan, et al., 2013).

La diferencia en las edades de las participantes permitió identificar el contraste en las experiencias de vida con relación a la educación sexual. Por una parte se identifica que las participantes, tanto de Cali como de Medellín, mayores de cuarenta años (aquellas nacidas en la década de los 40 hasta los 60) refieren *desconocimiento del condón* durante el inicio de sus prácticas sexuales; según refieren, el conocimiento sobre el preservativo llega para la época de los 90 aproximadamente, época en la cual la mayoría de ellas habían sobrepasado los treinta años de edad.

Sumado a lo anterior, las participantes de generaciones posteriores (nacidas en los años 70 en adelante) refieren haber recibido una *educación sexual*, durante la época de los 90; época en la cual la discusión sobre el condón se enfoca en la salud reproductiva, donde el énfasis estaba puesto sobre la prevención del embarazo. Con el paso del

tiempo, el componente de las ITS se fue abordando de manera más amplia; sin embargo, hasta los tiempos actuales, la educación sobre la sexualidad se presenta en torno a la abstinencia, desdibujando la posibilidad del placer, disfrute y erotismo.

Es importante resaltar que los espacios institucionalizados donde se discute sobre la educación sexual (a saber, la familia y los planteles educativos) no impactaron significativamente a las participantes; al final de este apartado se expone las posibles razones de esto.

El *desconocimiento del condón* para las participantes nacidas entre los 40 y los 60 se convierte en el principal argumento que soporta el no uso del mismo durante los años en los cuales vivieron sus primeras prácticas sexuales. En este sentido, cuando se preguntó a las participantes sobre la primera vez que escucharon hablar del preservativo, ellas se remitieron a recuerdos de su juventud y mencionaron:

No recuerdo, en ese tiempo los condones eran una rareza. No se hablaba mucho de eso (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

Yo no conocía el condón, yo mucho tiempo no me protegí porque yo no lo veía necesario y eso en parte porque me faltó de esa educación en casa (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

En el colegio nunca vi eso de educación sexual. Mucho menos en la casa, menos cuando la situación de uno en ese entonces era como vivir escondida, reprimida, sin poder hablar de ese tema, vetado ese tema (Comunicación personal, Med_Clara, 2 de diciembre de 2020).

En mi primera vez no use condón, en ese tiempo que yo hice sexo, no se utilizaba condón, porque no habían enfermedades, no existía el VIH (Comunicación personal, Med_Dayana, 9 de diciembre de 2020).

Al profundizar sobre el conocimiento y uso del condón en las participantes de la generación en mención, una de ellas expone:

Cuando yo era joven y empecé el trabajo sexual ni había llegado aquí el condón porque eso empezó fue por allá por los 90. En las revistas empezó a salir “llegó la enfermedad”, o sea el VIH, y con eso, mejor dicho, decían que había llegado el fin del mundo. Me acuerdo también que, como siempre, le tiraban a uno, las maricas, la responsabilidad de las ITS. A muchas maricas las mataron qué porque ellas eran la “lleva”¹⁷. Aquí en Cali, en Bogotá y en Medellín, salían los pirobos con el cuento que nosotras éramos las portadoras y resulta que los portadores era gente sana que uno no creía que tuvieran algo (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

Como bien se puede observar en el fragmento anterior, con la llegada del VIH, socialmente promueve por diferentes medios de comunicación el uso del condón. Adicional a esto, es pertinente resaltar, en los años 90, cuando el VIH toma fuerza en Colombia, la estigmatización, rechazo y violencia hacia las personas trans aumentó de forma desproporcionada, al punto de ser víctimas constantes de grupos y dinámicas de “limpieza social”. Rocío es la participante del proyecto de mayor edad. Ella, como bien se observa en el fragmento de información, ha sido testigo de dinámicas sociales de violencia y transfobia.

En ese tiempo resultaron grupos de limpieza que por el VIH. Hubo una noche que mataron como 30 maricas, ese día me escapé y cómo le parece que al otro día salió que todas las habían matado, era porque estaban con VIH y mentiras (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

Como se puede observar en la información anterior, socialmente se responsabilizó a las personas trans (travestis trabajadoras sexuales, más que todo) de ser las portadoras del VIH. Es pertinente mencionar que Colombia es un país conservador con relación a la heteronormatividad. Esto produce acciones de estigmatización y transfobia que legitiman actos de violencia como los mencionados en el trecho anterior. Para el año 2021, en el cual se escribe el presente libro, la aso-

¹⁷ Persona VIH +

ciación entre identidades de género y orientaciones sexuales diversas con connotaciones como promiscuidad e ITS, continúan siendo una realidad, pese a la fuerza que ha cobrado el movimiento LGBTI en el país y a las acciones de sensibilización social que se promueven desde espacios públicos y privados.

Adicionalmente, las participantes de la generación en mención, de ambas ciudades, discuten que la protección durante las relaciones sexuales, en tiempos de ausencia de preservativo radicaba en estrategias tales como *examinar el cuerpo* de la pareja sexual¹⁸ para inspeccionar que no hubiese olores ni colores desagradables que demostraran signos de enfermedad. Vale mencionar que esta estrategia para protegerse se encuentra también en participantes de generaciones más jóvenes.

Con relación a esto, a continuación, tres informaciones que contrastan estas dos generaciones, una corresponde a Rocío mujer de 77 años de edad, otra a Karolina de 37 años y la última a Ana de 27 años:

Yo examinaba muy bien al hombre, por eso te digo que a mí nunca me llegaron a enfermar... yo entraba al hombre, yo no lo dejaba orinar porque cuando los hombres tienen gonorrea ellos cargan media hora y a la media hora usted aprieta y sale, entonces yo les hacía el drama. (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021).

En las relaciones influye mucho en esa apariencia de la persona en su piel, que no hayan cosas raras porque generalmente, cuando no teníamos conocimiento sobre el condón sí sabíamos de todas estas enfermedades como del papiloma humano y estas cosas que no son normales. Uno ve que en la parte sexual de un hombre eso distinto. Por eso siempre estamos pendiente de la limpieza de los olores, que no huelan mal (Comunicación personal, Cali_Karolina, 28 de noviembre de 2020)

¹⁸ En su totalidad las parejas sexuales de las participantes eran hombres cisgénero. Con “pareja sexual” se hace referencia a toda persona con quienes las participantes han tenido relaciones sexuales, a nivel contractual, marital, de noviazgo, de amistad, entre otras.

Yo siempre trato como de revisar los penes que no tenga nada, entonces yo los toco como ves que de pronto no vaya a tener ninguna verruga porque yo a eso le tengo un pavor, entonces si yo tanteo (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020)

Los tres hechos mencionados anteriormente representan la gran mayoría de las voces de las participantes. Para ellas, el hecho de inspeccionar el cuerpo de la pareja sexual se convierte en un ritual que autoriza el acto sexual y, en algunos casos, que autoriza el no uso del condón. Pues se asocia que una piel sin alteraciones, es una piel sana y por lo tanto se establece *confianza* respecto a la salud de la pareja sexual, aspecto ampliamente discutido y abordado en la literatura científica en estudios sobre el uso del preservativo en mujeres trans (Ávila, et al., 2017; Moayedini-Nia, et al., 2019).

En concordancia, con lo anterior, se identifica que la revisión del cuerpo ajeno es una estrategia que asemejan con los cuidados generales de la salud, esto en la medida que reconoce que el mal funcionamiento de los órganos internos se evidencia por medio de alteraciones (manchas, sarpullidos, secreciones, etc.) en la piel y orificios. Por lo tanto, las formas más esenciales de proteger la dimensión sexual radican en aprendizajes sobre el cuidado de la salud a nivel general y no específicamente de lo sexual.

A propósito del desconocimiento de la importancia del uso del condón en las prácticas sexuales se encuentra que hay un alto grado desconocimiento sobre el uso del condón en prácticas sexuales no penetrativas, a saber, el sexo oral. Así queda expresado en el siguiente trecho de información:

La mayoría de las personas tienen la idea de que en la penetración si hay riesgo y en el sexo oral no hay riesgo, entonces se protegen para la penetración, pero no se protegen para el sexo oral, entonces dicen que ahí no pasa nada, vení dame una chupadita, y así, eso no pasa nada, y en

eso caen muchísimas personas (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Trechos como el anterior son recurrentes en las discusiones a propósito del sexo oral. Se puede analizar que esta práctica incurre en el no uso del condón con más frecuencia. Sobre este tema se profundiza más adelante.

Continuando con la discusión sobre la educación sexual, las participantes nacidas en los años 70 identificaron que esta pedagogía se inició por medio de la socialización en planteles educativos, de los métodos de barrera para prevenir embarazos. Con el paso de los años el componente de las ITS se fue introduciendo de manera paulatina. No obstante, el hecho de limitar la educación sexual a lo reproductivo generó repercusiones en torno al desentendimiento del uso del preservativo en personas que llevaban a cabo prácticas sexuales no fecundativas.

Sumado a lo anterior, se identifica que los espacios de educación sexual llevados a cabo en los planteles educativos estuvieron permeados por creencias religiosas y no sirvieron como experiencias significativas para la motivación al cuidado, disfrute y protección de la sexualidad. Por el contrario, estos espacios alentaban la abstinencia como forma de prevención. Sobre esto las participantes refieren:

Recuerdo por ahí a mis 13 años, esa clase de educación sexual fue una total recocha. De verdad que estaba muy desatado, el condón que llevaron era un juguete más. Además, resulta que el psicólogo era adventista, a él le mandaron a dictar el contenido de una cartilla él terminaba de dar la charla, le dejan el consolador le dejan los preservativos para que le explique los muchachos y uno de mis compañeros terminó cogiendo el dildo como pistola, mis compañeros ya sabían cómo usar eso. También recuerdo que el condón se centraba en el embarazo. En la casa lo mismo, se hablaba más al cuidado de la mujer porque era un problema si la mujer queda embarazada (Comunicación personal, Cali_Juliana, 13 de octubre de 2020).

La educación sexual fue por medio de talleres. Reitero que yo no tuve clase como tal de educación sexual, no había como una materia en específico. Había talleres y visitas de Profamilia. Es que igual, por las cosas religiosas no tocaban en el colegio... Reitero que en el colegio si te hablaban del condón, pero algo muy superficial. Pues porque aún seguimos viviendo en una sociedad muy conservadora, pero si tocaban el tema del condón y todos estos métodos de barrera, entonces hablaban de la implementación de estos métodos de Barrera a la hora de una relación íntima (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

En la escuela uno tenía más o menos conocimiento, decían que el preservativo era para no tener hijos, pero uno ni sabía eso para que era, ya cuando empecé a tener la vida sexual, empecé a saber más sobre eso y siempre mantenía con condón (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

En concordancia con lo anterior, a nivel contextual, la educación sexual en Colombia se centró en la salud sexual y reproductiva como un todo unificado. Por lo tanto, las enseñanzas estaban centradas en el control de la natalidad, por medio de la prevención de embarazos. Si bien se concebía la sexualidad por fuera del marco de la reproducción, la educación para la prevención de enfermedades se enfoca en la privación o abstinencia del acto sexual y en culpabilizar y juzgar todo acto de placer sexual por medio de connotaciones asociadas negativamente en sociedad como como la “promiscuidad”.

A propósito de la educación sexual, estudios como el de Raspberry, et al., (2014) identifica la importancia que le daban personas LGBTIQ+ al acompañamiento del personal educativo en los temas relacionados con la salud sexual, sin embargo, los participantes percibían ignorancia de parte del personal y por lo tanto sugerían la necesidad de capacitaciones que permitieran acompañamientos seguros para lograr un mayor impacto. Esto, a su vez coincide con los hallazgos del estudio de Minor (2016) donde plantean que los profesionales, de la salud específicamente, deben prestar atención a los factores contex-

tuales que impliquen riesgo para abordar, de manera diferencial la salud sexual y el VIH con personas transgénero.

Al contrastar la literatura académica y las percepciones que expusieron las participantes con relación a la educación sexual se evidencia que los planteles educativos –y también de salud– son instituciones valiosas para el cuidado de la salud, no obstante, las estrategias implementadas no permiten desdoblamientos significativos. Se identifican las siguientes razones: 1) la educación sexual está cargada de prejuicios sociales (culturales y religiosos), lo cual se centra en la heteronormatividad y, 2) a nivel pedagógico en modelos clásicos de la psicología cognitiva. Sobre el primero en mención, los planteamientos rigen la sexualidad (identidad y orientación) desde el modelo mujer/hombre, aquello por fuera de esto debe silenciarse, juzgarse y ocultarse. Sobre la dimensión pedagógica, de la educación sexual, se analiza que el aprendizaje es abordado como un proceso donde la información que ofrece el medio exterior es interiorizada de manera inmediata por la persona. Es decir, donde se supone e impone que quien aprende, adopta lo que se le enseña sin posibilidad de cuestionar o debatir. De ser este tipo de procesos efectivos, las participantes hubiesen replicado el modelo del uso del condón o de la abstinencia sin duda alguna (González Rey y Moncayo, 2019).

Como consecuencia de lo anterior, las participantes de este estudio, tanto de Cali como de Medellín, expusieron que esta fue una razón para aprender sobre la sexualidad por fuera de los planteamientos de la educación sexual. En este sentido, el aprendizaje se afianzó con la exploración de la sexualidad por medio de las propias experiencias y de las experiencias de las amistades. Esto relacionado con estudios como el de Khalid y Martín (2019), en donde en los resultados demuestran que los conocimientos sobre salud sexual tienen un mayor impacto en la medida que quienes ofrezcan el conocimiento sean personas con las que compartan experiencias de vida trans.

A la luz de la teoría de la subjetividad (González Rey, 2014), el aprendizaje se encuentra permeado por un campo de significaciones construidas tanto por los procesos simbólicos como afectivos. Este segundo componente es crucial y no debe pasar desapercibido en el proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva de la subjetividad, el aprendizaje “ocurre por medio de interacciones dinámicas que van produciéndose en un proceso complejo que implica, también, procesos recursivos y dialógicos” (p. 180); con esto último (lo dialógico) se hace referencia a las interacciones sociales que se ponen de manifiesto en el aprendizaje. Respecto a esto, Campolina y Mitjans (2019) y Pérez-Arizabaleta, Castaño y Patiño (2021) desde el campo educativo y Moncayo (2017) desde el campo de la educación sexual expresan que la interacción entre la persona que aprende y la que enseña desdobra sentidos subjetivos que impactan en el posicionamiento que tiene la persona (el que aprende) sobre eso que le fue enseñado.

En concordancia con lo anterior, hasta aquí se resaltan tres aspectos que, tanto la teoría como las informaciones del trabajo de campo presentan en relación a la educación sexual, estos son: 1) la dimensión afectiva y emocional se convierte en un pilar del aprendizaje; 2) el punto anterior está permeado por las interacciones sociales que se colocan de manifiesto dentro del proceso de aprender y 3) el proceso de aprendizaje no se da por medio de una interiorización de contenidos, sino por la posibilidad que tiene la persona de dialogar, experimentar y construir con aquel contenido que se le ofrece. Para el caso de las participantes, estos puntos los encontraron con amistades.

A este punto se destaca que un aspecto que pareciera ser protector (educación sexual), no lo ha sido para las generaciones en mención, pues la educación sexual concebida desde modelos de enseñanza-aprendizaje en los cuales se desdibuja al sujeto dentro del deseo y el placer de la sexualidad no logra un impacto de cuidado y protección de la sexualidad; lo demuestran los fragmentos de información. Esto llama la atención sobre la necesidad de involucrar estrategias

que involucren lo dialógico, reflexivo y lo simbólico-emocional dentro del proceso de conocer descubrir y cuidar la sexualidad.

Vale aclarar que la educación sexual no determina las prácticas sexuales de la adultez, pues como se puede observar en el apartado sobre el uso del condón, las mujeres trans adultas son las que suelen cuidar más su salud sexual por medio del uso del condón y chequeos médicos anuales.

El posicionamiento familiar respecto a la sexualidad

En la discusión sobre la educación sexual es indispensable mencionar a la familia como institución y con esto los desdoblamientos subjetivos en el marco de este contexto. Las informaciones del presente estudio permiten afirmar que en todos los grupos etarios, la discusión de la sexualidad y del uso del condón no fue un tema que se abordase en el hogar, con la familia primaria o consanguínea.

Así como sucedía en los planteles educativos, en el núcleo de las familias de las participantes se asociaba el uso del condón con el componente reproductivo; estas familias –en su mayoría– hablaban de la sexualidad explícitamente para resaltar que el no uso del condón genera embarazos no deseados. Por lo tanto, no ofrecían información con relación al uso del condón como mecanismo de cuidado de la salud y de protección de la sexualidad de manera general.

El hecho de limitar la salud sexual a lo reproductivo, fue interpretado por las participantes como una estrategia familiar para no discutir sobre la identidad de género Trans y/o prácticas sexuales diversas en el marco del hogar. En este sentido, tanto las participantes que han tenido apoyo familiar como las que no han contado con ello, no tuvieron espacios para discutir en el marco del hogar temas sobre la sexualidad, por el contrario, estos debían ser silenciados y escondidos. Con relación a esto, los siguientes dos trechos de información:

Respecto a la salud y educación sexual soy de una familia de costumbres muy religiosas y conservadoras, entonces este tema ha sido un poquito tabú. Lo he aprendido por mi formación profesional y con las experiencias de vida (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

Nunca hablé de sexo con mis papás y no me siento cómoda haciéndolo. De eso hablé en el colegio con mis amigos (Comunicación personal, Med_ Ariana, 22 de octubre de 2020).

De manera particular, las dos participantes mencionadas en los anteriores trechos han tenido de forma permanente el apoyo familiar. Ambos trechos de información, exponen que a pesar de contar con apoyo familiar, la discusión sobre el sexo y la sexualidad no se discutía con la familia y que estos temas eran abordados y experimentados con amistades. Es así como el estigma social y el juicio sobre las formas de vivir la sexualidad por fuera del binarismo de género, permean los hogares y se convierte en una situación frecuente en las mujeres trans.

Se analiza que en estos casos los espacios de socialización primaria no sirven de protectores en la medida que no escuchan, no comprenden, ni acompañan los cuestionamientos sobre la sexualidad. Por el contrario, estas familias al posicionarse desde el binarismo de género y la heteronormatividad juzgan como “incorrectas” las identidades por fuera de lo cisgénero y orientaciones por fuera de la heterosexual. Esta situación, la ausencia de apoyo familiar, moviliza experiencias de vida como la que a continuación se presenta:

Empecé mi proceso sola, a mi propio estilo. Lo primero que hice fue ponerme claro lo que yo quería para mi vida y no quedarme en una esquina de la calle. Entonces fue complicado en muchos sentidos porque lógicamente no tenía nadie a mi lado. Mis amistades, pues las que tenía, si me lo dijeron muy claro que, si yo quería ser como tal una mujer trans, tenía que tener presente que me iba a echar a toda mi familia encima y que ellos eran los primeros que me iba a señalar. Y fue así (Comunicación personal, Med_ Samantha, 23 de octubre de 2020).

El anterior trecho de información representa la realidad de muchas mujeres trans. La mayoría no cuenta con apoyo familiar. Para el tema en discusión, se puede analizar que la ausencia de acompañamiento familiar durante el proceso de tránsito de género, se subjetiva por medio de sentidos de abandono hacia el propio cuerpo, es decir, ajenos al auto-cuidado de sí mismas. Más adelante, en el apartado sobre el uso del condón, se discutirá el papel de la familia dentro del cuidado de la sexualidad.

Por lo tanto, hasta este punto se puede plantear que la pretensión de “educar” la sexualidad no tiene los efectos esperados cuando, quienes la “enseñan” son personas ajenas y, en cierto punto, rechazan, las experiencias y realidades de vida trans.

Flexibilización del uso del condón

Sexo desenfrenado: descubriendo (se en) la sexualidad

Anudado al punto anterior, se identifica que las participantes que no recibieron información en la adolescencia relacionada con la educación sexual, las que recibieron esta educación basada en la salud reproductiva y las que la recibieron basada en la salud sexual como fuente de ITS, vivieron los inicios de la sexualidad (en el plano de las relaciones sexuales) de forma “desenfrenada”. La gran mayoría de ellas menciona que, en un contexto donde no podían discutir con sus allegados cuestiones relacionadas con la identidad de género y con la orientación sexual, el hecho de conocer sobre la sexualidad implica experimentar para explorar por medio del disfrute y el placer en el propio cuerpo tanto la orientación sexual como la identidad de género. Sobre las primeras relaciones sexuales un par de participantes refieren:

En el principio era desenfrenada, cero protección pues uno en su adolescencia no piensa mucho en enfermedades de transmisión sexual

quiere tener sexo con todo el que se le acerqué (Comunicación personal, Cali_ Violeta, 1 de septiembre de 2020).

La primera vez tenía un poco de condones y no nos los pusimos. Es que yo soy muy emocional. Esa vez yo le dije que se pusiera el condón y empezó a ser malicioso, todo cariñoso conmigo y cuando usted menos lo piensa, pa dentro que ya perdió (Comunicación personal, Med_Ariana, 22 de octubre de 2020).

Tanto para la población cisgénero como para población trans, la adolescencia se presenta como una etapa del ciclo vital en el cual las conductas de riesgo se asumen rompiendo los límites sociales. Autores como LeBreton (2014) exponen que las conductas de riesgo se relacionan con las “crisis” de la juventud, este planteamiento no difiere de lo que se expone en los trechos expuestos a lo largo de este capítulo y de lo que sucede en las experiencias de vida trans. En concordancia con esto el siguiente trecho:

Yo pienso que hay unas edades donde nos sentimos más arriesgadas, que son en la adolescencia. Podemos ser trans, mujeres cisgénero, hombres que cuando estamos en la adolescencia somos rebeldes y queremos hacer todo lo que se me dé la gana y a mí no me va pasar nada entonces picho sin condón, picho con 2, 4, 6, porque a mí no me va pasar nada. Cuando uno va aumentando la edad ya uno va viendo las personas se cuidan más, de 30 en adelante se cuidan todo el tiempo, entonces también hay una cosa etaria que tiene que ver con que si soy joven no me va a pasar nada, si estoy medio adulta puede pasar algo y si estoy adulta me tengo que cuidar (Comunicación personal, grupo focal-Kika, X enero de 2020).

De esta manera, la experimentación del placer en las primeras relaciones sexuales de la mayoría de participantes excede los límites de lo socialmente impuesto, pues descubrir el disfrute y aceptarse dentro de ello implica, en sí, la trasgresión de todo un modelo social que castiga las diversas formas de ser (identidades y expresiones de género) y de vivir (orientación sexual) en sociedad. Sobre esto el trecho de

Med_Samantha permite entrever que, para poder hacer ruptura con lo que la sociedad esperaba de ella (un varón), se vio en la necesidad de enfrentar sus miedos y romper con su familia; pareciera que, después de esto, se asume con menor dificultad las experiencias dolorosas que se presentan durante la vida.

Las culturas del no uso del condón: el porno y la religión

Los dos puntos que se han abordado hasta el momento, a saber, la educación sexual y las formas de descubrir-se en la sexualidad llevan a la discusión sobre la religión y la industria del porno como “educadores sexuales” que se implican tácitamente en las prácticas sexuales sin condón. Hasta el momento se ha dicho que en la medida que la educación sexual recibida en los colegios y en los hogares no generan espacios de confianza y respeto por la expresión y vivencias sexuales por fuera del modelo binario, las participantes del presente estudio adquirieron información sobre la salud sexual en espacios de socialización secundaria.

En concordancia con lo anterior, el discurso religioso sobre la sexualidad está inmerso de forma implícita en los espacios de educación sexual de las instituciones educativas y en el hogar. De acuerdo a los trechos ya expuestos, esta educación sexual gira en torno a la omisión del discurso en tanto la concepción de la sexualidad –y la sexualidad diversa, de manera particular– como un “tabú” que genera resistencias y juicios. En este sentido, la religión se presenta como un discurso que omite la salud sexual y, por lo tanto, el uso del condón. De hecho, el no uso del condón se estimula desde el campo religioso en la medida que se concibe la procreación como el fin de la sexualidad; bajo esta perspectiva el placer sexual es difícilmente concebido y con esto las prácticas sexuales por fuera de la penetración pene-vagina (la que posibilita la procreación). Sobre esto, González Rey y Moncayo (2019), encuentran en su estudio que la educación sexual de las instituciones educativas está permeada por sentidos subjetivos de los y las maestras en torno a principios religiosos-conversadores.

Como desdoblamiento de la omisión de la discusión sobre la sexualidad y al uso del condón dentro de los hogares conservadores, las participantes encontraron a sus pares y al porno como estrategias que les posibilitaron tener un encuentro con la sexualidad y con esto, el hecho de explorar y “descubrir-se” en este ámbito de lo íntimo. En este orden de ideas, ante la ausencia de una educación sexual que permita las prácticas sexuales diversas y respete las identidades de género diversas, la curiosidad de las participantes no se detuvo y adoptaron el porno como un operador de educación sexual.

Cuando uno está en décimo, uno se iba y miraba películas porno, con todos los compañeros pero en ninguna película se veía el uso del condón. (Comunicación personal, Med_ Samantha, 23 de octubre de 2020).

A este punto cabe la pregunta, sobre el uso del condón en la pornografía y en lo que se ha denominado el “entretenimiento para adultos”, ¿ha visto el lector un condón en escenas porno o en vivo de aplicaciones como Onlyfans? Respecto a esto, una de las participantes menciona:

Hoy en día nadie trabaja con condón, nadie graba con condón... Tenía una amiga que grababa con preservativo, pero a lo último cómo que no le estaba yendo muy bien, porque la competencia vendía sin condón y le iba mejor... Sucede que ahorita todo el mundo está con la Pre, entonces se piensa que la Pre exonera del preservativo, pero no es así (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Sumado a lo anterior, en el mundo del entretenimiento para adultos, el no uso del condón está presente dentro de las demandas del cliente. Respecto a esto, una participante de Medellín refiere:

Siempre pero siempre yo trato meterlo con un preservativo, pero pues obviamente con mucho cuidado, porque no se puede ver el preservativo, se vería feo eso ahí colgando y eso no gusta tanto, entonces siempre lo pongo y trato de recogerlo para que no se vea, y como yo no muestra nada (Comunicación personal, Med_Alice, 2 de octubre de 2020).

Así las cosas, la pornografía y el entretenimiento para adultos son tomados como formas de educación sexual en donde se exalta y legitima el no uso del condón. Adicional a esto, por medio de los trechos anteriormente expuestos se puede comprender que estas industrias parecieran no tener resultados lucrativos cuando se utiliza el condón. Con lo anterior se puede analizar que en las formas en las dinámicas de consumo sexual, la sociedad (en especial los clientes) promueve el no uso del condón. Esto se profundizará en un apartado posterior donde se discute la coerción del cliente en el trabajo sexual. En coherencia con esto, el siguiente trecho de información expuesto en el grupo focal de Cali:

Hay estereotipos que reafirman el no uso del condón, como las películas porno o cuando tú te metes a orgías en vídeo chat, o en páginas diferentes y que las personas tienen orgías. No usan condón, reafirma de que si lo haces sin condón disfrutas más (Comunicación personal, grupo focal-Kika, X enero de 2020).

El anterior trecho expone un sentido adicional respecto al no uso del condón: el placer. En donde, pareciera que dentro del sexo que se consume se tiende legitimar el no uso del condón por esa razón.

La atracción, la excitación, el consumo de alcohol y drogas

La atracción junto con la excitación son dos aspectos que se anudan al no uso del condón (Van Schuylenbergh, Motmans, Defreyne, Somers y T'Sjoen, 2019). En ambos, se identifican posiciones divididas respecto a la justificación del no uso del condón. Por una parte, participantes tanto de Cali como de Medellín coinciden en el hecho de flexibilizar el uso del condón con parejas con las cuales sienten excitación y atracción física y sexual. En estos casos pareciera que las consecuencias en la salud se pierden de vista.

Si el hombre me gusta y se le rompe el condón yo no le digo nada, dejo que siga así. Pero eso no me pasa solo a mí, en el trabajo sexual cuando

hay un chico apuesto con un pene agradable, ellas prefieren sin condón para sentir más. De eso se habla mucho en la calle que estaba rico ¡ay, sin condón, más rico sin condón la pasé! (Comunicación personal, Cali_Violeta, 1 de septiembre de 2020).

Uno ve un rostro muy bonito o un pollo bien bonito y a uno no le importa y cuando uno está con hambre, la primera vez con condón, pero la segunda vez sin condón. Ahí uno confía en el hombre y ya ahí se ve el corazón, ahí el condón no está (Comunicación personal, Med_Salomé, 1 de diciembre de 2020).

Las anteriores informaciones representan las voces de dos participantes. En estos, además de la flexibilización del uso del condón por la atracción y excitación, se pone de manifiesto también, la discusión sobre la alteración en la sensibilidad causada por el uso del condón. De acuerdo a Cai, et al., (2016) y Ávila, et al., (2017) la creencia de que el preservativo disminuye la sensibilidad afecta negativamente el uso del preservativo; sobre este punto, las opiniones de las participantes están divididas porque si bien hay unas que expresan que el uso del condón disminuye la sensibilidad, hay otras que concuerdan con el estudio en mención y plantean que la alteración de la sensibilidad es producto de *la mente*.

En contraposición con los trechos anteriormente expuestos, en el grupo focal se puso de manifiesto que guiar la conducta del no uso del condón por la atracción que genera la atracción a causa de la apariencia de la persona, puede ocasionar desenlaces no esperados.

Cuando a un hombre lo vemos bien puesto, arreglado con ese prototipo, por ejemplo si ves venir a un hombre italiano, alto, rubio y te dice sin condón, una como que dice este está limpiecito, asadito este no debe tener, ahí hay un prejuicio que según el físico, la apariencia, la vestimenta, hacemos un escaneado como este puede tener y este no y sabemos caras vemos corazones no sabemos (Comunicación personal, grupo focal-Kika, X enero de 2020).

Sumado a lo anterior, en una dinámica conversacional se puso de manifiesto:

A la gente más hermosa es a la que más miedo hay que tener, es la gente que más persiguen entonces la persona hermosa tiene más riesgo de estar infectada, porque he visto que tengo muchos amigos, muchas amigas hermosas bonitas que se han infectado de alguna enfermedad sexual, porque son tan apacibles a tener una relación un contacto sexual en cualquier instante (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Es pertinente mencionar que el fragmento anterior no involucra la excitación, por lo tanto, pareciera que cuando la atracción no está relacionada con la excitación, es posible que la decisión de prescindir del condón se contenga o, por lo menos, que se sea consciente de las consecuencias. Por su parte, la confianza resulta ser un sentido asociado tanto al vínculo afectivo como a la atracción; todos estos puntos se relacionan con las expresiones subjetivas en las cuales las participantes mencionan el no uso del condón.

De acuerdo a las participantes, cuando a la atracción y a la excitación se le suma el *consumo de licor y de sustancias psicoactivas*, se pierde de vista las consecuencias que puede generar prácticas sexuales sin condón, es decir, sin protección. En coherencia con esto, un gran número de estudios cuantitativos, tómesese por caso el estudio de (Bekwith, et al., 2018) sobre el no uso del condón, exponen que el consumo de sustancias es una de las razones más recurrentes por las cuales se justifica el no uso del preservativo. De manera cualitativa esto se soporta por medio de las siguientes informaciones en donde discuten sobre el consumo de sustancias y el uso del condón:

Muchas veces solo el alcohol hace que se nublen las personas y no piensen en un condón. Entonces, si al alcohol, excitación y sexo, le añadimos drogas, de eso no va a salir nada bueno. Sería bueno si hubiera protec-

ción o si hubiera la lucidez pero el hecho de que haya alcohol y drogas juntas y la excitación, no saldrá nada bueno en cuanto a protección. De por sí la excitación nubla la mente, ahora si le añadimos alcohol y drogas, entonces es como te digo, una combinación muy explosiva (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Si la persona ya está en la droga totalmente créanme que no va usar un condón así tenga la plata y la caja de condones, porque la misma droga no la deja pensar, por la situación y el entorno en el que está. Entonces, hay personas que se drogan por tal motivo que pierden su noción pues si no saben controlar el daño que les está haciendo el vicio, créanme que no le va a importar el daño que le va hacer una enfermedad (Grupo focal).

Tengo amigas que cuando están en medio de su lujuria de alcohol, ron, éxtasis, sustancias distintas, se les olvida que existen enfermedades, que existe cuidarse, porque cuando una persona se llena a un mundo de libertinaje, se olvida del mundo, se olvidan de la mamá, de Dios, de ellas mismas. Hay chicas que bajo los efectos del alcohol y la lujuria han tenido relaciones sexuales sin condón y al día siguiente se levantan con la moral (Comunicación personal, Med_Dayana, 9 de diciembre de 2020).

En las últimas dos comunicaciones, se pone de manifiesto un punto importante y es el llamado de atención sobre el cuidado de la salud (de forma general) frente a enfermedades. En algunas participantes, el cuidado a la salud respecto a las enfermedades es un desdoblamiento de los sentidos subjetivos alrededor de la familia y de la crianza y enseñanzas a nivel familiar respecto al cuerpo y a la vida. Más adelante, en el apartado sobre el uso del condón, se discutirá sobre los sentidos subjetivos asociados al cuidado de la salud que se colocan en discusión sobre la consciencia de la práctica sexual con protección.

Sumado a lo anterior, algunas de ellas, previendo el posible estado de no-consciencia al cual pueden llegar a causa del licor, se han planteado algunas estrategias, a saber.

Cuando uno va a moteliar uno siempre encuentra condones en la cama y en la mesa de noche, pero cuando uno tiene alcohol encima, a uno no le interesa. Seamos honestas, ni bajo los efectos del alcohol ni de la droga, es recomendable tener relaciones sexuales por que se pierde ese grado de responsabilidad sobre tu cuerpo (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Cuando salgo de fiesta, yo no salgo con lavado porque donde yo salga con lavado de más que uno pecará por ahí, entonces normal, no salgo con ese plan de que también voy a terminar teniendo relación, no. Entonces, si salgo a tomar y no me he lavado, pues no voy preparada para tener relaciones. (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

Si es cierto que por el licor te vas desconectando de la realidad, entonces ahí el punto está en ser moderadas. Muchas le echan la culpa al alcohol, a la diversión, al libertinaje, pero pues, también el libertinaje es porque lo permiten y porque se sobrepasan, entonces es manejar las cosas con moderación principalmente el alcohol (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

Como estrategias para no llevar a cabo prácticas sexuales sin protección, las participantes mencionan: evitar relaciones sexuales en situaciones en las cuales está presente el consumo de licor y de sustancias psicoactivas y, moderar el consumo de estas mismas. Por una parte, la primera plantea abstinencia en la relación sexual y, por otra parte, la segunda, una limitación en la cantidad de consumo de estas sustancias para evitar un estado de desinhibición que, de acuerdo a ellas, las lleva al punto de no considerar las consecuencias de sus acciones.

Respecto a los trechos de información, en los cuales se expresa la flexibilización del uso del condón durante circunstancias de consumo de licor y SPA, algunas participantes hacen un llamado de atención al discutir la responsabilidad que se debería asumir sobre el propio cuidado pese a las circunstancias.

Yo creo que el consumo de licor o drogas no tiene nada que ver, que si la persona está enseñada a tener relaciones sin preservativo es porque le gusta, entonces que ningún borracho me venga a decir que no lo uso por el licor... pues yo en mis sentidos, cuando he estado tomada y voy a tener relaciones, eso es lo primero que busco, tiene que ser que se ha perdido y que lo violen, digo yo. Pero te digo, yo lo primero que busco es el preservativo (Comunicación personal, Med_Jessie, 1 de diciembre de 2020).

Si uno se quiere y se cuida uno sabe cómo son las vueltas ¿no? Y la verdad desde que uno nace, desde que una es pequeña, uno sabe que se tiene que cuidar que esto que lo otro porque vea mi hermanita mi tía le decía cuídate y vea quedó en embarazo. Eso ya está en cada cual el cuidado (Comunicación personal, Med_Salomé, 1 de diciembre de 2020).

Las participantes tanto de Cali como de Medellín (en mayor porcentaje las de Medellín) mencionan que el licor y/o las drogas no son impedimento para cuidarse con el uso del condón en la práctica sexual; ellas colocan en discusión que la conciencia sobre el cuidado no debería justificarse por una la situación sino por una decisión de sí mismas. En concordancia con esta línea argumentativa, una participante de Cali pone de manifiesto que, pese a la conciencia sobre sus prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol, el uso del condón puede verse afectado en tanto un mal uso del mismo. Ella expone:

Usted cuando está tomado, en su momento, usted sabe lo que está haciendo así no se acuerde al otro día. Pero es momento, que lo está haciendo, usted tiene esa conciencia. Así la estés pasando bien y estés desinhibida, tienes conciencia porque no eres un ser sin conciencia. Yo, por lo menos, sí me acuerdo de lo que yo hago creo que puedes llevar esa una mala práctica en el uso del condón, en que no lo pongas bien, en que lo dejes con aire o que cuenta se te rompa (Cali_Karolina).

Se encuentra con estos últimos trechos de información, posiciones diferentes, a nivel cultural, respecto al no uso del condón y el consumo de licor y SPA. Por una parte, las participantes de Medellín asumen el

no uso del condón como una decisión, mientras que las participantes de Cali justifican el no uso como una consecuencia del consumo.

El sexo oral

La práctica sexual “socialmente exonerada” del uso del condón

Al discutir sobre la flexibilización del condón, no se puede dejar pasar desapercibido el sexo oral como práctica sexual en la cual las participantes mencionaron haber accedido al no uso, en algún momento de sus vidas. Durante las dinámicas conversacionales, reuniones y el grupo focal, aunque las participantes son conscientes de las consecuencias del sexo oral sin condón, suelen justificar el no uso del condón en esta práctica sexual de diferentes maneras, a saber: desconocimiento (punto discutido en los inicios de este capítulo), sensibilidad, excitación, la confianza con la pareja, entre otras. A continuación, algunos ejemplos respecto a esto.

En el sexo oral con condón que, sin condón, entonces prefieren hacerlo sin condón el sexo oral porque no sienten la misma sensación (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Cuando hay excitación tiene sexo en caso de sexo oral, no uso el condón. Le hago el sexo oral a la persona sin preservativo (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Con relación al sexo oral sin condón, Van Schuylenbergh, et al., (2019) y Drucker, Van Rooijen y De Vries (2020) plantean la baja frecuencia del uso del condón en mujeres trans trabajadoras sexuales cuando se practica el sexo oral con un cliente y/o pareja sexual estable. Estos dos estudios coinciden con los resultados del presente proyecto de investigación en la medida que, de acuerdo a las participantes el uso del condón disminuye en las prácticas sexuales con parejas estables; no obstante, se difiere en lo relacionado con los clientes, pues las partici-

pantes de Medellín exponen mayor grado de resistencia respecto a la práctica del sexo oral sin condón. A continuación un par de fragmentos de información que representa este posicionamiento:

El sexo oral yo no lo negocio. A mí si un hombre me dice que me paga más por estar sin preservativo, yo ya sé que eso es algo peligroso, ¿si me entiendes? Puede que el hombre no tenga nada, pero trato de que no (Comunicación personal, Med_bárbara).

Hasta el sexo oral lo hago con condón. Me genera desconfianza que me lo pida sin condón, o sea, a mí me da temor. Yo digo una cosa, una persona que lo quiera hacer sin condón a una persona que no conoce es porque a él no le importa nada, o sea, no le importa contagiarse de ninguna enfermedad porque una persona que le diga esa otra persona que no conoce es porque no le importa si lo van a contagiar o si ya lo han contagiado y quiera contagiar (Comunicación personal, Med_ Ana, 16 de diciembre de 2020).

Las participantes de los trechos anteriormente expuestos se dedican al trabajo sexual, por lo tanto, pareciera que en el marco del ejercicio de esta ocupación, al conocer las prácticas sexuales de los clientes, suelen rehusarse al no uso del condón. En este punto hay notables diferencias entre el posicionamiento respecto al cliente de acuerdo a la necesidad económica que la participante tenga. En el siguiente apartado se profundiza este punto.

La coerción social

La imposición de la pareja sexual (el cliente, novio/esposo/ amigo “con derechos”)¹⁹ y del mercado que promueve el no uso del condón

Un alto número de estudios, a nivel nacional e internacional, demuestra que el campo laboral de las mujeres trans es limitado, pues con dificultad logran acceder a espacios formales de trabajo (Posso y Furcia, 2016; Degtyar, et al., 2018). En la mayoría de países, los campos de acción se limitan al trabajo sexual, estilismo y protección de derechos humanos (Bianchi et al., 2014; Posso y Furcia, 2016). Lo anterior lo corroboran las participantes; al observar brevemente la información sociodemográfica se encuentra que las ocupaciones más comunes son las tres que se han mencionado anteriormente. Sumado a esto, en la mayoría de las participantes, estas desigualdades con relación al ingreso en el empleo formal han generado brechas que se ven marcadas en la posición socioeconómica en la cual se ven inmersas. Con relación a esta cadena de desigualdades, a saber, la dificultad de acceder a un trabajo formal y la condición socioeconómica baja, Ferreira, Stollses y Nogueira (2016), en su estudio realizado en Brasil, plantean que las mujeres trans con vulnerabilidades sociales suelen utilizar el preservativo de forma irregular; sumado a esto, Gama, Oliveira, Mendao, Barros y Dias (2018), en su estudio realizado en Portugal, plantean que la relación sexual sin protección con clientes es más probable en mujeres trans trabajadoras sexuales de bajo nivel socioeconómico.

El panorama de la empleabilidad se plantea bajo el objetivo de iniciar una discusión con relación al no uso del condón en el marco de las dinámicas del trabajo sexual en las cuales se ve inmersa un gran por-

¹⁹ Para el caso de los resultados de este proyecto se habla de parejas sexuales en masculino ya que todas las participantes mencionaron que sus parejas sexuales eran hombres. No obstante, se hace claridad en tanto que la orientación y atracción sexual de una mujer Trans no se limita a los hombres.

centaje de las participantes de este estudio. Como bien se pudo observar, en la historia de vida de Samantha (ver trecho, p. 124), en Colombia, muchas mujeres trans pierden sus relaciones familiares desde el momento que deciden hablar públicamente de la identidad sentida.

La ausencia de comprensión familiar, el rechazo dentro del hogar por la identidad sentida y por un cuerpo que transita (de órganos sexuales denominados socialmente como masculinos a unos femeninos) genera la expulsión del núcleo familiar primario a tempranas edades. Esto a su vez repercute en proyectos de vida truncados y la necesidad de buscar formas de subsistir sin redes de apoyo y sin recursos psicológicos, económicos ni emocionales. De acuerdo a las historias de vida de las participantes de este proyecto, se estima que la edad promedio en la cual fueron expulsadas de casa fue de trece años.

Bajo el anterior panorama, cuando son echadas de casa, sólo se tienen a ellas y a sus cuerpos, unos cuerpos subjetivados tanto para ellas como para la sociedad desde la ambivalencia y la paradoja. Una ambivalencia de amarse porque es lo único que tienen pero de odiarse por ser “blanco” de rechazo y discriminación social. Y, la paradoja, en algunos de los casos, basada en el rechazo de un cuerpo pero con la necesidad de tenerlo pues es a través de él, por medio de su instrumentalización, que la sociedad “brinda” una “posibilidad” de subsistir: la posibilidad del trabajo sexual. Esto último ya deja entrever la dinámica de coerción y sumisión a la cual se enfrentan muchas de ellas cuando encuentran el trabajo sexual de calle como la única alternativa para sobrevivir.

En el marco de la relación/negociación con los clientes se pone de manifiesto las dinámicas de coerción y de sumisión que ellos ejercen hacia ellas. Con relación al objeto de estudio del presente proyecto de investigación, se identifica que la exigencia del no uso del condón es frecuente y es una de las principales formas que utilizan los clientes

para plantear la prevalencia de su placer frente al riesgo, tanto como para él, como para la trabajadora sexual y como para sus otras parejas sexuales, que puede generar una relación sexual sin protección. Respecto a esto, a continuación, algunos trechos de información:

Conozco de muchas chicas que lo hacen por la necesidad del dinero, no se protegen porque el cliente le está ofreciendo más dinero por estar sin protección, si lo hace, entonces vamos al caso donde está la chica que no tiene para la protección ni para comer, ni para pagarse un hotel y llega un cliente y se aprovecha de la necesidad que tiene ella y le ofrece más dinero pues obviamente la chica lo va a tomar el servicio pero no va a medir las consecuencias que pueden pasar a futuro por su salud (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020)

Hasta el momento en lo expuesto se puede analizar que en el trabajo sexual, la dinámica cliente/trabajadora sexual se convierte en una relación de sometimiento cuando una necesidad económica, en el plano de la supervivencia, se interpone. En este orden de ideas, el canje dinero/sexo no es lo que sucede; sino que este canje implica muchas otras cuestiones que no están puestas en el plano de lo explícito del trabajo sexual, a saber, la integridad y la salud; por lo tanto, el producto que “entrega” la trabajadora sexual no es un momento de placer sexual, sino que “entrega” la vida misma.

Si eres trabajadora sexual te encuentras con esta misma barrera pero ya te encuentras con un sometimiento porque ya el cliente está pagando entonces el cliente o no te paga se enoja o sale con el asunto de que pierde sensibilidad y entonces si no hay una necesidad hay chicas que lo hacen (Cali_Karolina).

Muchas veces también pasa que el hombre ofrece más dinero para que sea sin condón, y muchas veces las chicas pueden aceptarlo por carencias económicas, porque puede que ellas no quieran hacerlo, pero no han hecho nada en toda la noche y necesita pagar el hotel o cosas así, digamos a estar siempre sin protección para poder comer el día siguien-

te o pagar su hotel cosas como esas. Eso en el trabajo sexual en calles es más constante de lo que uno se imagina (Cali_Grupo focal).

De acuerdo a las participantes, la mayoría de los clientes actúan de manera coercitiva, buscando, a cambio de dinero, el sometimiento de ellas por medio de acciones peligrosas que pueden generar secuelas a futuro como lo es una ITS. Con relación a este punto, Ávila, et al., (2017), plantea que el preservativo es frecuentemente rechazado por el cliente, cuestión que conlleva a una práctica sexual de alto riesgo. En concordancia con esto, Poteat, et al., (2015), Gama, et al., (2018) y Ferreira, Stolses y Nogueira (2016), plantean que las mujeres trans trabajadoras sexuales están más expuestas al VIH en la medida que están más desprotegidas en medio de la relación sexual con el cliente, en donde muchos de estos ofrecen más dinero por sexo sin protección.

A la coerción ejercida por la cuestión económica se suma el maltrato físico al cual se exponen de manera constante (Santamaría, 2015), y frente al cual, la mayoría de participantes, menciona responder conciliando con el cliente la causa que suscite el maltrato físico, abandonando la relación sexual o respondiendo de la misma manera en modo de defensa. Cabe mencionar, que la violencia física no es una razón que influya en el uso del condón. Esto difiere del estudio de Budhwani, et al., (2017) en donde, en República Dominicana, las trabajadoras sexuales transgénero, expresan una asociación significativa entre prescindir del condón y la exposición a la violencia física; específicamente, los resultados plantean que con clientes coercitivos, ante quienes fueron víctimas de violencia física, el 83% de las participantes utilizó el preservativo en la última relación sexual de este tipo, mientras que el 100% lo utilizó en la relación sexual con clientes que con quienes no experimentaron violencia.

Sumado a la discusión sobre la coerción del cliente, Ferreira, Stolses y Noguera (2016) en Sao Paulo, Brasil, plantean en su estudio que la flexibilización de las mujeres trans respecto al uso del condón se debe

a la sumisión asignada socialmente del “rol social femenino”, en donde el hecho de ser mujer en medio de un sistema conservador y patriarcal, genera una tensión del poder masculino sobre el femenino, desdoblado sentidos subjetivos de sumisión y obediencia. Una intervención del grupo focal soporta esta idea de la siguiente manera:

Es una cosa que tienes que tienes que hacerlo (el no uso) porque sos la marica y para eso estas, primero para el goce y disfrute mío (se refiere al hombre). El hombre dice “para eso está este cuerpo feminizado, para eso quieres ser mujer para que yo te penetre”. Pero es que además de esa penetración sin condón, se piensan desde el “yo aquí pongo las condiciones. Tú no estás en la posibilidad de poner tus condiciones, porque antes agradece que voy a estar con vos”. Es algo como así, poniéndolo de esa forma cruda. Y, a eso se le suma el tema de la confianza, entonces nos piden una confianza con personas que una desconoce. Entonces una conoce al man y empiezan “pero, ¿por qué desconfías o es que estás picha?, entonces cuando una exige el condón es una la que está picha, es una la que se está poniendo en evidencia (Comunicación personal, Cali_Renata).

La última parte del fragmento expuesto se relaciona con una situación similar, de coerción y sometimiento, que se encuentra en las relaciones de pareja, en donde las participantes sostienen a sus novios, esposos o amigos con derechos cuestionan el uso del condón; en estos casos, la tensión sobre el uso del condón se justifica bajo la confianza.

Cuando se le pide al novio o esposo el uso del condón pasa que es un motivo para desconfiar de la pareja, llega la pregunta, ¿y porque me pides condón? (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

A propósito del establecimiento de relaciones de pareja, la flexibilización del uso del condón también se ve permeado por la confianza y fidelidad; dos sentidos que se asocian con el no uso del condón. En este punto las informaciones de las participantes concuerdan con estudios de personas cisgénero que afirman que a mayor nivel de confianza en la pareja sexual, menor es el grado de protección sexual (Saura,

Korquera, Mascort y Castellá, 2019; Mallory, 2020). Con relación a esto, los siguientes dos trechos:

Lo único que influiría pues en el uso del condón es que sea mi pareja estable de mucho tiempo ya pues se podría eliminar, pero de resto no (Comunicación personal, Cali_Mary, 11 de septiembre de 2020).

Hay como una percepción de que entre más confianza tenga con mi pareja menos me debo cuidar, cuando uno recién se conoce con alguien, o empieza así de noviazgo, una se protege y una usa el condón para mamar, culear, que se le ponga usa el condón para todo, uno en las primeras salidas usa mil condones, a medida de que va pasando el tiempo los meses el año una solo usa el condón solo para la penetración entonces, y mama sin condón y quienes tenemos relaciones de muchos años son 7, 8, 9 años incluso ya con el tiempo se deja de usar el condón porque hay una percepción de que entre más años más amor, más confianza, menos protección debe que haber (Comunicación personal, Cali_Kika).

Para el caso de las participantes de Cali, el no uso del condón se asocia fuertemente con los sentidos relacionados con el sometimiento y coerción. Esto aplica tanto para la relación con el cliente como con otro tipo de parejas sexuales. Es decir que la decisión del no uso del condón recae, en gran medida, en la pareja sexual, ya sea porque en el intercambio por el placer (sexo) se coloca en juego el dinero (cliente) o la confianza (amigo, novio, esposo). Vale mencionar, que la segunda en mención, encubre el sometimiento mientras que la primera en mención expone abiertamente tanto el sometimiento como la violencia simbólica y física a la cual están expuestas las mujeres trans por la desigualdad a nivel de acceso a derechos y de oportunidades.

En oposición a lo anterior, las participantes de Medellín, respecto a la coerción de la pareja sexual, tienen una postura en la cual pareciera que las posibles necesidades económicas no direccionan la acción del no uso del condón. Por el contrario, cuando un cliente ofrece más dinero por una práctica sexual sin condón, ellas se re-

húsan a hacerlo porque esa solicitud es vista desde la desconfianza. Ellas mencionan:

Vea, si un cliente te dice que, sin preservativo, eso ya da mucho para dudar. O sea, eso ya no te da confianza de vos decir: me acuesto con él. No. Las personas que no utilizan preservativo, que lo dicen en su momento, a mí no me gustan. Pero si desde un principio te están aclarando y se enfocan en eso es porque él te tiene la sorpresita guardada. Entonces uno ya dice que no. Lógicamente hay muchas a las que si les da lo mismo, como que no quieren ni un poquito la vida entonces les da igual. Personalmente, cuando me dicen algo así, digo “no papi” y ellos siguen intentando y me han insultado, ¡ay! horrible, pero como a mí me da igual, que ellos se enojen, (Comunicación personal, Med_Samantha, 23 de octubre de 2020).

Yo el condón no lo negocio, a mí si un hombre me dice que me paga más por estar sin preservativo yo ya sé que eso es algo peligroso, ¿si me entiendes? Puede que el hombre no tenga nada, pero yo trato de que no, porque a mí también se me han roto los condones en medio de una arrechera, entonces eso yo trato como de no, yo trato como de estar en ese balance, como estar muy juiciosa con eso (Comunicación personal, Med_Barbara, 23 de octubre de 2020).

A propósito de las participantes de Cali, es pertinente mencionar que este posicionamiento de resistencia del no uso del condón frente al cliente sólo se discutió, por medio de una intervención en el grupo focal, de la siguiente manera:

En estos tiempos el hombre que llega donde una le dice que sin condón, en estos tiempos, uno sabe que ese hombre está enfermo. Y si dicen ellos que sin, yo les digo que no, a mí no me va a enfermar porque en estos tiempos quién va a estar sin preservativo con esas enfermedades que están tan regadas (Cali_Grupo focal Dayana).

El posicionamiento asumido frente a los clientes, por las participantes de Medellín, es similar al que exponen cuando se pregunta por la

práctica del sexo oral: no hay flexibilización frente a ello y relacionan una posible condescendencia con una ausencia de cuidado y aprecio por la vida. Estas participantes asumen el uso y el no uso como una decisión en la cual tienen plena consciencia sobre las consecuencias que sus acciones puedan desdoblarse en sus vidas. Relacionado con esta posición, en un estudio realizado en Vietnam por Bao, et al., (2016), se exponen resultados similares en donde las mujeres trans que se realizan pruebas de VIH de manera periódica (como es el caso de la mayoría de las participantes de este estudio), exigen el uso del condón a los hombres que pagan por sexo debido a la consciencia de las consecuencias del riesgo de la relación sexual sin preservativo.

Estrategias de afrontamiento frente al no uso del condón

Dentro de las estrategias de afrontamiento que tienen las participantes en los casos que no utilizan el preservativo se encuentra: 1) acudir a servicios de salud, 2) acudir a personas cercanas u organizaciones de base comunitaria para buscar asesoría, 3) no asumir cuidado sobre sí misma. Dentro del componente emocional de la unidad simbólico-emocional de los sentidos subjetivos, se identifican el remordimiento y el temor. Las participantes expresan que ante una relación sexual sin condón, lo primero que se genera en ellas es “remordimiento” y “miedo”.

A propósito del primer punto, el de *acudir a servicios de salud*, algunas de ellas, acuden a realizarse tratamientos; otras de ellas, solo se realizan dichos procedimientos en casos de sentir cambios en el cuerpo. Y, la totalidad de ellas se realiza exámenes de serología con una periodicidad de seis meses. Este último punto se encuentra como un hábito presente en participantes tanto de Cali como de Medellín. Cabe resaltar que este hábito es estimulado por los médicos, pues ante cualquier tipo de consulta médica a las participantes se les ha remitido a exámenes de ITS. Esto es una consecuencia de la connotación de “cuerpos infecciosos” bajo los cuales se conciben los cuerpos trans para la medicina y la salud pública.

Cabe destacar que las reacciones de las participantes se diferencian de acuerdo a la ciudad. Por una parte, las de Cali optan, en un primer momento, por realizar tratamientos posteriores a la relación sexual; mientras que las de Medellín aguardan a las reacciones del cuerpo para acudir a servicios de salud. Respecto al posicionamiento de las participantes de Cali, los siguientes trechos de información:

Ahorita se escucha que si uno tiene sexo sin condón puede tomar retrovirales para no adquirir el VIH pero eso es apenas que lo vine a escuchar ahorita que salió hasta por la noticia que los chicos tienen relaciones con enfermos de VIH y les mandan como por 15 días retrovirales para no tener la enfermedad. No sé qué tan cierto sea pero sí sé que se está usando (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Cuando el condón se rompe, está la opción de la profilaxis, pero obviamente después de que se rompe un preservativo ya se apagan todas las ganas y todos los placeres (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Lo anterior pone de manifiesto preocupación a nivel médico y de salud pública en dos vías, por una parte, por la desinformación en el uso de los tratamientos y por otra parte, preocupación en la medida que los tratamientos creados para minimizar la mortalidad por ITS se está convirtiendo en una estrategia que, en algunas personas, autoriza la práctica sexual sin condón.

Con relación a las participantes de Medellín, a continuación, sus expresiones donde plantean que ante una relación sexual sin preservativo, al tener respuestas negativas en el cuerpo, síntomas, tales como el sangrado, sarpullidos, entre otros, acuden al médico.

Yo sabía que tenía que ir al médico porque yo no sabía ese día fui y oriné, no, ese día no orine, ese día fui y sangré, entonces no era como normal. Me fui de una al médico (Comunicación personal, Med_Alice, 2 de octubre de 2020).

En caso de haber tenido una relación sin condón y tener sospecha de algo, corro para donde un doctor a que me haga todo y me tomo lo que sea. Yo voy al médico, con mucho susto, pero voy. (Comunicación personal, Med_Salomé, 1 de diciembre de 2020).

Como bien se mencionaba al inicio de este apartado, otra estrategia frente a las consecuencias del no uso del condón, se centra en la *búsqueda de personas cercanas u organizaciones de base comunitaria para encontrar asesoría*.

Tengo chicas que me llaman me dicen “mira qué se me acaba de romper el condón con un cliente” y yo les digo que vayan inmediatamente donde un médico antes de que pase media hora y consíguete un retroviral y tómatelo. Ellas no saben a dónde ir, entonces yo les debo dar las indicaciones de a qué hospital deben ir y qué deben decir. Siempre les indico que pidan que les regalen un retroviral, después de 15 días se hagan una prueba rápida (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Le conté a mi mejor amiga ella me dijo, “gorda tranquilícese relájese, espera a ver qué le dice el médico” (Comunicación personal, Med_Alice, 2 de octubre de 2020).

Hemos tenido casos, de hecho, hubo un caso reciente, tal cual como lo describes pasó; fue a la fundación a pedir asesoría. Entonces, se activó la ruta de atención porque ella tuvo una relación sexual sin protección y como que a ella le pegaron un herpes. A ella se le hizo acompañamiento, el cual consiste en, inicialmente escucharla, porque obviamente la persona queda mal, con mucha culpa. Entonces necesitan desahogarse. Además, el hecho de escucharla nos permite, justamente eso, identificar, como se puede dar una asesoría, y digamos que como de qué manera ella pueda acceder a esos beneficios en este caso de su salud (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Los trechos de información demuestran que ante el temor de una relación sexual sin preservativo y frente al caso de sospecha de una ITS,

las redes de apoyo, a saber las amigas, las lideresas y las organizaciones de base comunitaria se convierten en una guía para ellas, pues, como bien se observa, no tienen claridad sobre el procedimiento a seguir en caso de una práctica sexual sin protección.

Contrario a las estrategias ya expuestas, las cuales se centran en acciones de búsqueda de ayuda y de cuidado, como manera de enfrentar una práctica sexual sin protección, se encuentran, también, las participantes que debido a la connotación que tiene para ellas una ITS, en especial el VIH, expresaron que en caso de sospecha de contagio, no realizar ninguna acción al respecto, es decir que *no asumen el cuidado sobre sí mismas*. Se identifica que bajo esta posición se encuentran las participantes con más edad, aquellas quienes tuvieron que vivir los inicios del VIH en Colombia y su connotación de mortalidad. A continuación, los fragmentos de información cuando se les invita a las participantes a hablar sobre las consecuencias del no uso del condón con un resultado positivo de ITS:

E: ¿Qué hacían con un resultado positivo?

S: Pues las maricas echaban a la desidia, se abandonaban a la suerte, en vez de buscar quién les ayudara... No, eso era tomar trago, degenerarse y volverse en nada.

E: ¿Y quién podía ayudarlas?

S: Nadie, ahora último es que nosotras tenemos voz y voto, pero antes no, antes nosotras no teníamos voz y voto. No le digo que la gente cuando salió el VIH el cuento era que nosotros éramos las portadoras, las que habíamos engendrado el VIH (Comunicación personal, Cali_Rocío, 19 de enero de 2021)

Yo hablando de mí yo no le diría a nadie, yo creo que yo me encerraría haría como en un círculo de solamente yo sola, llevando

mi vida, pero yo sola porque yo no le contaría eso ni a mi mamá, ni a mi hermana, ni a nadie porque eso entre cielo y tierra no hay nada oculto, entonces uno se pone a confiarle eso a la mamá y la mamá le cuenta a la hermana, la hermana le cuenta un amigo del amigo le va a contar, y bueno eso se riega, y ahí entonces empiezan como el rechazo porque así eso no se le pegue a uno por un abrazo uno siempre tiene como un temor (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

Producciones subjetivas respecto al uso del condón: el caso de mujeres trans de Cali y Medellín

En las indagaciones sobre el uso del condón, se encuentra que las participantes asumen el uso del condón como forma de cuidar la salud en general. Sobre este cuidado de la salud, hubo posturas diferentes: 1) quienes asumen el auto-cuidado porque se esa manera lo conocieron de su familia primaria o consanguínea; 2) quienes lo asumen porque así lo conocieron de la familia social; y, 3) quienes lo asumen porque han vivido o han visto el padecimiento que genera una ITS para las mujeres trans particularmente. A continuación, se presentan y discuten cada uno de estos puntos.

El autocuidado

La familia consanguínea y social en el autocuidado

Se identifica que las participantes que cuentan con apoyo familiar (familias primarias y sociales) antes y durante el proceso de tránsito de género, desdoblan sentidos subjetivos alrededor del cuidado del cuerpo y de la integridad tanto emocional como psicológica. Esto coincide con lo planteado por Turner, Ahern, Santos, Arayasirikul y Wilson (2019), en donde muestran que mujeres trans jóvenes de San Francisco evidenciaron que la relación positiva ante la aceptación de la identidad de género por parte de los padres o de cuidadores protegió de relaciones anales sin

condón. En esta misma línea, para el caso de la investigación que es menester de este capítulo, las participantes con apoyo de la familia primaria y social suelen asumir el uso del condón desde el cuidado propio y el cuidado de la pareja sexual. La diferencia de los tipos de cuidados entre unas participantes y otras (las que recibieron apoyo de la familia primaria y la social), radica en los aspectos que a continuación se desarrollan.

Por una parte, el autocuidado y cuidado por los demás que tienen las participantes que no encontraron apoyo en la familia primaria duraron cierto tiempo –antes de encontrar apoyo y orientación en las familias sociales u organizaciones de base comunitaria– ejerciendo prácticas sexuales sin protección por desconocimiento o también por indiferencia respecto al cuidado de la salud. Esto se soporta empíricamente con los trechos que exponen el desconocimiento del uso del condón, expuestos en el apartado sobre el posicionamiento familiar respecto a la sexualidad. Es pertinente mencionar que el acercamiento a la salud sexual que tuvieron las participantes que contaron con apoyo familiar, se basó en modelos heteronormativos. No obstante, estas participantes, pese a contar con una educación sexual por fuera de la que requerían conocer, esta discusión –en algunos casos, una advertencia familiar, más que discusión– de la sexualidad en el núcleo familiar sirvió de movilizador para que las participantes indagaran, a través de noticias y en la web, cuidados a la salud sexual más afines con sus experiencias sexuales.

En mi casa se hablaba era de los embarazos. También se hablaba de “las siete luchas” o no sé qué vaina rara era la que decían que daba por allá, y fin de la historia. Uno se quedaba sin saber qué es eso de “las siete luchas”. Por eso, fui conociendo sobre los cuidados y el condón por mi cuenta leyendo por mi cuenta (Comunicación personal, Cali_Juliana, 13 de octubre de 2020).

En el colegio daban unas clases de sexualidad, pero básicas, lo básico. En la casa poco se hablaba, se mencionaban pocas cosas. Ya con el tiempo em-

pecé a indagar sobre estos temas y así es que uno puede hablar con mayor autoridad (Comunicación personal, Cali_Helen, 26 de septiembre de 2020).

Mi mamá siempre me ha dicho que me cuide, pero no entrando en detalle, me dice “Ay miya cuídese que vea las enfermedades de ahora” pero nunca entrando así en detalle de que cuídese de las ITS, no, eso no. (Comunicación personal, Med_Ana, 16 de diciembre de 2020).

Por medio de lo anterior se identifica que, cuando en la familia primaria se pone de manifiesto la intención del cuidado sexual, las participantes despiertan interés por indagar más al respecto para conocer información que les pueda ser útil con relación a sus propias experiencias.

Adicional a lo anterior, se puede analizar que el apoyo y soporte familiar, desdobra sentidos subjetivos relacionados con el cuidado de la vida en general y, no específicamente al cuidado de la sexualidad ya que, como se pudo observar con los trechos de información, las familias de las participantes no solían profundizar sobre esos temas por fuera del binarismo de género; lo que se encuentra es que, más vale, las familias, advertían sobre los cuidados a la salud y, con esta información, ellas reconocen la importancia de cuidarse a sí, el propio cuerpo y a los demás. A continuación dos trechos soportan esta afirmación:

En realidad, pienso que el cuidado no viene con el condón y por nada sino con la autoestima que tenga uno como ser humano. Para mí el autocuidado lo hace uno mismo, del valor que uno tenga hacia uno, de la estima que uno tenga hacia uno, porque si no me quiero y no me respeto no tengo nada que exigir a mi cuerpo. Por el contrario, si me quiero y me valoro como ser humano, entonces estoy cuidando mi cuerpo y es un autovalor agregado que tengo en mi vida. Esto viene de las raíces, de la familia, de lo que pasa en casa (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Cuando una chica trans cuenta con el apoyo de su familia eso es fundamental para que ella tenga una buena vida, porque una mujer trans que

cuenta con su familia puede tener la oportunidad de estudiar, de estar tranquila en su casa, de recibir cuidado de su familia y también ella. O sea, tener como esa oportunidad de vivir esa experiencia de sentir que su familia también la quiere, también le genera como el hecho de cuidarse. Es como si al cuidarse, cuidara también a su familia, porque el cuidado nace hacia uno mismo pero también nace hacia los demás. Esto lo relaciono con el amor hacia ti mismo, o sea, si yo me quiero yo lucho y me cuido (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Los fragmentos expuestos, representan la postura de las participantes tanto de Cali como de Medellín respecto del cuidado de la salud como desdoblamiento subjetivo del apoyo familiar. Sentidos subjetivos como el amor hacia sí mismo, la autoestima, el respeto hacia el propio cuerpo se desdobla de las relaciones familiares en las cuales encuentran una acogida, aprecio y soporte.

Como bien se mencionó al inicio de este apartado, para las mujeres que no reciben apoyo en los hogares primarios, la familia social se convierte en el soporte que motiva al cuidado de la vida y que enseña sobre el valor del propio cuerpo. Esto último se discute en la medida que, pareciera que las mujeres trans que son expulsadas de sus hogares a corta edad, pierden el interés del propio cuidado en la medida que no hay un soporte emocional o una red de apoyo que permita reconocer la importancia del bienestar. Estas mujeres al verse violentadas por sus vínculos primarios, desconocen que merecen bienestar y que son dignas de derechos; esto se reafirma en la medida que se convierten en “blanco” de constantes agresiones y sometimientos físicos y sexuales por parte de la sociedad. Es, de esta manera, que para muchas mujeres trans, el primer acercamiento que tienen frente a los cuidados de la sexualidad, los encuentran en las condiciones del trabajo sexual o por medio de amistades que, si bien desean ofrecer acogida y cuidado, los recursos económicos y simbólicos con los que cuentan no resultan ser suficientes para motivar estrategias satisfactorias de cuidado. Experiencias como las siguientes se exponen respecto a esta discusión:

Cuando yo tenía 16 años, los hoteles no eran como los de ahora. El hotel era una habitación la cama desbaratada, entonces, era, póngale 20 piezas, 10 para un lado y 10 para otro y en el fondo estaba en la cocina. En esa cocina había una olla grande que tenía hierbabuena, eso hervía agua, entonces usted cogía una ponchera y sacaba agua de ahí y la metía a la pieza y con esa agua le lavaba usted el pene al hombre, y cuando uno terminaba uno se agachaba y se lavaba las nalgas con esa agua. Ese era el baño para que a uno no le contagiaran enfermedades (Comunicación personal, Med_Sofia, 17 de diciembre de 2020).

En la medida que los conocimientos se van especializando porque las instituciones de salud, centros universitarios y organizaciones de base comunitaria causan impacto con relación a la exposición de los riesgos de una práctica sexual sin protección, las mujeres trans, en especial las trabajadoras sexuales reconocen el uso del condón como una estrategia de auto-cuidado. Es pertinente resaltar que el mayor impacto sobre la movilización de sentidos subjetivos relacionados con el “no cuidado”, hacia unos del cuidado de la vida y del bienestar, se generan por los encuentros que tienen, ya sea en la calle o en instalaciones cerradas, con las fundaciones que reivindican los derechos de las personas LGBTI. En estos encuentros, se permite la posibilidad de movilizar sentidos subjetivos alrededor del merecimiento de la salud y el cuidado, como también del aprecio de la vida y el bienestar. A continuación, un fragmento de información sobre esto:

En el caso en que sus familias las rechazan, las tiran a una calle, pienso que no tienen la oportunidad de ser apoyadas y queridas. Si tienen la oportunidad de llegar a una familia social ahí pueden encontrar ese cariño que no les dio su familia consanguínea y también pueden aprender estos patrones de autocuidado, de manejar una autoestima, de quererse. Pero como sucede que hay chicas que no cuentan ni con la una ni con la otra, sino que les toca irse a una calle, digamos a rebuscarse la forma de subsistir, entonces no encuentran nada. Lastimosamente, en la calle encuentran prostitución, drogadicción, alcoholismo, también, muchas veces, todo eso tiende a aprenderse en el espacio donde tú te muevas

también aprendes un poco sobre lo que se maneja en tu entorno, entonces también tiene mucho que ver eso, el entorno donde tú, donde tengas la oportunidad de desarrollar tu vida (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Contrario a lo que sucede con los espacios de educación sexual ofrecidos por instituciones de salud y universitarias, los encuentros entre las fundaciones y la población LGBTI generan mayor impacto en la medida que estas instituciones reconocen, comprenden, apoyan y protegen las realidades que viven las personas con orientaciones e identidades diversas. Es por esta razón que las organizaciones de base comunitaria se convierten en centros de entrega de condones y de información que, en un lenguaje no tecnificado, explica a las mujeres trans la importancia de protegerse en las relaciones sexuales.

En concordancia con lo anterior, las organizaciones de base comunitaria, se convierten en espacios de acompañamiento y apoyo desde la comprensión y respeto de las experiencias trans. A propósito de estos centros de acompañamiento LGBTI, en espacios de discusión con SF se conversó sobre las personas que conforman los equipos de trabajo de las organizaciones de base comunitaria del país (Colombia) y se llegó a la conclusión que estos equipos se consolidan, en su mayoría, bajo la dirección de personas LGBTI. De acuerdo a lo analizado en el marco de la observación participante en SF, se interpreta que, en la medida que los acompañamientos de las fundaciones los realizan personas LGBTI, existe menos posibilidades de realizar acciones con daño. Estudios realizados en Pakistán, como los de Khan, Rehan, Qayyum y Khan (2013), Khalid y Martin (2019), soportan esta afirmación en la medida que plantea que los programas realizados desde y para personas LGBTI, tienen mayor acogida que los desarrollados por personas externas a la población.

Lo anterior lleva a analizar las intervenciones realizadas en centros de salud, por medio de profesionales que actuando desde categorías diag-

nósticas, conciben y abordan a la mujer trans desde prejuicios, cuestión que afecta la asistencia de las mujeres trans a centros de salud, ya sea para solicitar información a propósito de la salud sexual o para acercarse en búsqueda de tratamientos o pruebas diagnósticas. Cabe anotar que esta situación no sólo sucede en nuestro país, de acuerdo a lo expresado por las participantes de Cali y Medellín sino también en Camboya (Schneiders y Weissman, 2016), la India (Ganju y Sagurti, 2017), Bélgica (Von Schuylenbergh, et al., 2019), Estados Unidos (Benjamin, et al., 2020), entre otros países, en donde coinciden con la necesidad de garantizar espacios de atención en salud respetuosos a las personas Trans, sin discriminar por identidad, orientación y ejercicio laboral.

De acuerdo a las informaciones del trabajo de campo, podemos afirmar que la totalidad de las participantes que han tenido acercamiento a organizaciones de base comunitaria han conquistado conocimientos respecto al cuidado de la salud y han reconocido con ello lo valiosas que son y el derecho a sus cuerpos y al placer; cuestiones que promueven las prácticas sexuales protegidas.

Las mujeres trans, en estos momentos, son una población muy educada. Sabemos sobre todo ese tema de la salud sexual y sensibilizamos a otros. Se ha vuelto como un voz a voz, nos hemos vuelto replicadores del mensaje. Las chicas se cuidan mucho. Tú paras a una chica y la misma policía han dicho que lo primero que encuentran en sus bolsos son 10 o 15 condones, porque nosotras mismas nos encargamos de entregarlos o las mismas fundaciones, el cuidado es muchísimo (Comunicación personal, Cali_Paulina, 1 de octubre de 2020).

Frente a estas posibilidades de acercamiento a prácticas sexuales protegidas, es pertinente preguntarse por los índices de contagios, que señalan lo “portan” las mujeres trans (OMS). Respecto a esto, se encuentran diferentes posiciones: por una parte, se juzga la coerción del cliente o de la pareja sexual como prácticas sexuales que impiden el cuidado y protección, por otra parte, la dificultad en el acceso a los

condones por cuestiones económicas, y, por otra, ciertas posiciones que reivindican que el uso o no uso del condón consiste en una decisión consciente. Cada una de estas tres posiciones llama la atención para crear estrategias más asertivas, en la medida que el objetivo de los reguladores nacionales e internacionales de la salud se enfoca en disminuir las cifras de contagios.

La experiencia ajena de una ITS

Como se ha venido mencionando, el círculo social de las mujeres trans se convierte en el soporte emocional y psicológico para sobrellevar los diferentes momentos de la vida. En muchas ocasiones, este soporte social asumido como un vínculo familiar se convierte en la misma razón para luchar frente a los actos transfóbicos de la sociedad y con esto, una razón para vivir. En este sentido, el encuentro con amistades que se constituyen en la “familia social”, se convierte en un aspecto que desdobra sentidos subjetivos con relación al cuidado. Adicional a esto, por medio de las experiencias compartidas con las amistades –familia social–, las participantes de este estudio tanto de Cali como de Medellín han conocido de cerca lo que es una infección de transmisión sexual (ITS). Sin excepción alguna, todas las participantes, mencionaron tener por lo menos una persona conocida que ha padecido una ITS, esto las hace pensar sobre sí las prácticas sexuales y estrategias de cuidado y protección.

En cuanto a la sexualidad mor yo lo aprendí sola. O sea, yo aprendí que eran las enfermedades sola, más que todo viviendo una experiencia al lado de una amiga mía, ella diciendo que le dolía mucho los genitales yo le decía que me mostrara y cuando me mostró yo le decía que tenía algo, alguna enfermedad, una gonorrea, le dije que teníamos que ir ya a qué le aplicarán algo (Comunicación personal, Med_Barbara, 23 de octubre de 2020).

Las ITS son una realidad que nosotras conocemos muy de cerca; por cosas que nos cuentan amigas cercanas o la amiga de una amiga. Pienso que de

pronto mantenemos como más pendiente del tema del condón y de portarlo por eso (Comunicación personal, Cali_Gisselle, 31 de agosto de 2020).

Las participantes mencionan que el hecho de conocer personas con alguna ITS, repercute en las estrategias de cuidado de la propia salud sexual. De esta manera, por medio de acompañar y ver el padecimiento ajeno debido a una ITS, se desdoblán sentidos subjetivos, a propósito de las infecciones de transmisión sexual, que van más allá de la connotación social –de hace unos años atrás– de concebirla como sinónimo de “muerte”. En cambio, los sentidos subjetivos desdoblados se relacionan con el “temor” ya que las participantes interpretan que las afectaciones por una ITS no se dan solamente en el orden del padecimiento físico, sino psicológico y social. En esta medida, acompañar a una amistad con ITS las invita a pensar sobre el padecimiento psíquico como depresión, el propio abandono y el abandono o ausencia de apoyo social.

Hoy en día una ITS, un VIH no es muerte porque eso se puede tratar, y pa’ morir, todos vamos a morir. Hoy, mañana, en treinta años, todos vamos a morir. Sino que es muerte en el sentido de que afecta psicológicamente mucho. Y cuando se tiene una enfermedad sexual, y te afecta psicológicamente, te vas a morir más rápido...Tengo una amiga que se entregó a la pena, por eso te digo, psicológicamente si puede llegar a matar. De resto no, es morir, pero en cierta etapa, es aprender a vivir de una manera distinta (Comunicación personal, Med_ Samantha, 23 de octubre de 2020).

En concordancia con lo anterior, se encuentra que el deterioro del cuerpo y el padecimiento psicológico percibido por amistades con VIH, promueve acciones de protección en las participantes. Cabe mencionar en este punto que el padecimiento por una ITS en las mujeres trans se magnifica en la medida que encuentran, en los servicios de salud, barreras que no les permite acceder a una atención digna y de calidad.

Producciones subjetivas respecto al uso y no uso del condón. El caso de los HSH

La importancia del uso del condón es ampliamente reconocida por los distintos sectores de la sociedad y sus individuos; los saberes respecto a su papel en la prevención del VIH y las ETS, su lugar preponderante en la salud sexual y los derechos reproductivos en general, circulan con cierta fluidez en el escenario y los discursos de la cotidianidad. No obstante, la relación entre conocimiento y uso del condón es particularmente inestable; de hecho, según lo reportado en el proyecto VIH Fondo Mundial (2016), cuyo objetivo fue “determinar la proporción del uso del condón y los comportamientos, actitudes y prácticas asociadas al condón en personas que viven con VIH/Sida (...) en 20 capitales de Colombia” (p. 35), el 90% de los sujetos encuestados conoce sobre el condón, pero “su uso consistente mostró niveles por debajo de este nivel” (p. 81). Ahora bien, ¿a qué obedece esta resistencia al uso consistente de condón?, ¿los obstáculos son subjetivos?, ¿las condiciones materiales se interponen? Son preguntas que es importante abordar en pro de conocer las producciones subjetivas que se asocian a la utilización o no del condón.

En nuestra investigación con sujetos HSH, (siete participantes, todos de Cali) estos afirman con vehemencia que el uso de preservativo constituye, más que una práctica, una conducta irrenunciable en sus encuentros sexuales, más allá de las condiciones en las que estas tengan lugar. A continuación, presentamos algunos de sus testimonios.

Para algunos es una cuestión de decisión y voluntad:

Eso (usar o no condón) es decisión de la persona; si una persona me dice que no, entonces, hasta luego. ¡Yo lo uso y ya! si la persona me dice que no, me lo quito y me voy (Comunicación personal, Cal_Erwin, 20 de septiembre de 2020).

Otro participante refiere:

Condón, con condón. ¡Y se debe usar o se debe usar! ¡Se usa siempre! Me han dicho que no lo usemos, que no se siente igual y todo eso... y es cierto; se siente diferente !pero, no! Se usa y punto (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Hay quienes asocian el uso consistente de condón al amor propio, el respeto de sí y el autocuidado. Así lo reporta el siguiente testimonio:

(Usar condón es) lo más importante que puede existir y más en este momento. Yo pienso que es tan importante como saber que tenés que usar ropa interior; es parte de la vida, parte de uno quererse, parte de respetarse. Se puede decir que después de Dios para el acto sexual el condón, eso no puede faltar, que te falte el alimento, que te falte no sé qué otra cosa hablando de material el condón (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

El mismo participante sostiene:

Sí, yo uso el condón... A pesar de que te puedo contar algo; a mí con el condón casi no me dan ganas, a mí el condón... No, es que la satisfacción no (es la misma), no te lo puedo negar (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

Ahora bien, estos testimonios deben ser tomados con precaución, y no nos referimos a un juicio de valor respecto a la veracidad o no de los mismos, sino al innegable peso del discurso público que empuja a los sujetos a ser políticamente –y moralmente– correctos, particularmente cuando son cuestionados alrededor de temas tan álgidos como la salud sexual. No obstante, todo relato da cuenta de un posicionamiento subjetivo a propósito de lo dicho... y lo no dicho. Pues, en cada historia, entre el silencio y la palabra hay un dejo de subjetividad en tanto remite a “la interacción permanente entre las vidas cotidianas y los procesos estructurales” (Araujo y Martuccelli, 2021, p.12). Y en ese

orden de ideas da lugar a procesos intersubjetivos que conducen los discursos del hablante.

Este aparente desencuentro entre lo que se puede y lo que se debe decir es uno de los obstáculos con los que debe lidiar la investigación cualitativa. Ante la intromisión en la intimidad que supone la entrevista, los sujetos (más allá de haber aceptado participar) se defienden y, en procura de evitar la crítica y la sanción, regulan, al menos en principio, sus posicionamientos, encauzándolos hacia vías más “aceptables”. Esto quedó retratado en nuestro trabajo en la conversación que, posterior a la entrevista, sostuvimos con el participante Aitor. Él, quien como antes mostramos, valora, hasta el punto casi de sacralizarlo, el uso del condón, al finalizar la entrevista y apagar la grabadora, contó varias anécdotas, entre las que vale resaltar la siguiente:

Yo salía con un peladito como de 18 años; un hetero bien dotado. Yo solo le hacía sexo oral y ya. Pero un día no me aguanté y le dije que me penetrara... no teníamos condón, pero no, yo no me aguanté y lo hicimos así; a pelo, como se dice coloquialmente (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

Insistimos en que no pretendemos juzgar la posible disonancia entre el discurso y la práctica, pues comprendemos que la experiencia de la sexualidad no puede reducirse a saberes y haceres radicales y/o necesariamente consecuentes entre sí. De ahí la valía de atender la “pluralidad de voces –polifonía– que marca los cruces, las herencias, las valoraciones acuñadas por la historia y la tradición que no dejan de hablar en la propia voz” (Arfuch, 2010, p.191). Así, aún la aparente incoherencia es reflejo del ingreso y la participación en el lenguaje; reconocer el peso moral que atraviesa los posicionamientos respecto a la (des)protección sexual puede conducir al despliegue del ya mencionado discurso políticamente correcto, sí, pero también da cuenta de cómo estos producen y reproducen subjetividades definiendo formas de experimentar la sexualidad que trascienden el acto sexual en sí.

Esa inscripción de la sexualidad en otras esferas de la vida conduce a la producción de posicionamientos que intentan articular –y/o justificar– las prácticas, cuando éstas no atienden lo establecido socioculturalmente como correcto. El no uso del condón o su uso inconsistente está siempre en la “lupa de la sociedad” dado que remite al encuentro sexual. Y dicha vigilancia se intensifica cuando los protagonistas del mentado encuentro son dos (o más) hombres.

A todo esto, cabe preguntarnos por qué, a sabiendas de la importancia de usar la protección brindada por el preservativo, no es poco frecuente que se renuncie a seguir tal práctica. Esto direcciona hacia el análisis de los marcos de sentido que animan la experiencia, en este caso, de los HSH participantes de nuestra investigación. Las explicaciones a propósito de la práctica de relaciones sexuales sin protección tienen varios matices.

Algunos sujetos aluden a motivos y causas nobles en las cuales lo afectivo toma relevancia. Entre estas destaca la confianza:

Sí, pero es muy eventual (el no uso de condón), ¿sabes? No es algo así como que lo conozco después de varios meses y hay directamente la confianza, no. Es tipo... es como más complejo. La confianza es la base, pero realmente se trata de una relación interpersonal. Sí, la confianza es la base, pero ahí también hay una relación interpersonal de cariño que te permite decir: ‘sí, está bien, puedo hacerlo y sé que él gozo’... Sí, soy consciente del gozo, pero también soy consciente de que la otra persona también normalmente se cuida, como lo hago normalmente. Entonces el riesgo va a ser menor, pero claro, no debería ser así, pero simplemente pasa. (Comunicación personal, Cal_Alán, 15 de febrero de 2020).

Quien ofrece este testimonio resalta la importancia del vínculo afectivo establecido previamente con su potencial pareja sexual. El tiempo de conocerlo resulta relevante, pero en un segundo plano, mientras que el placer sexual, denominado por él como “gozo”, es resultante

de la conjugación de los otros aspectos, pues considera valioso que el acto sexual sea atravesado por una dimensión emocional y reconoce placentero el sexo sin condón. Así pues, la confianza constituye un acto de fe, pero no de fe ciega, sino de una que cuestiona, aunque no conduce a la renuncia de la práctica de riesgo; esto queda claro cuando sostiene que él y sus posibles parejas “normalmente” se cuidan, lo que implica la probabilidad de que ocasionalmente con otras parejas también asuman el riesgo. Al final, este participante sostiene que no debería ser así, pero que “simplemente pasa”; en un intento por conciliar la sanción moral (minimizándola) que él mismo se impone, y las prácticas que sigue en pro de una mejor manera de vivenciar la sexualidad, pero que suponen alto riesgo.

En una postura similar, otro sujeto comenta:

Con mis parejas, en el momento que estábamos en pleno, no sé, momento de placer, en vista de que no teníamos (condones), ya mutuamente decidíamos hacerlo. Pero no era porque no quisimos (usar), quizás fue el momento. También con un amigo que nos veíamos cada año o cada dos años; la primera vez (que tuvieron sexo sin protección) fue porque no teníamos, la segunda vez porque ya lo habíamos hecho. Por lo que te digo: ya llevo cierto tiempo conociendo a esta persona o tengo tanta confianza... (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

Para este participante el tiempo (cronológicamente hablando) es relevante, podríamos afirmar que, a más tiempo de conocerle, mayor confianza depositada en el otro. No obstante, insiste en que lo que define el no uso de condón, al menos en los primeros encuentros, son las circunstancias, mas no una “elección racional”; esta aparece después y se sustenta en el éxito del encuentro previo, éxito que se define por la inexistencia del contagio de alguna ETS o VIH. La confianza, pues, se va reforzando con cada “salvación”. Además, no resulta descabellado proponer que, las mencionadas experiencias exitosas sean transmutables a otros sujetos en los cuales también se deposita la fe aludida.

Para algunos la confianza es algo que “genera” el otro:

Hay momentos en los que uno simplemente sabe que lo que está haciendo no está bien. Hay personas que le generan esa confianza, o digamos uno en ese momento... Uno sabe que lo que va a hacer no está bien. O sea, uno se deja llevar por la calentura. No es siempre, uno sabe que está mal, pero no es siempre. Eso es con cierto tipo de personas. Ya depende, pues en mi caso, digamos de lo que esa persona te esté generando, porque digamos que hay personas que uno les conoce el pasado o conoce cómo son, cómo se comportan o con quiénes han estado (Comunicación personal, Med_Oliver, 2 de noviembre de 2020).

Igual que los anteriores participantes, este también procura aliviar la carga subjetiva que supone su actuar. De ahí que insista en que sus actos no configuran una conducta y/o una forma permanente de vivir la sexualidad, sino a una práctica más o menos regular y sujeta a circunstancias a veces ajenas, a veces propias. Por otro lado, cuando remite a que la confianza es algo que otro le genera, da cuenta del peso de lo asumido por él como valioso. Ahí aflora la *otredad*, entendida para nuestro análisis como “una categoría fuerza que articula los diversos acercamientos sobre las relaciones entre los modos de ser un yo (cualquier yo) y los modos de ser que, desde ese yo, se proyectan y elaboran sobre lo ajeno” (León, 2005, p.13). Lo que se proyecta es lo que se ha historizado, lo considerado relevante en tanto se articula al deseo y, como en el anterior testimonio, permite autorizarse para seguir prácticas que resultan “sancionables” para el sujeto mismo. Este marco establece los parámetros que constituirán la relación intersubjetiva.

La confianza toma un papel más relevante cuando se trata de una pareja estable:

Al principio si te soy sincero yo soy muy meticuloso con eso (usar condón), después ya cuando exista un vínculo de confianza o algo, yo la verdad lo uso poco, y si te soy sincero, de hecho, con mi pareja actual no lo uso. ¿Qué desencadenó eso? Recientemente como amigos, ni siquie-

ra como pareja nos fuimos a hacer los exámenes, los de control que se hacen cada año y ambos nos salió negativos, entonces como que uno se confía y sé que no debería ser así porque al final de cuentas puede ser tu pareja de 10 años, puede ser tu pareja de 20 años... uno debe desconfiar, pero es algo que el subconsciente lo hace. Yo actualmente no lo uso con mi pareja, si actualmente no estuviera con mi pareja y con una persona X, pues digo que es primordial 100% (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

Una prueba –médica– de la salud abre el espacio para eliminar el uso de preservativo, más cuando hay un vínculo afectivo que soporta y fortalece el acto de fe que hemos comentado. Ser primero amigos y luego pareja supone una experiencia previa de consolidación de la confianza y de la unión a partir de conocerse con cierto nivel de profundidad. No obstante, Pascual, sostiene que se debe (ría) desconfiar, pero que inconscientemente, quizás en razón de la historia previa con su actual pareja, termina “confiándose”. Entonces, reconoce una diferencia entre confiar y confiarse; ambas representan la creencia en la buena fe, el autocuidado y la responsabilidad del otro; sin embargo, la primera atiende a una suerte de ejercicio racional y crítico en el que asoma la sanción dirigida al yo, y el temor frente al riesgo latente, lo que no implica, como hemos documentado, la omisión de la práctica; la segunda, en cambio, remite a la anulación de dicho posicionamiento crítico, conduciendo a los sujetos a pasar de prácticas a conductas de riesgo en tanto estas se consolidan poco a poco y pueden convertirse en un estilo de vida frente a la sexualidad. Esto podemos ilustrarlo con un testimonio:

Más joven uno no tiene ese sentido de autoprotección. Uno se siente invencible y uno confía en que el otro no tiene nada.

–¿Hay un acto de confianza ahí?

Sí, pese a que uno no sabe ni el nombre... Por alguna razón uno piensa y confía que ese está sano.

–¿Tú dirías que es confianza en el otro o es confianza en la suerte?

Confianza en la suerte, en que antes no le ha pasado a uno, entonces que con ese tampoco le va a pasar. Entonces como hay tanto estigma y prejuicios, uno dice: ‘no, no es de la calle, así como cualquiera, está bien vestido, etc.’ Todas estas cosas del estigma que están marcadas uno piensa que está bien. Entonces es más confiar en la suerte que en el otro.

Para estos participantes, cómo vemos, es relevante la apariencia física; la lozanía, la belleza y el aspecto sano y limpio del cuerpo del otro, pues producen confianza y fungen como determinantes cuando no se tienen datos previos sobre la pareja y/o cuando otras experiencias han resultado “exitosas” al no redundar en contagios.

Yo creo que aquí (en la confianza) el tema visual influye mucho. O sea, eh... yo no me voy a meter donde un *man* que, entre comillas, lo veo mal de salud, lo veo enfermo, lo veo muy débil... Las veces que yo fui débil, ¿te soy sincero? era con personas que físicamente se veían muy bien, personas de gimnasio, que se cuidaban mucho. Entonces el tema visual, cuando tú tienes a una persona de frente, digamos que los riesgos prácticamente se desvanecen, por así decirlo, esa persona es tan saludable que no se genera ningún miedo y creo que eso es algo muy peligroso; pero cuando tú tienes a esa persona de frente y la estas tocando, mentalmente los riesgos se desvanecen. Algo muy raro, si te soy sincero (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

En una postura similar, otro participante manifiesta:

Puedo decir, ¡listo! yo no le veo algo raro a este (hombre), no he tenido alguna situación extraña de acuerdo a una enfermedad o algo extraño en el cuerpo que afecte. Yo sé que muchos virus y enfermedades no me van a mostrar la cara, eso lo tengo muy en cuenta, pero como te digo de pronto porque llego a sentirme seguro en hacerlo, yo creo que por eso (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

Sabemos por Foucault (1984) el tema del cuidado de sí ha sido objeto de todo un análisis moral a lo largo de la historia; de ahí que afirme que, “ocuparse de sí ha sido, a partir de cierto momento, denunciado de buen grado como una manera de amor de sí, una forma de egoísmo o de interés individual en contradicción con el interés que hay que tener hacia los otros” (p. 216). Sin embargo, lo que muestran los testimonios es que esa suerte de egoísmo e individualismo, produce en los otros el imaginario de un cuidado transferible; una lógica del tipo: *si se cuida, está sano; por ende, al tener relaciones sexuales (sin protección) con él, también me estoy cuidando*. El otro funge como cuidador. El interés hacia los otros al que alude Foucault en el referido texto, no se basa en el sacrificio y la anteposición de los demás en detrimento de sí; esa es la propuesta que el cristianismo hace al respecto y es lo que el autor deja claro. Así, tiene sentido que nuestros participantes valoren de otra manera el cuidado de sí, ya que la forma cómo practican y viven la sexualidad padece la mirada sancionadora y excluyente del discurso religioso.

Vemos entonces que el discurso alrededor de lo entendido como saludable y/o estéticamente agradable, es configurador de la imagen del cuerpo y la forma positiva –o negativa– de valorarlo. Seguimos a Le Breton (2006), cuando afirma:

La noción moderna del cuerpo es un efecto de la estructura individualista del campo social, una consecuencia de la ruptura de la solidaridad que mezcla la persona con la colectividad y con el cosmos a través de un tejido de correspondencias en el que todo se sostiene (pp. 15-16).

El individualismo referido por Le Breton (2006) es necesario en tanto reporta, por un lado, la vinculación y, por otro, la separación del campo social, dando lugar a la singularidad. Así, establecer una relación cuasi especular con el otro, en el que se proyectan, en este caso, las cualidades que avalan la práctica sexual de riesgo, es una forma de reconocer el peso de lo social, lugar de donde proceden los saberes a propósito del cuerpo y sus distintas clasificaciones (sano/enfermo, bello/feo).

En todo caso, la decisión de usar o no condón no debe considerarse como dejada a la suerte, ni reducirse a sanciones moralistas. Como hemos mostrado, la elección de la práctica no está sujeta al sin sentido, sino que atiende a todo un entramado, en el que las negociaciones son particularmente relevantes:

Ha sido un poco difícil porque muchas veces siento que el condón ya casi no se utiliza. Con la relación homosexual ya no es como antes. Uno va a tener una relación sexual... ¿te vas poner condón o no te vas a poner condón? (preguntan). Como yo te digo, el pelao con el que yo vivo (dice) ‘Pero, ¿por qué me voy a cuidar si yo estoy sano? es que a mí no me gusta, que me arde’... Y yo digo, ¡no! Eso es mientras, y más adelante miramos que puede pasar, pero por ahora tenemos que cuidarnos porque yo no sé cómo ha sido tu vida sexual y usted tampoco sabe cómo ha sido la mía (Comunicación personal, Cal_Jusara, 6 de febrero de 2021).

En esta negociación asoman varios aspectos ya mencionados, pero que vale la pena traer de nuevo a colación: los dos actores de ese (des)encuentro hablan desde lo que históricamente han construido a propósito de la experiencia sexual y el uso de condón. Para Jusara no basta con la palabra de su pareja cuando afirma estar sano, pues para él es necesario establecer un vínculo de confianza sustentado en el tiempo de compartir y conocerse, de ahí que diga que es “mientras”, mientras conoce su historia sexual. El otro hombre, en cambio, pregunta por qué cuidarse estando sano; cuestionamiento que pretende dividir subjetivamente a su pareja a partir de producirle culpa por dudar de su salud y de su palabra. Surgen, además, otras razones asociadas al placer. Sin embargo, para Jusara tales argumentos no son suficientes, pues prima en él una suerte de principio de realidad que le convida a esperar. Este desencuentro nos remite a una de los planteamientos de Bourdieu (2000): “[...] la conciencia de lo arbitrario de la imposición de la palabra se impone cada vez más hoy en día, tanto a quien tiene el monopolio del discurso como a quienes lo sufren” (p. 96). Ambos implicados reconocen el malestar que sus posicionamientos producen en

el otro y viceversa; en este caso los dos son poseedores de un monopolio que se apalabra vislumbrando dos cuerpos y experiencias sexuales socializadas –y, en consecuencia, encarnadas–, de manera distinta.

Estas formas de desencuentro y la posterior negociación surgen con cierta asiduidad en las relaciones entre HSH, así lo mostramos en los siguientes relatos:

(Usa condón aun cuando le piden no hacerlo) Porque uno escucha, bueno ya sabes, que las otras personas pueden decir mentiras (respecto a su salud). Entonces es más como una desconfianza por la insistencia. Además, yo pienso que sí hay amor, esa persona debe saber que se tiene que hacer con condón (Comunicación personal, Med_Teo, 16 de noviembre de 2020).

En este testimonio el cuidado y el autocuidado fungen como una muestra de amor. Asoma la desconfianza en tanto es posible –según la lógica que se pone en juego– que el otro quiera omitir el cuidado en razón de que ya no es necesario para él, pues ya está infectado.

En una postura similar, otro participante refiere:

Me ha pasado (que la pareja sexual demande no usar condón), y me baja toda la expectativa, se me quitan las ganas de hacerlo. Si está exigiendo que no usemos condón es por algo, y me da más bien como susto; prefiero no hacer nada. Pensaría yo que está infectado. He visto los homosexuales que están infectados y quieren infectar a otro. Entonces (dicen) que no, que no tienen nada, que están sanos; pero yo lo exijo y si no están de acuerdo, me voy, porque, cómo te digo, me da desconfianza y hasta se me quitan las ganas (Comunicación personal, Med_Joiner, 9 de marzo de 2021).

De nuevo aparece la desconfianza, ahora acompañada de temor; la postura renuente de la posible pareja sexual irrumpe produciendo malestar subjetivo. La demanda de confianza redundante en lo contrario, hasta

el punto de anular el deseo sexual; lo que no implica necesariamente la no consumación del encuentro. El mismo participante continúa:

Siempre lo quiero usar, pero si no lo tengo a la mano, y es algo que va a pasar, es inevitable, simplemente pasa (Comunicación personal, Med_Joiner, 9 de marzo de 2021).

Hay otros sujetos que, en pro de evitar el mencionado malestar al momento del encuentro sexual, hacen sus negociaciones antes. Ante la inminencia de la relación sexual prefieren mostrar sus cartas y exponer sus condiciones, para que el otro tenga la posibilidad de decidir si continuar o no en la relación.

Es consensuado, tal vez hablado, tal vez que... en el momento de que estamos en ese proceso, porque ahí (al momento de la relación sexual) uno tiene su cabeza en otro mundo. Por eso generalmente se habla antes de, como cuando estamos chateando, ¡ve! vamos a hacer así y así (Comunicación personal, Cal_Alán, 15 de febrero de 2020).

Los pactos establecidos previamente son muestra del reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derecho en plena capacidad de decidir a partir de información clara. En estas negociaciones no solo se alude al uso o no de condón, también se hacen referencias a la condición de salud, las expectativas frente a la relación (si se espera que sea afectiva o solo sexual), a las condiciones del encuentro y al rol en la relación sexual, entre otras. Este es un ejercicio de honestidad que puede ser valorado como pilar en las relaciones intersubjetivas establecidas por los HSH, ya que permite una cierta racionalización de la elección. En otras palabras, la honestidad respecto a la condición de salud, el número de parejas anteriores y demás, no necesariamente conduce a prácticas seguras, sino que permite que los sujetos sean conscientes de la posición que asumen y sus posibles consecuencias.

Otra forma de negociación que encontramos es la basada en el silencio, silencio referido al no uso de la palabra, lo que no implica la au-

sencia del lenguaje. Al respecto, y ante la pregunta: ¿de qué depende que se use o no el condón? Un participante comenta:

Creo que depende de si la otra persona lo exige o no. Pero si eres morbo-
so y la otra persona morbosa, ninguno de los dos lo exige, entonces no se
usa. (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Este tipo de negociación implica dejar la responsabilidad en el otro sobre la base de una decisión ya tomada: no usar. No obstante, dado que no es posible conocer la postura de la pareja si esta no se ha manifestado abiertamente (como en los casos inmediatamente anteriores), se procura cierta naturalidad en el transcurrir del encuentro sexual. Dejar que las cosas pasen y que “los cuerpos hablen”, parece ser la premisa, y en este testimonio queda manifiesta cuando Nadir alude a la morbosidad, en una referencia tanto a la excitación sexual como a la posible desinhibición que favorece la experimentación casi ilimitada del placer.

El silencio ubica a los sujetos en otro escenario del lenguaje y la comunicación, lo no dicho dice algo; da cuenta de las posturas asumidas y dispone es despliegue de imaginarios que buscan interpretar el silencio del otro. El reconocimiento de la otredad encuentra su nicho en los sentidos y juicios proyectados en el *partner*; “[...] ello implica siempre un proceso de reconstrucción e interpretación relativa, porque depende del propósito y de la lente utilizados por un sujeto que mira el mundo desde su particular punto de referencia” (León, 2005, p. 6). La interpretación supone apalabrar el lenguaje no hablado (del otro) a partir de aquello cargado de sentido y en consecuencia valioso y/o legítimo. Confianza, desconfianza y temor son los criterios que establecen el filtro para acceder o no a la práctica de riesgo. Así, el silencio es muestra de consistencia, remite a una elección y a un ethos que, sin desvelarse directamente entraña una demanda, una propuesta; bien de autorización, bien de censura.

Uno de los principales motivos expresados para el no uso o uso inconsistente del condón tiene que ver con la creencia bastante común que sostiene que disminuye la sensación de placer.

Es que particularmente a mí no me gusta el uso del condón, para mí no se siente lo mismo

- ¿Disminuye el placer?

Sí. No es igual (Comunicación personal, Cal_Ayrton, 22 de agosto de 2020).

Aquí el placer remite a la sensibilidad. Cuando el participante sostiene que no se siente lo mismo apunta a las sensaciones (físicas) en el pene de quien funge como activo y en el ano del sujeto pasivo en la relación sexual. Por supuesto, esta es una forma reduccionista de definir el placer. El falocentrismo que asiste las relaciones sexuales entre HSH convierte el uso de condón en una suerte de artefacto extra en el encuentro. Entre los dilemas destaca, a parte de la decisión de usarlo o no para el sexo penetrativo, la elección frente al sexo oral. Todos nuestros sujetos sostienen no usar condón para el sexo oral dado que lo encuentran molesto y si se quiere insulso:

Lo que me dicen a mí en la IPS es que para cualquier tipo de relación tiene que ser con condón. Que para eso están los preservativos con sabores. Pero si vamos a la práctica, yo le digo a mi pareja que yo no me voy a poner a chupar un pedazo de caucho (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Es así como con la práctica de uso de condón devienen condiciones displacenteras que los sujetos no pocas veces procuran evitar. Cuando Maicon sostiene que no va a “chupar caucho”, deja ver el displacer que le produce la imposibilidad del contacto directo con el pene de su pareja. Podríamos hipotetizar que el condón representa una barrera,

además de física, simbólica; como un obstáculo para el completo encuentro de los cuerpos totalmente desnudos.

Por otro lado, el mismo testimonio deja ver el lugar de los discursos sociales (en este caso el biomédico) en la estructuración de las lógicas que avalan las prácticas; más allá de su negativa a usar condón en el sexo oral, este hombre no desconoce la valía del llamado al cuidado, mostrándose así versado, un hombre que no peca por desconocimiento sino por elección. El saber previo no exime de la culpa, pero sí evita o limita la posible sanción social. Otro entrevistado manifiesta:

De pronto el placer no se disminuye, es más como la sensación, no se siente igual. Eh, aunque la gente a veces tiene otra estimulación (Comunicación personal, Med_Zaid, 4 de junio de 2020).

Mencionar que el placer no disminuye pero que la sensación no es la misma, es una forma de articular el llamado sociocultural a evitar conductas de riesgo y las creencias y experiencias propias. Es una forma de contra argumentar; un “sí, pero...”, en pro de rescatar la singularidad, una singularidad inevitablemente atravesada por lo social, pero que se resiste a ser reducida ante las demandas sociales respecto a la sexualidad y el placer. Sabemos por Freud (1930) que la cultura procura regular la vida sexual (y la agresividad), en razón de los individualismos en los que podrían incurrir los sujetos con el fin de satisfacer sus pulsiones. En medio de estas imposiciones, surgen las quejas y resistencias ante la regulación de los cuerpos y el placer. Así, el rescate del cuerpo como elemento y sustancia propia e intransferible conduce a la producción de discursos pacificantes y “justificadores” de la renuencia a seguir a rajatabla el mandato cultural. Ante el afán de mantener el funcionamiento colectivo, la respuesta es el individualismo que intenta redimir el yo.

Cazando el bicho, ¿una forma de resistencia?

Hace un par de décadas se ha hecho visible un fenómeno particularmente llamativo entre la comunidad homosexual; es el denominado *bugchasing* o cazando el bicho, una práctica que consiste en asumir de manera consciente el riesgo de contraer VIH, de hecho, el objetivo es infectarse. Hombres con cuerpos sanos buscan hombres infectados dispuestos a tener relaciones sexuales sin protección a la espera de resultar contagiados. Una suerte de ruleta rusa en la que la idea no es evitar la bala, sino encontrarse con ella.

Quienes siguen esta práctica argumentan que persiguen la intensificación del placer sexual, introducir altas dosis de adrenalina al sexo y alcanzar un “regalo”, el del contagio; pues, en el círculo de cazadores, los que resultan contagiados pasan a ser parte del selecto grupo de los portadores; aquellos poseedores del regalo para dar, por lo que se convierten en los más solicitados dentro de estos espacios.

Con el fin de conocer de mejor manera el *bugchasing* y procurando no caer en sanciones morales ni en posturas apologéticas, preguntamos a nuestros participantes HSH entrevistados, qué opinión les merece la práctica. Para animar la discusión, antes de cada entrevista les presentamos un breve video periodístico en el que se expone lo mencionado.

En dicho video se presenta el testimonio de un hombre “cazador” (habitante de Bogotá) que sostiene:

Sentía que me hacía falta como más emoción para vivir... aunque parezca ilógico (...) muchas veces uno iba y se hacía el examen, y salía negativo y uno entraba como en depresión.

Este relato es importante porque muestra dos de las formas como se defiende y procura legitimar el actuar de los cazadores del bicho; por un lado, la emoción que supone el riesgo, la adrenalina muchas veces

vista como ingrediente necesario para alcanzar el placer sexual. Llama la atención, sin embargo, que el mismo entrevistado se refiera a la apariencia ilógica de su argumento; ahora bien, más que ilógica, su tesis es un tanto paradójica, puesto que, aunque hoy por hoy el VIH no constituye una sentencia de muerte, la condición de infectado ya supone un alto riesgo de acortar la vida y/o de hacerla más displacentera.

Por otro lado, el estado depresivo resultante del no contagio, es decir, de seguir sano, representa la frustración ante la imposibilidad de alcanzar lo perseguido. El mismo hombre cuenta: “En una ocasión no supe con cuantos manes estuve en una noche, podría suponer que fueron unos 20”. El objetivo fue aumentar sus probabilidades de contagio. Sobre ese evento cuenta, además, que en algún momento se sintió violado. Este relato nos hace pensar en un cuerpo entregado a los otros, un cuerpo despojo y despojado de sentido al que se le busca el mismo. Pareciese que el VIH ofreciera una nueva oportunidad para resignificar la relación con el cuerpo, uno que precisaría ser cuidado y atendido y que, además, sería estimado como valioso por su círculo.

La presentación del mentado video resultó muy sugerente para nuestros participantes. Todos se mostraron sorprendidos, más allá de que cinco de ellos ya conocían la práctica. En la mayoría surgieron discursos sancionatorios y radicalmente en contraposición. A continuación, mostramos algunos testimonios al respecto:

En mi forma de verla es algo que no, no, no está bien hecho, ¿sí?, eh... pues yo creería que es un problema psicológico y que hay que tratarlo, y no sé, una forma como de identificar ese tipo de personas. Porque no creo que haya solamente personas que esté buscando contraerlo, sino que también va a haber gente que quiera reproducirlo (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Para este participante la cuestión es psicológica en su condición de problema. La práctica le parece irracional al punto de conducirlo a

clasificar a las personas en un “tipo”, ajeno, distinto. Llama la atención sobre los positivos dispuestos a contagiar a otros, pues en ellos también hay un problema por resolver. En una postura similar, otro entrevistado afirma:

Creo que la gente no dimensiona la condición de salir y ver una persona positiva puede llevar. Entonces es difícil de entender la razón por qué lo hacen, creo que hay un trastorno psicológico... como que la persona decide enfermarse como para llamar la atención (...) no digamos que está loco, no, pero yo si siento, o bueno, lo que he leído sobre algún tipo de patología en ese sentido. Esas personas tienen algún tipo de carencia, eh, no sé, emocional, no sé si familiar o no sé si a manera de llamar la atención como te decía. Entender eso tan grande como la persona arriesga su vida porque la mamá no le pare bolas, porque lo ve estresante, eh, no, yo no entendería, no entiendo. No tengo la capacidad cognitiva de entender y así que la persona al punto de querer, de querer controlar una condición de salud de tanto cuidado, porque conozco personas y tengo personas alrededor que son positivos y yo veo la forma en que ellos se cuidan, y yo veo en la forma en la que ellos tienen que estar como siempre dependiendo de un medicamento muy constante, de cuidarse, de cohibirse de muchas cosas, de no relacionarse, entonces yo creo que esa persona no lo está viendo desde el punto que es, lo está viendo como desde... Hay personas suicidas que eso es una muerte lenta, o entonces si te descuidas hay forma de tratarlo. Hay gente que tiene algún tipo de resentimiento y lo hace simplemente por propagarlo (Comunicación personal, Med_Zaid, 4 de junio de 2020).

Zaid se muestra sorprendido y contrariado, aunque él mismo sostiene no tener la capacidad cognitiva para entender, procura dar alguna explicación a este aparente sinsentido; ahí surgen el trastorno psicológico y la patología (mental) como razones posibles. Sin embargo, surgen también otras elucidaciones que podríamos definir como remitentes al orden de lo subjetivo: llamar la atención, resolver una carencia emocional, arriesgar la vida. Para él hay presente una ideación suicida latente. Según este testimonio, los cazadores minimizan, en-

tre otras, por desconocerlo, lo problemático y desgastante que resulta cuidarse de una enfermedad crónica. Finalmente, el participante, pone el foco en quienes sabiéndose contagiados, procuran propagar el virus; estos son tildados de resentidos, aunque no se especifica así a qué o a quiénes está dirigido su resentimiento.

Respecto a estas explicaciones de orden subjetivo, otro participante, de manera severa, sostiene:

Para ser te sincero, me parece algo estúpido que alguien se le ocurra semejante ridiculez, creo que no tengo otras palabras. Pues eso es no quererme (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

Nil agrega a la descripción del fenómeno la estupidez y la falta de amor propio. Ser bugchasing implica tener baja autoestima. ¿Una forma de suicidio?

Digamos que hay que leer un poquito más al respecto; de que no es una enfermedad mortal, que es una enfermedad que pasó de ser mortal a ser una enfermedad, que se puede tratar, que la persona puede tener una vida normal, es una enfermedad de cuidado (Comunicación personal, Med_Teo, 16 de noviembre de 2020).

Desconocer el verdadero riesgo que implica padecer VIH es un elemento clave para que tenga lugar el comportamiento riesgoso. Sin embargo, aquí surge una paradoja, pues muchos argumentan que cuidarse tras ser diagnosticado no es algo muy complejo y que hoy por hoy nadie se muere por el virus (si es cuidadoso y sigue el tratamiento). El testimonio de Teo muestra por un lado la sanción, pero por otro, quizás sin saberlo, da cuenta de uno de los argumentos usados por quienes defienden la práctica.

Algunos sujetos hacen elucubraciones un poco menos profundas, pero no por ello menos valiosas. Jusara, por ejemplo, manifiesta:

Pues, mira que siento que todo va cambiando, ya mucha gente se va como por la moda. Entonces que si abrieron tal bar es la moda. Entonces eso es como por moda, entonces sabiendo que el riesgo de la salud está... es por momentos, por pasar el rato, por... O sea, tiene algo en la cabeza de que eso (el VIH) no es tan peligroso... de que, si me tomo una pastilla de retroviral, ¡ya! Que puedo tener relaciones, que no nos va a pasar nada. O sea, se meten ideas falsas en la cabeza (Comunicación personal, Cal_Jusara, 6 de febrero de 2021).

Ahora bien, si atendemos el planteamiento respecto a seguir la práctica por moda, cabría preguntarnos si lo que hay detrás es el afán de pertenencia adjudicado a estos comportamientos; participar ya supone un lugar en el escenario del fenómeno, salir contagiado es el éxito final, el culmen del proceso. En todo caso, este participante hace una lectura diferente de la situación, para él, los cazadores viven bajo la premisa de la fe sustentada en que “no va a pasar nada”, sin embargo, lo que muestra el *bugchasing* es que la idea es que pase algo.

En todo caso, no todas las posturas respecto a cazando el bicho son completamente sancionatorias.

Pues la verdad creo que eso tiene algo más profundo que simplemente la adrenalina. Yo creo que es algo más psicológico en las personas. Desde mi punto de vista ellos buscan pertenecer a algo, y la forma más fácil, creo yo, porque se les da muy simple hacerlo es contagiándose con esa enfermedad (...) yo he conocido muchas personas que en el mundo gay se sienten muy solas... ya sea porque su familia no los apoya, o en su trabajo no saben o cosas así, y sí también con la enfermedad y de algún modo son más sociables que los que no la tienen, entonces no sé si por ahí podrían ser las cosas porque cuando vos tenés la enfermedad he notado que muchas personas ya no les importa nada, entonces ya no les da pena de hablar con alguien, son como mucho más abiertos al mundo porque algunos, como entre comillas, ellos lo ven como aprovechar lo último que les queda, creería yo. No sé yo cómo lo ve cada uno en la cabeza de ellos (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

La intención de pertenecer a algo asoma como relevante para este participante en la explicación que da al tema en cuestión, lo que no queda claro es si se refiere a la pertenencia al grupo de los cazadores que asisten a las fiestas clandestinas donde tiene lugar la caza, o pertenecer a la lista de las personas diagnosticadas con VIH (o ambas). Lo que sí resulta evidente es que las conductas de riesgo son vistas como formas de hacer frente a experiencias reiterativas de soledad, falta de apoyo y sufrimiento en general. El VIH es leído como una posible salida al malestar subjetivo que supone vivir bajo las condiciones de señalamiento, rechazo y falta de apoyo padecida por algunos homosexuales. Asoma de nuevo una paradoja: padecer el virus supone un posicionamiento más “abierto” frente a la vida y las relaciones intersubjetivas, como si el desinterés en la vida propiciara la reconciliación con la misma.

Finalmente, Pascual enfatiza la importancia de reconocer la singularidad de la experiencia, dejando ver que comprende que no existe una explicación universal sobre cazando el bicho. Similar es la postura asumida por otro participante:

Las personas que de pronto contraen VIH; hablándolo así por alguna excitación, por tenerlo y tener un motivo por el cual vivir, se tiene eso, si tengo VIH tengo un motivo para vivir, empezar a protegerme, a cuidarme. Entonces mi motivo de vida va a girar en torno a tener una enfermedad de transmisión sexual que es el VIH, pero también se puede ver que son falencias de otras cosas, psicológicamente hablando es preocupante que teniendo en cuenta lo no difícil vivir con eso todo lo que puede causar el VIH en las personas. Para mí es preocupante y que estén organizando eventos y de que de estos se va tornando fenómenos, un fenómeno donde muchas personas quieren expresar sus falencias queriendo hacer esto como queriéndose sentir identificado o reconocidos dentro de una comunidad por tener VIH (Comunicación personal, Cal_Josue, 3 de septiembre de 2020).

Contagiarse de VIH asoma como respuesta al sinsentido, se erige como capaz de sustentar la existencia. Así, paradójicamente, el motivo para vivir nace de –e implica– ponerse en riesgo para, a partir de ahí, empezar a protegerse. Podría considerarse que la enfermedad supone una razón para establecer una relación más cercana; de atención y cuidado con el cuerpo propio y con la salud en sí. Es como si el cuerpo entregado al placer (ilimitado), al riesgo y al servicio del otro, cambiara de estatuto producto del contagio, instaurándose como más valioso. Por supuesto, esto es un imaginario que nuestro sujeto ha configurado procurando entender una conducta que le resulta, entre otras, preocupante y resultado de problemas psicológicos.

Entonces, a propósito de “cazando el bicho”, surgieron en los relatos recabados varios significantes que denotan sorpresa, desazón y malestar subjetivo en general; así, la práctica fue descrita como resultado o sinónimo de: estupidez, falta de amor propio, baja autoestima, problemas psicológicos, patologías, carencias o vacíos emocionales, actitudes suicidas, resentimiento, rebeldía y, por supuesto, locura. Estos significantes se articulan, se traslapan permeándose mutuamente para producir significados, significados que buscan comprender el aparente sinsentido del actuar del otro. Seguimos a Foucault (2015) cuando sostiene que “en la sensibilidad general hacia la sinrazón, hay una especie de modulación particular tocante a la locura propiamente dicha, y se dirige a los que se denominan, sin distinción semántica precisa, insensatos, espíritus alienados o perturbados, extravagantes, gente demente” (p. 227). Personas pues, que atentan contra el buen juicio y, en consecuencia, contra el sentido común, haciendo cosas sin sentido. Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de sentido?, ¿qué hace que algo tenga o no sentido? Según Elías (1987),

El ‘sentido’ es una categoría social. Y el sujeto correspondiente a esta categoría social es una pluralidad de seres humanos vinculados entre sí. En el intercambio mutuo, los signos que se dan unos a otros (...) adquieren un sentido, que inicialmente es un sentido común (p. 91).

La referencia a lo común se sostiene en la cotidianidad compartida por los individuos en tanto participantes de una estructura social preñada de códigos, objetos, elementos oficiales y relaciones intersubjetivas. Para Schutz (1975), este conjunto de objetos y demás, nos precede y nos es dado como un “mundo organizado (...) ofrecido a nuestra experiencia e interpretación” (p. 39). Según este autor, este es el lugar germinal del saber inmediato con el que operamos; una serie de certezas frente a la vida cotidiana que, sin ser del todo incuestionables, se solidifican de manera tal que se reproducen en una “actitud natural” que conduce el actuar. Es en medio de este entramado intersubjetivo –entendido como el cruce no sólo entre sujetos, sino, también, entre estos y los objetos del mundo circundante–, que los participantes del escenario cultural se vinculan entre sí a partir de “influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos” (p. 41). Cuando las prácticas y/o los hábitos del otro se distancian de aquello que puede ser comprendido, al no formar parte del sentido comúnmente construido, se rompe el mencionado vínculo y aparecen la sanción y la censura, como formas “leves” de señalamiento, o la condena al ostracismo y el desprecio como formas más violentas del mismo. A propósito, sostiene Elias (1987): “[...] cada individuo singular puede –en cierta medida– apartarse de este sentido. Pero cuando la desviación es excesiva se pierde [...] la comunicabilidad de sus signos, y con ello su sentido” (p. 91).

Por supuesto, lo que mostramos en nuestros testimonios se asocia a una sanción moral dirigida a aquellos que rompen la norma que compele a cuidar y procurarse la salud como máximo bien. Es evidente que lo molesto es esa suerte de cinismo asumido por quienes adoptan la práctica mencionada; el problema se ubica menos en que se arriesgue la salud como tal, y más en la forma de hacerlo y de asumirlo como experiencia. Y esto obedece al menos a dos condiciones; una tiene que ver con el componente abiertamente sexual de la práctica, el cual, además, no se ciñe al convencional encuentro monógamo entre dos sujetos, sino que incluye de entrada la promiscuidad como

requisito; la segunda condición se asocia a que el VIH ha sido históricamente vinculado a la homosexualidad, por lo que prácticas como el *bugchasing* favorecen la reproducción del estigma que padece dicha población. A propósito, sostiene un participante:

La construcción social de la que nosotros somos parte; yo creo que la homofobia... Siempre como que este tipo de condición (padecer VIH) está muy relacionada a un estigma y obviamente se relaciona con los años 90; años atrás en toda esta epidemia que hubo de VIH y Sida. Prácticamente una enfermedad relacionada a los gay. También hay un tema religioso, entonces, así como que se fue viviendo. Yo creo que hasta ahorita (en la actualidad) se sigue llevando a hombros ese tipo de discriminación por la enfermedad, y en últimas como que es la forma de... yo creería que como se ha repetido tanto que genera como una carga emocional que se da como esa búsqueda de entender eso (a través de “cazando el bicho”), ¿si me hago entender? (Comunicación personal, Cal_Mohamed, 19 de agosto de 2020).

Por otro lado, vale mencionar que los significantes usados por nuestros sujetos siempre apuntan al yo de los señalados, es decir, apuntan a la individualidad excluyendo el lugar de la estructura social en la configuración de las distintas prácticas. En este caso, cabría preguntarnos si quizás cazando el bicho opera como respuesta, en forma de resistencia, frente a los estigmas dirigidos a los HSH al considerarlos foco de infección y reproducción del VIH. Es posible considerar que exacerbar la conducta por la que son señalados, representa una negativa a atender la demanda que entraña la valoración negativa del actuar. Ser considerados población clave por parte de Minsalud²⁰ supone la legitimación (que no la validez) de la violencia simbólica que no pocas veces atraviesa el discurso social dirigido a los HSH; cuando decimos que tras la queja (condena) existe una demanda, nos referi-

²⁰ Vale anotar que estas prácticas de cuidado y “vigilancia” fueron referidas por todos los entrevistados, en quienes se evidenció una posición ambivalente al respecto: sentirse cuidados y al mismo tiempo invadidos y/o desconocidos como sujetos de derecho. Las diferencias radican en las formas como se transmite el llamado al cuidado.

mos a que se espera –aunque debido al estigma se considere imposible– que la mentada población aumente sus conductas de protección para así evitar la propagación del VIH.

Bourdieu (1998), a lo largo de su obra enseña que es común que los oprimidos terminen por medirse con la vara impuesta por los opresores. El mismo autor, refiriéndose al movimiento de gais y lesbianas, afirma:

[...] todo ocurre como si los homosexuales que han tenido que luchar para pasar de la invisibilidad a la visibilidad, para dejar de ser excluidos e invisibles, tendieran a volver a ser invisibles y de algún modo neutros y neutralizados por la sumisión a la forma dominante (p. 146).

Aunque esta reflexión bourdieuana tuvo lugar en la Francia de 1998, es posible pensar en la correspondencia que tiene con el fenómeno que nos ocupa; pues, si la visibilidad redundaba en la exclusión, no es descabellado considerar que la aceptación y adopción del estado que produce el estigma, redundaba en la normalización y naturalización del mismo, silenciándolo al hacerlo parte del entramado social. Recordemos que “la fuerza de la ortodoxia, es decir, la *doxa* (...) es que constituye las particularidades derivadas de la discriminación histórica en disposiciones asimiladas revestidas de todos los signos de lo natural” (Bourdieu, 1998, p. 147). Así, podríamos suponer que a los cazadores del bicho les asiste un imaginario –inconsciente–, que les conduce a considerar que la normalización de la correspondencia entre ser homosexual y padecer VIH les quitaría de la palestra pública.

Ahora bien, no es parte de nuestros objetivos ni del alcance de esta investigación hacer una discusión profunda respecto a los motivos y causas que animan a los sujetos a seguir la práctica de riesgo mentada, sin embargo, lo que planteamos responde al análisis que hacemos de los discursos de nuestros participantes. Los planteamientos condenatorios remiten a un saber moral y social encarnado que com-

pele a rechazar cualquier forma disruptiva de la experiencia sexual; estos hombres han sido socializados en una cultura de la exclusión a partir de binarismos y donde la sanción moral opera bien desde la reproducción en acto o discurso, bien desde el impacto que supone la vergüenza. Es debido a ello que todos los entrevistados fueron vehementes en rechazar y desmarcarse del *bugchasing*. No obstante, las mismas entrevistas dejaron en evidencia la existencia de otras prácticas de riesgo (algunas incluso seguidas por nuestros sujetos), tanto o más peligrosas; empero, más soterradas y, en consecuencia, menos escandalosas. Un participante, refiriéndose a un parque en la ciudad de Cali, comenta:

Encontrarse con el fin de sentarse a charlar con alguien o hasta llegar al sexo casual, en esos puntos también puede haber eso; puede ser un foco, digámoslo así, de máximo contagio porque no todos van con la precaución y obviamente si tú vas a un sitio, yo tengo claro de que si tú vas a un sitio de esos es porque, o ya estas contagiado y no te interesa ya nada, digámoslo así, sino vivir el momento, o realmente no conoces bien del tema como tal del contagio, porque como es un sitio clandestino, es un sitio que en estos momentos vos vas y a la persona que te encuentres te dice algo y vos le copiás y no lo conoces, no sabes quién es, donde vive, ni qué razón social tenga, nada, solo vas por el momento, por la cuestión de estar pasándola bien, digámoslo así, por ese sentido (Comunicación personal, Cal_Thiago, 16 de marzo de 2020).

Este tipo de práctica es más aceptable, o al menos así se presenta, dado que se da en un espacio público, pues la clandestinidad que menciona en entrevistado no alude al lugar en sí, sino a lo que sucede en él; y no se reduce solo al encuentro sexual, pues se instaura bajo otras lógicas relacionales, como la conversación y/o la compañía. En este escenario las prácticas de riesgo aparecen menos satanizadas, entre otras, porque sus asiduos participantes sostienen que estas no responden a una elección racional, sino a las condiciones que definen el encuentro. Verbigracia el siguiente fragmento de entrevista:

Usted entra (al sauna) con ropa interior o desnudo; hay cuartos oscuros, hay duchas y mucha gente que es dada a tener sexo en la oscuridad. Simplemente está con personas físicamente y realmente no se sabe ni el nombre.

–Comentas que en la relación depende de si las personas exigen o no condón, entonces, en caso de que pidas usarlo y la pareja sexual diga que no, ¿qué pasa?

Bueno, eso es muy arriesgado y uno realmente lo hace; dejarse llevar del morbo el momento y del placer

–¿Cuál es la sensación posterior a la relación sexual sin protección?

Por el momento uno no queda tranquilo, pero se hace algún tipo de chequeo y ya, cómo uno dice: ‘a la mano de Dios’ (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Este testimonio recoge parte de lo que hemos comentado, por un lado, deja ver que existen otras dinámicas similares a cazando el bicho, que, al ser menos subversivas pasan más desapercibidas para el discurso público, ello debió en parte a que se dan en espacios deportivos e históricamente usados para cultivar la salud. Por otro lado, asoma de nuevo uno de los motivos más comúnmente referidos para argumentar el no uso de condón: la disminución del placer; el mismo participante sostiene:

No da mucho morbo colocarse el preservativo. Es muy descuidado porque por un momento de placer uno deja todo... pero realmente tener sexo sin preservativo si da más morbo que con él (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Queda claro que el morbo alude a una dimensión del placer que va más allá de las sensaciones físicas *per se*, es decir, de aquellas asociadas al pene, el ano y/o la boca como zonas erógenas en contacto directo con el

condón; lo que se define como morbo tiene que ver con el placer en su esfera más subjetiva; es el escenario de la mirada lasciva y las “palabras sucias”... Recordemos que el morbo se caracteriza por ir en contrasentido con lo establecido, por desafiar la prohibición y la moral; así, el riesgo puede ser experimentado como placentero. El condón aparece, pues, según algunos relatos, como un objeto que entorpece el encuentro directo entre los cuerpos y enrarece la dinámica relacional establecida, supone una pausa que distancia y conduce al displacer.

Como vemos, tanto los “cazadores del bicho”, como los asiduos visitantes de saunas y parques para la comunidad gay, asumen o se ven enfrentados a la posibilidad de asumir conductas de riesgo; lo que cambia son las formas de posicionarse al respecto, unos se arriesgan con la fe de salir bien librados, otros, por el contrario, esperando un contagio que parece ser vivido como inexorable. En todo caso, y si atendemos los significantes usados por los participantes al definir su postura respecto al riesgo, podemos afirmar que hay una suerte de insensatez (a lo Foucault), enquistada en la experiencia de la sexualidad; evidente, a veces por medio de los actos, a veces a través de la tensión que implica la decisión, pero siempre amparada en el reconocimiento del riesgo en tanto tal. Aplica aquí la posición de Foucault (2019/1954), cuando plantea que “la enfermedad mental, independientemente de la forma que adopte y los grados de obnubilación que conlleve, siempre implica una conciencia de la enfermedad” (p. 73). Por supuesto, no estamos diagnosticando a nuestros sujetos, ni endilgándoles alguna afección de salud mental; lo que manifestamos con esta referencia es que las decisiones frente al riesgo siempre están acompañadas de un nivel de conciencia que permite que los sujetos sean responsables de su posicionamiento y sus acciones alrededor de la experiencia asumida.

La pérdida del miedo al VIH explica, en parte, el sentido dado por los sujetos al no uso de condón; entre el consumo de antirretrovirales y la posibilidad de mantener controlada la enfermedad hasta el pun-

to de ser indetectables, el virus ha empezado a ser visto, por algunos HSH como inofensivo; al punto de compararlo con otras enfermedades crónicas cuyos cuidados les parecen sencillos.

El conocimiento sobre el VIH parece ubicarse en dos extremos, el de la casi completa ignorancia, cuyo saber se reduce a mitos estigmatizantes carentes de sustento científico y el saber profundo, concienzudo y amparado en la ciencia médica. El segundo tiene lugar en sujetos ya diagnosticados con el virus y/o en sus compañeros sentimentales. Lo paradójico es que ninguna de las dos posturas conduce necesariamente a la intensificación del uso consistente de condón. El testimonio siguiente es ilustrativo:

Pues quedé supremamente sorprendido con que haya personas que les genere placer el contagio, no solamente de VIH, sino de otro tipo de infección de transmisión sexual. Porque, no sé, creo que no se le da la seriedad y responsabilidad que amerita el infectarse de estas enfermedades. Me quedé super sorprendido cuando decían (en el video de “cazando el bicho”) que sentían frustración al tener relaciones sin cuidados (protección) y que no salían infectados, y que se frustraban y sentían depresión. Entonces yo quedaba como, ¿en serio hay gente que le gusta convivir con VIH?! Sin saber lo que significa realmente esta condición (...) Cuando era más joven yo tuve comportamientos irresponsables, pero yo creo que nunca quise haberme infectado de nada (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Quien ofrece este testimonio es un hombre de 29 años diagnosticado con VIH; él llama la atención sobre el desconocimiento existente respecto al virus y su potencialidad, sabe que ya no es sinónimo de muerte, sin embargo, reconoce lo molesto que puede resultar padecerlo, o como sostiene: convivir con VIH. Esta convivencia está lejos de ser pacífica, de hecho, al menos en principio está preñada de tribulaciones; supone una “carta de presentación” ante los otros, particularmente ante posibles parejas amorosas y/o sexuales. El diagnóstico impacta la cotidianidad, pues con él deviene la demanda de trata-

miento que estrecha la relación con el sistema de salud; y aun cuando el sujeto se resiste a ingresar en dicha dinámica, la cronicidad del virus se impone con malestares subjetivos susceptibles de cruzarse con dificultades físicas.

Este hombre, además, reconoce haber tenido conductas riesgosas – que él mismo define como irresponsables–, no obstante, niega haber pretendido contagiarse. El testimonio sigue:

Fue una etapa muy irresponsable, donde tenía toda la información de las cosas a las que me exponía, pero me sentí inmune, que nada me iba a pasar a mí por el hecho de tener la información. Pero no la aplicaba, entonces hacía y deshacía, pero como nunca me paso nada entonces decía que eso es a otras personas que les puede pasar. Hasta que me pasó a mí... y es ahí donde uno cambia el estilo de vida. Cuando sucedió no hubo tiempo para lamentarme sino para hacer consciencia... pues antes se había demorado en pasarme algo (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Como hemos sugerido, y como mostramos con la revisión de literatura, la alta cantidad de información no se relaciona de manera proporcional con el autocuidado y la protección en general. Por otro lado, este testimonio refrenda lo que antes propusimos: correr el riesgo y salir bien librado, conduce a más prácticas riesgosas puesto que aumenta la confianza. El lamento cargado de culpa, la autocrítica y la forma como censura su pasado explica el malestar subjetivo que atraviesa la experiencia del padecimiento. Un cambio del estilo de vida, como refiere Maicon, en este caso, es sinónimo de cambio de vida.

Este tipo de encuentros surgieron en su mayoría en discotecas, entonces, en medio del licor o de la fiesta, o lo que tiene que ver con esa dinámica de socializar... Entonces le gusta uno a alguien, y empieza el coqueteo; que comienza a mirar, que le envían un trago... Y allí ya se están concretando las cosas sin ni siquiera hablarse. Ya simplemente uno se va y ya sabe lo que quiere; uno está en una discoteca buscando sexo, nada

más. Entonces, como no hay ningún tipo de confianza con esa persona, muchas veces uno no sabe qué tipo de persona es, ni siquiera el nombre, entonces uno no va a negociar, y menos en estado de embriaguez, el uso del condón. Y si a la otra persona no se le ocurre, uno tampoco dice. Precisamente por eso, como que uno no tiene o en las personas más jóvenes uno no tiene ese sentido de autoprotección. Uno se siente invencible y uno confía en que el otro no tiene nada (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Sentirse invencible explica parte del sentido dado al no uso de condón y, además, la disminución del temor al contagio de VIH. La sensación de invulnerabilidad alimenta la idea de que contagiarse es muy difícil. De ahí que este participante aluda a lo que llama falta de sentido de autoprotección. Es como si en medio de las lógicas relacionales establecidas en los sitios de encuentro se anulara la discusión respecto al uso o no de preservativo, pareciese una conversación molesta y hasta ofensiva, como si “no saber ni el nombre” del otro, en lugar de producir recelo para el contacto, lo animara en razón de que, al no conocerlo, no existen motivos para desconfiar. Empero, no se confía en el otro, sino en la suerte:

Confianza en la suerte, en que antes no le ha pasado a uno, entonces que con ese tampoco le va a pasar. Entonces como hay tanto estigma y prejuicios, uno dice: ‘no, no es de la calle, así como cualquiera, está bien vestido’, etc. Todas estas cosas del estigma que están marcadas uno piensa que está bien (que no tiene el estigma). Entonces es más confiar en la suerte que en el otro. (Comunicación personal, Cal_Maicon, 29 de septiembre de 2020).

Aquellos que no coinciden con los numerosos estigmas asociados a la homosexualidad se hacen merecedores de otra opinión respecto a ellos y, aunque los sujetos saben que ello no garantiza nada (por eso se afirma que es confiar en la suerte), les resulta un criterio válido para el salto de fe que páginas atrás mencionamos.

Otro participante diagnosticado sostiene:

En mi caso, por ejemplo, ahorita ya estoy controlado, pero si tú vieras como era antes el VIH; era una enfermedad que, o sea, morías o morías, ¿sí? No como ahora que venden los retrovirales, que te ayudan, te mantienen, te pueden dejar hasta indetectable; así lo tengas, pero eres una persona indetectable, ¿sí? Esa parte pues ya ha cambiado mucho. Pero es sencillamente en educar, educar el que es una enfermedad que, en la actualidad es más controlable, pero es un caso que sencillamente nunca se te va a ir. A mí, si Dios no lo quiera, en algún momento vuelvo a tener VIH por X o Y motivo (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Se refrendan, con lo dicho, los discursos respecto a lo “poco riesgoso” que resulta el VIH hoy por hoy. Los retrovirales suponen una efectividad cercana a la cura; tanto que Wanderley, en parte de su relato habla como si no tuviera el virus, dice: “si en algún momento vuelvo a tener”. Es posible afirmar, pues, que la biomedicina asiste a una suerte de “harakiri”, pues sus avances en el tratamiento, entorpecen la prevención. Atendiendo a ello, nuestro participante insiste en la importancia de la educación, sostiene que es ‘sencillamente educar’ y, aunque entendemos su intención, no podemos dejar de señalar que el acto de educar dista mucho de ser sencillo, particularmente cuando se apunta a la regulación de la sexualidad, y más cuando dicha sexualidad es de entrada subversiva; no en vano Freud (1930) reconoce en la cultura el filtro que pone límites a la pulsión sexual, entre otras; lo explica así: “[...] la cultura reposa sobre la renuncia a las satisfacciones instintuales” (p. 41). Esta regulación establece una forma de educación a partir de la imposición que conduce a la represión mediante la imposición férrea de normas. Ante esto, y en pro de rescatar la individualidad que se percibe amenazada nace la “hostilidad opuesta a toda cultura” (Freud, 1930, p. 41). Así, cuando los sujetos hallan la forma de sortear la imposición y menguar el ‘malestar’, las usan en pro de rescatar lo que consideran su libertad; cuando las formas de resistencia aparecen avaladas por discursos legítimos, se enquistan

en las prácticas a partir de ser vistas como correctas, al menos por los sujetos implicados. Es el caso de quienes usan los retrovirales como método de prevención. Así queda retratado a continuación:

Me lo han sugerido, incluso sugerido de manera condicional (no usar condón). Entonces, me irrita, entonces yo creo que es mejor no hacerlo; ‘pues okay, entonces no lo hagamos’. ¿Si me entiendes? Es como es tipo de exigencia condicional, o lo han sugerido; le dicen a uno: ‘estoy tomando pre, entonces podemos hacer sin (condón)’, pero uno sabe que el pre previene el VIH mas no lo otro...

–¿Alguna vez has accedido?

Eh, sí. Si se puede acceder, o sea sí he accedido (Comunicación personal, Cal_Alán, 15 de febrero de 2020).

Notamos como el pre se ha convertido en elemento central de las negociaciones sobre el uso de condón, particularmente cuando uno de los implicados ya ha sido diagnosticado. Algunos manifiestan que la honestidad respecto a la condición de VIH positivo es fundamental para que la pareja pueda decidir y, en consecuencia, hacerse responsable del acto:

Tengo claro que lo primero, cuando estoy con alguien: ‘ve, yo soy VIH positivo indetectable, ya vos verás si querés estar conmigo o no querés estar’. Es como la moral de cada uno (Comunicación personal, Cal_Wanderley, 17 de agosto de 2020).

Otros, en cambio, dada la fe profesada al medicamento y a su condición de indetectables, prefieren callar respecto a su diagnóstico:

Ya me pasó algo un miedo, un poco riesgoso; es que estuve con una persona, también la situación se fue dando así no más. No era lo planeado, la situación y el lugar se daban... Estuvimos sin protección, y a los días esa persona publicó en Facebook un texto larguísimo donde decía que ya no podía seguir ocultando que era VIH positivo. Yo inmediatamente

le fui a escribir que cómo así, y me dijo, ‘tranquilo, yo soy indetectable, a mí me la detectaron hace muchos años y estoy medicado’. De todos modos, uno queda asustado (Comunicación personal, Med_Oliver, 2 de noviembre de 2020).

El hombre referido por este participante, asume que en tanto es indetectable no es posible que contagie a otros; él ya no teme al VIH, pues ya lo padece, pero, además, no teme transmitirlo. Insistimos: el éxito del tratamiento medicamentoso ha disminuido el temor al padecimiento del VIH; así queda registrado en el siguiente relato:

Esta enfermedad ya de se dejó de considerar una enfermedad que de pronto era como una catástrofe en la vida de la persona, ya es como una enfermedad crónica. Entonces el tratamiento es una tableta diaria y eso pues ya eso no es tan complicado, entonces siento que, si es real, que la gente joven hoy día subestima mucho el pliego de cuando hay una enfermedad de esta y lo hace quizá porque ya bajo la alarma sobre las posibilidades que tenemos cuando se presenta una enfermedad de esta. El tema de los retrovirales también es un tema que tenga mayor control sobre la enfermedad y eso hace que una persona no se muera tan fácilmente de VIH, de pronto como sucedía antes (Comunicación personal, Med_Unai, 15 de septiembre de 2020).

En unas posturas similares, otras personas participantes afirman:

Tengo amigos que son contagiados, es normal es tomar un medicamento, diario 1, 2 o 3 pastillas y que la vida transcurra normal. Es más, la actitud de la persona frente a la enfermedad (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Yo personalmente no creo que sea tan fuerte de tratar como el cáncer, porque unas pastillas se las toma y no tiene que estar diciendo a todo el mundo, y ya. Yo creo que el tema más fuerte es el rechazo social. Tú vas a un trabajo y te pueden rechazar porque tienes VIH. Tal vez con amigos, que si se juntó con personas, que se si se cortó, ‘boten esa cuchilla’. O sea, muchas veces creo que es más el rechazo social que los síntomas

como tal. Yo me considero una persona fuerte en muchos aspectos, pero para eso sí sería muy susceptible; eso de que me estén rechazando, señalando... Yo creo que eso sería mucho más difícil que vivir los síntomas a flor de piel, más difícil que la misma enfermedad (Comunicación personal, Med_Pascual, 3 de febrero de 2020).

Estos relatos representan el reduccionismo al que en la actualidad asisten algunos discursos sobre el VIH y su tratamiento en sí: “tomarse una pasta y ya”. En las anteriores reflexiones no aparecen los riesgos ni las características degenerativas del virus. Sin embargo, –en el último– asoman con fuerza dos estigmas que operan en concomitancia y tienen efectos muchas veces devastadores para quienes los padecen: ser homosexual y padecer VIH. Entonces, no se le teme al virus per se, pues no es común hoy en día morir por su causa, empero, sí se le teme a la muerte social que implicaría padecerlo. Se hace pertinente aquí la propuesta de Thomas (2017) respecto a dicha muerte, afirma: “[...] se puede considerar que hay muerte social (con o sin muerte biológica efectiva) (...), ya que se asista a actos de degradación, proscripción, destierro” (p. 53). Podríamos decir, hipotéticamente, que se teme menos a la muerte real que la simbólica.

Así, pues, el estigma resultante de asociar VIH al homosexualismo produce respuestas en dos caminos; por un lado, y como mostramos páginas atrás, algunos responden directamente “cumpliendo con el estigma”, otros, en cambio, procuran evitar a toda costa cumplir con el “rol designado” desde discursos sociales que marginan y discriminan. Sobre esta segunda postura reposa una paradoja: el mismo estigma, que señala y agrade, favorece la protección en tanto conduce al uso de condón.

Después de las conductas de riesgo; entre la angustia, la espera y la culpa

Ya hemos señalado los motivos más relevantes argüidos por los sujetos para justificar el uso –consistente o inconsistente– y el no uso de

condón, según sea el caso, en sus diferentes experiencias y encuentros sexuales. Ahora describiremos las sensaciones y prácticas que tienen lugar después de tener sexo sin condón. Algunos refieren temor y arrepentimiento:

Sí, claro susto, sí es susto, entra el arrepentimiento, pero después digo estuve de acuerdo tome la decisión tengo que asumir lo que suceda, pero al rato estoy tranquilo porque sé que me hago los exámenes y no pasa nada, eso me mantiene relajado (risas), mientras mis exámenes salgan bien. Eso no quiere decir que voy a ser ahora un desjuiciado, a tirarme con quien se me atravesase (Comunicación personal, Med_Nil, 9 de abril de 2020).

El susto manifestado por nuestro sujeto no es otra cosa que angustia; sabemos por Freud (1920) que “[...] el susto constituye aquel estado que nos invade bruscamente cuando se nos presenta un peligro que no esperamos” (p. 278). Es claro que quien ofrece este testimonio, reconoce el riesgo asumido, por lo que no podríamos sostener que el peligro le tome por sorpresa; sino que él se encuentra expectante frente al mismo, estando así, angustiado. También sostiene sentirse arrepentido, arrepentimiento que bien podríamos llamar culpa. Por otro lado, se evidencia un ejercicio de responsabilidad por parte Nil; y no nos referimos a la práctica en sí, pues, sabemos que esta puede ser definida como irresponsable, nos referimos a la responsabilidad en tanto acto de “hacerse cargo” y asumir las posibles consecuencias de su decisión. Este testimonio también muestra, como venimos argumentando, que cuando se sale “bien librado” del riesgo, aumenta la confianza y la sensación de inmunidad, emergiendo una suerte de omnipotencia que se refrenda con cada encuentro sin contagio. Al final del comentario, presumiendo ser moralmente sancionado, el participante apela al discurso público, uno socialmente aceptado mediante el cual él mismo se hace un llamado al orden y el buen juicio.

Otro participante, en la misma línea, sostiene que:

Yo creo que debes ser consciente que si te cuidas eso es lo más probable que pueda pasar (contagiarse), no me puedo dar golpes de pecho cuando pase porque soy consciente de lo que estoy haciendo. Por el momento (posterior a la relación sexual sin usar condón) uno no queda tranquilo, pero se hace un tipo chequeo y ya, cómo uno dice: ‘a la mano de Dios’ (Comunicación personal, Med_Nadir, 15 de agosto de 2020).

Como vemos, los sujetos reconocen que no es posible hacer nada diferente a esperar y/o la toma de muestras para descartar el contagio; las sensaciones son similares, y podríamos definir las como angustia, incertidumbre y culpa.

O sea, muy rico, muy delicioso (tener sexo sin condón), pero, pasa la calentura, que dura 3 minutos, y viene la angustia; empieza uno decir (a pensar): ¿y ahora?, ¿qué tal que sí y qué tal que no? y después a los tres meses te dicen ¡ve, y cómo has bajado de peso! Ahí sí quedas lindo pa’ la foto (Comunicación personal, Cal_Aitor, 12 de julio de 2020).

Esa combinación entre el placer y el sufrimiento anima constantemente las dinámicas relacionales de algunos HSH; seguimos a Freud (1920) cuando manifiesta que “[...] todo displacer neurótico es de esta naturaleza: placer que no puede ser sentido como tal” (p. 276). Así, es loable afirmar que hay placer en el riesgo, placer que algunos denominan adrenalina y que conduce a la *repetición* de las prácticas, pues, aunque displacenteras por un lado (para un sistema, sostiene Freud), también reportan satisfacción para el yo.

Consideraciones finales

En la medida que el uso del condón, en las prácticas sexuales de la población participante de este estudio pone de manifiesto la acción preventiva del VIH más que de la acción preventiva del embarazo, a continuación, se presentan unas consideraciones finales con relación al objeto de estudio y el VIH.

Como bien se discutió, en el marco de antecedentes, la literatura expone que los desarrollos médico-científicos, permiten control sobre las repercusiones mortales del VIH. Los avances con relación a la profilaxis preexposición (PrEP), la posterior a la exposición (PEP) y la terapia antirretroviral (TAR), han sido estrategias a nivel mundial para combatir esta epidemia; no obstante, pese a esto, las nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el virus, persisten.

Lo anterior pone de manifiesto una paradoja: pese al amplio abanico de estrategias en cuanto a tratamiento y prevención que existen en el mercado, los casos de VIH no se reducen al punto de lo esperado en los objetivos mundiales de lucha contra el SIDA. Con relación a esto y, de acuerdo a los resultados de este estudio, se puede concluir que los avances médicos están teniendo desdoblamientos no calculados. Por un lado, producen una suerte de sentido de “omnipotencia” respecto a la inmunización que los tratamientos médicos generan frente a las afectaciones en la salud que produce el VIH, cuestión que moviliza la práctica sexual sin preservativo. Así las cosas, la confianza depositada en la PrEP y PEP, genera una “falsa seguridad” que se desdobra en acciones de promover estas prácticas de riesgo (no uso del condón y la no realización de pruebas de serología). A lo anterior se suma la falta de claridad que tiene la población en el correcto uso de estos tratamientos, cuestión que lleva a la ineficacia del medicamento.

En la medida que el presente proyecto de investigación se inscribe dentro de una convocatoria de salud, bajo la línea temática de enfermedades transmisibles e infecciosas, entre esas el VIH, se hace pertinente poner en discusión el fuerte énfasis que se realiza, a nivel de salud pública nacional e internacional, por combatir el VIH-SIDA por medio de acciones curativas. Un claro ejemplo de esto se demuestra por medio de la estrategia (2016-2021) “90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la pandemia de SIDA” de la OMS, la cual parte de acciones encaminadas al tratamiento del VIH como la posibilidad de combatir esta epidemia. Sumado a lo anterior,

también se hace necesario colocar de manifiesto el alto volumen de investigaciones que se realizan sobre la prevalencia del VIH, la efectividad de la PrEP, de las resistencias retrovirales de los pacientes y de los factores que influyen en la realización de pruebas VIH, cada uno de estos puntos encaminados al tratamiento y la cura más que a la prevención. En este orden de ideas se considera que las acciones (en la práctica y en la investigación) de salud pública están encaminadas al tratamiento y la cura, mientras que las acciones de las organizaciones de base comunitaria, de acuerdo a las participantes de este estudio, soportan un alto índice de acciones que promueven la salud y previenen la enfermedad.

Respecto a la acción curativa, la cual involucra altos porcentajes de inversión, del sistema de salud nacional y de la salud pública, vale la pena preguntarnos ¿cuántas veces el lector se ha acercado a un centro de salud para la búsqueda de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad?, y también, ¿asiste en más proporción a centros de salud cuando siente síntomas que deben ser examinados y tratados médicamente o cuando desea conocer sobre estrategias de cuidado de la salud? Las respuestas a estas preguntas, desde la voz de las y los participantes de este estudio dan cuenta que el acercamiento a los servicios de salud se realiza cuando se tiene sospecha de una ITS o cuando se ha realizado una práctica sexual sin protección. Por su parte, el acercamiento a las organizaciones de base comunitaria, al internet y a pares o amigos, se realiza cuando se tiene interés y motivación sobre el conocimiento y cuidado de la propia salud. Por lo tanto, los mecanismos que promueven el cuidado de la salud sexual, por medio de prácticas de protección, se encuentran por fuera de la investigación y de la financiación pública.

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de las organizaciones de base comunitaria y de los espacios de socialización externos al sector salud, como contextos que promueven acciones de cuidado de la salud sexual. En este orden de ideas, planteamos la importancia de

estudios sobre estrategias comunitarias enfocadas al cuidado de la salud sexual y también de financiar y capacitar a las organizaciones de base comunitaria y otros canales de comunicación que tengan interlocución directa con estas poblaciones. En las mujeres trans se puede analizar una mayor incidencia del trabajo de las organizaciones de base comunitaria respecto a las conductas seguras; en concordancia con esto, ellas cuentan con la posibilidad de acceder a información por medio de estrategias efectivas que les permitan el cuidado de la salud sexual con mucha mayor periodicidad e insistencia que los HSH. Long et al., (2019), plantean que en comparación con los HSH, las MT suelen realizarse con mayor frecuencia prácticas protectoras como la realización de pruebas serológicas y el uso del condón en la última relación anal.

En este sentido, los resultados del presente estudio permiten plantear algunas razones por las cuales las estrategias tomadas por el sector salud y de educación para disminuir el VIH no resultan ser eficaces. Por una parte, los y las participantes manifiestan que la psicoeducación no tiene resultados positivos al ser dictada por personas que dirigen el discurso del cuidado de la salud sexual desde el prejuicio y por lo tanto se promueve la inhibición de la práctica y del placer, pues no se genera confianza para hablar sobre sus prácticas sexuales. Dentro de esto se interpreta que las estrategias psicopedagógicas de centros de salud, planteles educativos y los hogares (la familia) no son eficaces en la medida que sus discursos parten del tabú, la religión y con esto un marco heteronormativo en donde la concepción de los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans como “población clave”, es decir, como una población a la cual, se supone, hay que controlarle su expresión, orientación y prácticas sexuales; es decir que conciben las prácticas sexuales basadas en la heteronormatividad como las exclusivamente “seguras”. En este orden de ideas, destacan el valor que tiene la “educación sexual” cuando es ofrecida por parte de sus pares, cuestión que encuentran en gran medida en organizaciones de base

comunitaria, pues bajo esta óptica se comprenden y acompañan las experiencias de vida respecto a la sexualidad por fuera del marco hegemónico, por fuera de la connotación de “población clave”.

Otra crítica que puede hacerse al sistema de salud, tiene que ver con que los llamados programas de promoción y prevención (PyP) suelen limitarse a la reproducción de discursos que, aunque valiosos, no tienen eco en tanto se reducen a la repetición insistente y planteada desde el desconocimiento de las necesidades y posicionamientos subjetivos de los individuos que se pretende impactar. Por otro lado, es común que estos programas operen sobre la enfermedad en sí, es decir, a partir del diagnóstico, lo que da cuenta de una falla en el ejercicio de la promoción de la salud y, en consecuencia, en la prevención de las enfermedades.

En la medida que este estudio cuenta con la voz activa y representación de los y las participantes, nos permitimos exponer, a manera de consideraciones finales que ellos y ellas mencionan, de manera frecuente, como factor de riesgo en las prácticas sexuales el consumo de drogas y alcohol. Estos consumos se vivencian de forma diferencial para HSH y para MT. Por una parte, para las participantes, el alcohol y las drogas se convierten en el mecanismo que les permite sobrellevar el abuso físico y mental del trabajo informal, en específico, del trabajo sexual. Este punto pone en evidencia la ausencia de regulaciones de este tipo de trabajos, cuestión que legitima y perpetúa las violencias. Además, esto deja ver los obstáculos a nivel laboral y educativo que se analizan a la luz de una violencia estructural-simbólica en la medida que, por la identidad de género, las posibilidades a nivel educativo y de acceso al trabajo formal se reducen y anulan, llevándolas, de manera casi que obligada, a utilizar sus cuerpos como mecanismo de producción de dinero para la sobrevivencia. En ese orden de ideas es posible hablar de un cuerpo entregado –al servicio de– al otro, a su cuerpo, su placer, sus deseos y hasta a sus caprichos.

Respecto al uso de drogas y alcohol, vale anotar que hay sendas diferencias entre la experiencia de las MT, como ya describimos, y las de los HSH, pues éstos cuando practican el llamado *chemsex* lo hacen por elección y convicción, en pro de intensificar el placer y prolongar los encuentros sexuales; en tal escenario la objetivación del cuerpo responde a otros estatutos, a otro ethos desde el cual se vive, se experimenta y se valora el mismo.

Entonces, en ambas posturas hay un ethos diferente; desde el primero se reclama ante diciones que se le imponen y, mientras, desde el otro se persiguen, liberan y disfrutan emociones que se resisten a ser reducidas por discursos morales heteronormativos. Ahora bien, vale anotar que entre los participantes HSH de esta investigación ninguno afirmó seguir prácticas como el *chemsex*, sin embargo, todos la conocen y la definen como hemos señalado, además, resaltan que en los encuentros de este tipo aumenta la posibilidad de asumir riesgos como el no uso de condón, entre otros.

Los y las participantes nos permitieron ver que existe siempre una conciencia del cuerpo que reclama ser escuchada y reconocida, unos saberes respecto a sí mismos que deberían ser suficientes para legitimar las maneras de vivir el amor y la sexualidad; les asiste un narcisismo para nada sancionable y por el contrario, necesario; un narcisismo que no se esmera por atender los imperativos sociales a cabalidad sino que atiende otras formas de existencia y corporeidad.

Este complejo entramado, paradójicamente facilita la comprensión de las lógicas y los sentidos configurados alrededor de las prácticas de riesgo, pues como hemos mostrado estas son resultado de múltiples factores, algunos estructurales, es decir, asociados al discurso social y las condiciones que, en tanto impuestas son determinantes de formas de pensar, sentir, hacer y vivir; como lo mostramos respecto a las condiciones laborales de las MT. Por otro lado están los factores que podríamos llamar internos; aquellos que tienen que ver con las

creencias, los significados y la experiencias de los sujetos; entre estos destacan el placer y las distintas formas de experimentarlo, la confianza y el amor, entre otros, que animan la experiencia de la sexualidad y sus desdoblamientos, incluyendo prácticas riesgosas y seguras.

Referencias bibliográficas

- Araujo, K., & Martuccelli, D. (2021). *Desafíos Comunes. Retrato De La Sociedad Chilena y Sus Individuos*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Arfuch, L. (2010). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Arjee J. Restar, Alexander Adia, Jennifer Nazareno, Laufred Hernandez, Theo Sandfort, Mark Lurie, Susan Cu-Uvin & Don Operario (2020) Barriers and facilitators to uptake of condoms among Filipinx transgender women and cisgender men who have sex with men: A situated socio-ecological perspective, *Global Public Health*, 15:4, 520-531, 10.1080/17441692.2019.1679218
- Ávila, M. M., dos Ramos Farias, M. S., Fazzi, L., Romero, M., Reynaga, E., Marone, R., & Pando, M. A. (2017). High Frequency of Illegal Drug Use Influences Condom Use Among Female Transgender Sex Workers in Argentina: Impact on HIV and Syphilis Infections. *AIDS and behavior*, 21(7), 2059–2068. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1766-x>
- Ayer, A., Perez-Brumer, A., Segura, E. R., Chavez-Gomez, S., Fernandez, R., Arroyo, C., Clark, J. L. (2021). Let's talk about sex: The impact of partnership contexts on communication about HIV serostatus and condom use among men who have sex with men (MSM) and transgender women (TW) in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 25(7), 2139-2153. doi:10.1007/s10461-020-03144-1

- Balán, I. C., Lopez-Rios, J., Dolezal, C., Rael, C. T., & Lentz, C. (2019). Low sexually transmissible infection knowledge, risk perception and concern about infection among men who have sex with men and transgender women at high risk of infection. *Sexual health*, 16(6), 580–586. <https://doi.org/10.1071/SH18238>
- Bao, A., Colby, D. J., Trang, T., Le, B. Q., Dinh, T. D., Nguyen, Q. H., Hoang, H. T., Friedman, M. R., & Stall, R. (2016). Correlates of HIV Testing Among Transgender Women in Ho Chi Minh, Vietnam. *AIDS and behavior*, 20(3), S371–S378. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1574-8>
- Bayer, A., Garvich, M., Diaz, D., Sanchez, H., Garcia, P. & Coates, T. (2014). “Just getting by”: A cross-sectional study of male sex workers as a most-at-risk population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. *NIH Public Access*, 90(3), 223 - 229.
- Beckwith, C. G., Kuo, I., Fredericksen, R. J., Brinkley-Rubinstein, L., Cunningham, W. E., Springer, S. A., Loeliger, K. B., Franks, J., Christopoulos, K., Lorvick, J., Kahana, S. Y., Young, R., Seal, D. W., Zawitz, C., Delaney, J. A., Crane, H. M., & Biggs, M. L. (2018). Risk behaviors and HIV care continuum outcomes among criminal justice-involved HIV-infected transgender women and cisgender men: Data from the Seek, Test, Treat, and Retain Harmonization Initiative. *PloS one*, 13(5), e0197730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197730>
- Benjamin D. S., Lilli Mann-Jackson, L., Alonzo, J. Tanner, A. E., Garcia, M., Refugio Aviles L. & Rhodes, S.D. (2020) Transgender women of color in the U.S. South: A qualitative study of social determinants of health and healthcare perspectives, *International Journal of Transgender Health*, DOI: 10.1080/26895269.2020.1848691
- Bhatta, D. N. (2014). HIV-related sexual risk behaviors among male-to-female transgender people in Nepal. *International Journal of Infectious Diseases*, 22, 11 - 15.

- Bianchi, F. T., Reisen, C. A., Zea, M. C., Vidal-Ortiz, S., Gonzales, F. A., Betancourt, F., Aguilar, M., & Poppen, P. J. (2014). Sex work among men who have sex with men and transgender women in Bogotá. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1637–1650. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0260-z>
- Billings, J.D., Joseph, Davey D.L., Konda, K.A., Bristow, C.C., Chow, J., Klausner, J. D, et al. (2016). Factors associated with previously undiagnosed human immunodeficiency virus infection in a population of men who have sex with men and male-to-female transgender women in Lima, Peru. *Medicine*, 95.
- Boadle, A., Gierer, C., & Buzwell, S. (2021). Young women subjected to nonconsensual condom removal: Prevalence, risk factors, and sexual self-perceptions. *Violence Against Women*, 27(10), 1696-1715. doi:10.1177/1077801220947165
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. España: Itsmo.
- Brito, M.O., Hodge, D., Donastorg, Y., Khosla, S., Lerebours, L. & Pope, Z. (2015). Risk behaviours and prevalence of sexually transmitted infections and HIV in a group of Dominican gay men, other men who have sex with men and transgender women. *BMJ open*, 5.
- Brown, B., Monsour, E., Klausner, J.D. & Galea, J.T. (2015). Sociodemographic and Behavioral Correlates of Anogenital Warts and Human Papillomavirus-Related Knowledge Among Men Who Have Sex With Men and Transwomen in Lima, Peru. *Anogenital Warts and HPV Knowledge*, 42(4).
- Budhwani, H., Hearld, K.R., Hasbun, J., Charow, R., Rosario, S., Tillotson, L., et al. (2017). Transgender female sex workers' HIV knowledge, experienced stigma, and condom use in the Dominican Republic. *PLOS ONE*, 12(11).

- Budhwani, H., Turan, B., Hasbun, J., Rosario, S., Tillotson, L., McGlaughlin, E., & Waters, J. (2017). Association between violence exposure and condom non-use among transgender sex workers in the Dominican Republic: the mediating role of trust. *International journal of STD & AIDS*, 28(6), 608–612. <https://doi.org/10.1177/0956462416659421>
- Cabral, M. 2006. “La paradoja transgénero”. *Ciudadanía Sexual, Boletín electrónico del Proyecto sexualidades, salud y Derechos Humanos en América Latina*, 18 (2), 14-19. Recuperado de <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b18/articulos.htm>
- Cai, Y., Wang, Z., Lau, J. T., Li, J., Ma, T., & Liu, Y. (2016). Prevalence and associated factors of condomless receptive anal intercourse with male clients among transgender women sex workers in Shenyang, China. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2), 20800. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.3.20800>
- Cai, Y., Wang, Z., Lau, J.T.F., Li, J., Ma, T. & Liu, Y. (2016). Prevalence and associated factors of condomless receptive anal intercourse with male clients among transgender women sex workers in Shenyang, China. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2).
- Campolina, L. & Mijtáns, A. (2019). The role of subjectivity in the process of school innovation. En González Rey, F., Mijtánds, A. & Goulart, D, (Eds). *Subjectivity within cultural-historical approach*. (pp. 101-115) Luxemburgo: Springer.
- Chakrapani, V., Shunmugam, M., Newman, P.A., Kershaw, T. & Dubrow, R. (2015). HIV Status Disclosure and Condom Use Among HIV-Positive Men Who Have Sex With Men and Hijras (Male-to-Female Transgender People) in India: Implications for Prevention. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 14(1), 26 - 44.
- Chakrapani, V., Shunmugam, M., Rawat, S., Baruah, D., Nelson, R., & Newman, P. A. (2020). Acceptability of HIV Pre-Exposure Pro-

phylaxis Among Transgender Women in India: A Qualitative Investigation. *AIDS patient care and STDs*, 34(2), 92–98. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0237>

Crowell T. A, Baral S. D, Schwartz S, Nowak R. G, Kokogho A, Adebajo S, et al. *Time to change the paradigm: limited condom and lubricant use among Nigerian men who have sex with men and transgender women despite availability and counseling*. Elsevier Inc. 2018 December; 31: p. 11 - 19.

Da Fonte, V.R.F.; Pinheiro, C.D.P.; Barcelos, N. de S.; Costa, C.M.A.; Francisco, M.T.R. & Spindola, T. (2017). Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enfermería Global*, 16(46), 50-93. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>

Delgado, J. R., Segura, E. R., Lake, J. E., Sanchez, J., Lama, J. R. & Clark, J. L. (2017). Event-level analysis of alcohol consumption and condom use in partnership contexts among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *Elsevier Ireland Ltd*, 170, 17 - 24.

Degtyar, S., Diaz, D., Carcamo, C., Klausner, J., Gorbach, P., Bayer, A., George, P. & Mallma, P., G. P. (2016). Sexual risk behavior and HIV testing and status among male and transgender women sex workers and their clients in Lima, Peru. *In Annals of global health*, 82,(3)383 <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=-JS&PAGE=reference&D=cctr&NEWS=N&AN=CN-01304261>

Degtyar, A., George, P. E., Mallma, P., Diaz, D. A., Cárcamo, C., Garcia, P. J., Gorbach, P. M., & Bayer, A. M. (2018). Sexual Risk, Behavior, and HIV Testing and Status among Male and Transgender Women Sex Workers and their Clients in Lima, Peru. *International journal of sexual health: official journal of the World Association for Sexual Health*, 30(1), 81–91.

- Druckler, S., van Rooijen, M., de Vries, H., & MD, P. (2020). Substance Use and Sexual Risk Behavior Among Male and Transgender Women Sex Workers at the Prostitution Outreach Center in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis*, 47(2), 114–121. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001096>
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. México D.F. Fondo de Cultura Económica.
- Ferreira Jr., S., Stolses Bergamo Francisco, P. M., & Nogueira, P. A. (2016). Profile of transvestites and transgender women: tuberculosis and HIV/AIDS in the city of Sao Paulo. *Revista panamericana de salud publica-Pan american journal of public health*, 40(6), 410–417.
- Finigan-Carr, N. M., Craddock, J. B., & Johnson, T. (2021). Predictors of condom use among system-involved youth: The importance of sex ed. *Children and Youth Services Review*, 127 doi:10.1016/j.childyouth.2021.106130
- Fondo Mundial (2016). Proyecto Fondo Mundial para el VIH: Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia.
- Foucault, (2019/1954). *Enfermedad mental y psicología*. Madrid: Paidós.
- Foucault, M. (1984). *La ética del cuidado de sí como como práctica de libertad*. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/viewFile/2276/1217>
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. EE. UU. Createspace Independent Publishing Platform.
- Freud, S. (1930). *El Malestar en la Cultura*. Madrid: Alianza Ed.

- Gama, A., Oliveira Martins, M. R., Mendao, L., Barros, H., & Dias, S. (2018). HIV Infection, risk factors and health services use among male-to-female transgender sex workers: a cross-sectional study in Portugal. *AIDS care-psychological and socio-medical aspects of aids/hiv*, 30(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1332736>
- Gamarel, K.E., Reisner, S.L., Darbes, L.A., Hoff, C.C., Chakravarty, D., Nemoto, T., et al. (2015). Dyadic dynamics of HIV risk among transgender women and their primary male sexual partners: the role of sexual agreement types and motivations. *AIDS Care*, 28(1), 104–111.
- Ganju, D. y Saggurti, N. (2017) Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Culture, Health & Sexuality*, 19:8, 903-917, DOI: 10.1080/13691058.2016.1271141
- Garofalo, R., Kuhns, L. M., Reisner, S. L., Biello, K., & Mimiaga, M. J. (2018). Efficacy of an Empowerment-Based, Group-Delivered HIV Prevention Intervention for Young Transgender Women: The Project LifeSkills Randomized Clinical Trial. *JAMA pediatrics*, 172(10), 916–923. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1799>
- Garofalo, R., Kuhns, L.M., Reisner, S.L. & Mimiaga, M.J. (2016). Behavioral Interventions to Prevent HIV Transmission and Acquisition for Transgender Women: A Critical Review. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 72(3), 220 - 225.
- Goffman E. (1998). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Rey, F. & Moncayo, E. (2019). Sexual Diversity, School, and Subjectivity: The Irrationality of the Dominant Rationale. En González Rey, F., Mijtánds, A. & Goulart, D, (Eds). *Subjectivity within cultural-historical approach*. (pp. 133-147). Luxemburgo: Springer.

- González Rey, F. (2014). *O Sujeito que Aprende. Diálogo Entre a Psicanálise e o Enfoque Histórico- Cultural*. Brasil: Edición brasileña portuguesa.
- Harawa, N., Wilton, L., Wang, L., Mao, C., Kuo, I., Penniman, T., et al. (2014). Types of Female Partners Reported by Black Men Who Have Sex with Men and Women (MSMW) and Associations with Intercourse Frequency, Unprotected Sex and HIV and STI Prevalence. *Springer Science + Business Media New York*, 18, 1548 - 1559.
- Hill CE, Thompson BJ, & Williams EN (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517–572.
- Jain, S., Oldenburg, C.E., Mimiaga, M.J. & Mayer, K.H. (2015). Subsequent HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men Who Used Non-Occupational Post-Exposure Prophylaxis at a Boston Community Health Center: 1997–2013. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(1).
- Kerr, L. R., Mota, R. S., Kendall, C., Pinho, A. D. A., Mello, M. B., Guimarães, M. D., Dourado, I., de Brito, A. M., Benzaken, A., McFarland, W., & Rutherford, G. (2014). HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, 27(3), 427–435. <https://doi.org/10.1097/qad.0b013e32835ad504>
- Khalid, H., & Martin, E. G. (2019). Relationship between network operators and risky sex behaviors among female versus transgender commercial sex workers in Pakistan. *AIDS care-psychological and socio-medical aspects of AIDS/HIV*, 31(6), 767–776. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1557317>
- Khan, A. A., Rehan, N., Qayyum, K., & Khan, A. (2013). Correlates and prevalence of HIV and sexually transmitted infections among Hijras (male transgenders) in Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Sssociation*, 63(1, 1), S45–S49.

- Lane T , Osmand T , Marr A , Shade S.B , Dunkle K , Sandfort T , et al. (2014). The Mpumalanga Men's Study (MPMS): Results of a Baseline Biological and Behavioral HIV Surveillance Survey in Two MSM Communities in South Africa. *PLoS ONE*, 9(11).
- Le Breton, D. (2006). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton. (2014). *Conductas de riesgo. De los juegos de la muerte a los juegos de vivir*. Buenos Aires: Editorial Topia.
- León, E. (2005). *Sentido Ajeno*. Anthropos Research & Publications.
- Lindroth, M., Zeluf, G., Mannheimer, L.N. & Deogan, C. (2017). Sexual health among transgender people in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 318 - 327.
- Liu, C., Mao, J., Wong, T., Tang, W., Sze Tso, L., Tang, S., et al. (2016). Comparing the effectiveness of a crowdsourced video and a social marketing video in promoting condom use among Chinese men who have sex with men: a study protocol. *BMJ Open*, 6.
- Long, J., Montano, M., Cabello, R., Sanchez, H., Lama, J., MD, M. P. H., Duerr, A., & MD, P. (2019). Brief Report: Comparing Sexual Risk Behavior in a High-Risk Group of Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 80(5), 522–526. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001966>
- Mabaso, M., Mlangeni, L., Makola, L., Oladimeji, O., Naidoo, I., Naidoo, Y., . . . Simbayi, L. (2021). Factors associated with age-disparate sexual partnerships among males and females in South Africa: A multinomial analysis of the 2012 national population-based household survey data. *Emerging Themes in Epidemiology*, 18(1) doi:10.1186/s12982-021-00093-5

- Maliya, S., Zul, A.R., Irwan, M.S., Samsul, D., Zakiah, M.S. & Rafidah, H.M. (2018). Mak Nyahs in Malaysia: Does HIV/AIDS Knowledge Really Reduce HIV-Related Risk Behaviours? *IMJM*, 17(3).
- Mallory, C. (2020). Parejas confiables y el riesgo de infección de VIH entre mujeres. *Horizonte de Enfermería*, 16(1), 39-47. <http://www.redae.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12732>
- McCuller, W.J. & Harawa, N.T. (2014). A Condom Distribution Program in the Los Angeles Men's Central Jail: Sheriff Deputies' Attitudes and Opinions. *Journal of Correctional Health Care*, 20(3): p. 195 - 202.
- Mehrotra, M. L., Westreich, D., McMahan, V. M., Glymour, M. M., Geng, E., Grant, R. M., & Glidden, D. V. (2019). Baseline Characteristics Explain Differences in Effectiveness of Randomization to Daily Oral TDF/FTC PrEP Between Transgender Women and Cisgender Men Who Have Sex With Men in the iPrEx Trial. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 81(3), e94–e98. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002037>
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, S., Núñez, A. & Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de transmisión sexual 2016-2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=A0AF868667A2EC2980193B6B710801E2?sequence=1>
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C., López, S., Núñez, A. & Acuña, M. (2012) Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77 (4), 271-279.
- Minor Peters M. (2016). 'They wrote "gay" on her file': transgender Ugandans in HIV prevention and treatment. *Culture, health & sexuality*, 18(1), 84–98. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1060359>

- Moayedi Nia S., Taheri, L., Rouzbahani, N.H., Rasoolinejad, M., Nikzad, R., Ardebili, M.E., et al. (2019). HIV Prevalence and Sexual Behaviors Among Transgender Women in Tehran, Iran. *AIDS and Behavior*, 10.
- Moayedi-Nia, S., Taheri, L., Rouzbahani, N. H., Rasoolinejad, M., Nikzad, R., Ardebili, M. E., & Mohraz, M. (2019). HIV Prevalence and Sexual Behaviors Among Transgender Women in Tehran, Iran. *AIDS and behavior*, 23(6), 1590–1593. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-02380-w>
- Moncayo, J. (2017). *Educación, diversidad sexual y subjetividad: Una aproximación cultural-historica a la educación sexual escolar en Cali- Colombia* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Brasilia.
- Nguyen, P. T., Gilmour, S., Le, P. M., Onishi, K., Kato, K., & Nguyen, H. V. (2021). Progress toward HIV elimination goals: Trends in and projections of annual HIV testing and condom use in africa. *AIDS (London, England)*, 35(8), 1253-1262. doi:10.1097/QAD.0000000000002870
- Nugroho, A., Erasmus, V., Zomer, T.P., Wu, Q. & Richardus, J.H. (2016). Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. *AIDS Care*, 29(1): p. 98 - 104.
- Pantalone DW, Holloway IW, Goldblatt AEA, Gorman KR, Herbitter C, Grov C. (2020). The Impact of Pre-Exposure Prophylaxis on Sexual Communication and Sexual Behavior of Urban Gay and Bisexual Men. *Arch Sex Behav.*;49(1):147-160. doi: 10.1007/s10508-019-01478-z.
- Posso, Jeanny Lucero, & Furcia, Ange La. (2016). El fantasma de la puta-peluquera: Género, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), 172-214. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.08.a>

- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A. , Borquez, A. , Silvantisteban, A., Deutsch, MB , Operario, D. (2015). Riesgo de VIH e intervenciones preventivas en trabajadoras sexuales transgénero. *The Lancet*, 385 (9964), 274 – 286. 10.1016 / S0140-6736 (14) 60833-3
- Poteat, T., German, D. & Flynn, C. (2016). The conflation of gender and sex: Gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Global Public Health*, 11(7 – 8), 835 - 848.
- Poteat, T.C., Keatley, J., Wilcher, R. & Schwenke, C. (2016). Evidence for action: a call for the global HIV response to address the needs of transgender populations. *Journal of the International AIDS Society*, 19(2).
- Prabawanti, C., Dijkstra, A., Riono, P. & Hartana, G. (2014). Preparatory behaviours and condom use during receptive and insertive anal sex among male-to-female transgenders (Waria) in Jakarta, Indonesia. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1).
- Ramanathan, S., Deshpande, S., Gautam, A., Pardeshi, D.B., Ramakrishnan, L., Goswami, P., et al. (2014). Increase in condom use and decline in prevalence of sexually transmitted infections among high-risk men who have sex with men and transgender persons in Maharashtra, India: Avahan, the India AIDS Initiative. *BMC Public Health*, 14, 1471 - 2458.
- Raspberry, C. N., Morris, E., Lesesne, C. A., Kroupa, E., Topete, P., Carver, L. H., & Robin, L. (2015). Communicating With School Nurses About Sexual Orientation and Sexual Health: Perspectives of Teen Young Men Who Have Sex With Men. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 31(5), 334–344. <https://doi.org/10.1177/1059840514557160>
- Rhodes, S., Alonzo, J., Mann, L., Downs, M., Andrade, M., Wilks, C., et al. (2014). The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. *Health Promotion International*, 30(4).

- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann-Jackson, L., Song, E. Y., Tanner, A. E., Garcia, M., Smart, B. D., Baker, L. S., Eng, E., & Reboussin, B. A. (2020). A peer navigation intervention to prevent HIV among mixed immigrant status Latinx GBMSM and transgender women in the United States: outcomes, perspectives and implications for PrEP uptake. *Health education research*, 35(3), 165–178. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa010>
- Safika, I., Johnson, T.P., Ik Cho, Y. & Praptoraharjo, I. (2014). Condom Use Among Men Who Have Sex With Men and Male-to-Female Transgenders in Jakarta, Indonesia. *American Journal of Men's Health*, 8(4), 278 - 288.
- Santamaría Fundación. (2015). *Voces en contexto del Valle Cauca y Nariño. Conversaciones sobre la situación de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (LGBT) víc timas de la violencia política y el conflicto armado en los municipios de Santiago de Cali, Santander de Quilichao, Popayán, Pasto y Tumaco*. Cali.
- Saura, S., Jorquera, V., Mascort, C., & Castellà, I. (2019). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género [Gender meanings of the risk of sexually transmitted infections/HIV transmission among young people]. *Atencion primaria*, 52(3), 218–219. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.003>
- Sevelius, J. M., Neilands, T. B., Dilworth, S., Castro, D., & Johnson, M. O. (2020). Sheroes: Feasibility and Acceptability of a Community-Driven, Group-Level HIV Intervention Program for Transgender Women. *AIDS and behavior*, 24(5), 1551–1559. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02683-6>
- Severson, N., Muñoz-Laboy, M. & Kaufman R. (2014). At times, I feel like I'm sinning': the paradoxical role of non-lesbian, gay, bisexual and transgender-affirming religion in the lives of behaviourally-bisexual Latino men. *Culture, Health & Sexuality*, 16(2), 136–148.

- Shan, D., Yu, M., Yang, J., Zhuang, M., Zhuang, Z., Liu, H., et al. (2018). Correlates of HIV infection among transgender women in two Chinese cities. *Infectious Diseases of Poverty*, 7(123).
- Shaw, S.Y., Lorway, R., Bhattacharjee, P., Reza-Paul, S., du Plessis, E., McKinnon, L., et al. (2016). Descriptive Epidemiology of Factors Associated with HIV Infections Among Men and Transgender Women Who Have Sex with Men in South India. *LGBT Health*, 3(4).
- Sheinfil, A. Z., Giguere, R., Dolezal, C., Lopez-Rios, J., Iribarren, S., Brown, W., 3rd, Rael, C., Lentz, C., Balán, I., Frasca, T., Torres, C. C., Crespo, R., Febo, I., & Carballo-Diéguez, A. (2020). Information and Motivation Predict HIV-Serostatus Among a Population of High-Risk Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. *AIDS and behavior*, 24(10), 2863–2871. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02835-z>
- Schneiders, M. L., & Weissman, A. (2016). Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police. *Journal of the International AIDS Society*, 19(4 Suppl 3), 20878. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.4.20878>
- Solá, M. (2014). Introducción. En *transfeminismos Epistemes, fricciones y flujos*. pp. 15-31. España: Editorial Txalaparta.
- Stahlman, S., Liestman, B., Ketende, S., Kouanda, S., Ky-Zerbo, O., Lougue, M., et al. (2016). Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. *Journal of the International AIDS Society*. 19(2).
- Stone, S. (2015). El imperio contraataca. Un manifiesto postransexual. En P. Galofre y M. Missé (Eds.), *Políticas Trans. Una Antología de textos desde los estudios trans norteamericanos* (pp. 31-66). Barcelona: Egales Editorial.

- Sun, C. J., García, M., Mann, L., Alonzo, J., Eng, E., & Rhodes, S. D. (2015). Latino sexual and gender identity minorities promoting sexual health within their social networks: process evaluation findings from a lay health advisor intervention. *Health promotion practice*, 16(3), 329–337. <https://doi.org/10.1177/1524839914559777>
- Schutz, A. (1975). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amor-rortu.
- Tangmunkongvorakul, A., Chariyalertsak, S., Amico, K. R., Guptarak, M., Saokhieo, P., Sangangamsakun, T., et al. (2016). Sexual practices among men who have sex with men in Chiang Mai, Thailand: part of the antiretroviral pre-exposure prophylaxis trial. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 47(3).
- Thomas, L. (2017). *Antropología de la muerte*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Truong, H. M., Mehrotra, M., Montoya, O., Lama, J. R., Guanira, J. V., Casapía, M., Veloso, V. G., Buchbinder, S. P., Mayer, K. H., Chariyalertsak, S., Schechter, M., Bekker, L. G., Kallás, E. G., & Grant, R. M. (2017). International Sexual Partnerships May Be Shaped by Sexual Histories and Socioeconomic Status. *Sexually transmitted diseases*, 44(5), 306–309. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000601>
- Torres, H. (2014). El amor en tiempos de Fakebook. En *Transfeminismos, epistemes, fricciones y flujos*. pp. 237-250. España: Editorial Txalaparta.
- Turner, C. M.; Ahern, J.; Santos, G. M.; Arayasirikul, S. & Wilson E. C. (2019). Parent/Caregiver Responses to Gender Identity Associated With HIV-Related Sexual Risk Behavior Among Young Trans Women in San Francisco. *J Adolesc Health*, 65(4):491-497. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.04.032.

- UNAIDS. (2010). Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida. ONUSIDA. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC1958_GlobalReport2010_full_es_1.pdf
- Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Defreyne, J., Somers, A., & T'Sjoen, G. (2019). Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *International Journal of Transgenderism*, 20(4, S1), 388–402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1617217>
- Veronese, V., Van Gemert, C., Bulu, S., Kwarteng, T., Bergeri, I., Badman, S., et al. (2015). Sexually transmitted infections among transgender people and men who have sex with men in Port Vila, Vanuatu. *WPSAR*, 6(1).
- Wang, H., Chang, R., Shen, Q. et al. Information-Motivation-Behavioral Skills model of consistent condom use among transgender women in Shenyang, China. *BMC Public Health* 20, 394 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08494-y>
- Weissman, A., Ngak, S., Srean, C., Sansothy, N., Mills, S. & Ferradini, L. (2016). HIV Prevalence and Risks Associated with HIV Infection among Transgender Individuals in Cambodia. *PLoS ONE*, 11(4).
- Wickersham, J.A., Gibson, B.A., Bazazi, A.R., Pillai, V., Pedersen, C.J., Meyer, J.P., et al. (2017). Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Infections Among Cisgender and Transgender Women Sex Workers in Greater Kuala Lumpur, Malaysia: Results From a Respondent-Driven Sampling Study. *Sexually Transmitted Diseases*, 44(11).
- Wilkerson, J.M., Rhoton, J.M., Li, D., Rawat, S.A., Patankar, P., Rosser, S., et al. (2019). Information, Motivation, and Self-Efficacy Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in the State of Maharashtra, India. *Health Education & Behavior*, 46(2): p. 304 - 311.

- Yi, S., Plant, A., Tuot, S., Mun, P., Chhim, S., Chann, N., et al. (2019). Factors associated with condom use with non-commercial partners among sexually-active transgender women in Cambodia: findings from a national survey using respondent-driven sampling. *BMC Public Health*, 19.
- Yoon, Y. & Tangtammaruk, P. (2016). “Taking risk” in the era of HIV: A closer look at selling sex in Thailand. *Pertanika J. Soc. Sci & Hum*, 24, 179 - 188.
- Zafra-Tanaka, J., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>
- Zea, M. C., Reisen, C. A., del Río-González, A. M., Bianchi, F. T., Ramirez-Valles, J., & Poppen, P. J. (2015). HIV Prevalence and Awareness of Positive Serostatus Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Bogotá, Colombia. *American journal of public health*, 105(8), 1588–1595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302307>
- Ziga, I. (2014). ¿El corto verano del transfeminismo? En *Transfeminismos, epistemes, fricciones y flujos*. pp. 81-90. España: Editorial Txalaparta..

