

Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas

Informe Ejecutivo 2012



Percepciones y experiencias
sobre estigma y discriminación
en poblaciones
trans, HSH y usuarios de drogas

Informe Ejecutivo 2012



Se permite la reproducción total o parcial de este material y la información contenida en él siempre que se cite la fuente y sea utilizado sin fines de lucro.

Formato de cita sugerido:

Aristegui, I., Vazquez, M., Dorigo, A. & Lucas, M. (2012). *Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas*. Buenos Aires: Fundación Huésped con colaboración de Red de personas viviendo con VIH de Mar del Plata.

Agradecemos que se nos envíe copia de los materiales donde dicha información se reproduzca a:

Fundación Huésped

Presidente: Dr. Pedro Cahn

Ángel Peluffo 3932 - CP 1202 ABB Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

www.huesped.org.ar / info@huesped.org.ar

Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata:

Presidente: Estela Carrizo

Santiago del Estero N° 1356, CP 7600, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

<http://lared.org.ar/> redvihmdq@yahoo.com.ar

Dirección

Kurt Frieder – Fundación Huésped

Estela Carrizo – Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata

Equipo Técnico Fundación Huésped

Dirección de Servicios a la Comunidad

Dirección de Epidemiología y Prevención

Coordinación

Inés Aristegui – Mariana Vazquez

Equipo de Investigación

Mar Lucas, Analía Dorigo, María Celia Trejo, Laura Bidart, Melisa Leach, Lorena Rodríguez, Virginia Zalazar

Redacción del Informe Final

Inés Aristegui, Mariana Vazquez, Analía Dorigo, Mar Lucas

Organizaciones Colaboradoras

Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA)

Hogar de Cristo

Intercambios Asociación Civil

Grupo Nexo Asociación Civil

Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as Usuarios/as de Drogas

Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata

Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina (SIGLA).

Índice.

Prólogo	7
1. Introducción	9
2. Marco teórico	13
2.1. Los abordajes y las estrategias preventivas	13
2.2. Estigma y Discriminación	14
2.3. VIH y estigma en Argentina	18
3. Metodología	20
3.1. Participantes	21
3.2. Procedimiento	22
4. Resultados	25
4.1. Estigma y Discriminación: Percepciones de los actores	26
4.2. E&D en Grupos de HSH	30
4.2.1. Vivencias asociadas a E&D	30
4.2.2. Ámbitos en los que se viven situaciones de estigma y discriminación	31
4.2.3. Estigma Externo	34
4.2.4. Estigma Interno	36
4.2.5. Estigma y discriminación en relación al VIH	38
4.2.6. Impacto del estigma sobre el proyecto de vida	42
4.3. E&D en Grupos de Trans	43
4.3.1. Vivencias asociadas a E&D	43

4.3.2. Ámbitos en los que se viven situaciones de estigma y discriminación	44
4.3.3. Estigma Externo	50
4.3.4. Estigma Interno	55
4.3.5. Estigma y discriminación relacionados al VIH	57
4.3.6. Impacto del estigma sobre el proyecto de vida	61
4.4. E&D en Grupos de UD	63
4.4.1. Vivencias asociadas a E&D	63
4.4.2. Ámbitos en los que se viven situaciones de estigma y discriminación	63
4.4.3. Estigma Externo	67
4.4.4. Estigma Interno	69
4.4.5. Estigma y discriminación relacionados al VIH	70
4.4.6. Impacto del estigma sobre el proyecto de vida	75
4.5. Recursos para afrontar el estigma y la discriminación	77
4.5.1. Impacto positivo del diagnóstico de VIH	87
5. Reflexiones finales	88
5.1. Vivencia y ámbitos	88
5.2. Estigma externo	91
5.3. Estigma interno	93
5.4. Estigma y discriminación en relación al VIH	94
5.5. Impacto del E&D en el proyecto de vida y recursos para enfrentarlo	96
5.5.1. Impactos del E&D en el proyecto de vida	96
5.5.2. Recursos para afrontar el E&D	97

6. Referencias	100
7. Anexos	103
7.1. Anexo A: Guía de Preguntas	103
7.2. Anexo B: Ficha Sociodemográfica	108
7.3. Anexo C: Modelo de Matriz	110

Prólogo.

El presente documento se inscribe en un proyecto implementado durante el año 2011 por Fundación Huésped en conjunto con la Red de Personas con VIH/sida de Mar del Plata, financiado por Levi's Foundation; mediante el cual se pretende dar continuidad al trabajo realizado en sociedad por ambas organizaciones, a partir del desarrollo de la investigación global sobre el Índice de Estigma en personas que viven con VIH en Argentina. El Índice ha sido desarrollado a nivel mundial por ONUSIDA, IPPF, GNP+ y ICW Global e implementado en Argentina por Fundación Huésped y la Red de Personas Viviendo con VIH/sida de Mar del Plata, con el apoyo de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, ONUSIDA regional, OPS y UNFPA, redes de personas con VIH y comunidades clave en respuesta a la epidemia.

En el proyecto presentado por las organizaciones argentinas para la implementación del Índice, se incluyó la propuesta de complementar los datos cuantitativos que pudieran resultar, con un estudio cualitativo que acercara de manera más ilustrativa a la vivencia del proceso personal de estigma externo e interno relacionado con el VIH. Una vez concluida la fase cuantitativa, la necesidad de desarrollar este aporte cualitativo se vio incrementada al destacarse que el 94.1% de los entrevistados atravesó alguna situación de estigma interno y que la mayoría, por temor a reacciones de discriminación, sólo habían develado su diagnóstico en ámbitos muy reducidos. Se ha puesto en evidencia también, que los mayores índices de discriminación se observan entre quienes padecen otros estigmas sociales previos al VIH, como la discriminación por género, orientación sexual, elección de vida o situación socioeconómica.

Conscientes de la necesidad de redoblar el trabajo para reducir el estigma y la discriminación en personas con VIH, se desarrolló junto a la Levi's Foundation una propuesta con tres componentes:

- a)** Formación de promotores de derechos en VIH, desarrollando redes de trabajo entre promotores de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH y los colegios profesionales de abogados, trabajadores sociales y psicólogos.
- b)** Capacitación en incidencia política y comunicación para activistas de organizaciones argentinas sobre VIH, de modo que puedan organizarse planes de incidencia locales y nacionales, dirigidos al poder ejecutivo, legislativo y/o judicial.
- c)** Profundización de la evidencia obtenida sobre el estigma y discriminación desarrollando un estudio cualitativo con la metodología de grupos de discusión, focalizando en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, las personas trans y los usuarios de drogas, y en las posibles diferencias que, dentro de estas poblaciones, marca el diagnóstico positivo o negativo de VIH.

A continuación se presentan los resultados de este último componente.

1. Introducción.¹

Según la Dirección Nacional de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), aproximadamente 130.000 personas viven con VIH/sida en Argentina, de las cuales un 50% desconocerían su situación (MSN, 2011). La curva epidemiológica de nuevas infecciones alcanzó un valor máximo de 15,4 por 100.000 habitantes en el año 2004 y parecería estar estabilizada desde hace algunos años. La tasa de incidencia de diagnóstico de VIH, ha disminuido sistemáticamente desde el 2005, hasta llegar a 12 en el 2009. La tasa de casos de sida para el mismo año fue de 3,9 por 100 mil habitantes. La epidemia continúa concentrándose principalmente en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense, con un 40% de los nuevos diagnósticos detectados durante el período 2007-2009.

Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), la mayor parte de los países de América Latina muestran epidemias concentradas. Es decir que, si bien la prevalencia de VIH/sida en la población general es menor al 1% - estimada a través del análisis serológico de VIH en las mujeres embarazadas - existen algunos grupos, como los hombres que tienen sexo con hombres o los usuarios de drogas, en los que esta prevalencia es igual o mayor al 5% (MSN, 2011). En Argentina, la epidemia también es de tipo concentrada; si bien se estima que 4 de cada mil adultos están infectados con el virus, esa proporción trepa a porcentajes mayores en grupos como hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras/es sexuales y personas trans².

¹ A fin de facilitar la lectura del presente informe no se han utilizado recursos como @ o as/os.

² Bajo la denominación "trans" se incluyen personas travestis, transexuales y transgénero.

Según el Boletín del Ministerio de Salud (MSN, 2011), en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), la prevalencia de diagnóstico de VIH alcanza un 12%. Pero hay que tener en cuenta que bajo esta categoría de HSH, se encuentran incluidos todos los hombres que, aun con diferentes identidades sexuales - homosexual, bisexual, transgénero, travesti, heterosexual- tienen relaciones sexuales con otros hombres; situación que estaría invisibilizando realidades heterogéneas (Barrón López, Lisbon & Hiller, 2008).

En este sentido, recientes estudios de prevalencia específicamente en población HSH, indicaron que entre las personas trans, la tasa de prevalencia de VIH alcanza un 34% (Bloch et al., 2010). Cabe aclarar que dentro de la categoría de trans, se estaría incluyendo a toda persona cuya identidad de género (sentimiento psicológico de ser hombre o mujer) no coincide con el sexo asignado al nacer - mujer o varón- (Duranti, Hessling & Leone, 2007). Tal denominación abarca a las personas travestis, transgénero, transexuales e intersex, entre otras.

En relación a los usuarios de drogas, los datos disponibles tampoco reflejan situaciones diferenciales. Según información del Ministerio de Salud, la prevalencia de diagnóstico de VIH entre usuarios de drogas inyectables alcanzó un 7% (MSN, 2011). Sin embargo, las estadísticas para los usuarios de drogas (UD) son difíciles de calcular debido al cambio que se ha dado en el tipo de consumo de drogas y cómo éstas interactúan con la transmisión de VIH cuando no se trata de la transmisión por la vía sanguínea. Históricamente, los usuarios de drogas inyectables formaron parte de uno de los grupos más fuertemente afectados. Sin embargo, en los últimos bienios se vino observando una tendencia de reducción de nuevas infecciones por esta vía (MSN, 2011). En el período 2007-2009, las transmisiones por el uso compartido de materiales para consumo de drogas inyectables continuaron disminuyendo, con una tasa de incidencia de 4,8% para los varones y un 1,5% para las mujeres. Lamentablemente, estas cifras no brindan información acerca de las transmisiones producidas como consecuencia del consumo de drogas no inyectables, ya que el dato específico queda oculto entre los casos de transmisión sexual por relaciones no protegidas. Sin embargo, estudios epidemiológicos realizados entre el 2002 y el 2008 en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, han demostrado que usuarios de drogas no inyectables tienen prevalencias de VIH mayores a 5% y tasas de seroincidencia de 3 por 100 personas-año” (Rossi & Goltzman, 2012, en prensa).

En este marco, es importante destacar que las condiciones de vulnerabilidad frente a la infección por VIH no son las mismas para los diferentes grupos poblacionales, incluso entre aquellos que presentan un nivel de vulnerabilidad incrementado. Por lo tanto, estos grupos requieren un análisis específico y con mayor profundidad a fin de identificar las barreras que limitan su acceso a la prevención, cuidado y tratamiento.

Si para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud es necesario desarrollar estrategias que tiendan a disminuir las barreras actualmente existentes (Kosacoff, 2011), asumir el compromiso de una prevención efectiva, específica y basada en el respeto de los derechos humanos es un componente fundamental. Desde este punto de vista, alcanzar un conocimiento más profundo del rol que el estigma y la discriminación en relación al VIH juega en la sociedad actual, es imperante a fin de disminuir las barreras de acceso al testeo, por un lado, y de mejorar la calidad de vida de las personas que hoy viven con el virus, por otro.

La investigación sobre “Índice de Estigma en Personas que viven con VIH”, llevada a cabo en Argentina por la Fundación Huésped y la Red de Personas viviendo con VIH de Mar del Plata, ha señalado que la gran mayoría de los entrevistados (94%) ha vivido alguna situación, sentimiento o actitud de estigmatización. De los resultados de ese estudio se desprende que aún existen cuestiones culturales, políticas y sociales en nuestro país que se traducen en estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH. Lamentablemente, éstos se presentan aún en diferentes ámbitos sociales como la familia, el trabajo, las instituciones educativas, los espacios de recreación, y los mismos establecimientos de salud, entre otros. Los resultados del estudio muestran que, en comparación a la muestra general, la intensidad de la estigmatización fue mayor para las mujeres trans, las mujeres usuarias de drogas y los varones usuarios de drogas; mientras que la intensidad de la estigmatización en los varones homosexuales fue menor a la media. Sin embargo, este primer acercamiento no resulta suficiente para analizar los distintos matices del estigma y la discriminación en las poblaciones afectadas.

Así, la presente investigación cualitativa surge como un aporte para profundizar sobre los hallazgos obtenidos en el “Índice de Estigma en Personas que viven con VIH”, a fin de alcanzar una mejor comprensión de los datos obtenidos y, de este modo, contribuir al desarrollo de políticas públicas orientadas a disminuir las experiencias de estigma y discriminación vividas por las personas con diagnóstico de VIH. En este marco el objetivo del estudio se orientó a describir

y analizar las percepciones y las experiencias vinculadas al estigma y la discriminación en grupos de personas trans, UD y HSH, identificando la importancia que el VIH pueda tener sobre estas percepciones y experiencias.

2. Marco Teórico

2. 1. Los abordajes y las estrategias preventivas

Desde una perspectiva basada en el modelo “médico hegemónico” (Menéndez, 2005), centrada en la enfermedad y la asistencia, el afrontamiento de la epidemia de VIH ha llevado automáticamente a apelar a respuestas que priorizan la alta tecnología y farmacología para el tratamiento.

Sin embargo, los aspectos sociales de la epidemia, muchas veces dejados de lado, han sido cruciales en el desarrollo de la misma. A fines de los años '80, el Dr. Jonathan Mann ya definía al estigma y la discriminación asociadas al VIH como una epidemia, y advertía que era un aspecto central en los desafíos que implicaba el sida, tanto como la enfermedad en sí misma (Mann, 1987). Desde este punto de vista, dentro de las principales intervenciones capaces de lograr resultados para detener la transmisión y la propagación del VIH/sida, se encontrarían, además de la prevención integral de la salud, la salud sexual y reproductiva, la promoción de los derechos de las personas con VIH y la eliminación del estigma y la discriminación (E&D) asociados a la enfermedad.

A comienzos de la epidemia, se hablaba de grupos de riesgo y la estrategia preventiva se focalizaba tanto en establecer las barreras necesarias para evitar la transmisión del virus como en aislar a estos grupos (Bloch et al., 2010). Este enfoque sólo consideraba al individuo, responsabilizándolo por la diseminación de la enfermedad. Hacia fines de los '80, la visión sobre el riesgo de transmisión se fue trasladando de los grupos a sus conductas, surgiendo así conceptos como “comportamientos” o “prácticas” de riesgo. La estrategia preventiva se

focalizó en el cambio de conducta, basándose en la premisa que una mejor información y la incorporación de creencias positivas con respecto al uso del preservativo redundarían en una mayor adopción de conductas preventivas por parte de la población. Este enfoque, continuó responsabilizando al individuo al reducir la transmisión del virus a comportamientos individuales de las personas y sus estilos de vida.

Sin embargo, desde los años '90 aparece el concepto de vulnerabilidad en el estudio de esta problemática. Este enfoque incorporó los condicionamientos sociales y culturales de la epidemia del VIH y la estrategia preventiva se focalizó en identificar las susceptibilidades poblacionales con el fin de promover respuestas sociales al problema. Según Bloch y sus colegas (2010), pensar en contextos de vulnerabilidad supondría considerar que el riesgo de infección por VIH es el resultado de factores individuales, colectivos y contextuales.

En particular, las personas trans, los HSH y los UD, son grupos considerados vulnerables debido a los diversos factores culturales, socio-políticos y socioeconómicos que en alguna medida niegan su existencia y por tanto incrementan su vulnerabilidad frente a la infección por VIH (Barrón López et al., 2008; Bruno, Rojo & Tufro, 2008; Mendes Diz, Camarotti & Schwarz, 2008).

2. 2. Estigma y Discriminación

Goffman (1968) desarrolló una de las principales teorías sociales sobre la relación entre estigma y salud. Este autor define el estigma como “la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo”. Como consecuencia, esta identificación supone una descalificación por el hecho de ser miembro de dicho grupo. De esto se desprende que el atributo potencialmente estigmatizante dependerá en gran medida de los significados compartidos en un periodo histórico particular y un contexto cultural determinado (Miric, 2003). Así, se entiende que el estigma es un atributo devaluador – visible o invisible – que degrada y rebaja a la persona que lo posee, dentro de un contexto determinado.

En el campo de la salud, el estigma aparece fuertemente relacionado a ciertas enfermedades entre las que se encuentra el VIH. Sontag (1978) subrayó que en el proceso de estigmatización se tiende a culpabilizar los pacientes por sus propias enfermedades, atribuyendo a la enfermedad un significado moral. Cualquier enfermedad importante, cuya causalidad resulte “oscura” o para la cual el tratamiento resulte ineficaz o difícil de sostener, tiende a inundarse de significados “moralistas”.

Link y Phelan (2001) por su parte, se centraron en el estudio del estigma como proceso social. Primero, las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. Seguidamente, basados en las creencias de la cultura dominante, las personas etiquetadas son ligadas a estereotipos negativos o características indeseables. Luego, se crean categorías diferentes para lograr una separación entre “ellos” y “nosotros”. Finalmente, las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus social y pueden ser receptores de actos de discriminación. Como condición para el proceso de estigmatización, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de mayor poder que el grupo estigmatizado. Así, el estigma como elemento devaluador está estrechamente relacionado a conceptos como estereotipo, prejuicio y discriminación, a partir de criterios de normalidad consensuados socialmente.

En el estudio sobre el “Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH”, el estigma fue definido como una forma de encasillar a aquellas personas que son consideradas como “moralmente imperfectas” y por tanto deberían ser aisladas del resto de los miembros de la sociedad (Petracci & Romeo, 2011). En el caso del VIH, el estigma está asociado a conductas consideradas marginales, como el consumo de sustancias, el trabajo sexual, y la diversidad sexual en general. Así, el conocimiento o la suposición de un diagnóstico de VIH despierta prejuicios contra las personas afectadas y, por tanto, genera una desaprobación social.

Cuando las actitudes sociales descalificadoras son internalizadas por el individuo, reciben el nombre de estigma interno, estigma sentido o auto-estigmatización (Petracci & Romeo, 2011). Este auto-estigma, muchas veces conlleva sentimientos de vergüenza, incapacidad y culpa, que afectan psicológica y socialmente a las personas, haciendo que se retraigan de situaciones sociales, que se sientan desvalorizados, etc.

Según la Teoría de Identidad Social (Tajfel & Turner, 1979), la imagen que las

personas tienen de sí mismas – autoconcepto – está constituido por dos componentes: una *identidad personal*, idiosincrática de cada individuo y una *identidad social*, que deriva del conocimiento del grupo sociocultural al que pertenece y los significados valorativos y emocionales asociados a dicha pertenencia. Cuando el grupo de pertenencia no provee al individuo de una identidad social satisfactoria, en virtud de la internalización del prejuicio y la adopción de los valores de los grupos mayoritarios, esta persona, como miembro de un grupo estigmatizado, puede desarrollar una baja autoestima³, sentir rechazo hacia sí mismos o experimentar insatisfacción personal,

Un aspecto importante de los procesos de estigmatización es que pueden hacer que la persona anticipe el rechazo, incluso cuando aún no se ha producido. Dicha anticipación del rechazo se denomina *estigma percibido o anticipado* y se corresponde con creencias acerca de la devaluación-discriminación que experimentará una persona por el hecho de poseer cierto atributo.

Por su parte, LeBel (2008) afirma que el estigma percibido incluye dos dimensiones. Por un lado, lo que el individuo piensa que la mayoría de la comunidad cree acerca de un determinado grupo estigmatizado. Por otro lado, cómo el individuo cree que la sociedad lo ve a él, como parte de ese grupo estigmatizado.

Asimismo, el estigma como marca devaluadora, genera actitudes negativas que se ponen de manifiesto a nivel cognitivo, afectivo y conductual (Ottati, Bodenhausen, & Newman, 2005). Los estereotipos son estructuras cognitivas aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad, que representan un acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Conocer un estereotipo no implica necesariamente estar de acuerdo con él. Cuando efectivamente se aplican y se experimentan reacciones emocionales negativas por ello, se están poniendo en marcha los prejuicios sociales, dando lugar a las situaciones de discriminación y a los comportamientos de rechazo que son precisamente los que ponen a las personas estigmatizadas en condición de desventaja social.

³ La *autoestima* es definida como la dimensión evaluativa del autoconcepto, que varía entre la autoafirmación y la auto-denigración (Hewitt, 2002). Una autoestima alta es beneficiosa para las personas, debido a que significa que se sienten bien con sí mismas, con su vida y su futuro. Por el contrario, una baja autoestima está asociada a la falta de autoconfianza, hipersensibilidad e inestabilidad emocional, evitación de riesgos, soledad o alienación, entre otros (Rosenberg & Owens, 2001). Así, la autoestima se torna un elemento fundamental para ayudar a las personas que enfrentan los diversos desafíos y situaciones estresantes en sus vidas.

Vale destacar que cuando se habla de discriminación, es necesario analizar sus diferentes niveles (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubjak, 2003). En la dimensión de las relaciones interpersonales, debe distinguirse entre la “distancia social deseada” y las acciones reales o conductas efectivamente discriminadoras hacia los miembros del otro grupo. En la dimensión social/institucional, es necesario considerar la “discriminación estructural”, que se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social. Éstas, de forma más o menos intencionada o explícita, juegan un importante papel tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas, como por su legitimación general al proceso de estigmatización.

En el estudio sobre el “Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH” se ha definido a la discriminación como el resultado final de un proceso de estigmatización que alude al trato diferente e injusto que se da a una persona sobre la base de su pertenencia, o supuesta pertenencia, a un grupo en particular (Petracci & Romeo, 2011).

La discriminación así definida consistiría en acciones u omisiones dirigidas a personas estigmatizadas. Así, cuando se habla de discriminación por VIH, se hace referencia al trato diferente, generalmente desventajoso, que recibe una persona debido a que se sabe - o se supone - que vive con VIH. Este tipo de discriminación no sólo la experimentan directamente las personas en cuestión, sino también sus parejas y familiares. La discriminación relacionada con el VIH puede ser vivida a diferentes niveles: familiar, comunitario, institucional y/o nacional/jurídico.

Se ha observado que, a pesar de pertenecer a los mismos grupos estigmatizados y/o sufrir las mismas condiciones de vulnerabilidad, las respuestas de los individuos y las consecuencias psicosociales del E&D no son para todos igual. Esta variación se ha explicado por el rol protector de las diferentes estrategias de afrontamiento y los recursos materiales y simbólicos con que las personas cuentan, entre los que se encuentran por ejemplo la contención y apoyo familiar y el desarrollo del activismo.

De este modo, desde una perspectiva integral, el fenómeno del E&D no sólo se explicaría por los riesgos asociados a contextos estructurales y factores macro-sociales, sino que se necesita analizar conjuntamente tanto los factores de riesgo o exposición como las oportunidades y capacidades de protección frente a situaciones adversas. Es en este contexto que la resiliencia, en tanto

capacidad individual y social de superar la adversidad (Suarez Ojeda, 1998), se torna un elemento fundamental para afrontar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos. Ya no se trata sólo de identificar los riesgos sino también de reconocer las habilidades individuales y colectivas para enfrentarlos, en especial dentro de los ámbitos básicos de socialización de los sujetos.

2. 3. VIH y estigma en Argentina

Según Pecheny (2008), entender la problemática de la discriminación de las personas que viven con VIH de manera integral implica considerar distintos aspectos y facetas, ya que la discriminación por VIH se va configurando en una estructura preexistente de prejuicios, estigma y discriminación relativa al género, la identidad y orientación sexual, la clase y la pobreza, o los estilos de vida y las prácticas de consumo y sociabilidad.

Los resultados del Estudio sobre la situación social de las Personas Viviendo con VIH en la Argentina (Pecheny, 2008), muestran que la presunción de rechazo por parte de los otros, así como el temor de que su derecho a la confidencialidad del diagnóstico sea vulnerado, genera en las personas con VIH la preferencia de ocultar su diagnóstico, apelando a estrategias diversas para poder mantenerlo en secreto frente a familiares, amigos, parejas, compañeros del trabajo, vecinos. Mientras que para algunos los padres y/o los hermanos brindaron el soporte material y/o afectivo ante el develamiento del diagnóstico, en el caso de las personas gays o trans, fueron los amigos quienes ocuparon el rol de la familia sustituta.

La ubicación geográfica también actúa como un indicador a considerar en relación al develamiento y las potenciales situaciones de estigma y discriminación (Pecheny, 2008). En el mencionado estudio, se ha observado que en las regiones más alejadas de Buenos Aires predomina el ocultamiento a las familias y se recurre a pocos pares en búsqueda de contención. En relación a los cambios a nivel de las relaciones familiares y amistosas luego de que el secreto sea develado, las respuestas han sido diversas. Mientras que para algunos los vínculos quedaron igual, para otros mejoraron y para otras personas empeoraron, concluyendo que las situaciones no son generalizables.

Además del diagnóstico de VIH, hay otras cuestiones que las personas necesitan o desean no revelar, como pueden ser la orientación sexual, el consumo de drogas, el ejercicio del trabajo sexual (Pecheny, 2008). En ciertos casos sucede que develar su condición de persona viviendo con VIH resulta un medio para exponer esas otras situaciones, lo que tiene consecuencias diversas. Bloch (2010) lideró la realización de una investigación cuyo objetivo fue obtener información sobre la realidad de las minorías sexuales en varias regiones del país, los procesos de estigma/discriminación/violencia que las afectan y las condiciones de acceso a los recursos de salud/atención en general, y del VIH/sida en particular.

En todas las poblaciones estudiadas -personas gay/homosexuales, personas travestis/trans y personas bisexuales - se observaron sentimientos de sufrimiento, culpa, vergüenza, desconcierto y/o miedos por sus deseos discordantes con la norma heterosexual dominante o lo que se espera de ellas por su sexo biológico. Asimismo, las infecciones de transmisión sexual se presentaron como un componente más que podría agravar la sensación general de “enfermedades vergonzantes”, añadiendo temor y sufrimiento; en algunos casos por miedo a que se descubra su sexualidad y, en otros, por temor a ser culpados de tener la enfermedad como consecuencia de su “comportamiento” o “estilo de vida”. Según se concluye en el estudio, estas percepciones de los entrevistados conllevan muchas veces la demora o evitación de la consulta médica por temor a que su orientación sexual sea descubierta, así como también traslados y mudanzas de la localidad de residencia para conservar la confidencialidad. Un dato importante relevado en esta investigación fue la descripción de prácticas de discriminación, como suponer que la población GTB es “peligrosa” o conforma un “grupo de riesgo”, lo que redundaba en cuidados especiales a la hora de atenderlos, relegarlos al último turno, efectuar chistes, miradas cruzadas y sonrisas malintencionadas.

En el reciente informe sobre el “Índice de estigma en personas que viven con VIH” en Argentina (Petracci & Romeo, 2011), se ha encontrado que el 94% de los entrevistados ha vivido situaciones de estigma y discriminación en el último año anterior a la entrevista. Es importante destacar que las situaciones de estigma interno - con similar intensidad respecto de sentimientos, temores y comportamientos - superaron a las correspondientes al estigma externo. La murmuración social proveniente tanto de círculos íntimos (familiares y amigos) como aquellos un poco más alejados (trabajo e instituciones educativas) y de la sociedad en general, emergió como la principal fuente de discriminación.

3. Metodología

La presente investigación se constituye como un estudio que complementa los hallazgos encontrados en el Índice de E&D, y busca como objetivo principal describir y analizar las percepciones y experiencias vinculadas al estigma y la discriminación en grupos de personas trans, UD y HSH, identificando el lugar que ocupa del diagnóstico de VIH en este proceso.

Si bien los enfoques cuantitativo y cualitativo se diferencian en cuanto a los objetivos de investigación, el objeto de estudio y los métodos empleados; no son antagónicos entre sí sino que pueden funcionar de manera complementaria. Cada enfoque contribuye a una explicación más integral de los fenómenos analizados, mediante la construcción de indicadores que permiten abordarlo en su complejidad y desde distintas perspectivas.

En este caso se aplicó el método cualitativo a fin de profundizar en la comprensión de los datos obtenidos en la encuesta del “Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH”, ya que este enfoque permite capturar las representaciones sociales de los diferentes grupos involucrados en el fenómeno, en tanto *“la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar que portan los sujetos pertenecientes a una sociedad determinada”* (Grimberg, 1995).

La técnica utilizada para relevar la información fue la entrevista grupal a informantes claves mediante la modalidad de grupo de discusión, a fin de priorizar la importancia del lenguaje y de los significados, ya sea a nivel individual como grupal. A través del grupo de discusión se pueden obtener datos objetivos, como los relevados en fuentes documentales, como así también datos subjetivos relacionados a los valores, actitudes y opiniones de los sujetos entrevistados (De Souza Minayo, 2003).

En particular, el grupo de discusión se inscribe en el campo de producción de discursos, articulando la homogeneidad de significados con la heterogeneidad de la información de manera que sea posible la interacción verbal (Ibañez, 1979). Desde el punto de vista operativo, se convoca al grupo para que discuta sobre ítems determinados previamente en un tiempo pautado y coordinado por un moderador.

3.1. Participantes

La muestra del estudio estuvo dividida en 6 grupos según población específica a la que pertenecían - HSH, personas trans y UD- y según su estado serológico de VIH – personas VIH positivas y personas VIH negativas (ver Tabla 1). Como requisitos de inclusión, los participantes debían tener más de 18 años de edad y reconocerse como miembro de alguno de los grupos poblacionales mencionados.

Tabla 1. Número de participantes en los diferentes grupos de discusión

Grupos	Serología VIH +	Serología VIH -
HSH	8	10
Trans	10	7
UD	9	8

Aunque a lo largo del presente informe se utiliza el término HSH por fines meramente prácticos, es importante destacar que todas estas personas que participaron de los grupos de HSH, se autodefinieron como varón homosexual o gay, dejando así de lado cualquier otro tipo de identidad de género o sexual. Alrededor del 70% de los participantes estaban en estrecha relación con los grupos de pares de la asociación SIGLA. Excepto por dos participantes provenientes de Córdoba, en su mayoría eran residentes de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

En el grupo de usuarios de drogas, gran parte de los participantes eran residentes del Hogar de Cristo, ubicado en la Villa 21 de la Ciudad de Buenos Aires. Otros participantes pertenecían a la Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as Usuarios/as de Drogas. Ambos grupos fueron heterogéneos en lo referido a género y rango de edad.

La mayoría de las participantes de los grupos de personas trans estaban activamente involucradas con ATTTA, organización que brega por los derechos de las personas trans a nivel nacional. Ambos grupos fueron heterogéneos en relación al lugar de residencia y edades de sus participantes.

3.2. Procedimiento

Se establecieron tres tipos de informantes claves para la realización de entrevistas: HSH, población trans y UD, por su conocimiento y experiencia de vulnerabilidades específicas. En cada población se trabajó con dos grupos, uno con serología VIH positiva y otro negativa.

Los criterios de inclusión muestral se refirieron a la condición de informante clave del entrevistado por haber experimentado situaciones vinculadas a la problemática bajo estudio. El tamaño de las muestras se ajustó de acuerdo al criterio de saturación teórica (Bertaux, 1976), definido como “el fenómeno por el cual después de cierto número de entrevistas el investigador tiene la impresión de no aprender nada nuevo en lo que concierne al objeto sociológico de la entrevista”.

Tomando como base los resultados del estudio cuantitativo sobre el Índice de estigma en personas con VIH (Petracci & Romeo, 2011), se elaboró una guía ad hoc con una serie de preguntas sobre los tópicos principales de ese estudio, a modo de orientación para cada entrevistador (ver Anexo A). La guía fue adaptada por el entrevistador para ajustarla a las características particulares de cada grupo. Algunos de los temas considerados fueron: significados de E&D; situaciones y ámbitos en los que se presentan; temores en relación al E&D; situaciones de E&D vividas; sentimientos experimentados en relación al E&D; proyectos de vida; impacto del diagnóstico de VIH; y recursos para afrontar el E&D, entre otros.

La estrategia de convocatoria y reclutamiento de los entrevistados se desarrolló a través de una red de contactos institucionales y utilizando la técnica de “bola de nieve”. Las organizaciones claves para las poblaciones seleccionadas fueron: Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), Hogar de Cristo, Intercambios Asociación Civil, Nexo Asociación Civil, la Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as Usuarios/as de Drogas y la Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina (SIGLA). Estas organizaciones participaron de una reunión de trabajo inicial para el diseño de los criterios de inclusión, el muestreo, la convocatoria y la ficha socio-demográfica (ver Anexo B). Asimismo, se trabajó sobre características particulares y aspectos a considerar con cada población específica.

Se realizaron en total seis grupos de discusión: dos grupos según serología de VIH (positiva y negativa) para cada población específica (HSH, UD y Trans). Los encuentros se llevaron a cabo en las instalaciones de Fundación Huésped y contaron con la participación de una coordinadora y una observadora, miembros de dicha fundación.

En todos los casos la participación de las personas entrevistadas fue voluntaria y se han mantenido los criterios de privacidad y confidencialidad de la información. Para garantizarla se elaboró un documento de consentimiento informado especificando los objetivos del proyecto, beneficios y posibles perjuicios, el cual fue aprobado por el Comité de Bioética de Fundación Huésped y firmado por cada uno de los entrevistados.

Al inicio se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, las condiciones de participación y se gestionó el consentimiento informado. Durante el desarrollo de cada sesión se promovió la intervención de cada uno de los participantes. Los grupos de discusión duraron 1,5 hs y fueron grabados en su totalidad con el consentimiento de los participantes; posteriormente se realizó la transcripción de todas las grabaciones de manera no selectiva. El registro de cada entrevista grupal se complementó con notas de campo que adjuntaron los entrevistadores.

Para el procesamiento y análisis de la información se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Análisis vertical o intra-entrevista grupal, que incluye una lectura general y en profundidad del corpus discursivo de cada entrevista, la identificación de asociaciones y recurrencias, y la codificación de frases y párrafos.

2. Análisis transversal o inter-entrevistas, comparando los datos obtenidos mediante una lectura horizontal de los tópicos relevados.

3. Triangulación de los resultados con los datos obtenidos en la encuesta del “Índice de Estigma en Personas viviendo con VIH” a fin de mejorar la calidad del análisis y contrarrestar las limitaciones de los distintos métodos, integrando la información obtenida en la elaboración de las conclusiones.

4. Resultados

En primer lugar, vale destacar que uno de los principales hallazgos al analizar la información relevada es que en general los participantes, más allá de su grupo de pertenencia, le asignan un significado similar a los procesos de estigma y discriminación. Asimismo, los recursos mencionados para afrontar estos procesos devaluadores y los elementos que se ponen en juego para salir adelante de forma resiliente, parecieran ser los mismos para todas las personas que de alguna manera han sido excluidas y/o marginadas, sin importar el atributo por el cual han sido estigmatizados o discriminados.

Sin embargo, surgieron diferencias entre los grupos de HSH, trans y UD - *sin considerar su estado serológico respecto al VIH* - en cuanto a cómo estos procesos de E&D han sido percibidos y vivenciados a lo largo de sus vidas. El contexto sociocultural y político-legislativo pareciera tener una fuerte impronta tanto en el tipo de situaciones vividas como en los ámbitos en los que éstas se han experimentado.

En base a las divergencias observadas entre los grupos y siguiendo las diferenciaciones entre estigma interno y externo realizadas en el “Índice de estigma en personas que viven con VIH” (Petracci & Romeo, 2011), para cada grupo específico se analizaron por separado: 1) los ámbitos en que han vivido situaciones de E&D; 2) el estigma externo, entendiendo por éste al estigma actuado, a las situaciones de E&D a manos de otras personas; 3) el estigma interno, entendiendo por éste al estigma sentido o la auto-discriminación, manifestado a través de sentimientos, comportamientos y temores; 4) el impacto real o potencial del diagnóstico de VIH en las experiencias de E&D; y 5) el impacto del E&D en el proyecto de vida.

De este modo, los resultados del presente estudio serán introducidos en cinco secciones. En primer lugar, se describirá lo que los participantes entienden por estigma y discriminación - *sin discriminar por grupo ni atributo* - Posteriormente, se presentarán por separado cada grupo específico: HSH, Trans y UD. En estas tres secciones se describirán para cada grupo los ámbitos de E&D, las situaciones de estigma externo e interno, el E&D en relación al VIH y el impacto del estigma en el proyecto de vida. Finalmente, se describirán los recursos con los que cuentan en general todos los grupos estudiados para afrontar el estigma, incluyendo el impacto positivo que el diagnóstico del VIH puede conllevar en este marco.

4.1. Estigma y Discriminación: Percepciones de los actores

En todos los grupos entrevistados – HSH, Trans y UD – tengan estos un estatus serológico de VIH positivo o negativo, se asoció al **estigma** con una “marca”, “etiqueta” o “rótulo” que ponen los demás sobre otra persona o grupo y a partir de la cual se generan prejuicios.

“Es como una etiqueta, algo como que quedas marcada y en el caso de nosotras como mujeres trans, ya estamos estigmatizadas con el trabajo sexual, la promiscuidad...”. (Trans -)

“... tiene que ver con una cuestión de marca, qué se yo, como una marcación que te hacen. En mi caso, desde mi percepción, es como que es tu marca, así como una cruz roja” (HSH+)

“... es una marca que ponen los demás sobre otra persona...” (HSH-)

“... es cuando te marcan con alguna determinada conducta o alguna determinada actividad que concuerda o no con vos, pero te están juzgando. En el momento en que hay un dedo acusador”. (UD-)

“... lo que pasa es que es lo mismo que si te pusieron puto, te pusieron drogadicto, te pusieron chorro, por más que lo dejes de hacer, ahí está el estigma. Siempre tenés pegado en la frente el cartel” (UD+)

“Estigma es cuando sobre cierto grupo de gente o con algunas personas se busca algo, alguna característica que pueda generar en otra persona, me parece... o mejor dicho, genere en los demás prejuicios” (HSH+)

Mientras el estigma fue principalmente significado y descrito con elementos de corte cognitivo, como ideas y supuestos, entre otros, la **discriminación** fue en general significada con aspectos comportamentales, entendida por los participantes como acciones concretas de rechazo contra ciertas personas o grupos estigmatizados.

“... estigma me suena más a “ideales” o posturas creadas en lo general y discriminación más a lo personal y a las acciones que tome cada uno...” (HSH-)

“... yo creo que la discriminación es un acto, una acción donde existe la burla, el rechazo...y eso lo determina un poco la discriminación. Y el estigma es contextual, es lo que, a partir de la discriminación, genera en la sociedad, en la consciencia de la sociedad, de cómo supuestamente deberíamos ser tratadas...” (Trans-)

“[ser discriminado]... es no ser aceptado con las cosas que uno tiene o es” (UD+)

“Para mí el estigma tiene que ver con supuestos que la gente, que la sociedad ha puesto en nosotras sobre cómo deberíamos ser o cómo somos... supuestos... esto estigma... y la discriminación es un acto directamente, si yo le digo, por ejemplo a ella “negra, gorda”. La acción es una cosa, el acto discriminatorio es una cosa y el estigma es otra” (Trans-)

En el discurso de las personas entrevistadas surge una dicotomía entre estigma y discriminación, asociando al primero a procesos internos y al segundo a procesos externos. Desde este punto de vista, ante la discriminación recibida, el estigma social sería internalizado por los individuos, convirtiéndose así en el origen de sentimientos, pensamientos y conductas de auto-exclusión, que los entrevistados frecuentemente mencionan como “auto-discriminación”⁴.

“El estigma está también en cómo cada uno lo procese, ese propio estigma. Porque si todo el mundo cree algo, uno a lo mejor se siente más débil, entonces se siente estigmatizado... va asociado también con la parte psicológica y la actitud mental con la cual uno vive”. (HSH+)

“... la estigmatización sería interno y la discriminación sería externo, viene de afuera. A veces, suele pasar también la discriminación ante una misma... Que a veces se limita a hacer ciertas cosas” (Trans-)

“... la discriminación viene del otro hacia uno, el otro me discrimina, ¿entiendes?, y yo me estigmatizo... para mí es en lo que yo me trabo, en lo que yo me siento que me limito” (UD+)

“El estigma, es... lo que nosotros sentimos, lo que nosotros, es decir, yo no uso la palabra estigma, yo uso autodiscriminación” (UD+)

“Es como la gota que horada la piedra, está tuc tuc o haciendo un agujero en tu interior y queda ahí, es difícil despegarse de todo eso” (HSH-)

En cuanto al origen del estigma y la discriminación, algunas personas lo consideraron como una consecuencia de falta de información, de “desconocimiento”,

⁴ Si bien el término “auto-discriminación” no ha sido conceptualizado teóricamente, en el presente estudio los entrevistados lo utilizaron frecuentemente, estableciendo una diferencia entre autoestigma (sentimientos acerca de sí mismos en base a la internalización del estigma) y auto-discriminación, entendida como una forma de actuar en la que es la misma persona quien deja de ejercer sus derechos, se aleja de sus redes de apoyo social, etc, bloqueándose a sí mismo la posibilidad de desarrollo personal.

“de ignorancia al respecto de determinado comportamiento”. Para otros, el estigma y la discriminación son percibidos como el resultado de los miedos y temores que conlleva lo desconocido, como acciones de carácter defensivo propias de la falta de contacto social con aquellos grupos de personas cuyas identidades y/o comportamientos se apartan de lo social y culturalmente aceptable.

“Mi padre era una persona de campo que no tenía conocimiento de lo que es la homosexualidad... La discriminación que yo sentí fue por falta de conocimiento” (HSH-)

“Estoy fumándome un faso en la calle y la gente piensa ¡esa vieja seguro que le vende a los chicos de la escuela! ... Si yo pudiera a esa señora pararme y decirle: ¿Sabe que yo estoy enferma? ¿Que no incentivo mi consumo hacia otros lados? Esa mujer quizás me entendería y no me juzgaría. Entonces ya no habría un acto de discriminación, sino habría un acto de comprensión, ¿no?” (UD+)

“Cuando uno se enfrenta a lo desconocido de lo que no está del todo seguro, y se le mueven todos los esquemas y comienzan todos los miedos, automáticamente uno trata de alejarse, de no enfermarse, de no contagiarse... Y entonces saca lo peor de sí como autodefensa... No digo que la discriminación sea la mejor manera pero sí que está ligada con el miedo, y con desconocer, no sé si con la desinformación” (HSH-)

Mientras que en los grupos de UD, el estigma y la discriminación se presenta frente a un tipo de práctica de carácter ilegal y asociado a la marginalidad, en el caso de las trans como de los varones gay, se planteó el estigma y la discriminación como el resultado de una “cuestión cultural” y del “heterosexismo” propio de la sociedad que no acepta a personas con diferente identidad sexual. De este modo, la persona debe decidir si se mostrará como quién realmente es, como quién se siente ser. Decisión que conlleva un proceso y que depende de las diferentes interacciones sociales en las cuales la persona se encuentre inserta, decidiendo cuándo, cómo y a quién se le dice.

“El heterosexual simplemente es y el homosexual se tiene que tomar el trabajo de ver si lo hace o no... Es ahí donde está la autodiscriminación” (HSH+)

“A veces esto de manifestar la construcción de la identidad es una cuestión que, yo si hubiera tenido que elegir, si mi posibilidad hubiera sido de elegir, si alguien cree que esto es una elección, si alguien tiene... Un fundamento sobre la construcción de la identidad como una elección, yo no hubiera sido, no hubiera elegido ser discriminada” (Trans+)

4.2. E&D en Grupos de HSH

4.2.1. Vivencias asociadas a E&D

De los relatos registrados en los grupos de HSH, tanto entre quienes tienen serología VIH+ como VIH-, se desprende que en términos generales, la orientación sexual se presenta como motivo de estigmatización y como condición suficiente para ser receptores de actos de discriminación.

En particular, en los grupos de varones gays, el hecho de discriminar al otro fue considerado como *“algo inherente al ser humano”*, como *“una cosa intrínseca”*, como *“una cuestión de instinto”*. Se observó una fuerte impronta de que lo diferente, lo distinto a la norma, es naturalmente discriminado por la mayoría.

“... se discrimina a la mujer, a ese si es alto, petiso, a ver si sos gordo, o flaco... A ver si sos esto o sos lo otro... desde chiquito en el colegio, en la cancha de futbol, hay millones de cosas que me parece que exceden a la minoría quizás, ¿no? Porque en tanta diversidad, lo que todo el mundo percibe como distinto, ya lo decís...” (HSH-)

“... me parece más que nada que la discriminación es mas inherente al ser humano, ¿no?, y se propaga con el ser humano en grupo, cuando hay concentraciones de gente la discriminación se amplía, ¿no?” (HSH-)

“Me parece que más allá de todo somos seres humanos y como seres humanos vamos a actuar de esa manera, lo que habría, en el ideal, habría que aprender a no discriminar en ningún ámbito, pero... A veces, es medio difícil... También quizá uno quiere sentir la sensación de lo que es discriminar, ¿no?” (HSH-)

4.2.2. Ámbitos en los que se viven situaciones de estigma y discriminación

En relación a los ámbitos y las situaciones en que los participantes se han sentido discriminados en base a su condición de HSH, varios de los entrevistados sostuvieron que la discriminación por orientación sexual *“está en todos lados”, “todo el tiempo”*. El hecho de no ser expresada explícitamente, no implicaría que las personas no la perciban, sino que existe un registro sutil de la mirada del otro, una experiencia sensorial y/o corporal de aquello no dicho, pero que circula en la interacción personal.

“... en casa, en el trabajo, en la facultad... O sea...en diferentes medidas... No es que estoy en mi casa y me dicen “puto” o en la facultad y me dicen “puto”... Creo que en diferentes niveles, inconsciente o conscientemente... Creo que siempre está...” (HSH-)

En el **ámbito familiar**, las experiencias de estigma y discriminación han sido vividas desde temprana edad. El rechazo provenía tanto de padres como de hermanos. Estas experiencias se describieron como muy dolorosas y una suerte de adelanto de lo que ocurriría posteriormente con el resto de la sociedad. Según las percepciones de los propios sujetos, el estigma sufrido por los HSH está relacionado a la idea de enfermedad y pedofilia.

“El primer mensaje que uno recibe es desde su casa. Y el mensaje que a mí me llegó de chico es que el homosexual es lo peor que puede haber, que es un degenerado, que se viola los chicos” (HSH+)

“... cuando era chico, me acuerdo que en mi casa, yo con mi viejo, le había preguntado algo... Como “¿Qué era gay?” y me acuerdo que su respuesta era que era una enfermedad... La sentí esa palabra.... Sí, bueno... Lastimosa... Discriminativa” (HSH-)

En muchos casos, la presión ejercida por la familia – o simplemente percibida por los entrevistados – para que “se ajusten a la norma”, ha sido de tal importancia que varios decidieron abandonar sus hogares a temprana edad. De este modo, han podido hacer una suerte de división entre sus familias y sus vidas.

“Tuve un padre hipermachista... A mí nunca me gustó el deporte de ninguna clase, pero me obligaba a jugar al fútbol... A mí me costó muchísimo, tanto que no lo hice al lado de él [en referencia a salir del closet], sino que me fui de casa a los 13 años, me independicé...” (HSH+)

“Cuando hice mi vida y vi que no era nada anormal como te hacen creer cuando sos chico: que sos un enfermo, que te vea el psiquiatra, el psicólogo y un poco más te medican... Porque es así, o sea yo lo viví, entonces dije NO, yo me voy, chau, hice mi vida y listo” (HSH-)

En el **ámbito educativo**, escuelas y universidades, aparecen como otro de los ámbitos significativos donde estas personas han vivido experiencias de estigma y discriminación. Los “comentarios”, “burlas”, “señalización”, “insultos” y “malos tratos” provenían tanto de parte de sus compañeros como de los docentes y directivos de los centros educativos, ya sea por acción u omisión.

“... cuando iba al colegio quizás... Ahí es donde más lo sufrí digamos, lo padecí...” (HSH-)

“Mis amigos de primaria y secundaria me preguntaban si yo era gay y yo decía que no y ellos me decían... Ah, porque si fueras puto no serías más mi amigo” (HSH+)

“¿Sabés el rechazo que sufría de mis compañeros? Y encima consentidos por profesores... O sea, no es que me protegían o me defendían...” (HSH+)

“... en la escuela, en el secundario, en la facultad, se nota mucho, a veces de un modo violento o señalización de la persona, desde lo verbal... Tal vez, en algunos momentos no se dice pero con ciertas acciones o ciertas actitudes lo denota” (HSH-)

En cuanto al **ámbito laboral**, la mayoría manifestó no haber vivido experiencias directas de discriminación hacia ellos. Sin embargo, los entrevistados sostienen que la estigmatización de la comunidad gay, como grupo, está presente a través de comentarios y burlas que cotidianamente se realizan, aunque no dirigidos hacia ellos, sino hacia otras personas que no están presentes. Estas situaciones resultan en que las personas no develen su orientación sexual y que sientan entorpecido el proceso de socialización en el trabajo.

“... trabajo en el ámbito metalúrgico, y lo mismo, lo veo, yo no lo vivo tanto, pero lo veo en otras personas que los insultan, los burlan... Todo eso...” (HSH-)

“... yo particularmente, no tuve situaciones donde estuviera discriminado, pero si lo viví con compañeros que si han sido discriminados... Y yo lo viví como si me lo hicieran a mí...” (HSH-)

En relación al **marco legislativo**, la mayoría manifestó que las leyes y reglamentaciones cumplen un rol fundamental en incrementar o disminuir el estigma. Claros ejemplos de normas jurídicas que han promovido la estigmatización de la comunidad gay han sido, anteriormente, el sello que se colocaba en el DNI de las personas identificadas como homosexuales y actualmente, la imposibilidad de donar sangre debido a la asociación existente entre la infección por VIH y el grupo de HSH.

“... durante la dictadura militar... A las personas que eran gays y que ellos detectaban... Se les ponía... en el documento... Un sello que decía OAD (orificio anal dilatado) en rojo... ¡Andá a conseguir trabajo con ese DNI!” (HSH-)

Contrariamente, la reciente ley que posibilita el matrimonio entre personas del mismo sexo⁵ ha sido una ley que no solo promueve los derechos de estas personas, sino que también ayuda a desarticular prejuicios enraizados en la sociedad.

4.2.3. Estigma Externo

En el caso de los varones gays, los relatos mayormente incorporan situaciones de estigma y discriminación vividos por otros. La mayoría menciona que, en su vida adulta actual, no han experimentado situaciones concretas dirigidas hacia su persona, o que no las han vivido “de frente” o de forma explícita. Sin embargo, mencionaron haber escuchado murmullos, burlas y comentarios sobre otras personas. La mayoría ha experimentado lo que podría denominarse “discriminación vicaria⁶”, actos de discriminación dirigidos hacia terceros pero sentidos por las personas que los escuchan u observan, y que, en definitiva, estaría denotando la estigmatización aún presente en la sociedad.

“Si bien no he sufrido discriminación directa por tener VIH o por ser gay, me molesta mucho... Trabajo en un lugar bastante homofóbico en la zona portuaria... Viendo un noticiero mostraron la llegada de un crucero gay... Y mi jefe salió a decir “todos estos putos se van a morir de sida” (HSH+)”

“... nunca lo sentí directamente hacia mí... A lo mejor atrás de mí si han dicho cualquier cosa, pero nunca lo han dicho de frente...” (HSH-)”

⁵ En Argentina, se conoce como “ley de matrimonio igualitario” a las modificaciones realizadas en julio del 2010, a la Ley 26.618 sobre el Matrimonio Civil, a través de la cual, las personas del mismo sexo tienen derecho a contraer matrimonio civilmente.

⁶ Este concepto de “discriminación vicaria”, surge a partir del concepto de “aprendizaje vicario” introducido por Albert Bandura (1962) y por el cual se destaca la posibilidad de aprender conductas tan sólo observando a los otros. Es decir, siguiendo a los modelos vistos, y con los cuales las personas se identifican, sin necesidad de practicar para aprender. Por el solo hecho de ver lo que otros hacen y las consecuencias que tienen por su comportamiento, se aprende a repetir o evitar esa conducta. Así, en el presente estudio se entiende por discriminación vicaria a las percepciones y/o vivencias de discriminación que las personas tienen como consecuencia de ver a otros ser discriminados.

“... yo la verdad que nunca jamás me sentí discriminado ni nada, pero sí me movilizó mucho cuando se empezó a hablar del matrimonio gay y todo tan mediático y las barbaridades que se escuchaban por televisión y yo decía “¡no!” (HSH-)”

Los actos de violencia generalmente se centran, para la comunidad gay, en insultos verbales como “maricón”, “putito”, “puto”. Sólo una persona refirió un acto de violencia física en la calle: “nos gritan putos y a mí me pegan una patada”. Muchos sostienen que existe más discriminación de la que se observa a simple vista y que los avances sociales del colectivo gay y los comportamientos considerados “políticamente correctos” cumplen un rol moderador. La gente “no dice lo que piensa”, o “no quieren demostrar su propia homofobia para no quedar mal”.

“... [La discriminación] está mal, no es bueno políticamente, no es bueno culturalmente... Entonces, yo dudo mucho que los parlamentarios que lo aprobaron o la excelentísima señora Presidente que mandó el proyecto de ley... Estén de acuerdo con eso” (HSH+)”

Para muchos, el estigma y la discriminación también se vive por omisión, por el silencio y el secreto que se establece en relación a su condición, o la protección que ofrece el no ser visible como miembro de un grupo estigmatizado.

“Mis hermanos jamás lo aceptaron... Todo un respeto por supuesto, pero de eso no se habla... Me ven en el canal de noticias con la bandera gay haciendo marchas... Pero de eso no se habla” (HSH+)”

“... al gay y a la lesbiana no necesariamente se le puede notar... Hay mucha gente gay [que] tiende a querer, entre comillas, “normalizarse” o querer pasar como una persona heterosexual...” (HSH+)”

En particular, “*lo que se nota*” y “*lo que no se nota*” en cuanto al grado de visibilidad que tendría o no la orientación sexual, parece ser un tema de gran relevancia y determinante en la comunidad gay. Pasar desapercibido ayuda a no ser blanco de experiencias de discriminación. Sin embargo, “*lo que se nota*” no solo es relevante para la sociedad, sino que tener “*las plumas*” (término que se utiliza en relación al gay afeminado), es precisamente uno de los elementos que genera discriminación intra-grupo para los varones gay.

“... así no supiera yo que era gay, ya digamos la gente como que lo percibía y me atacaba... La discriminación antes de que yo supiera... Lo percibían por mi forma de caminar, de moverme, de hablar...” (HSH+)

“Yo tenía un amigo que era muy afeminado y yo era su único amigo y... Nada..., (sacar la coma) a él lo recargaban... Y en defecto me terminaban cargando a mí... Porque yo era el que más andaba con él, mas allá de que yo nunca les dije soy esto, soy esto y ya... Y, sí, me recargaban, y era muy molesto... Y eso fue en el colegio” (HSH-)

“... acá la problemática es cuando... La mariquita... Anda paseándose de una lado para el otro desparramando plumas y flores”; “El homosexual masculino discrimina y estigmatiza al homosexual afeminado” (HSH+)

4.2.4. Estigma Interno

Como contracara de las situaciones de discriminación, la existencia del estigma interno en los grupos de personas gay se puede inferir a partir de ciertos sentimientos, temores, pensamientos y reacciones expresadas. El estigma interno está fuertemente relacionado con el **temor** a la “*no aceptación por parte del otro*”, al “*miedo a ser rechazado*”. La mayoría refirió que en un primer momento, al tomar conciencia de su orientación sexual, el estigma asociado a la homosexualidad les trajo aparejado **sentimientos** de “*vergüenza*”, “*culpa*”, “*confusión*”, “*angustia*”, “*tristeza*”, “*miedo*”. En algunos casos, trataron de ocultarlo o no ser notados, en otros, sintieron culpa por el “potencial daño que causarán a otros”.

“Es uno el que cree que va a haber un rechazo de la otra parte” (HSH+)

“Al momento de tomar conciencia de que uno es gay, ¿qué sentimiento surge? De odio a uno mismo” (HSH+)

“Uno trata de pasar desapercibido... Uno es como una sombra que se va moviendo entre las personas” (HSH+)

“... al pensar en decírselo a mi familia, tenía miedo a que no lo acepten, que no les guste y que se sientan incómodos con la situación y ese tipo de cosas”

“Sos culpable de frustrarles todo el proyecto que tenían, del abuelo, del hijo... A los hermanos de ser tíos... Bueno, todo eso uno lo mete adentro” (HSH+)

Pensamientos como “*me voy a quedar más solo que un perro*” o “*no me van a querer*” y las suposiciones de rechazo, devienen en conductas que algunos definen como de “*autocuidado*”. Es decir, en comportamientos de alejamiento y autoexclusión, que en la experiencia de estas personas supondría una forma de protección ante el potencial daño emocional que la no aceptación de otros podría causarles. En muchas ocasiones, se trata de conductas de “*auto-discriminación*”. De este modo, las personas dejan de asistir a ciertos espacios sociales, de compartir con sus familias, etc., con el fin de no ser discriminados y de este modo evitar sentirse lastimados.

“A veces no está tan bueno pensar si hago esto me va a ir mal, si hago aquello me va a salir mal... Y bueno, uno muchas veces se equivoca, uno deja de hacer cosas pensando en qué va a pasar...” (HSH-)

Algunos consideran que esta vivencia personal del estigma está en estrecha relación con “*el valor que nosotros le damos a la opinión ajena*”, con “*el peso que le damos*” y es justamente ese grado de importancia otorgado lo que determina cuánto y en qué medida les afecta individualmente el estigma social.

El estigma interno y el ocultamiento del diagnóstico que éste puede generar, o el simple hecho de no decirlo, son considerados para algunos como una forma de retroalimentar el proceso de estigmatización. Por el contrario, enfrentar

esos temores, romper los prejuicios, aceptarse y visibilizarse, sería una forma de ayudar a desarticular el estigma, tanto propio como de terceros.

“Que [la orientación sexual] esté a la vista, tiene una ventaja y una desventaja. La ventaja es que los otros se dan cuenta y la desventaja es que no lo puedes verbalizar... Y si no lo decís “por algo será”... Y se incrementa todo, la fantasía negativa que tiene acerca de ser homosexual” (HSH+)

“Quizá, uno mismo... Está más lleno de prejuicios que el resto. Y esos prejuicios, vos generas un mundo de esos prejuicios... Y son los que hacen que vos actúes de esa manera [alejándose]... Pero... Cuando los rompes también está el romper el prejuicio del resto también, ¿no? así que está bueno” (HSH-)

4.2.5. Estigma y discriminación en relación al VIH

En los discursos de los HSH participantes en el estudio, más allá de cuál sea su serología, el estigma en relación al VIH parece tener más relevancia y ser más frecuente que el estigma por la orientación sexual para los varones gay. Algunas personas infectadas con el virus manifestaron que *“no tienen problemas en ser visibilizados como gays, pero sí en ser visibilizadas como VIH”*. Asimismo, participantes de los grupos para varones no infectados concluyeron que *“no se discrimina tanto al homosexual como al VIH positivo”*.

“... creo que es una cuestión mucho más fuerte la discriminación por tener VIH. Ser gay está bien hasta cierto punto, pero... El que tiene VIH creo que esta mucho más condenado...” (HSH-)

“Considerando el avance social, en este caso, en estos aspectos que ha tenido nuestro país, la discriminación, el estigma, no se da tanto ya en el homosexual en sí o en el HSH, o en la trans o usuario de drogas sino, este... El estigma se marca más, se rotula, cuando está acompañado de esta otra cuestión del VIH”. (HSH+)

“Tuve que renunciar, que retirarme de la docencia primaria por el VIH, no por la homosexualidad... Mis colegas sabían [que era gay] y mis alumnos se daban cuenta y mis superiores también, pero cuando se supo y apareció en mi legajo que era VIH positivo, la dirección me sugirió muy respetuosamente que me fuera antes de generar un conflicto” (HSH+)

Al preguntar sobre el diagnóstico de VIH, en el grupo de HSH con serología VIH positiva muchos manifestaron que éste implica sentimientos de *“culpa”* y en varios de los entrevistados, la preocupación no es sólo por el *“temor al rechazo”* sino también por la posibilidad de lastimar a sus seres queridos.

“Yo sentí mucho miedo... No por si llegaba a haber un rechazo, lo descartaba con mi familia, pero tenía mucho miedo de cómo les caería... Tenía mucho miedo, mucho miedo de cómo le iba a afectar”. (HSH+)

“Mi mamá hace poco tuvo una separación... Tenía problemas con mi padre y entonces, agregarle a esto el tema del HIV es como que no quisiera causarle tanto” (HSH+)

De estos relatos se desprende que el diagnóstico de VIH conlleva experiencias de estigma y discriminación dentro de sus propios hogares y, en varios casos, el develamiento del diagnóstico de VIH implica el develamiento de la orientación sexual, hecho que genera una doble carga o doble estigmatización.

“Cuando le dije a mi familia que era VIH digamos que fue un rechazo, tuvieron mucho miedo... Miedo de contagiarse... Y perdí el contacto con mi familia... Mi mamá y mi hermana como que les costó bastante aceptarme como gay y después como VIH... O sea no... No fue fácil” (HSH+)

“Mi mamá fue a la primera que le dije de toda la familia, le tuve que decir que era las dos cosas, que era gay y que tenía VIH. Empecé por la mala noticia, la del VIH... Fue para ella muy duro... Se le bajó la presión” (HSH+)

Particularmente, las personas infectadas han vivido experiencias de discriminación dentro del mismo núcleo de amigos. *“Sentí muchísimo la pérdida de mi mejor amigo”, “amigos que yo considero, gays, también se borraron”*. En varios de los relatos surgen experiencias de discriminación entre pares, aún siendo trabajadores de la salud.

“A mí también me ha pasado que cuando me enfrenté a muchos que pensé que eran mis amigos, a la primera de cambio se borraron” (HSH+)

“Un amigo, cuando se enteró que era positivo, no me habló más... En el boliche... Yo había conocido a un chico... Fui al baño y el pibe se acercó a decirle flaco, tené cuidado porque el chabón ese está picado... Se sufre en el ambiente, se sufre discriminación de pares” (HSH+)

“... hay que ver también con respecto al colectivo gay... En qué punto uno discrimina al que tiene HIV o consideraría estar en pareja con alguien que te dice de una: mira tengo HIV...” (HSH-)

“Hasta los médicos mismos que trabajan con pacientes con VIH son discriminados por sus colegas... Se ve la discriminación... Si hay alguna reunión no los llaman... Como que no se quieren juntar, arman un grupo aparte... Pero se nota, ni siquiera se juntan en una misma mesa a tomar un café” (HSH-)

El **estigma relacionado al VIH** fue asociado a la desinformación. En algunos relatos se describen situaciones donde el estigma aparece estrechamente vinculado a la falta de información. Muchos de los entrevistados mencionaron que si las personas que los rodean tuviesen mayor información, ellos podrían hablar más libremente sobre su diagnóstico y por tanto disminuir el estigma interno percibido. En otros casos, los participantes han planteado que las leyes de un país pueden generar vivencias de discriminación.

“... yo he tenido un compañero... Que le había dicho al jefe y éste se lo contó a todo el mundo, entonces tomaban de una taza distinta... Y eran médicos con los que compartimos, con los que trabajamos nosotros... Es mas la taza que sabían que era de él le echaban lavandina...” (HSH-)

“Si mi vecina de al lado tuviera la suficiente información, yo no tendría miedo de que sepa... Pero tengo miedo que piense que por tocar el mismo botón del mismo piso del ascensor se puede quedar infectada” (HSH+)

“... yo tuve una pareja que quiso viajar a Canadá y se lo prohibieron porque tenía HIV... Fue a la embajada y todo eso... Tuvo que afrontar todo eso” (HSH-)

Es interesante destacar que al preguntar a los HSH con serología negativa acerca del significado que un diagnóstico de VIH podría tener en sus vidas, muchos lo asociaron con una *“segunda salida del closet”*. Es decir, se plantea la necesidad de realizar un proceso interno de aceptación, para luego poder comunicárselo a otros, como sucede con la aceptación de la orientación sexual.

“... así como algunos hay, que llevan el estigma y no soportan ser gay, la persona que tiene VIH también. Es el modo en que afronta la vida... O se va a sentir en pareja... “¿Por qué a mí?”; y todo eso, o va a seguir en la vida y va a decir: bueno, es una enfermedad, la tengo, como puedo tener diabetes y listo sigo viviendo, sigo tratando de ser feliz. Y no, bueno, voy a buscar una posibilidad para ser infeliz...” (HSH-)

Varios de los participantes del grupo de personas no infectadas comentaron que el diagnóstico de VIH generaría miedos: *“miedo al proceso de la enfermedad”, “miedo a la estigmatización”, “miedo a la muerte y resignación”*. Y concluyeron que, en general, ante el develamiento de un diagnóstico, la gente tiene miedo a la posibilidad de infectarse.

“Mi ex novio, hacía unos ocho meses que habíamos terminado... Viene a contarme que tiene VIH... Y le dije: “¡Salí!, ¡estás sucio!”... Y me di cuenta de lo que estaba haciendo, y está bien, tenía mucho miedo, me sentía confundido, tenía mucho miedo a morir... Los seres humanos tendemos a eso, a preservarnos o a querer preservar pero la muerte ni siquiera la pensamos, pero cuando se asocia al VIH lo primero que viene es muerte...” (HSH-)

4.2.6. Impacto del estigma sobre el proyecto de vida

Una de las áreas en las que el VIH pareciera tener mayor impacto es en la **conformación de una nueva pareja**. Si bien la mayoría de las veces no reciben un rechazo directo, perciben “*un cierto reparo al saber que tenés VIH*” o les dicen frases como “*después hablamos, después tomamos un café*”, sin retomar un contacto posterior.

“Siempre está la fantasía que cuando vas a conocer a alguien, le decís que tenés VIH y lo primero que pasa es que se va a la mierda, que se va a ir corriendo...” (HSH+)

“El tema de ser positivo, para la búsqueda de pareja... Totalmente condiciona... No estamos en las mismas condiciones de competitividad que el resto... Entonces uno a veces como que prefiere quedarse solo, como que ante tanto rechazo... Como que la autoestima se va eliminando y dice: ma'si, me quedo solo y listo” (HSH+)

La **búsqueda de trabajo y el desarrollo personal** aparece como un desafío para las personas infectadas con VIH. En algunos casos las personas han perdido el trabajo o directamente no han accedido a los mismos. Debido a estas percepciones, y ante el temor de que les realicen un test preocupacional sin su consentimiento⁷, “*muchas personas deciden ya no ir más a buscar trabajo*”, “*uno debe correrse de la búsqueda laboral*”.

“En el laburo, cuando me hicieron hacer los análisis me echaron... Y ahí si tomé un contacto más real con lo que es la vida cotidiana...” (HSH+)

“Toda discriminación que tuve respecto al VIH fue políticamente correcta. Nunca me agredieron o me insultaron... en dos empresas me pasó de estar haciendo un curso para empezar a trabajar y las dos empresas tenían labora-

⁷ Según la Ley Nacional de SIDA, N° 2.798, en Argentina, la realización del test de VIH debe contar con el consentimiento previo del paciente, asegurando la confidencialidad de la información y el debido asesoramiento.

torio de análisis propio. En una me llamaron para decirme que no y en el otro no me llamaron más” (HSH+)

Elegir un **lugar de residencia**, en muchos casos ha estado teñido por la necesidad de reducir las experiencias de estigma y discriminación. Son muchos los relatos que describen la necesidad de mudarse de ciudad. En particular, para aquellos que provienen de pueblos chicos, debido a que “*el anonimato [de la gran ciudad] pasa a ser un resguardo*”.

“En las ciudades grandes uno se pierde en el montón... ¿Quién se va a fijar en mí?... Pero en un pueblo... Está tu apellido en juego... Vos no vas a ensuciar el apellido, eso lo dejás en otro lado...” (HSH+)

4.3. E&D en Grupos de Trans

4.3.1. Vivencias asociadas a E&D

En relación a las experiencias de estigma y discriminación, las participantes de los grupos de discusión para personas trans – tanto quienes tienen serología para VIH positiva como negativa – se describieron como miembros de un colectivo altamente estigmatizado debido a su identidad de género.

El hecho de romper con la hetero-normatividad, no ajustarse al régimen binario de varón-mujer⁸ y no cumplir con las preferencias y comportamientos socialmente esperados para un hombre, se presenta como el principal disparador para que estas personas sean “*marcadas*”, “*etiquetadas*” y “*estigmatizadas*” y, como consecuencia, sean objeto de actos de discriminación.

⁸ Para una profundización sobre este punto, referirse al texto de Fernández, A.M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós. Allí, se describe como las diferencias de género están estructuradas bajo una lógica atributiva, binaria y jerárquica, basándose en narraciones biologicistas, naturalistas y esencialistas

“... cuando mostramos como somos... Mostrando nuestra identidad, desde ahí empezamos a ser estigmatizadas...” (Trans-)

“Ser varón y renunciar al poder hegemónico de ser macho, te descategoriza si tu identidad es femenina y tu construcción de identidad es femenina” (Trans+)

“... en todas las sociedades están las pautas sobre cómo debe ser una persona, un hombre o una mujer... Y cuando se rompe esa barrera... Ahí empieza toda la discriminación y la estigmatización...”

“... la heteronormatividad que la sociedad te pauta y te marca... Que el nene tiene que estar de celeste y la nena de rosa, el nene que tiene que jugar a la pelota y la nena a las muñecas y si sucede lo contrario... Cuando es diferente... Nos ven como malas personas...” (Trans-)

“Si no sos una hembra total tampoco sos leída por lo que realmente sos y sentís. Entonces, por qué tenemos esta cuestión, esta clasificación binaria, biologicista, con el modelo heterosexista que jode tanto la inclusión del diferente, de la diferente, ¿no? De la diversidad, porque yo no me creo diferente a nadie, por dentro tengo cuatro litros y medio de sangre, tengo los mismos sentimientos y los mismos órganos que tienen todos, nada más que tengo un envase diferente, con una construcción de identidad que hoy no se condice con mis datos registrales” (Trans+)

4.3.2. Ámbitos en los que se viven situaciones de estigma y discriminación

Las participantes relataron experiencias de estigma y discriminación presentes sistemáticamente en todas las esferas de sus vidas. En particular y desde temprana edad han sido maltratadas y/o excluidas del **ámbito familiar**. En varios casos, esta expulsión de los hogares o los actos de violencia vividos por la misma discriminación que sus familias sufrían al tener en ellas una persona trans, las han forzado a migrar a otras ciudades.

“Cuando tenía 17 años le dije a mi mamá “mirá, me pasa esto y esto con mi vida”... Lo único que hizo mi mamá fue pegarme un cachetazo y nada más, y de ahí nunca más se tocó el tema en mi casa... Me fui” (Trans+)

“Mi hermano tenía 18 años... Los amigos le decían en forma burlona “que linda es tu hermana”... Un día vino borracho, yo estaba durmiendo, me acuerdo, y me sacó de los pelos, me llevó hasta afuera y tuve que dormir ese día en la vereda” (Trans-)

“Desde que nos reconocemos como mujeres trans... Muchas tenemos que migrar de nuestras ciudades natales... Tenemos que irnos... Porque la familia nos aleja, o nos echa...” (Trans -)

“... un día, mi hermano mayor me dijo “si tu vas a ser así, te vas de la casa”... Otro día, hubo una reunión y me preguntaron “¿sos esto?” y al decir que sí, me dijeron que me fuera de casa... No sabía qué pensar, qué decir, a dónde ir...” (Trans-)

Del mismo modo que ocurre con las familias, las personas trans quedan excluidas del **sistema educativo** debido a la fuerte estigmatización y actos de discriminación, sean éstos por acción u omisión. La mayoría de las entrevistadas relataron burlas de sus compañeros, trabas administrativas o el desaliento de los mismos docentes y directivos, entre otros. Como consecuencia, la deserción del sistema escolar a nivel primario es alta y aquellas personas que acceden al secundario y/o nivel superior, lo hacen tolerando situaciones difíciles, luchando activamente por sus derechos y con una fuerte decisión de perseverar y permanecer en el sistema.

“... esa exclusión de los compañeros y toda esa estigmatización que tenías a veces hasta de los mismos profesores... Después tenés, la directora siempre son, los peores son los directivos” (Trans+)

“Aprobaba contabilidad y yo ni enterada, él me regalaba la nota pero no quería ni verme en el salón... Me ponía un 6... Si habré asistido a 4 o 5 clases, pero ya es transfóbico” (Trans+)

“No pude terminar mis estudios de magisterio porque ya era un acoso constante de la directora, de profesores... Me decían que fuera vestido de hombre, así de una me lo decían. Entonces yo me acobardé, los mandé a todos a la mierda y me fui” (Trans+)

“... en la facultad hubo un profesor que un día me dijo “¿para qué venís a estudiar si creo que no vas a llegar a ser nada?”. Fue un rechazo muy horrible porque enfrente de toda la clase que me dijo eso. Y me dio una vergüenza... Que me quería morir en ese momento” (Trans-)

“Todos me rechazaban, hasta para ir al baño. Me iba al baño de mujeres y me decían que no. Me iba al baño de varones, se quejaban... Entonces hable con el director... A mí no me verdugea más nadie... Entonces me haces un baño en el patio, para mi sola. Y termine yendo al baño de los maestros” (Trans-)

“La directora... Va a tener que llegar a la acción judicial. ¿Por qué? Porque la chica está decidida a plantarse, tiene 20 años y quiere estudiar, quiere terminar el secundario, no quiere estar toda la vida parada en una esquina” (Trans+)

Asimismo, las experiencias de estigma y discriminación se presentan en el **ámbito laboral**. En el caso de aquellas que tenían un trabajo previo a su transformación, relataron que lo perdieron como consecuencia de su nueva apariencia. Aquellas que contaban con los requisitos necesarios para acceder a algún puesto, se vieron imposibilitadas de continuar en el proceso de selección por el hecho de ser trans. Así, la mayoría queda por fuera del sistema formal de trabajo, reclusándose en un gran número en el trabajo sexual como primera opción y/o única salida laboral.

“Yo trabajé... Siendo chica, siendo gay... En esa etapa yo tuve trabajos normales, ¿sí? Trabajé en trabajos comunes y corrientes como todo el mundo. Después cuando vino ya mi parte de transformación, es como que ya ahí, quedé directamente excluida” (Trans-)

“...en lo laboral para nosotras, quizás, tenemos un buen currículum para acceder a un lugar, a un puesto laboral, pero te ven trans, y empiezan con las vueltas” (Trans+)

“Hubo cupos de administrativos en la municipalidad del pueblito y no se lo daban a ellas.... Y teniendo... Eh, aprobaron con buenas notas, [las] chicas querían trabajar, querían seguir estudiando... Les cortaron eso, o sea... No pueden seguir” (Trans+)

“A mí me parece que nosotras, el colectivo nuestro, la mayoría ejerce el trabajo sexual porque es una cuestión de que desde que comenzamos con nuestra etapa trans, es lo que encontramos en ese momento...” (Trans-)

“Lo malo es que una no encuentra salida a eso, no ve la forma de dejar de hacer el trabajo sexual y tener que empezar de cero otra cosa... No hay chicas trans abogadas o contadoras, a lo sumo costureras o peluqueras” (Trans-)

La **falta de vivienda** fue uno de los primeros problemas mencionados por la mayoría de las personas trans entrevistadas como consecuencia del estigma y la discriminación experimentados. La exclusión sistemática de los ámbitos familiares y educativos, la debilidad de sus redes sociales y la escasa participación comunitaria, han llevado a muchas a permanecer en situación de calle o en viviendas comunitarias donde conviven varias personas casi en condiciones de hacinamiento. Estas circunstancias conllevan asimismo una alta vulnerabilidad, expresada por ejemplo en el consumo de sustancias y en situaciones de violencia. En los casos en que existe la posibilidad económica de acceder a una vivienda, se presentan trabas burocráticas y/o sobreprecios.

“Lo que necesitamos más, es que las chicas también tengan vivienda, porque nosotras no podemos vivir... Vivimos hacinadas... A veces 4 o 5 en una pieza, en un colchón” (Trans-)

“La calle tiene un montón de cosas malas también... Porque también está la droga, también está el alcohol, también está el afano. Hay un montón de otras

cosas que uno termina aprendiendo, queriendo o no, dentro de ese espacio” (Trans-)

“Si vos (señala a la coordinadora) vas a alquilar, te lo cobran \$1000 de alquiler... A nosotras \$2000 o más... Y cuando vas a planes de vivienda, vas a anotarte... Yo [fui] hace 3 años y me dijeron “yo te anoto pero... Te digo con sinceridad, vas a estar en el último expediente”, así me lo dijo la chica” (Trans-)

En relación al **ámbito de salud**, los relatos de las entrevistadas continuaron en la misma línea que en las dimensiones anteriores. Las situaciones de estigma y discriminación experimentadas son frecuentes y variadas, pero todas resultan en una percepción de maltrato institucional, la falta de acceso a los servicios de salud o en un ingreso tardío, cuando ya su salud está muy deteriorada. Este acceso tardío se debe a que las mismas perciben un desinterés de los profesionales en atenderlas o un rechazo que en muchos casos se manifiesta en innecesarias horas de espera, frustraciones e insistencia para ser finalmente atendidas. En otros casos, simplemente desisten

“... yo tengo una “linfangitis” en el muslo inferior derecho como consecuencia de haberme inyectado siliconas por no haber tenido acceso a la salud” (Trans-)

“... para recurrir ahora a sacarme este aceite de... Que me tuve que poner porque no accedía a la construcción de mi identidad con los médicos... A sacarme la sili, el aceite y la fibrosis que tengo. Tengo una cadera podrida, así, literalmente hablando, podrida por lo que me puse..” (Trans+)

“... muchísimas de nuestras compañeras ya son VIH o tienen infecciones, HPV, y no se quieren tratar... Vos vas a un hospital y lo primero que hace el médico, te deriva, no te quiere atender. Vas a la guardia, no te atiende....Te hacen esperar horas y horas, pasa toda la gente que llegó después, hasta que por ahí un médico se digna a atenderte, ¿no?” (Trans-)

“Todavía te chocás dentro del ámbito de la salud de que abren la puerta y dicen, “no, esperá un poquito”, y ese esperá un poquito es que no te quiero atender... Y hay muchas que sí hacen esa resistencia y toc toc toc ¿nene, me vas a atender?, toc, toc, toc, ¿nene, me vas a atender? Y hay otras que directamente se van así como vinieron y no vuelven más al sistema y ahí es donde empieza todo el deterioro para algunas de las compañeras” (Trans+)

“La médica dice acá no te voy a atender, yo no quiero travestis en mi sala, acá no te desnudes” (Trans+)

En relación al **marco legislativo**, el hecho de no contar aún con la sanción completa de una ley que reconozca la identidad de género de las personas trans⁹, es mencionado por las entrevistadas como una de las situaciones que propicia procesos de estigmatización y discriminación. De los relatos surge el no reconocimiento de este grupo como sujetos de derecho. Si bien existen reglamentaciones aisladas en algunos ámbitos, como el de salud, donde se les reconoce su identidad de género, la implementación de las mismas no resulta efectiva.

“Evidentemente, acá hay algún tema con el no reconocernos como ciudadanas sujetas plenas de derecho, no nos dan la posibilidad de que los derechos humanos, que los demás adquieren por derecho natural, del derecho naturalísimo a la vida y a la identidad, para nosotras lo que se considera un derecho humano, no, no es válido” (Trans+)

“... estamos expensas, así como cuando se dijo, la objeción de conciencia para el matrimonio igualitario, estamos a la objeción de conciencia del profesional... Estamos avanzando en la gestión, pero ni siquiera el director [del hospital], puede comprometer a sus efectores... “ (Trans+).

⁹ Dicha ley estaba en discusión en el Congreso de la Nación al momento de realizar las entrevistas. Cabe destacar que en mayo del 2012, durante la redacción del presente informe, la Ley de Identidad de Género, N° 26.743, fue promulgada, otorgando a las personas trans el reconocimiento del Estado y el derecho a decidir con libertad la forma de ser tratadas y registradas en sus documentaciones, según su auto-percepción de identidad de género.

Esta exclusión ha cumplido un rol importante en detrimento de las necesidades básicas. En particular, el acceso a derechos básicos como la educación, la salud y el trabajo aparece como denegado o en el mejor de los casos, se da en condiciones precarias. Estos impedimentos, basados en el estigma y la discriminación por identidad de género, son entendidos como una imposibilidad al ejercicio pleno de su ciudadanía.

“... la exclusión de la educación, que es lo principal, que es lo que más necesitamos nosotras para instruirnos, crecer, aprender a defendernos... Bueno, estudiar que es lo que el día de mañana nos va a dar un bienestar y una posibilidad de trabajo” (Trans-)

“La discriminación es en todos los ámbitos... Nada más que lo nuestro se ve reflejado mucho más en las cuestiones de derechos humanos, porque es lo que de alguna manera, lo que de inmediato necesitamos... Como es asistir a los hospitales, conseguir un abogado... Existe en el trabajo, también existe en la vivienda y también en todos los otros órdenes...” (Trans-)

“A nosotras nos atraviesa esta degradación que existe de no ciudadanía plena” (Trans+)

4.3.3. Estigma Externo

Todas y cada una de las entrevistadas dieron cuenta de que pertenecen a un colectivo altamente estigmatizado y foco permanente de actos de discriminación debido a su identidad de género. En términos generales, las personas trans han percibido y experimentado una innumerable cantidad de situaciones de exclusión. Además de los ámbitos mencionados en el apartado anterior, las **actividades de culto** aparecen como otro ámbito de exclusión.

“Desde los 11 años era de la acción católica de la iglesia hasta los 14/15 más o menos, que fue mi transformación. Cuando quise volver a ir a la iglesia... El cura me dijo que yo no podía entrar, ni siquiera rezar porque yo ya era como un pecado por haberme hecho una chica trans. No me dejaron entrar nunca más” (Trans-)

“Yo hasta sentí que era la única en [su pueblo] y que tenía el diablo en el cuerpo, porque era lo que me decían los curas” (Trans+)

Las entrevistadas relataron ser cotidianamente foco de burlas, insultos, miradas y murmuraciones, tanto en la calle como en las instituciones públicas. Ser tratadas como “fenómenos”, “cosas raras”, “payasos”, es una situación humillante vivida con regularidad. Estas acciones provienen tanto de seres queridos, de la población general, como de los profesionales que deben atenderlas.

“Todas las pibas me decían maricón, maricón, ay, un año no más hice el secundario, porque después no soporté más” (Trans+)

“Y que llegues a una institución pública, sintiéndote mal, y te empieces a dar cuenta que empiezan las miradas cómplices... La cara de risa... No sé si la cara de risa es porque ignoran o porque hay algo que les causa gracia... Yo creo... Son como miradas que manchan” (Trans+)

“Mi familia también antes era... “Ah, mira los trollos, los putos, los trans, mirá los travestis” (Trans-)

“... era novedad allá... Entonces, ¿qué pasa? estaba yo acostada en la camilla, desnuda, porque tenían que revisarme la pierna que se me había triplicado el tamaño con toda una infección... Y no es que venían los médicos solamente a ver... Venía el camillero, los enfermeros... “la cosa rara, ¿me entendés?” (Trans-)

Asimismo, las personas trans han vivido gran cantidad de situaciones de acoso y violencia tanto física como psicológica por parte de familiares, parejas y clientes. Varias participantes han relatado como las mismas fuerzas de seguridad son quienes ejercen mayores actos de **violencia física**. En algunos casos con golpes, con violaciones o simplemente asumiendo que son ellas la fuente de conflicto y por tanto deben quedar detenidas.

“... se cobraba 30 el servicio bucal y con preservativo. Y el tipo te decía, te doy 60 pero sin preservativo. No, no... Bueno, te doy 100. Y vos al otro día tenías que pagar el hotel y al otro día tenías que comer...” (Trans-)

“El tipo [un cliente] sacó una pistola y yo le tuve que hacer todo el servicio sin preservativo con una pistola acá (y se señala la cabeza). Y que me diga palabras.... No solamente el abuso físico sino el psicológico. Porque después lo único que sos es una maquinita de sexo..” (Trans-)

“Con la dictadura no fue bueno, pero cuando entró la democracia... Ahí empezaron más fuerte los palos y a llevarnos en cana... No teníamos otra opción, ahora tampoco tenemos otra opción, la diferencia está en que en aquel entonces no éramos siquiera consideradas personas de segunda” (Trans-)

“Fui a hacer una denuncia porque un señor se sobrepasó conmigo en un supermercado... Y el comisario preguntó ¿Y esta chica que hace ahí? No, ella vino por una denuncia, dijo el otro policía. “Ah, no, no, que ella entre acá, al calabozo, no puede estar suelta”. Y yo dije “pero yo vengo a hacer una denuncia”...y me estaba metiendo atrás de las rejas” (Trans-)

“Nunca sufrí la violencia que sufrí de parte del sistema de seguridad y la violación que denuncié por parte del servicio penitenciario también. Privada de la libertad, ahí, es increíble cómo, lo que sucede es que dejás de ser una persona” (Trans+)

El **no respeto de su identidad de género** en diferentes ámbitos, se presenta como una de las principales vivencias de discriminación. De los relatos se desprende que en general son llamadas por su nombre de DNI, tratadas en masculino, internadas en salas de hombres. En su mayoría, manifestaron disconformidad con el modo en que son tratadas por los efectores de salud. A pesar de que existen reglamentaciones para ser llamadas por su identidad de género dentro del sistema, las mismas no se cumplen.

“Hay una normativa que los obliga a los hospitales... Desde el ministerio de salud, asentarnos en la historia clínica con nuestro nombre de género... Que los turnos nos den con nuestro nombre de género, que nos llamen por nuestro nombre de género, pero no, nos llaman por nuestro nombre de DNI o si no, por el código. Y cuando te dicen el código... Como si fuera un código de barras, yo me siento un paquete de papas fritas” (Trans+)

“... vos estas esperando un turno, te llaman por altavoz y dicen... Juancito Pérez... No dicen Juanita Pérez...” (Trans-)

“Voy al que me operó un riñón, y me dice, ¿qué tal, señor, cómo le va? ... Me dan ganas de acogotarlo porque ya le di una clase de género, ya le llevé el panfleto de la ley y el respeto por el nombre, pero bueno...” (Trans+)

“Yo estudié el secundario... Y no fui a la entrega de diplomas porque no respetaban mi nombre. Cuando me dieron la medalla al mejor promedio, ya era tarde... Porque fue una sorpresa y tuve que salir... Pero no dijeron mi nombre [femenino o de elección]” (Trans-)

“Me llamó un chico trans y me dijo “la verdad, necesito que me apoyen, hoy estoy quebrado y el ginecólogo me dijo sos una torta tuneada” y no es una torta tuneada, es un chico trans que ya tiene pelos en la cara porque está en el tratamiento de masculinización” (Trans+)

Se destaca, más allá de que varias viven en situación de pobreza, que la discriminación está asociada a su construcción de identidad y que esta discriminación atraviesa a todas, cualquiera sea su situación socioeconómica.

“Lamentablemente lo que nos atraviesa... Yo creo que acá no hay cuestión de clases, porque vos podés ir con un tapado de visón, una cartera Louis Vuitton del último modelo, unas botas Sarkany y con trapos del mejor modisto internacional, pero a la hora que sacaste el documento te tratan igual que la que vive en extrema pobreza” (Trans+)

El estigma social está fuertemente asociado a la presunción de una forma de vida “antisocial”¹⁰, y una culpabilización por su situación de vida. De acuerdo a lo que plantean las participantes, son muchas las personas que suponen que el hecho de ser trans implica ser trabajadoras sexuales, que sus viviendas ofician de prostíbulos, que consumen drogas, entre otras situaciones estigmatizantes. Asimismo, ha habido casos de médicos que medicaron a las pacientes trans con antirretrovirales, ante la creencia de que estarían infectadas con VIH, antes de realizar el test.

“... nos ven como malas personas...” (Trans-)

“... en el caso de nosotras como mujeres trans, ya estamos estigmatizadas con el trabajo sexual, la promiscuidad y bueno, un montón de cosas...” (Trans-)

“Lo que me paso fue que en el edificio que vivo hace 11 años... entró una administración nueva... Y la semana siguiente llega un informe a mi casa, nombrando... porque todos sabemos que en los edificios de capital federal hay chicas que trabajan, hay muchos prostíbulos... sé que del tercer piso para arriba, si existen departamentos donde trabajan chicas y resulta que en esa lista me incluyo a mí, por ser trans nada más, ella dedujo que en mi casa es un sauna”(trans-)

“Han llegado a tocarme la puerta chicos que viven arriba, tipos que me cruzan a veces en el edificio... y me preguntaron cuánto cobro... “cuando vos entras, ya sos la prostituta, sos la culpable de esto, la drogadicta, la sidoso, la todo” (Trans-)

“Me agarró como una neumonía, muy grave, mal... El médico me recetó bac-trin... Pensó que yo tenía VIH” (Trans-)

¹⁰ Vida antisocial o conducta antisocial, en el discurso de los entrevistados, hace referencia a la falta de adhesión a las normas y costumbre sociales que permiten una convivencia pacífica.

En el caso de la comunidad trans, su pertenencia al grupo es mucho más visible y “evidente”. Como una de las entrevistadas describió, “*la diversidad se lleva en la cara*”. Sin embargo, también para este grupo los actos de discriminación dependen en gran medida de la visibilidad del atributo por el cual son estigmatizados. Algunas entrevistadas relataron cómo ciertas interacciones sociales se desarrollaban con “normalidad” hasta que llegó el momento de mostrar su DNI.

“... soy auxiliar de seguridad recibida, fui con mi título... Y me dijeron: “bárbaro, sos auxiliar en seguridad, necesitamos justo una persona”... Después cuando miraron el nombre [en el DNI]... entonces me dice “mirá, te soy sincero, no vas a poder entrar porque... Por tu identidad” (Trans-)

“... todo va bien, por ejemplo, hasta que no me piden los documentos, que “sí, señora, pase” ahora ya a los 55 años, te imaginás, “señora pase”, entonces les doy los documentos y me miran de nuevo y ya cambió totalmente el trato” (Trans+)

4.3.4. Estigma Interno

La existencia del estigma interno en las personas trans, se puede inferir a partir de ciertos sentimientos, temores, pensamientos y reacciones expresadas en los relatos de las entrevistadas. Las situaciones de estigma y discriminación vividas generan **sentimientos** de vergüenza, culpa, imposibilidad de ser útil para otros, baja autoestima y frustración.

“... no te atienden bien, ahí mismo sientes la discriminación... Y te da una vergüenza, en gran parte... Entonces sientes un temor ya de ir a cualquier lado” (Trans-)

“Y uno no quiere ir al hospital... Se quiere morir, no quiere tomar un medicamento porque tienen otros problemas, de tipo social, de consumo de drogas... Un montón de cuestiones que van como tirando abajo la autoestima” (Trans+)

“Mi suegro estaba enfermo y había que hacerle una transfusión de sangre... Me dijeron que los transexuales no pueden donar sangre porque son personas de alto riesgo... Lo que me molestó fue que me hizo sentir inútil para ayudar a una persona a la que yo quería muchísimo, ¿sí? Me hizo sentir muy inútil” (Trans-)

El estigma y la discriminación se presentan como un factor que genera **auto-discriminación**. La internalización del estigma social, las experiencias de exclusión social, o el temor a vivir situaciones de discriminación resulta en autoexclusión y abandono de espacios como la escuela y/o la vida diurna.

“No querés ir al colegio porque decís, me van a rechazar, vas al hospital y te rechazan, vas a buscar trabajo y te rechazan, entonces una misma se va autoencerrando... Y decís, no voy a ningún lado, porque siempre a una la rechazan...” (Trans-)

“Desde muy chica empecé a visibilizar mi género, once años, y bueno, me autodiscriminé, o no sé, pero yo no quería saber nada con ir al colegio por, o sea, ya sufría discriminaciones y había decidido vestirme de mujer, y sabía que eso no era, que no estaba bien y lo que iba a sufrir, por eso dejé” (Trans+)

“... si bien de la escuela no me han dicho “no vengas más”, pero sí permitían que se me burlaran en la cara, que me dijeran de todo en la cara, entonces una sola se va autodiscriminando, va dejando, va corriéndose de sus espacios...” (Trans-)

“Yo veo chicas que evitan salir de día para que no les digan nada, para que no las miren, más que nada para que no les griten cosas en la calle” (trans-)

Las **reacciones** a las situaciones de estigma y discriminación son variadas, pero en general, despiertan sentimientos de pudor, indignación, molestia y la sensación de tener la necesidad de responder con la misma violencia como único recurso para ser escuchadas, atendidas o defender sus derechos. En muchos casos se describen como “viviendo a la defensiva”.

“A veces la sensación mía cuando tengo que presentar el documento es pudor, de que hagan así, te vuelvan a mirar y que te digan que no sos vos. Indignación, molestia, porque encima si es un homofóbico o un transfóbico empieza, “¡pero vos sos hombre!” (Trans-)

“En el hospital, ¡me decían mi nombre! Imaginate lo que fue, eh, “si tenés algún problema con pronunciar mi nombre, llamame por mi apellido, o te corto la cabeza”. Y quedaron todos mirando como... Ante la duda, de que sea real que le corte la cabeza, me llamaron por mi apellido...” (Trans+)

“Nosotras tomamos una decisión de tratar de educar, de transmitir conocimientos, pero también en algunos momentos te genera internamente esta cosa entre lo que puedo decir y que está correcto, y lo que realmente dirías, mandaría todo a la mierda, viste, porque llega un momento que decís hasta cuándo voy a tolerar tanta, tanta cosa” (Trans+)

“... Debemos tener un aparato digestivo diferente al resto de los seres humanos... Porque toda esa mierda la procesamos y nos permitimos respetar al otro... Y a la vez, todo eso que sentimos por dentro, es lo que sentimos, las ganas de agarrar una mesa y tirarla y darla vuelta, ¡todo a lo condorito!” (Trans+)

4.3.5. Estigma y discriminación relacionados al VIH

De las entrevistas se infiere que para las personas trans, el diagnóstico de VIH se sumaría a una larga lista de motivos estigmatizantes, generando lo que podría denominarse como una “multi-discriminación¹¹”.

“... se doblega por, por ser trans y encima tenés sida y tenés sida porque además de ser trans, fuiste prostituta, trabajadora sexual y utilizaste drogas” (Trans+)

¹¹ El término “multi-discriminación” se define como la discriminación resultante de la interacción entre varios atributos sociales estigmatizantes y que ubican a la persona como foco de discriminación por varios motivos al mismo tiempo (Makkonen, 2002)

“Ya estás limitada por el hecho de ser trans a muchísimas cosas y más aun si te infectaron. Es como una doble discriminación, una doble todo... Si una busca trabajo dice, “no me lo van a dar” y si estoy con HIV, menos” (Trans-)

“Primero la exclusión de la familia y la exclusión del trabajo, ya te meten en el alcohol y la droga. Imaginate infectadas, tienen que estar fumadas todo el día, drogadas todo el día, y lo único que hacen es te manotean los 10 pesos y se van a comprar paco” (Trans-)

El diagnóstico de VIH se presenta como un motivo de discriminación intra-grupo. Estas conductas entre pares se ven traducidas en el no querer compartir mates, ahuyentar clientes, etc. Es así que quienes están infectadas esconden las pastillas y eligen ocultar su diagnóstico en varios casos.

“Hay como una discriminación siempre entre nosotras, entre nuestras pares, el tema ese, las que tienen y las que no tienen” (Trans+)

“Ha pasado entre nosotras que han dejado de tomar mate. Dicen “no, no tomo mate” y después vos la ves que está mateando con otro mate” (Trans-)

“Las chicas que toman los retrovirales están todo el tiempo escondiendo las pastillas, que nadie las vea tomar las pastillas. ¿Y por qué? Para que las demás no le digan “¡uy! Ella tiene” (Trans-)

“Cuando vos tenés que estar parada en una esquina, la de al lado, le grita al cliente “¡usá forro con esa!” o “ya le picaron el boleto”, viste, dicen así... o “tenés el pasaje de ida, el de vuelta no hay”, dicen...” (Trans+)

Para las personas infectadas, el diagnóstico representó un quiebre en sus vidas, en particular para aquellas que llevan 20 años o más y fueron diagnosticadas cuando no había medicación. Estos temores han llevado a las personas a alejarse de sus seres queridos. Asimismo, de los relatos se infiere que el diagnóstico es vivido como una imposibilidad para la construcción de una pareja, como una barrera casi imposible de derribar.

“... para mí fue un antes y un después de mi vida y a la que no se lo podía decir era a mi vieja que era la que rompía las pelotas con que “andá a hacerte los estudios que un día te vas a agarrar algo”... Cuando me enteré de la serología, pensé que me iba a morir a los dos años y me fui a Europa” (Trans+)

“... si no tenés una pareja establecida ya antes, después es imposible... Esa persiana ya la tenés que cerrar porque para tener una pareja la tenés que blanquear y si le llegás a decir a un chico tengo VIH, y... Se tira por la ventana” (Trans+)

“... a mí me preguntan por qué no tengo pareja, y la verdad que primero que, no, no sé cómo encararla la situación, cómo hablarlo...” (Trans+)

Al preguntar al grupo de trans con serología negativa cómo impactaría en sus vidas el diagnóstico de VIH, vuelve a surgir el miedo “a que la sociedad te discrimine”, al señalamiento, a la culpabilización. Asimismo, se observa que para ellas el VIH está asociado a cierto tipo de comportamientos, como el trabajo sexual.

“... te juro que yo misma pensaba eso: sería injusto... si me salta a mí, ¿por qué voy a ser yo? si yo no trabajo y las otras que están todo el día trabajando con 10 o 12 tipos. Pero te juro que ese era mi pensamiento y yo digo qué loca que estaba, qué falta de información...” (Trans-)

“... eso de apuntarte, de culparte... Por algo será, por algo te pasó, por la vida promiscua que llevas, por miles de cosas. Ellos piensan que nosotras somos el germen...” (Trans-)

“... las que somos negativas vemos qué les sucede a las chicas positivas hoy, y mañana enterarnos que nosotras somos positivas, lo que va a suceder es que nosotras vamos a tener miedo de que nos señalen como nosotras vemos que las señalan hoy. Pasar por lo que ellas pasaron, independientemente de que yo tenga toda la información, de que yo tenga la medicación correcta como corresponde en tiempo y forma. Tiene que ver más con las relaciones humanas, a que con la medicación o la enfermedad en sí” (Trans-)

Entre los relatos de las participantes no infectadas, se vislumbra una fuerte creencia de que las personas que reciben el diagnóstico de VIH encuentran fuertes dificultades para continuar con sus vidas y que la muerte se presenta como uno de los temores principales. Asimismo, entienden que, debido a la discriminación vivida, comienzan a aislarse, a autoexcluirse de espacios sociales y/o directamente dejan de tratarse médicamente.

“Yo veo a chicas que, por ejemplo, cuando van a mi casa, ves algunos síntomas que ellas tienen. O por ahí te cuentan: “yo la verdad es que me siento acompañada, necesito estar siempre acompañada de alguien”... Porque tienen miedo de muchas cosas... ¿Me entendés? De no saber que les depara el destino, si mañana van a estar bien o van a estar mal, si se van a morir o no se van a morir...” (Trans-)

“[hablando como si fuese HIV+]... si quizás para el afuera yo me escudo haciéndome la mala, siendo agresiva, no yendo al hospital, no compartiendo nada con chicas que no son positivas... A la vez, siendo positiva, termino siendo lo que ellas dicen: siendo agresiva, tratando de transmitirlo a otros..” (Trans-)

“[la información]... a muchas no les importa porque ya están muertas, bajan los brazos y ya no les importa nada... No quieren luchar” (Trans-)

“Yo creo que lo que hacemos cuando somos positivas es generar un escudo de protección... Para que no me dañen. Pero a la vez ese escudo hace de que pierda la posibilidad de que otros/as me ayuden a sobrellevar la enfermedad... [Habla como si fuese positiva]... Porque por ahí nos violentamos entre nosotras mismas... No queriendo asistir al hospital porque creemos que nos van a discriminar, o porque realmente nos discriminan, porque nos tratan mal, por un sinfín de cosas. Voy armándome de un escudo, tratándome de esquivar de la discriminación pero la discriminación va por dentro” (Trans-)

4.3.6. Impacto del estigma sobre el proyecto de vida

El impacto que la discriminación constante y la internalización del estigma tienen sobre el proyecto de vida de las personas trans, conlleva sentimientos de apatía, desinterés en tratar de cambiar el status quo, y/o frustración con los logros alcanzados. Incluso, las entrevistadas manifestaron la imposibilidad de pensarse realizando otro tipo de vida en la que no estén estigmatizadas.

“Veo otras chicas que están... Las veo sin ganas de nada, sin fuerzas, sin nada... Hay muchas personas que no quieren salir de ese pozo, ¿por qué? Porque no saben cómo hacerlo. Se terminan metiendo más droga como para olvidarse de las situaciones que tiene que afrontar y siguen cayendo más profundo en ese pozo, y después no saben cómo salir, porque es peor todavía” (Trans-)

“Llegué a los 40 años y todavía no hice nada. O sea, recién ahora estoy empezando. Yo terminé el secundario porque me dijeron, “vos si no terminas el secundario nunca vas a llegar a nada”, y ¿qué?, terminé el secundario y todavía no llegué a nada. Tengo que estar prostituyéndome y es el día de hoy que todavía no llegué a nada y todavía sigo pensando que no voy a llegar a nada” (Trans-)

“Mi mundo era seguir al malón, entonces para mí era, en ese momento era “bueno, soy igual que ellas, entonces tengo que hacer lo que hacen ellas, ir en cana, pararme y dedicarme a esto”... Estaba todo relacionado al ámbito de la noche” (Trans-)

Aquellas que tratan de modificar sus vidas y buscar nuevas oportunidades, muchas veces deben soportar situaciones de vergüenza y lograr nuevos aprendizajes para moverse en un mundo diferente al conocido.

“Empecé a cambiar y lo primero que hice fue poner una verdulería... Me acuerdo la primera semana... No se imaginan la vergüenza que me daba venderles un kilo de papas a mis propias vecinas. Y yo decía dentro de mí “¿pero por qué tengo que tener vergüenza de venderles a gente que me conocen y

no tengo vergüenza de que me vean que entre un tipo a mi casa y lo atienda, sabiendo de qué se trataba?” (Trans-)

Por otra parte, surge del relato de una de las entrevistadas que para muchas pensarse con planes futuros es difícil, debido a que la resignación frente a la posibilidad cierta de una “muerte joven” tiene una impronta muy fuerte.

“Les pregunté qué es lo que ellas sentían, qué encontraban después de la exclusión y ese vacío que tenemos todas, porque yo también lo tuve. Y todas pusieron golpes, maltrato, infecciones de transmisión sexual, drogas, alcohol... Y después, una dijo muerte. Y yo les digo “chicas, ¿cómo ven Uds. la muerte?”. Y una dijo, “como algo natural” y todas coincidieron con eso, porque es lo que nosotras vemos... Porque hay una realidad muy grande... De los 20 y pico a los 30 y pico” (Trans-)

Como se describió en el apartado anterior, la oportunidad de formar una pareja se presenta como una dificultad y pensarse en un proyecto de familia, casi como una imposibilidad. El lugar de residencia, del mismo modo, se elige en función de la necesidad de dejar sus hogares y sus pueblos o provincias de las que provienen, y la ciudad queda prácticamente como la única opción.

“El temor es... ¿Qué me va a decir una pareja? Para nosotras no es fácil tener una pareja. La persona que llega y te conoce, en el envase que estás, seas linda, seas alta, baja, como sos, de repente vos le decís eso y se le cae toda la estructura, a nosotros nos pasa también... Con el chabón más bello del mundo y sabes que tiene el bicho, ¿pero sabés qué? No hay lola” (Trans+)

“En las provincias es más difícil, por eso las chicas se viene para acá [Capital Federal], porque es una ciudad grande y tenés un poquito más de posibilidades, pero no tantas” (Trans-)

4.4. E&D en Grupos de UD

4.4.1. Vivencias asociadas a E&D

De los relatos de los usuarios de drogas participantes en el estudio, tengan éstos serología para VIH positiva o negativa, se infiere que, en general, se trata de un grupo altamente estigmatizado. El proceso de estigmatización vivenciado y los actos de discriminación de los que son objeto, están fuertemente relacionados con la culpabilidad y responsabilidad que se le asigna al usuario de drogas por las conductas asociadas al consumo.

4.4.2. Ámbitos en los que se viven situaciones de estigma y discriminación

Varios de los participantes describieron que, según su percepción, la discriminación “está en todos lados”, en “todos lados te pasa”. Como en los grupos presentados anteriormente, los UD también tuvieron sus primeras vivencias de estigma y discriminación en el **ámbito familiar** y escolar. De los relatos se desprende que, ante el consumo y/o abuso de sustancias, los restantes miembros de la familia los aíslan y los excluyen de las actividades familiares, incluso de sus hogares. Según los entrevistados, sienten un gran dolor debido a que sus familias no los comprenden y los culpabilizan por sus acciones.

“Lo que es más doloroso es que te discrimine tu propia familia” (UD-)

“Mi hermana me cerró la puerta de la casa, cerró la puerta y me dijo, “mirá, no vengas más acá”. Me dijo “sos un mal ejemplo para mis hijos” (UD+)

“Yo la sufrí mucho y más hasta con mi familia (...) me sentí discriminado, mi familia no me aceptó más” (UD+)

En el **ámbito educativo**, el estigma y la discriminación provienen tanto de parte de sus compañeros como de los docentes y directivos de los centros edu-

cativos, ya sea por acción u omisión. Los participantes describieron haber sido “ignorados” y/o “dejados de lado por compañeros”. Del mismo modo, excepto algunos docentes que intentaban acompañarlos, la mayoría del personal de las escuelas no se mostraba “interesado” por ellos; lo que ocasionó que se sintieran casi como “si no existieran”, o directamente se han sentido maltratados.

“Me dormía toda la mañana, y la maestra me dejaba que no me despierten, pero sabía que yo consumía cocaína. Pero mis compañeros nadie jugaba conmigo ni hablaba conmigo, ¿no?” (UD+)

“En la escuela te discriminan, en la escuela te dicen negrito, que esto que lo otro, te dicen de todo” (UD-)

“Yo iba re loca de porro al colegio, ya en tercer grado y, bueno, y me discriminaba, la maestra me decía, “mirá, estás toda sucia, estás toda sucia, así no podés entrar al colegio” (UD+)

El **ámbito laboral**, surge como otro de los espacios donde los participantes han vivido y/o percibido situaciones de estigma y discriminación. Develar que consumen sustancias o han sido adictos, los sitúa en una posición inferior en relación a los otros y son objeto de *miradas desconfiadas*. En el caso de aquellos que trabajaban con menores de edad a cargo, el temor es a que no les permitan continuar con su tarea, debido a la percepción existente sobre el UD como persona “*poco confiable*”. En otros casos, los relatos describen cómo, debido al estigma *vinculado al delito*, serían potencialmente culpabilizados como “chorros”¹² por sus compañeros, en caso de que faltase algún elemento. Es posible que la ilegalidad del consumo de drogas sea desplazo comúnmente a otras esferas de la vida de las personas, bajo supuestos como “si delinque al consumir, es sospechoso de otros delitos también”.

“... [estoy] en el club metida con 60, 70, 80 pibes que me los dan para que yo haga cosas, si yo blanqueo que trabajo en el tema marcha de la marihuana...”

¹² En Argentina, “chorro” es utilizado coloquialmente como sinónimo de ladrón, estafador

Las mamás directamente, yo creo que no dejarían con la misma confianza que sus hijos viniesen” (UD-)

“En el trabajo no, si vos contás “yo fui ex adicto, yo estoy en tratamiento”, ya sos mirado... ¿Entendés?” (UD-)

“Imaginate que en mi laburo todo el mundo sabe que soy usuaria de drogas y que había estado presa y que tengo VIH, imaginate que faltaba una lapicera y todos pensaban que la culpa era mía. (UD+)

Los participantes también describieron vivencias de estigma y discriminación en el **ámbito de la salud**. La mayoría menciona que el principal ejemplo es la culpabilización por sus problemas de salud y la poca tolerancia, el desinterés y desgano que se percibe en el trato por parte del personal. Otros, explican que es difícil hallar servicios apropiados para atender su abuso o adicción, ya que no existe una oferta adecuada de atención en este tipo de problemáticas.

Por otra parte, plantearon que existen poblaciones, como las mujeres con VIH, que no están contempladas por los programas de adicciones. En general, la particularidad que conlleva el consumo de drogas en población femenina ha estado históricamente invisibilizada. En el caso de las mujeres que han consumido drogas durante el embarazo, relataron que en general el personal de salud, basados en el preconceito que estas mujeres “no tendrán aptitud para ejercer su maternidad”, toman decisiones sobre su vida y la de sus hijos, vulnerando así sus derechos.

“Si sos usuaria... ¡No te atienden! Salud mental, je, el sistema del consejo de adicciones de la provincia... no tiene contemplado, por ejemplo, ser usuaria, VIH y mujer. No existe, ¡no tenés dónde tratarte!”(UD+)

“Me re discriminaron, me dejaron sola [en el hospital], me sacaron el nene, lo llevaron al juzgado con una madre sustituta y me dijeron que yo no estaba apta para criar al nene... Me dijeron que en este momento no esté preocupada sino por mí, que ellos se estaban preocupando por el nene nada más... Yo salí del hospital, y yo lo quería ver, y bueno, no podía, y además en seguida me lo sacaron, no me dieron ni oportunidad, nada” (UD-)

La calle y el **barrio** son otros espacios en los que esta población es estigmatizada y/o discriminada. Los entrevistados refirieron situaciones de rechazo hacia ellos por parte de sus vecinos, como así también entre los mismos compañeros de consumo. En este último caso, la discriminación muchas veces se basa en el tipo de sustancia consumida.

“Es constante en tu barrio, las chusmas te dicen ese drogadicto... Desde el verdulero hasta el carpintero, o sea, no sé, todos los vecinos” (UD-)

“Hay gente con la que parás que también te dice, “mirá este que de ahí, este de acá”... El que consume paco es siempre el que está ahí abajo, viste, y al que discriminan... Sí, siempre, aquí el que fuma marihuana, para el que consume paco, es fisura” (UD+)

Para los participantes, el **marco legislativo** ha cumplido y cumple hoy un rol importante al sostener prejuicios acerca de los usuarios de drogas. La penalización del consumo continúa reforzando la percepción social hacia estas personas como “delincuentes” y complejiza las tareas de prevención de VIH, ya que la información sobre cómo reducir riesgos es interpretado como una apología del consumo. Como describió una de las entrevistadas, esta situación se ve fortalecida por la incomprensión de la problemática que manifiestan los mismos funcionarios de los organismos del Estado encargados de garantizar la igualdad de derechos en la ciudadanía.

“Hoy todavía, no lo podemos hablar porque todavía hay una ley que prohíbe, esto es apología”. (UD+)

“El interventor del... Ayer, dijo que él no entendía qué se discriminaba, que él no entendía, que él entendía que había que despenalizar, pero en qué se discrimina a los usuarios” (UD+)

4.4.3. Estigma Externo

Las vivencias de estigma y discriminación entre los UD radican en comportamiento de tipo “antisocial”¹³. En particular, por ser calificado por la sociedad como una mala elección de vida que la persona ha realizado por voluntad propia y por lo tanto, es responsable por sus consecuencias. Así, las vivencias de estigma externo relatadas, en general dan cuenta de **insultos, señalamientos y murmuraciones** y de cambios en el **trato** o en la **mirada**.

“Me dicen patotera, drogadicta” (UD-)

“Me han gritado borracho, drogón” (UD-)

Las experiencias de estigma y discriminación también pueden inferirse en las asociaciones que generalmente la población hace y por la cual, se relaciona al UD con la *delincuencia*. En la misma línea, los entrevistados refieren que son tratados e identificados por los otros como “*incompetentes, poco confiables y sin posibilidad de recuperación*”. En los relatos de los entrevistados se vislumbra la existencia de una creencia social que sostiene que las personas que consumen sustancias deberían cambiar su conducta pero **no pueden y/o no quieren** hacerlo.

“También la gente te discrimina, viste, cuando dicen “uh, estos no cambian más”. O capaz que vos te recuperaste pero siempre vas a seguir siendo el drogadicto, el chorro, el rastrero... siempre se habla de las recaídas. Siempre dicen, que va a recaer” (UD-)

“Cuando mi vieja me decía “no, mirá la cara que tenés, mirá cómo estás, así no podés ir al cumpleaños de tu hija, o así no podés ir a buscar un trabajo, o así no podés ir a la casa de fulanito” (UD-)

¹³ Para una mayor profundización sobre cómo actúa la categorización de “personalidad antisocial”, en tanto patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás y de las normas sociales, sobre las personas usuarias de drogas, referirse a Pawlowicz, M.P., Galante A., Rossi, D., Goltzman, P. & Touzé, G. (2011). *El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas*. X Congreso Argentino de Antropología Social.

“Hay gente que directamente no se quieren ni arrimar ni hablar con vos ni nada... Se desplaza y te empieza a señalar y te empieza a hablar atrás tuyo” (UD+)

En el relato de los entrevistados, se mencionan situaciones de exclusión incluyendo **la expulsión de sus hogares**, de sus familias. Aún cuando se ha ingresado a un tratamiento de rehabilitación, en algunos casos las familias abandonan a los UD, debido a que se ha perdido la confianza en los mismos.

“Mi hermano, mi mamá, no me aceptó [sic] más con esta adicción que yo tengo... Más con la enfermedad, como dicen, si vos seguís en la misma te lleva al tacho, directamente. Yo al salir de allá la comunidad, esperaba capaz recibir una mano de mi familia... He salido hace dos semanas de la comunidad, y hasta el día de hoy, la verdad, con mi familia, cero” (UD+)

La gran mayoría describe que existe un enorme **desinterés**, de la población en general y de sus allegados en particular, por comprender qué les pasa, qué necesitan, por qué se comportan como lo hacen. Perciben una división entre *“la gente de consumo”* y *“los que no son de consumo”*. Esta apatía por el otro es vivida como uno de los más frecuentes actos de discriminación.

“... me discriminan mucho y no llegan a, no sé capaz como decía alguien de...de charlar y llegar a entender por qué... De ponerse a charlar. No, se quedan con su punto de vista y se encierran ahí. Y nunca te llegan, capaz, a entender a vos” (UD+)

Como en los grupos anteriores, la visibilidad del atributo por el cual son estigmatizados condiciona en gran medida los actos de discriminación. Si se nota que la persona ha consumido o está bajo el efecto de una sustancia, el trato que reciben es diferente al que reciben cuando no es visible para el otro.

“Capaz que vas de resaca, vas con otra cara, ya vos te das cuenta cuando la gente te cambia la mirada, el trato” (UD-)

4.4.4. Estigma Interno

En los relatos de los entrevistados es posible inferir cómo el estigma asociado a los usuarios de drogas, ha sido internalizado por los mismos. De este modo, la mayoría manifestaron **sentimientos** de *“vergüenza”, “culpa”, “arrepentimiento”, “bronca con uno mismo”, “miedo a ser rechazado”* y principalmente, dificultades para confiar en sí mismos y en sus capacidades. En sus relatos subyace una sensación de ineficacia e imposibilidad de cambio, lo cual a su vez, obstaculiza su proyección de vida.

“Me da vergüenza, me pone muy mal... Si yo no hubiera consumido, nunca me habría quedado dormida en la calle, no me habría prendido fuego dormida” (UD-)

“A mí me costó mucho decir las cosas ¿no es cierto?, por una cuestión quizás de vergüenza, de timidez, ¿correcto?”. (UD-)

“Cuando te pinta el bajón y ahí decís por qué lo hice, qué hice... Te podés llegar a matar, también...aparece la culpa, digamos” (UD-)

“Aparece el temor de volver a caer. Siempre. No subir más de lo debido porque es sabido que si subís un escalón más te podés caer” (UD-)

Dichos sentimientos, las situaciones de discriminación y la internalización de la estigmatización, generarían **reacciones** de violencia y una forma de vivir a la defensiva. La impotencia provocada por la incompreensión vivida a diario podría despertar en el UD una necesidad de responder de forma violenta.

“Ante una reacción siempre hay una contrapresión, y se forma el hecatombe, a parte estamos cubiertos de violencia, porque vivimos a la defensiva” (UD+)

“Cuando discriminan para mí me genera violencia... Mucha impotencia y bronca” (UD+)

“El estigmatizado responde con violencia. Es como que van las dos cosas juntas, ¿no? Hay uno que va a discriminarte, que te va a señalar y te va a indicar y uno del otro lado va a responder. Y tenemos un ámbito de violencia que supera el estigma” (UD+)

“Mi hermana hasta el día de hoy, siempre me dice: “ah, callate vos drogadicta de mierda”... Y me dan unas ganas de agarrarla... Y subirle el coso para arriba. Pero yo sé que si me pongo violenta, no me para nadie” (UD+)

Así, se observan conductas de “autoexclusión”. Asimismo, las conductas de **auto-discriminación** aparecen en algunos casos como una anticipación para evitar el dolor que el rechazo de terceros podría generar.

“Es re feo ser discriminado, más si te discriminás vos mismo. Yo todavía me discrimino a mí, hasta el día de hoy. Y me molesta más que me digan cosas los demás, que discriminarme yo, o sea, prefiero discriminarme yo mismo a que venga otro y me diga, no esto, que esto” (UD-)

“Yo no quiero conocer gente nueva... No tengo pareja estable por eso mismo, porque no me quiero comprometer con nadie... Siempre tuve rollos con eso... Cuando tengo dos segundos, salgo corriendo a mi casa, y me encierro en mi casa, y estoy en mi casa y es mi búnker y ahí estoy” (UD+)

“Uno como que siempre salió lastimado, este... Y siempre rechazas” (UD-)

4.4.5. Estigma y discriminación relacionados al VIH

La asociación entre el VIH y el E&D parece presentarse entre los usuarios de drogas de forma diferente a los otros dos grupos incluidos en el estudio. La estigmatización que la persona UD siente, se constituiría como un factor de mayor relevancia que el diagnóstico de VIH. Algunos participantes refieren que prefieren decir que tienen VIH a reconocerse como UD.

Asimismo, esta diferencia se observa en el trato de las personas para con

ellos, hay situaciones que les son toleradas a las personas infectadas pero no así a quien consume sustancias. Perciben un abordaje más comprensivo hacia la persona con VIH por considerarla “enferma” mientras que sienten “un dedo acusador” hacia los UD.

“Entre el VIH y el ser usuario, me he dado cuenta que me ha costado más decir que soy usuaria, a pesar de que soy pública también yo” (UD+)

“Con el VIH hay más tolerancia que siendo usuario, porque siendo usuario, llegás tarde, le decís que se te rompió el colectivo, siendo VIH podés ser creíble, ahora, te conocen que sos usuario de drogas y dicen, se quedó dormido, se gastó la plata del bondi o hiciste algún teje” (UD+)

El VIH en particular tiene un fuerte impacto en la proyección laboral. Ya sea porque los empleadores suponen una cierta imposibilidad de las personas que viven con el virus para cumplir con determinadas tareas o bien por miedo a una infección. En los relatos de los entrevistados se vislumbra cómo han perdido la posibilidad de quedar contratados en trabajos que ya estaban desarrollando post realización de exámenes médicos, como también la imposibilidad explícita de ejecutar tareas en ámbitos sanitarios y/o de alimentación.

“Lo que me molestó una vez fue que iba a entrar a una estación de servicio a laburar y me hicieron el RP [test pre-ocupacional] y saltó el HIV y, claro, estuve 10 días y vieron los resultados de todos los análisis que me hicieron, que me iban a poner en blanco y... Me sentí discriminado porque no pude laburar” (UD+)

“Cuando fui presa y me tuve que comer estar en un penal... Estando trabajando ahí, no podía pasar el trapo, baldear el centro médico... Era una discriminación. ¿Por qué? ¿Por que tenga VIH no puedo ir a limpiar el centro médico? ¿O no podía trabajar en la cocina? Porque siendo VIH trabajar en una cocina, que te cortes...” (UD+)

Como surgió en los grupos de discusión de personas trans, en los grupos de UD también aparece lo que podría denominarse como una multi-discriminación: una sumatoria de elementos estigmatizantes y causantes de situaciones acumulativas de discriminación. Así, el VIH se agrega como condición a una larga lista de motivos estigmatizantes.

“De por sí, por ser persona trans estamos señaladas, estamos por trabajadora sexual, prostituta, entre comillas puta, puto, y si sos usuario de drogas, peor, y si vivís con VIH más aún” (UD+)

“Discriminación tenemos todos los días por ser VIH, por ser usuario, ser persona trans, todos los días. Porque siempre nos están descalificando, porque vos sos gorda, porque sos flaca, porque sos linda, porque sos fea. Si sos usuaria, más, si sos trans más. Encima si vivís con VIH, cartón lleno” (UD+)

Los entrevistados manifestaron percibir discriminación relacionada al VIH y describieron cómo las personas tienden a alejarse al enterarse del diagnóstico.

“Decís tengo sida y es como decir tengo lepra para mucha gente”

Algunos relataron que se sienten discriminados en situaciones cotidianas que no implican riesgo de infección, como tomar mate o prestar algún servicio de mantenimiento a domicilio (plomería, electricidad, etc.), entre otros. Asimismo, describieron que frecuentemente son foco de comentarios despectivos y estigmatizantes como *“tiene el bicho”, “está embichado”, “es fisura”*. El VIH también se presenta como un motivo de estigma y discriminación entre pares. Entre los compañeros de consumo se incitan a alejarse y a no compartir con personas infectadas por miedo a una infección y entre trabajadoras sexuales, como una excusa para robarse clientes.

“Para llamar a un plomero del barrio, me cuesta conseguir que alguien venga a mi casa” (UD+)

“Hay momentos [en] que se discrimina... Ten cuidado que viene el gil... No tomés agua con este porque... Es lo mismo que la tuberculosis, es lo mismo... No, no, no no le des mate porque...” (UD-)

“Empezás a contar y vuelve la cara y empieza a alejarse... No sé, cree que le vas a contagiar de cualquier cosa, de lo que no tenés” (UD+)

“Más en el ámbito de varones, ellos tienen sida... Usá preservativo, ponete 3, ponete 4, son así... Que tiene el bicho, te dicen” (UD-)

“Sí que me lo han gritado compañeras de trabajo... Para que no tengas negocio, claro...” “No vayas con aquella que tiene el bicho” (UD+)

En el grupo de UD con serología positiva para VIH, se relataron situaciones en las cuales fueron los mismos participantes quienes han dejado de realizar actividades diarias como compartir un baño o tomar mate con otros, ante el temor de un posible “contagio”. Asimismo, se describen situaciones de aislamiento social y autoexclusión de ciertos ámbitos.

“Yo dejé de usar el baño, a mí me cuesta tomar el mate con otra persona que no tenga VIH, me cuesta...” (UD+)

“... trataba de dejar de tomar mate, no bañarme en mi casa, privarme de muchas cosas, porque tenía miedo del famoso contagio” (UD+)

“Yo también me aílo mucho, yo también solo comparto con mis propios amigos” (UD+)

“Lamento vivir con esto [VIH], porque me cohibe de muchas cosas, muchas cosas quise hacer. Quería estudiar, dejé de estudiar” (UD+)

El consumo de sustancias se presenta para los entrevistados como el principal generador de situaciones de riesgo de infección. La adicción a ciertas drogas, como fue la cocaína inyectable en los '80s o es el paco o la pasta base en la actualidad, exponen a las personas a realizar conductas desesperadas, muchas de las cuales implican un alto riesgo de infección.

Según los discursos de los participantes, *“en el momento en que el cuerpo pide la sustancia, no te importa nada”*. En los grupos se explicó cómo, en el momento en que necesitan consumir, no pueden darse cuenta de los riesgos, y recién toman conciencia cuando pasa el efecto de la sustancia. *“Te das cuenta cuando ya estás careta, ¿qué mierda hice?”*. En particular, se remarcó cómo las mujeres *“entregan el cuerpo a cambio por drogarse”, “las chicas se regalan por una seca”*.

“En el tema de consumo... No das cabida a nada. No te importa nada... Yo me mandé una cagada una vez, y pensé que quedé pegado... No me cuidé nada, me mandé así, estaba re puesto, y me bajó y no me importó un carajo nada... No nos entra a nosotros la información en ese momento” (UD-)

“En ese momento tenés ganas de consumir... vos no tenés plata, no tenés un mango, no podés ni ir a robar porque estás re mal, y el otro que tiene la droga... Y vos agarrás viaje, ¿entendés? no vas a decir “no, pará” (UD-)

“Llegó un momento que [yo] no tenía más droga, y [mi amigo] se estaba picando y yo quería que me piquen a mi también, y ellos no querían... No tengo VIH porque ellos no me quisieron pasar un pico... Todos tenían HIV, estaban todos picándose con la misma jeringa, pero yo quería también, no me importaba en ese momento, y era reconsciente que tenían VIH... Pero estaba en el horno, quería y ya” (UD-)

En el caso de aquellos que sí están infectados, el riesgo que conlleva el consumo está relacionado a la dificultad de continuar con el tratamiento, cumplir con los controles médicos y/o tomar la medicación apropiadamente. En algunos casos, esto se debe a dificultades propias de los sujetos y en otros, a las barreras de accesibilidad al sistema de salud que esta población encuentra. Algunos entrevistados hicieron hincapié en que consumir sustancias teniendo VIH sería una forma de acelerar el nivel de deterioro.

“Tengo una compañera que se está muriendo porque su mayor problema es la adicción, no el VIH. Ella no puede dejar de consumir pastillas, al consumir pastillas, consume alcohol, al consumir alcohol, se olvida de tomar... A la hora del cóctel está delirando recolgada y se olvida..” (UD+)

“Sé que si consumo, con la enfermedad que tengo, voy al tacho... La base te quema todas las defensas” (UD+)

4.4.6. Impacto del estigma sobre el proyecto de vida

Una de las áreas en las que el consumo de sustancias pareciera tener mayor impacto, sin importar cuál sea el diagnóstico de VIH, es el **sostenimiento de proyectos a futuro**. La mayoría de los entrevistados manifiestan dificultades para proyectarse debido a la propia falta de confianza luego de sistemáticas situaciones de fracaso. Tanto el estigma interno como externo cumplen un rol fundamental en relación a la *“imposibilidad de cambio”* y la *“falta de continuidad en los proyectos”*. En general, relataron situaciones en las que el consumo ha interferido con sus objetivos de vida, abandonando sus estudios y/o perdiendo sus trabajos debido a los efectos de las drogas.

“Nosotros que estuvimos en consumo no podíamos tener ningún proyecto, ya empezando por el colegio. Yo, por ejemplo, no terminé el colegio, buscar un trabajo era... Poco tiempo, la pareja, poco tiempo, o sea, querés estudiar algún curso, poco tiempo, no terminás, ¿entendés?” (UD-)

“He ganado premios, soy artesano, y perdí todo, pero por la droga... Y he viajado a Venezuela, Ecuador, he ganado becas y todo, y después por la droga, perdí, perdí hasta mi casa” (UD+)

“No terminás nada por la droga... Cuando te ponían una ficha vos durabas una semana, y de ahí ¿qué te va a ayudar?... Cuando estás en consumo no hay proyecto” (UD-)

“Yo jugaba mucho al fútbol y después no pude... Me rebotaron... Hacía todo y dejé todo, hasta el futbol. Perdí un montón de cosas” (UD-)

La conformación de una familia y el sostenimiento de una pareja se presentan como un desafío en sí mismo para el grupo de usuarios. Son varios los relatos donde se manifiesta que las parejas los han abandonado como consecuencia del consumo o las mentiras en relación a éste.

En el caso de las mujeres, el ejercicio de la maternidad es cuestionado por las mismas participantes. Según sus propios relatos, la posibilidad de que otras personas cuiden a sus hijos sería una opción más aceptable a que vivan en las mismas condiciones de marginalización que ellas.

“Por ejemplo, tu mujer, no consume y se da cuenta que estás consumiendo o que le mentiste que dejaste la droga cuando la conociste a ella, y empezaste a drogarte, drogarte, y te abandona, no sé si es discriminación eso... Puede poner todas las maneras de querer ayudarte, pero si uno no quiere cambiar... Y es por el bien del otro que se está alejando de la pareja, no sería me parece discriminación para mí” (UD-)

“... empecé con las pastillas y el alcohol también, después con el poxirán, después empezaba a tomar merca, fumaba porro, hasta que quedé solo y perdí mi familia, perdí a mis hijos y perdí a mi familia” (UD+)

“Lo primero que quería es que [el bebe] no estuviera conmigo en la calle. Por eso, no era de maldita que yo lo quería dejar... Justo vino el director [del hospital]... Me ofrecieron internarme y me interné. Pero si hubiera venido esa persona a decirme que le dé el bebe, yo se lo daba, si yo no tenía ni donde estar” (UD-)

“Perdí todo”, ha sido una expresión recurrente entre los usuarios de drogas participantes en el estudio. Los entrevistados hicieron énfasis en cómo el consumo en sí mismo impacta en sus vidas. Por ejemplo, el uso de pasta base y el paco conllevan una vida de total marginalidad y exclusión, que no sólo se interpone con la posibilidad de pensar y sostener proyectos, sino que directamente impacta sobre la calidad de vida y en la misma posibilidad de vivir.

“Y la mayoría de los compañeros que se están muriendo [en] los hospitales... Que están muriendo de sida, sí son usuarios. La mayoría son porque se agarraron con el paco y sí que te lleva al tacho” (UD+)

“Cuando no tenía me la daban mis amigos, porque mis amigos eran tranzas. Pero por el paco, empecé a vender mi fierro, empecé a vender mi ropa, las cosas de mi vieja, la tele de mi vieja, la heladera, y ya no me quedaba nada, me entendés. Y cuando llegaba a mi casa, me sacaban matando con la policía, estaba rezarpado de loco y le robaba a cualquiera” (UD+)

“La base, no es lo mismo... No es lo mismo decir cocaína, ni decir éxtasis, ni decir ácido, ni decirte una pepa... La base tenés que decir es lo mismo que fue el exterminio que pasó cuando fue con el inyectable, que mucha gente se moría y no tenían el diagnóstico de VIH. Pero aparte mucha gente se moría tirado en una cama diciendo que tenían sida, y no tenían sida, estaban desnutridos y hechos mierda de lo que la droga esa te llevaba a estar... Tienen un mambo muy parecido, lo único que es peor la base. La base no es una droga, es realmente una cosa de exterminio” (UD+)

4.5. Recursos para afrontar el estigma y la discriminación

Del procesamiento y análisis de los datos se desprende que los participantes, más allá de su grupo de pertenencia o atributo por el cual se los haya incluido en el estudio, mencionan los mismos recursos y herramientas para superar o sobrellevar las situaciones de estigma y discriminación.

Para afrontar de forma resiliente sus vidas, sin importar el motivo de exclusión o marginalización, estas personas han valorado los mismos procesos y redes de pertenencia. De allí, que los resultados sean presentados de manera conjunta para todos los grupos estudiados.

Como principal recurso para abordar al estigma y la discriminación, aparece **“la aceptación propia”**. Un proceso que, según los entrevistados, implica *“sacarle el dramatismo”, “no quedarse en posición de víctima”, “construir tu*

personalidad"... pero este proceso "lleva mucho tiempo"... "es de adentro hacia afuera". Se describe como un proceso que requiere "estar fuerte y solido consigo mismo", "bien con uno mismo y afianzado en las creencias" para seguir avanzando y así poder luchar por los derechos.

"Toda persona cuando se entera tiene un proceso, más largo, más corto, más duro, más intenso, pero lo tiene que tener... Porque si no se acepta el mismo, es difícil que lo acepten los demás..." (HSH+)

"Ya había llorado, ya me había acusado... Me había odiado y cuando ya te sacas toda la bronca digamos, puedes vivir más tranquilo, más relajado. Esto ya está, sigamos con lo que viene" (HSH+)

"No victimizarte, y eso es lo que precisamente hemos logrado con ATTTA, diciendo basta al "pobres nosotras", de acá, pum para arriba, y eso es lo que por lo menos a mí me ha ayudado" (Trans +)

"Lo importante de la no autodiscriminación es poder plantarse... Me planto en mis derechos y ejecuto el sistema. Y desde ese lugar... El tema es poder plantarse asumiendo quién soy" (UD+)

Asumirse, reconocer una condición, una identidad sexual, aceptar quién uno es tiene un efecto "liberador" y "de crecimiento". La mayoría de las personas sostienen que en ese momento, la vida les cambió significativamente. *"Antes era agotador, cansador, me alivió un montón"; "asumirse, a uno le quita la mochila de tener que jugar una doble vida ante la sociedad"; "alivia la carga que uno puede tener emocionalmente, la carga de tener que fingir o de mostrar algo que no es".*

El **develamiento** a los seres queridos, el poder compartir el diagnóstico con pares y otras personas significativas parece ayudar a sobreponerse y sentirse mejor. Asimismo, brinda fuerzas para continuar y seguir adelante con los proyectos propios.

"La aceptación como varón gay HIV+ es un doble trabajo, salir del closet "bueno, soy gay" y después salir del closet "soy positivo, estoy infectado"... En mi caso, es liberador. Me saca una mochila muy pesada desdramatizar el tema también me parece bueno... La visibilización es buena... Uno hace un trabajo de hormiga" (HSH+)

"Nosotras nos sacamos una re mochila cuando dijimos quiénes éramos, enfrentando todo lo que teníamos que enfrentar, que hoy lo analizamos, anteriormente era una lucha diaria, constante y hoy es un vacío y unas ganas de libertad" (Trans+)

"Me cuesta un poco tener que hablar, pero al mismo tiempo, cuando lo digo, como que es más fácil, la gente me entiende, y es un poco más fácil..." (UD+)

En particular, para los UD, "hablar", "dialogar", "explicar lo que les pasa", se presenta como un recurso fundamental debido a la fuerte percepción de incompreensión.

"Hay mucha gente que necesita... Mucho afecto, mucha comprensión, mucho oído, mucha, digamos, muchas formas de explicarle, cómo procesar las cosas" (UD-)

La **aceptación de los "otros significativos"**¹⁴ es uno de los recursos más frecuentemente nombrados para afrontar el estigma y la discriminación, ya sea en relación a su condición o al diagnóstico de VIH. El rol de sostén y contención emocional que la familia – madres, padres, hijos, hermanos –, la pareja y los amigos cumplen, está presente en todos los grupos entrevistados. *"Los familiares son importantísimos", "si voy con un amigo y ese amigo me acepta, es algo que suma siempre".* La confianza de un tercero puesta en la persona afectada, parecería colaborar en la generación de una mayor sensación de autoconfianza.

¹⁴ La necesidad de pertenecer y sentirse aceptado por otros es una motivación humana fundamental. Así, el concepto "otros significativos" se refiere a aquellas personas que poseen una gran influencia en la formación del autoconcepto y la autoestima del individuo y que son de gran importancia para el bienestar de la persona (Dehart, Pelham, Fiedorowicz, Carvallo & Gabriel, 2011).

“Me hizo muy bien que ella [su madre] dentro de la escasa información que tenía... me haya dicho, quedate tranquilo que yo también estuve expuesta... Y me ayudó mucho a sobreponerme... La familia en ese momento era lo que más me importaba” (HSH+)

“La fortaleza, primero, del reconocimiento de lo que tengo, que es mi mamá, y mis hijos” (UD+)

“¿Qué me ayuda a soportar el estigma? Que me hayan reconocido, sin haber ido yo a pedirles, que me hayan dado un diploma con mi nombre en la facultad cuando el profesor me buscó en la lista, por apellido y dijo “... a vos te dicen de otra forma, ¿no? Si, C. contesté, bueno, para mi sos C. Ahí, me hizo sentir orgullosa, me hizo sentir con ganas de seguir estudiando porque no tuvo una mala actitud para conmigo” (Trans-)

“Tuve la suerte de tener mi madre que me apoyó siempre, yo dije esto me gusta a los quince años, y mi madre me dijo “bueno, siendo que no te pongas pollera muy corta está bien”. Y entonces tenía un apoyo grandísimo... Cuando ya tenés atrás a tu familia, ya parece que, tenés un mayor grado de reconocimiento como persona” (Trans+)

“Esa calidad de vida que yo tuve, con una mamá contenedora, con una familia, una casa calentita, un trabajo, nunca me faltaron todas esas cosas” (UD+)

“Estaba en pareja ya hacía varios años, mi pareja es negativo, y él me insistió a que me haga los análisis... Y bueno, me los hice y lo tomé con soda y la pasé bien porque había una persona que me quiso y me apoyó” (Trans +)

Una de las situaciones que frecuentemente fue mencionada como recurso para sobrellevar el estigma, es el **“aprendizaje vicario”**. Nutrirse de la experiencia del otro, ya sea para saber cómo es vivir con VIH, cómo se sale del consumo o cómo se defienden los derechos, resulta una herramienta fundamental en todos los grupos entrevistados.

“Fue medio raro porque apenas me infecté empecé a conocer personas que estaban infectadas... Y me decían, no te hagas problema, yo también estoy infectado... No te hagas problema, yo hace 8 años que tengo y mirá... Esas cosas tan simples, tan sencillas, te dan un impulso de vida que en ese momento no tenés” (HSH+)

“Esto es lo que me ayuda a mí, escuchar a otros compañeros, que cayeron, que salen, porque vivir con VIH o ser usuaria de drogas o trabajadora sexual, todos los días estas un poquito hundida” (UD+)

El hecho de conocer a otra persona en la misma situación cumple un rol pedagógico. Por un lado, les permite conocer cómo viven otras personas que llevan años bajo tratamiento y están bien de salud. Por otro lado, es una forma de enfrentarse con el propio estigma y comenzar a derribar prejuicios.

“Ir al hospital y ver la cola de personas, que van desde... No sé, chicos de 17 años, a hombres y mujeres, porque tampoco eran solamente hombres [gays].... Y entonces ves personas, a lo mejor de 60 años que [también] están infectados...” (HSH+)

“... creo que a partir de estar en contacto con gente con VIH, en la cotidianidad, creo que cambio mucho la perspectiva de lo que era el VIH...” (HSH-)

“No es lo mismo que tengas un grupo con una psicóloga que con un operador que consumió toda la vida rehabilitado” (UD-)

De este modo, los **grupos de pares** y las **redes de apoyo** aparecen en todas las poblaciones como una herramienta de ayuda. Estos espacios brindan la oportunidad de aprender de los otros, compartir experiencias, expresar abiertamente sentimientos. Asimismo, permiten abordar temas difíciles desde el humor, tratando de alcanzar una actitud más positiva ante la negatividad que el estigma y la discriminación generan.

“Conocí a mis compañeros, muchas cosas, grupos de autoayuda y me fue bien” (UD-)

“... cambia ese tema de reírse, de matarse de risa, y más con las compañeras que nos tiramos palos, pero de buena onda, y te hace mirar la vida con más humor... y eso precisamente es como una terapia que ayuda a tener una mejor calidad de vida” (Trans+)

“En la cadena invisible de los favores creo que lo importante es estar del otro lado del hueco para poder levantar al que está caído porque seguramente en el lazo y en el puente invisible también hay otro que me está levantando a mí” (UD+)

Para muchas de las personas entrevistadas el **activismo** ha sido un recurso para salir adelante. En particular, para la comunidad trans, el activismo ha generado redes sociales y grupos de pares. El hecho de ayudar a otras para que no pasen por la misma vivencia, la lucha por los derechos del colectivo, son hoy los temas que dan sentido a sus vidas y una sensación de satisfacción. Como muchas han explicado, el activismo se convierte en una “doctrina”, “un fundamentalismo de la vida”.

“Me fui a Formosa a esperar mi muerte, ya pasaron diez años, pero encontré compañeras [de ATTTA] que fueron y de repente el hecho de trabajar me hizo estar viva” (Trans+)

“[la militancia ayudó] a crecer, a sentirme segura, yo misma sentir que no solamente puedo luchar por mí sino por las que están y por las que vendrán. Creo que me ayudó a darme cuenta que soy una persona que tengo capacidades, que yo pensé que sólo era la ama de casa, que sólo lavaba, plancha, hace los mandados, pasea al perro, cocina, atiende al marido... Nada más” (Trans-)

“Nosotras debemos tener otro aparato digestivo, porque terminamos tragando diablos y cagando santos, no sé cómo hacemos para transformar tanta

negatividad en cosas positivas [en referencia a su trabajo como activista]” (Trans+)

“Ser además de trans, con VIH, nos permitió abrir esa barrera para poder ser un nuevo par... Hay muchas que viven con VIH y no se sienten par, porque no tomaron esa decisión de revertir el estigma. El VIH significa muerte, sobretodo en nosotras a temprana edad... Darnos cuenta que pudimos pasar la barrera de los 35 años y que si seguimos en la vida...y que están todas... El activismo pasa a ser para nosotras un, ya casi una cosa de fundamentalismo de vida. Nuestra agenda de trabajo es la que reemplaza lo que para otra persona común incluye ir al psicólogo, ir a hacer un deporte, tener un espacio de recreación. A veces no salimos a bailar, no vamos al teatro, no estamos en pareja... Pero viste, esto de estar juntas y empezar a transmitirnos las experiencias y las cosas, ¡es la multiplicación!” (Trans+)

Asimismo, el activismo le brinda a la comunidad trans la posibilidad de lograr otro estatus social, una posibilidad de crecer, de alcanzar un trabajo formal reconocido por la sociedad, como el de funcionaria pública en organismos del Estado. Esta ubicación social se transforma en un medio para ser respetadas y escuchadas, generando así una suerte de inclusión social.

“Estuve dos meses internada, en la sala de hombres, pero en una habitación privada. Y yo encima de mi cama puse la remera de ATTTA con el lema “no a la transfobia” y arriba de eso “CC” [referencia al nombre de elección], para que no se equivocaran los médicos...” (Trans+)

“Tuve que sacar la credencial, decirle que era funcionaria pública, que no era una compañera de la esquina” (Trans+)

“Como que el activismo era la doctrina de vida que te iba a permitir llevar adelante el virus y después... Creo que eso prendió y hoy mira dónde estamos... Muchas trabajamos en el INADI, somos funcionarias públicas, defendemos a nuestras compañeras” (Trans+)

“... yo era en el barrio conocido como “el puto del perrito”, porque tengo mi perrito que lo paseo todos los días. Y a partir de la militancia, de la visibilización (sic) en los medios de TV, en los diferentes ámbitos, todos los ámbitos que vos quieras del estado y eso, yo soy la Sra. C., la coordinadora de ATTA” (Trans-)

Visibilizarse tanto en lo personal como en lo grupal pareciera ser un recurso valioso para disminuir las situaciones de estigma y discriminación, ya que ayuda a desarticular estereotipos. El empoderamiento que logran las personas al momento de reconocerse abiertamente como miembros de uno de los grupos estigmatizados, se presenta como un recurso para afrontar la estigmatización, principalmente entre los miembros de la comunidad gay y la comunidad trans.

“Hubo cambios culturales... Fundamentalmente con los medios de comunicación informando a la gente y gays mostrándose de la forma que eran... Así fueron aceptados de distinta manera... Los gays no tuvieron el miedo de la visibilidad” (HSH+)

“Ellos (compañeros de trabajo) me decían ‘yo estaba muy en contra del matrimonio gay, pero ahora me doy cuenta que era una necesidad’” (HSH-)

“La familia de ahora acepta más a las jóvenes, cosa que antes no lo hacían. Es porque estamos saliendo más, se está abriendo más, estamos saliendo más a la luz. Estamos encarando de otra forma, como dice ella, no salíamos mas con la pollerita. Somos una persona normal” (Trans-)

El **visibilizarse** no sólo genera que “el otro deje de hacer comentarios”, sino que brinda la oportunidad para generar un acercamiento, creando espacios para que el otro se interese, realice preguntas y se interiorice de las necesidades concretas de cada grupo. De este modo, se produce un “efecto multiplicador”, que en el caso del VIH, no sólo ayudaría a reducir el estigma, sino que también actuaría como medida preventiva y ayudaría a que las personas no sientan la necesidad de responder con violencia.

“Decir, bueno mira, sí lo tengo... Te cuento para que no te pase lo mismo que me pasó a mí... Por ese lado puede ser que se de la situación de poder... De poder modificar el entorno cercano y que eso sea multiplicador, pero en definitiva no está bueno tenerlo y habría que hacer todo lo posible para que eso no ocurra...” (HSH-)

“Si nosotros seguimos dejando que la gente sepa menos en todos los temas, vamos a seguir sintiéndonos discriminados. Entonces, es más fácil agarrar y hablar y decir, decirle a la gente cómo es, y plantarse libremente, yo soy así, van a ver que tienen menos trompadas que dar, y paredes que golpear” (UD+)

Sin embargo, el activismo y la visibilidad no surgen tan claramente como recursos para afrontar el E&D en los relatos de los UD. Posiblemente esta situación se agudice en los resultados del estudio debido a las características de la muestra, ya que sólo una minoría pertenecía a una red de usuarios, mientras la mayoría provenía de un centro de rehabilitación, por lo cual primó el rol de paciente sobre el de activista comprometido con la problemática.

Por otra parte, la sensación de “tocar fondo” o de llegar a una situación límite, en muchos casos ha generado una **necesidad de buscar nuevos recursos**, constituyéndose en una oportunidad para pensar en un proyecto futuro.

“Yo no quiero terminar con SIDA a los 40, yo no quiero terminar alcohólica, drogadicta, pegándoles a mis otras compañeras más chicas. Porque yo veía eso de otras más grandes que yo. Entonces yo decía, yo no quiero eso, yo no quiero eso. Y empecé a hacer otras cosas” (Trans-)

“Creo que si uno toca fondo, verdaderamente, te orienta, te orienta, te orienta” (UD-)

En particular, entre los usuarios de drogas, la **fe** y las **creencias religiosas** aparecen como un recurso para salir adelante. Posiblemente, la espiritualidad como pilar de una conducta resiliente se presenta solo en este grupo debido al perfil de los entrevistados.

“... estaba ya [con] el pie en el cementerio, pasé mucho, eh, vengo de varias... Estoy pasando esta etapa ahora, con la fortaleza y con la ayuda de Dios, ¿no?, bastante bien, porque ya como que estaba perdida” (UD-)

“Ayuda mucho la fe, muchísimo... Y más nosotros que desconfiamos mucho” (UD-)

Por su parte, el **marco político-legislativo**, incluyendo las **políticas públicas** de un país, sus **leyes y reglamentaciones**, cumplen un rol fundamental en la sociedad para crear o desarticular prejuicios en relación a ciertos grupos poblacionales considerados como “minorías”. En el caso de la comunidad gay, es notorio cómo los avances logrados han ido modificando la situación desde un grupo “altamente estigmatizado” a un ejercicio más pleno de todos sus derechos mediante leyes como “el matrimonio igualitario”. Este tipo de legislación así como los debates sociales que surgen alrededor de las mismas, colaboran ampliamente en la reducción de las situaciones de estigma y discriminación.

“... ahora, me parece que estuvo bueno, porque [el debate por la ley] removió un montón de cosas... Por lo menos dejó una pregunta, una duda: “será tan así como dicen”; “no será tan así”.... Me parece que estuvo bueno eso, porque hizo un replanteo de una postura” (HSH-)

En particular, la Ley de Identidad de Género sería para la población trans, un reconocimiento a su existencia y un reconocimiento de su persona. Esta ley se presenta como la base desde la cual poder comenzar a pensar en políticas sociales que se ajusten a las necesidades de esta población para garantizar el ejercicio de sus derechos.

“Para mí lo primordial sería que nos reconozcan primero como tales y recién ahí poder acceder a tal o cual cosa. Porque son niveles y etapas de la vida: la educación, el trabajo, el tener algo. Y para ir superándose, lo primordial es la identificación de las personas. Porque nosotras en realidad no tenemos acceso a la educación, a un trabajo, porque nosotras no existimos realmente” (Trans-)

“El reconocimiento a nuestra identidad trans, que nuestros documentos cambien el nombre y el género, no va a sacar la estigmatización y la discriminación, pero lo que sí nos va a dar es un reconocimiento legal para que podamos decir quiénes somos” (Trans+)

4.5.1. Impacto positivo del diagnóstico de VIH

En todos los grupos entrevistados se encontró que el impacto del diagnóstico de VIH también ha propiciado conductas, sentimientos y pensamientos que podrían considerarse como “positivos” y/o “saludables”. Muchos mencionaron que el hecho de recibir el diagnóstico les generó una “*percepción de cuidado*” de su salud, que excedía lo meramente infectológico.

En este sentido, algunos mencionaron que comenzaron a “*darle valor a la vida*”, generando así un fuerte compromiso, no solo con ellos mismos, sino un “*compromiso social*”. Una necesidad de ayudar a otros, para “*transmitir información*”, para evitar “*que a otro le pase*” lo mismo y “*allanar el camino de las generaciones más jóvenes*”.

“... entender que algo muere pero algo nace también”... Hay una sensación de muerte, pero también de hacer algo” (HSH+)

“... ese es un planteo, digamos, que uno se hace uno...cada uno desde su puesto de vida, decir ¿qué hago? Bueno, decidimos formar un grupo de reflexión de varones positivos... Y bueno, ¿qué hacemos con esto? ¿Qué puedo construir también con esto?” (HSH+)

“Voy a ver que la que viene después de mí, no pasen lo que yo estoy pasando, ni vivan lo que yo estoy viviendo y me toca vivir todavía” (Trans+)

“Necesito tener un activismo, estar delante de los chicos, sentir que hago algo por los usuarios de drogas, los del paco y los niños viviendo con VIH... Sigo sintiendo y sigo percibiendo el estigma y la discriminación... Salgo a hacer catarsis, no me puedo quedar llorando en mi casa. Entonces, soy activista, porque necesito buscar el cambio” (UD+)

5. Reflexiones finales.

En este apartado se presenta una síntesis de los resultados del estudio realizado, haciendo énfasis en las convergencias y divergencias entre las percepciones y vivencias de estigma y discriminación de los diferentes grupos estudiados, analizando el rol que el diagnóstico de VIH tiene sobre estas vivencias.

Igualmente, se examinarán los resultados de esta investigación cualitativa a la luz de los hallazgos del “Índice de estigma en personas que viven con VIH” (Petracci & Romeo, 2011) con la intención de identificar los matices a fin de brindar una explicación más profunda y comprehensiva de los mismos

5.1. Vivencia y ámbitos

- En principio, es importante subrayar que en todos los grupos entrevistados – HSH, trans y UD - surgieron relatos sobre situaciones de estigma y discriminación asociadas a su orientación sexual, su identidad de género y/o sus prácticas de consumo. Sin embargo, se observaron diferencias entre estos grupos en relación a las situaciones, los ámbitos, los recursos y al modo en que los procesos de E&D se desarrollaron.
- En todos los grupos, el contexto sociocultural y político-legislativo ha tenido un fuerte impacto tanto en el tipo de situaciones de E&D vividas como en los ámbitos en los que éstas se han experimentado. Para todos los grupos,

el **marco legislativo** cumple un rol fundamental en incrementar o disminuir el estigma de su grupo de pertenencia. Por ejemplo, para las trans, el no reconocimiento de su identidad de género, equivale al no reconocimiento como sujetos de derecho.

- La **familia y la escuela primaria** han sido para todos los grupos entrevistados, los primeros ámbitos en que comenzaron a ser estigmatizados y donde han vivido las primeras experiencias concretas de discriminación. En algunos casos esto significó el abandono temprano de sus hogares, el rompimiento de vínculos familiares, la migración hacia lugares que aseguren el anonimato, la deserción escolar y/o el padecimiento constante de actos de discriminación por acción u omisión por parte de sus compañeros y/o docentes.

- En relación al **ámbito laboral** se observan diferencias entre grupos. Las mujeres trans manifestaron que debido a la falta de educación y las dificultades para acceder al mercado laboral por su identidad de género, quedando por fuera del sistema formal, para muchas el trabajo sexual se presenta como única opción. Los UD relataron experiencias de E&D como resultado de la falta de confianza que despiertan en su entorno, ya que en este grupo la ilegalidad del consumo se asocia a una potencial transgresión de otras normas. Los HSH son los únicos que no vivieron experiencias directas de discriminación en este ámbito; aunque sí han percibido la estigmatización social de su grupo y han presenciado actos de discriminación dirigidos hacia terceros.

- En el mismo sentido, en el estudio del Índice se identificaron situaciones de E&D en el ámbito laboral vividas durante los últimos 12 meses. La discriminación laboral se midió a través de un índice compuesto x 3 indicadores: pérdida de empleo u otra fuente de ingresos, negación de un empleo u oportunidad de trabajo, cambio de la característica o naturaleza de su trabajo o negación de ascenso laboral. La aplicación de este índice demostró que al menos 22% de los entrevistados atravesó alguna situación de discriminación laboral, con mayor proporción entre los varones UD (31.4%) y las mujeres trans (25.1%), y menor proporción entre los HSH (20.5%).

- En relación al **sistema de salud**, en el discurso de las mujeres trans y los UD se lo menciona como un ámbito con altas barreras de acceso. Se describieron situaciones de desconocimiento por parte de los profesionales acerca de las problemáticas específicas de estas poblaciones, llegando incluso al maltrato institucionalizado y la culpabilización del propio sujeto por sus afecciones. Sin embargo, a diferencia de otros estudios (Bloch, 2010), este ámbito no ha sido mencionado por los HSH.

- La **vivienda y el lugar de residencia** también funciona como un ámbito de E&D, de acuerdo a lo planteado por los entrevistados. En todos los grupos se ha mencionado la preferencia por residir en ciudades grandes que garanticen el anonimato, en lugar de pequeños pueblos donde son fácilmente identificables. En el mismo sentido, en el Índice el 80% de los entrevistados manifestó que no se vio obligado a cambiar de residencia o fue incapaz de rentar alojamiento en los últimos doce meses, aunque sí el 61% admitió que ha pasado por esa situación alguna vez por otras razones no vinculadas al VIH.

- En particular, en los grupos de discusión de UD se planteó el hecho de residir en una villa como una de las principales vivencias de E&D. A esto se le agrega el tipo de sustancia consumida como un elemento diferenciador, distinguiendo el paco de la marihuana y asimilando al primero con la marginalidad y exclusión. Ambas condiciones – consumo de paco / residir en una villa – incrementan la vulnerabilidad para ser foco de un proceso de estigmatización y actos de discriminación.

- Por otra parte, las personas trans son las únicas que han mencionado la falta de **vivienda** como ámbito de E&D. La expulsión de sus hogares a temprana edad y la necesidad de migrar de ciudad, ha llevado a muchas a permanecer en situación de calle, en viviendas comunitarias donde conviven muchas veces en situación de hacinamiento o pagando precios sobrevaluados.

- De los tres grupos estudiados, las personas trans se presentan como el grupo más estigmatizado en todos los ámbitos, donde su propia identidad las ubica en un estado absoluto de vulnerabilidad. Esta exclusión ha cumplido un rol importante en detrimento de las necesidades básicas. En particular, el acceso a derechos básicos como la educación, la salud y el trabajo aparece

como denegado o en el mejor de los casos, se da en condiciones precarias, entendiéndose como una imposibilidad ejercer plenamente su ciudadanía.

- De igual forma, en el estudio sobre el Índice se muestra que, entre quienes han sufrido situaciones discriminatorias, las personas trans son sujeto principal de la discriminación en todos los ámbitos y quienes sufrieron esta situación con mayor frecuencia e intensidad. En el índice se ha aplicado una escala de intensidad de la estigmatización donde la media fue de 2.25, y la intensidad de la estigmatización en las mujeres trans fue de 2.51.

5.2. Estigma externo

- En todos los grupos se observó que los actos de discriminación dependían en gran medida de la visibilidad del atributo por el cual estas personas son estigmatizadas. Pasar desapercibido ayuda a no ser blanco de experiencias de discriminación. El estigma externo, como elemento devaluador está fuertemente asociado a estereotipos y prejuicios sobre ciertos rasgos físicos, conductuales y/o sociales a partir de los criterios de normalidad. (Goffman, 1968; Link & Phelan, 2001).

- De acuerdo a los resultados del Índice reflejados también en el discurso de los grupos, si bien el 59% atravesó alguna situación de estigma externo, el VIH no fue el principal motivo de discriminación, sino que en la mayor parte de los casos la discriminación surgió por “otras razones” o bien, por “el VIH y otras razones”. Por ejemplo, en el Índice se ha planteado que en el 54% de los casos de quienes sufrieron agresión física y en el 45% de quienes fueron acosados y amenazados, el motivo no fue el VIH. En cambio, entre quienes fueron excluidos de actividades sociales (34%) o de reuniones familiares (36%) la principal causa fue “el VIH más otras razones”.

- En el Índice se planteó que la principal situación de discriminación sufrida durante el último año fue la murmuración de otras personas sobre su condición respecto al VIH. La murmuración se convierte así en la primera

representación del estigma y situación estigmatizante. En la misma línea, en todos los grupos participantes de este estudio se mencionaron los **insultos verbales, señalamientos, miradas y murmuraciones** como una de las formas más comunes de E&D.

- Entre los hallazgos de los grupos de discusión tanto para los UD como para las trans, el estigma externo está fuertemente asociado a un estilo de vida marginal y una culpabilización por sus situaciones de vida. En los grupos de UD, surgió como una forma de estigma externo, el **desinterés** por su problemática tanto por parte de la población general como por sus seres queridos.

- Las mujeres trans son las únicas que han reportado actos de **amenazas, abusos y agresión** tanto física como psicológica. Estas situaciones han sido vividas en todas las esferas de sus vidas (familia, pareja, vecinos, instituciones y fuerzas de seguridad). Para la población trans, en particular, el **no respeto de su identidad** ha sido una de las experiencias de estigma externo de mayor impacto emocional e impedimento para el ejercicio de su ciudadanía.

- En particular, los HSH son los únicos que relatan que en su vida adulta, sólo han vivido situaciones de discriminación vicaria (experiencias de E&D dirigidas a terceros). En su mayoría, se trata de murmuraciones y burlas a espaldas de las personas hacia quienes van dirigidas. Para esta población, los avances sociales y legales del colectivo gay han hecho que el comportamiento “*políticamente correcto*” actúe como moderador en la puesta en acto del prejuicio.

- A primera vista en los grupos se ratifican los resultados del Índice, donde las personas trans aparecen como el grupo más altamente estigmatizado, mientras los varones gay como el grupo menos estigmatizado. Pero a diferencia del Índice, donde se indagó sobre las experiencias de los últimos 12 meses, en los grupos de discusión se obtuvo información sobre las vivencias a lo largo de la historia de vida, lo que permitió visualizar con mayor claridad las similitudes en las trayectorias vivenciales de ambas poblaciones. Al profundizar sobre estas diferencias en la presente investigación se observó que estos dos grupos presentan muchos puntos de encuentro en sus relatos sobre percepciones y experiencias de E&D, particularmente durante su infancia.

5.3. Estigma interno

- En el Índice se encontró que el 94% de los participantes atravesó alguna vez una situación de estigma interno, medido a través de un conjunto de sentimientos, actitudes y temores. Respecto a los sentimientos debidos a la condición de vivir con VIH el 44% se culpa a sí mismo, 40% tuvo sentimientos de baja autoestima, 36% se sintió culpable y 14% tuvo sentimientos suicidas.

- En todos los grupos de discusión se manifestaron sentimientos de **vergüenza, culpa, baja autoestima y frustración**, así como **temor a la no aceptación** por parte de sus otros significativos, debido a su orientación sexual, identidad de género o práctica de consumo. Asimismo, en los grupos de HSH y trans surgió la culpa ante la posibilidad de causar daño o lastimar a sus familiares. Mientras, en los grupos de UD surgió la sensación de **imposibilidad para confiar en sí mismos** y en sus propias capacidades.

- En todos los grupos, se observó que el estigma interno también tiene una dimensión comportamental, del “paso al acto”. Los entrevistados manifestaron **conductas de autoexclusión**, alejándose de espacios sociales y/o resguardándose en el anonimato. Para muchos, este comportamiento supondría una forma de protección ante el potencial daño emocional que la no aceptación de otros podría causarles. Es interesante destacar que estos actores sociales denominaron esta dimensión comportamental del estigma interno como conductas de “*auto-discriminación*”.

- Tanto en los UD como en las trans, los relatos en relación a sus reacciones ante el E&D tienen una impronta más cargada de enojo, **violencia y una vida a la defensiva**. La estigmatización despierta, según sus relatos, una necesidad de responder con la misma violencia como único recurso para ser escuchados o defender sus derechos. Sin embargo, existe una diferencia en la forma de responder a la vulnerabilidad entre ambos grupos. Mientras que las trans entrevistadas parecieran asentarse en el activismo para responder a las situaciones violentas, los UD, al no estar organizados, padecen una mayor desprotección en este aspecto y tan solo conviven con la frustración de no ser comprendidos.

- Pareciera surgir una diferencia entre los grupos en relación al estigma interno y al origen del atributo estigmatizante. Mientras que para los gays y las trans esta condición forma parte de su identidad, para los UD está ligada a una práctica o conducta. Dicha diferencia entre lo identitario - *y por tanto pensado por los entrevistados como más estable y no elegido* - y lo comportamental - *como algo quizás pasajero y opcional* - parecería cumplir un rol muy importante en la vivencia internalizada del E&D.

5.4. Estigma y discriminación en relación al VIH

- Al considerar al VIH/sida desde la perspectiva de la vulnerabilidad social y no sólo como consecuencia de los actos individuales de las personas (Bloch, 2010), es inevitable pensar en el estigma y la discriminación asociados al VIH como uno de los principales obstáculos para alcanzar los niveles de prevención deseados y garantizar el acceso a los servicios de salud de aquellas personas que hoy viven con el virus. De este modo, y en línea con lo planteado por Mann (1987), el estigma y la discriminación podrían convertirse en una de las más complejas epidemias que conlleva el VIH/sida, limitando así el pleno ejercicio de los derechos.
- El diagnóstico de VIH se presenta en las poblaciones de HSH, trans y UD como un atributo estigmatizante que conlleva situaciones de **multidiscriminación**. En este sentido, los resultados del Índice permitieron visualizar que generalmente el VIH no es el único motivo de discriminación sino que se agrega a otras motivaciones.
- En los relatos de los HSH, el elemento central de estigmatización en su vida adulta, ya no radica tan fuertemente en su orientación sexual como lo es en el diagnóstico de VIH. Posiblemente esto se deba a que los cambios sociales y legislativos hayan cumplido un rol fundamental en la disminución del estigma por orientación sexual.
- Sin embargo, en los grupos de UD, **su condición de usuarios de drogas**

se presentaría como una característica más estigmatizante incluso que el diagnóstico de VIH. Posiblemente esto se deba a la condena por la elección de un tipo de conducta ilegal y socialmente considerada como evitable, y por tanto más estigmatizante.

- En relación al estigma y la discriminación asociados al VIH, se observó que persiste en la sociedad el **“temor al contagio”**, aun entre las personas que hoy conviven con el virus. Este temor conlleva procesos de estigmatización y actos de discriminación y/o autodiscriminación. En la misma línea, según datos del Índice el 80% de los entrevistados manifestó que las experiencias de discriminación asociadas al VIH fueron consecuencia de la falta de comprensión de la gente sobre cómo se transmite el virus y por el temor a infectarse.
- Mientras que en el grupo de HSH, los participantes mencionaron principalmente **situaciones de rechazo** de amigos y/o potenciales futuras parejas, en el grupo de personas trans y usuarios de drogas, además de estas mismas situaciones, también se mencionaron dificultades en la vida cotidiana, como compartir mate y/o utilizar el mismo baño.
- Por otra parte, se observó que el VIH se convierte en una línea divisoria hacia el interior del mismo grupo estigmatizado, generando así una **discriminación intragrupal** que se materializa en conductas de rechazo e insultos. En general, el VIH y sus palabras asociadas son utilizados como adjetivos peyorativos.
- Respecto al discurso de los entrevistados y en concordancia con lo planteado por Sontag (1978), en general manifestaron que se tiende a **culpabilizar a la persona con VIH por su estatus serológico**. De este modo, no es extraño que al considerar el estigma interno, en todos los grupos se hayan descrito sentimientos de vergüenza y culpabilización por haber contraído el virus como así también innumerables situaciones de autoexclusión.
- En todos los grupos se ha mencionado que el diagnóstico de VIH también ha tenido un **aspecto “positivo”** en sus vidas en tanto ha generado en muchos casos la adopción de conductas más saludables, una preocupación por proyectar una vida más sana y organizada, como así también el inicio

de tareas solidarias en pos de ayudar a otros y prevenir la infección en las generaciones más jóvenes.

5.5. Impacto del E&D en el proyecto de vida y recursos para enfrentarlo

5.5.1. Impactos del E&D en el proyecto de vida

- Tanto en los grupos de HSH, como trans y UD se observa que debido al estigma percibido y la anticipación de la potencial respuesta de los otros al conocer su diagnóstico, son las mismas personas las que optan por conductas de auto-discriminación, abandonando espacios de socialización y limitando sus proyectos.

- En particular, **la conformación de una nueva pareja y la búsqueda laboral y/o proyección de carrera han sido los aspectos más frecuentemente mencionados en todos los grupos.**

- En el caso de las trans, muchos de los relatos revelaban que la vulnerabilidad y exclusión social, así como la constante discriminación e internalización del estigma, conlleva en gran parte del colectivo, sentimientos de **apatía en relación a sus proyectos de vida y cierto desinterés** por cambiar el status quo. En el caso de aquellas que sienten un fuerte compromiso por modificar las circunstancias, pensarse con planes a futuro implica una tarea difícil ante el fantasma de una “muerte joven”.

- En los grupos de UD el impacto del E&D sobre los proyectos futuros se presenta con una impronta muy fuerte debido a la creencia, tanto propia como de terceros, de una cierta imposibilidad de cambio y una constante recaída como consecuencia del consumo que no permite el mantenimiento de proyectos. En particular, el uso de pasta base y paco se asocia a un nivel de marginalidad que impacta sobre la calidad de vida y en la misma posibilidad de vivir de estas personas. En el caso de las mujeres UD su aptitud para el

ejercicio de la maternidad es cuestionado por las mismas participantes, por lo que están más estigmatizadas en relación a estas cuestiones.

5.5.2. Recursos para afrontar el E&D

- Los participantes, más allá de su grupo de pertenencia o estatus serológico, mencionaron los mismos recursos y herramientas para sobrellevar las situaciones de estigma y discriminación.

- **Aceptarse, visibilizarse y enfrentar temores**, se presentan en todos los grupos como acciones concretas para romper los prejuicios y una forma de ayudar a desarticular el estigma, tanto propio como de terceros.

- El **reconocimiento de su condición y el develamiento** parecieran tener un efecto liberador, que permite el crecimiento personal.

- Es interesante destacar, el rol fundamental que el **apoyo social** tiene como recurso para afrontar las situaciones de E&D. En todos los grupos, contar con la contención de algún miembro de la familia, tener una pareja o formar parte de un grupo de pares ha sido central para sentirse bien, más allá de las condiciones materiales de vida o de un diagnóstico de VIH. La red social inmediata puede cumplir una función “protectora” en la medida que genera capacidades individuales y colectivas, tanto materiales como simbólicas, para enfrentar situaciones adversas.

- Las **identificaciones con pares, el activismo** y la posibilidad de formar parte de una **red básica de apoyo** surgen como facilitadores de la construcción de una identidad social para la persona, que a su vez, hace a la conformación de la identidad del sujeto. Asimismo, estos espacios cumplen un rol pedagógico, facilitando un aprendizaje vicario para afrontar las situaciones de E&D.

- Si bien estos recursos se presentaron en distinta medida en todos los grupos, en el caso particular de las trans, el activismo brinda la posibilidad de

lograr otro estatus social y la de alcanzar un trabajo formal reconocido por la sociedad.

- En términos generales, los recursos que adoptan las personas para afrontar las situaciones de E&D parecieran depender más de sus propios **recursos subjetivos y de las capacidades resilientes de cada individuo** que de estrategias implementadas en un marco político - institucional.

- Sin embargo, en todos los grupos se mencionó cómo el **marco político-legislativo**, incluyendo las **políticas públicas** de un país, sus **leyes y reglamentaciones**, cumplen un rol fundamental en la sociedad para crear o desarticular prejuicios en relación a ciertos grupos poblacionales considerados como “minorías”.

- Al respecto, los resultados del Índice muestran que el 47% de los entrevistados conoce los derechos de las personas con VIH, en mayor proporción las mujeres trans (58%) y los UD (55%). Asimismo, el 60% conoce la Ley Nacional de Sida, y en mayor proporción los varones UD (68%).

- Por otra parte, en el Índice también se muestra que la gran mayoría de los entrevistados conocen organizaciones a las cuales recurrir en caso de vulneración de sus derechos. Sin embargo, dentro del 17% a quienes en el último año se les vulneró sus derechos como persona con VIH (30.3% de mujeres trans), la mayoría no inició acciones de reparación legal. Solo 4 de cada 10 iniciaron algún tipo de resolución de una situación discriminatoria por vía persuasiva (educación) o de enfrentamiento (confrontación, cuestionamiento), especialmente la población trans (51%), varones y mujeres UD (46% y 45% respectivamente).

Finalmente, es importante destacar el momento histórico, social y político en el cual se puede contextualizar la perspectiva de los actores. Este estudio se llevó a cabo a un año de la aprobación de la ley del matrimonio igualitario, en el preciso momento en que se estaba discutiendo la ley de identidad de género, y en pleno debate acerca de la despenalización del consumo de marihuana y de la inclusión del consumo de sustancias en la nueva ley de salud mental.

La implicancia que estos procesos tienen sobre la vida cotidiana de las personas entrevistadas, hace sugerir la necesidad de fortalecer y fomentar la inclusión de las poblaciones afectadas en el desarrollo de marcos legislativos acordes con los Derechos Humanos, siguiendo la lógica del llamado Principio de Mayor Involucración de las Personas con VIH (GIPA, por sus siglas en inglés).

En este sentido, la investigación se constituye en una herramienta estratégica para incluir de manera sistemática las experiencias, prioridades y perspectivas de las poblaciones involucradas. En base al proceso desarrollado se recomienda a quienes implementan iniciativas como el Índice de Estigma que complementen este tipo de estudios con investigaciones cualitativas que permitan enriquecer los hallazgos obtenidos

6. Referencias.

Bandura, A. (1962). Social learning through imitation. In M. R. Jones (Ed.), *Nebraska symposium of motivation* (pp. 211-269). Lincoln: University of Nebraska Press.

Barrón López, S., Libson, M., & Hiller, R. (2008). *Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH): Relevamiento 2007*. Buenos Aires: UBATEC.

Bloch, C. et al. (2010). *Condiciones de vulnerabilidad al VIH/sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans de la Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Bertaux, D. (1976). Histories de vies ou réciis pratiques? París Cordes. En *Approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, 197-225.

Bruno, D., Rojo, J. & Tufró, L. (2008). *De la desigualdad a la diferencia: sistematización de experiencias de prevención del VIH/Sida con población transexual*. Buenos Aires: UBATEC.

Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. & Kubiak, M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.

De Souza Minayo, MC. (2003). *Investigación Social: Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dehart, T., Pelham, B., Fiedorowicz, L., Carvallo, M. & Gabriel, S. (2011). Including others in the implicit self: Implicit evaluation of significant others. *Self and Identity*, 10(1), 127-135.

Duranti, R.E., Hessling, M.M., & Leone, G.D. (2007). *Atención de la salud de personas travestis y transexuales*. Buenos Aires: Coordinación SIDA, Ministerio de Salud.

Fernández, A.M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (1968). *La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Grimberg, M. (1995). Sexualidad y construcción social del HIV-Sida: Las representaciones médicas. *Cuadernos Médicos Sociales*, 70.

Hewit, J.P. (2002). The social construction of self-esteem. En S.J. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 135-147). New York: Oxford University Press.

Ibañez, J. (1979). *Más allá de la sociología*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Kosacoff, M. (2011). Discurso oficial de la Delegación Argentina, en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/sida, Junio 2011.

LeBel, T.P. (2008). Perceptions of and responses to stigma. *Sociology Compass*, 2, 409-432.

Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Makkonen, T. (2002). *Multiple, compound and intersectional discrimination: Bringing the Experience of the most marginalized to the fore*. Abo Akademi University: Institute of Human Rights.

Mann, J. (1987). *Declaración en reunión informativa sobre SIDA*, en la 42a Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas, 20 de Octubre, New York.

Ministerio de Salud de la Nación [MSN] (s/f). *Boletín sobre VIH/Sida en Argentina 2011*. Recuperado el 10 de enero de 2012 de <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/boletines-inves-publi/boletin-epidemiologico-2011.pdf>

Mendes Diz, A.M., Camarotti, A.C. & Schwarz, P. (2008). *Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/Sida*. Buenos Aires: UBATEC.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, 9-33.

Miric, M. (2003). Las huellas del Tabú, aproximaciones al concepto de estigma. *Paradigmas*, 1, 50-62.

Ottati, V., Bodenhausen, G.V. & Newman, L. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.) *On the Stigma of Mental Illness* (99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.

Pawlowicz, M.P., Galante A., Rossi, D., Goltzman, P. & Touzé, G. (2011). *El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas*. X Congreso Argentino de Antropología Social.

Pecheny, M. (2008). *Estudio sobre la situación social de las Personas Viviendo con VIH en la Argentina*. Buenos Aires: UBATEC.

Petracci, M. & Romeo, M. (2011). *Índice de estigma en personas que viven con VIH Argentina*. Buenos Aires: Fundación Huésped & Red de Personas Viviendo con VIH/sida de Mar del Plata.

Rosenberg, M. & Owens, T.J. (2001). Low self-esteem people: A collective portrait. En T.J. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Eds.), *Extending self esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 400-436). New York, NY: Cambridge University Press.

Rossi, D. & Goltzman, P. (2012). *Uso de drogas y VIH. Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación*. Dirección de sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación - Intercambios Asociación Civil, en prensa.

Sontag, S. (1978). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.

Suarez Ojeda, N. (1998). *Programa de Promoción de la Salud de los Jóvenes*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-48). Monterey, CA: Brooks/Cole.

7. Anexos.

7.1. Anexo A: Guía de Preguntas

GUIA de PREGUNTAS para GUPOS de DISCUSION

- 1) Presentación coordinadora y observadora
- 2) Presentación del proyecto
- 3) Brindar encuadre (confidencialidad/compartir desde la experiencia propia)

I. Estigma y discriminación

- ¿Qué entiende cada uno por Estigma y por Discriminación?
- Como grupo de [condición: HSH/Trans/UD], ¿perciben situaciones de E&D?
- ¿En qué ámbitos se presentan/podrían presentarse situaciones de E&D debido a su condición de [HSH/Trans/UD]?
 - o Laboral
 - o Salud
 - o Educativo
 - o Circuito/la movida
 - o Familiar /amistades

II. Estigma interno / estigma externo

- ¿Qué sentimientos ha experimentado al tomar consciencia de su orientación sexual?
 - o Vergüenza
 - o Culpa
 - o Castigo
 - o Baja autoestima
 - o Ideación suicida
- Como [HSH/Trans/UD], ¿a qué hechos/situaciones le temen en relación al E&D?
- ¿Qué hechos/situaciones efectivamente han vivido?
- ¿Ha sido excluido de alguna situación/actividad debido a su condición de [HSH/Trans/UD]?
 - o Sociales/recreativas
 - o Religiosas/culto
 - o Familiares (convivencia)
- ¿Ha vivido alguna situación de violencia o actos de discriminación debido a su condición de [HSH/Trans/UD]?
 - o Murmuraciones
 - o Presión psicológica/manipulación
 - o Insultos/ amenazas verbales
 - o Amenaza/acoso físico
 - o Agresión física
- ¿Quiénes han sido la fuente de tales actos de discriminación/violencia?
 - o Parejas
 - o Familiares
 - o Conocidos
 - o Desconocidos

III. Impacto del E&D en el proyecto de vida

- ¿De qué forma el E&D percibido se convierte en un obstáculo para tener una buena la calidad de vida?
- ¿De qué manera impacta sobre el proyecto de vida?
 - o Vida sexual
 - o Pareja
 - o Familiar/hijos
 - o Laboral
 - o Educativa
 - o Social/recreativa

IV. Significado del diagnóstico de VIH

- ¿Qué significó/significaría un diagnóstico de VIH en relación al E&D?
- ¿Qué sentimientos ha experimentado/cree que experimentaría ante el diagnóstico HIV+?
 - o Vergüenza
 - o Culpa
 - o Castigo
 - o Baja autoestima
 - o Ideación suicida
- ¿Cuáles son/serían los mayores miedos?
- ¿Qué miedos ha tenido/creen que tendría ante el diagnóstico HIV+?
 - o Murmuraciones
 - o Agresiones verbales
 - o Agresiones físicas

- ¿En qué ámbitos creen ustedes que podrían presentarse situaciones de E&D?
- ¿Cómo impactó/creo que impactaría en el proyecto de vida?
 - o Vida sexual
 - o Pareja
 - o Familiar/hijos
 - o Laboral
 - o Educativa
 - o Social/recreativa
- ¿Qué situaciones de estigma y discriminación (como las conversadas previamente) ha vivido/podrían vivirse debido al diagnóstico de VIH?
 - o Exclusión de actividades (sociales/recreativas/culto/familiares)
 - o Murmuraciones
 - o Presión psicológica/manipulación
 - o Insultos/ amenazas verbales
 - o Amenaza/acoso físico
 - o Agresión física

V. Recursos para afrontar el estigma

- ¿Qué aspectos de su vida han minimizado o ayudado a sobrellevar las situaciones de E&D debido a su orientación sexual?
 - o Red de apoyo social
 - o Nivel educativo / económico
- ¿Qué recursos han utilizado para enfrentar situaciones de E&D?
 - o Vinculación con organizaciones de la sociedad civil
 - o Información sobre derechos
 - o Red de apoyo social

- ¿Cómo varían estos recursos o aspectos de la vida según se trate de E&D por condición sexual o por diagnóstico de VIH? ¿Existen factores moderadores diferentes?
- ¿Qué impacto ha tenido visualizarse como gay?
- ¿Qué impacto ha tenido/piensa que tendría visualizarse como PVVIH?

7.2. Anexo B: Ficha Sociodemográfica

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

Estoy interesado en participar de los siguientes grupos de discusión:

- ☐ Personas Trans
- ☐ HSH (hombres que tienen sexo con hombres)
- ☐ Usuario de drogas

DATOS DE CONTACTO

Teléfono:.....

Email:.....

DATOS PERSONALES

Edad:.....

Sexo/genero:

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Trans

Vive en:

- ☐ Capital Federal
- ☐ Gran Bs. As. (localidad):.....
- ☐ Otra Provincia:.....

Escolaridad:

- ☐ Sin educación
- ☐ Primaria Incompleta
- ☐ Primaria Completa
- ☐ Secundaria Incompleta
- ☐ Secundaria Completa
- ☐ Terciario Incompleta
- ☐ Terciario Completa
- ☐ Universitaria Incompleta
- ☐ Universitaria Completa

¿Pertenece usted a alguna de las siguientes categorías? (puede seleccionar más de una opción)

- ☐ Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH)
- ☐ Gay o lesbiana
- ☐ Transgénero
- ☐ Usuario de drogas
- ☐ Usuario de drogas intravenosas

Por favor, indique desde que año pertenece a esa/s categoría/s:

.....

¿Ha participado o participa usted de alguna agrupación/ONG que trabaje con los grupos mencionados previamente?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha sido diagnosticado HIV+?

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Ha participado anteriormente de alguna investigación en relación a estigma y discriminación?

- ☐ Sí
- ☐ No

7.3. Anexo C: Modelo de Matriz

Variables	HSH -	HSH +	Trans -	Trans +	UD -	UD +
Definiciones						
Estigma						
Discriminación						
E&D y “condición”						
Ámbitos						
Situaciones						
Estigma interno						
Estigma externo						
E&D y VIH						
Ámbitos						
Situaciones						
Estigma interno						
Estigma externo						
Impacto sobre el proyecto de vida						
Recursos para afrontar estigma						

Nuestro agradecimiento a quienes participaron en los grupos de discusión y compartieron su testimonio.

También agradecemos especialmente los aportes realizados a este documento por María Pía Pawlowicz, del equipo de Investigación de Intercambios Asociación Civil.

Este trabajo está dedicado a todas las personas con VIH que padecen el estigma y la discriminación de distintas formas, y en particular a quienes nos acompañaron en este proceso y lamentablemente hoy ya no están con nosotros.

En memoria de Betiana Benitez y Claudia Pía Baudracco, reconocidas líderes trans argentinas participantes de los grupos de discusión con los que se elaboró este informe, quienes fallecieron antes que esta publicación salga a la luz.



en colaboración con



con el apoyo de



LEVI STRAUSS FOUNDATION