LA COMUNIDAD DE LA CUAL NO HABLAMOS: VULNERABILIDAD SOCIAL, CONDUCTAS DE RIESGO Y VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE TRANSGÉNEROS EN PUERTO RICO

Rodríguez-Madera, S. y Toro-Alfonso, J.
Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras

RESUMEN

El término transgénero (TG) acoge una variedad de identidades de género que se desvían de las nociones tradicionales. Los/as TG's hombre-a-mujer (H-M) están en alto riesgo al contagio con el VIH/SIDA. Sin embargo, en el caso de Puerto Rico y los Estados Unidos, los informes del Departamento de Salud no les reconocen como un grupo particular, sino que les incluye como parte del porciento de hombres que tienen sexo con hombres. Esta ausencia refleja la invisibilidad que caracteriza sus vidas.

En este estudio con 50 TG's H-M identificamos los factores que les vulnerabilizan a la infección con el VIH/SIDA en el contexto puertorriqueño. Entre ellos resaltamos la forma en que se construyen socialmente las identidades de género, las actividades sexuales en las que se involucran, la pobreza, las pocas redes de apoyo social, los obstáculos en el acceso a los servicios sociales y la presión del aparato policial. Esta información puede resultar importante para el diseño y desarrollo de esfuerzos preventivos para el VIH con esta población.

Palabras claves: transgéneros, género, VIH/SIDA

ABSTRACT

The concept transgender (TG) describes a variety of non-traditional gender identities. Male-to-female (MTF) TG people are considered at high risk for HIV infection. Still, in Puerto Rico and the United States, the Department of Health's statistical data does not differentiate between TG's and men who have sex with men. This lack of recognition reflects the invisibility that characterizes the lives of TG's.

In this study with 50 Male-to-Female TG's, we identified factors that influence TG's vulnerability to HIV infection in Puerto Rico's context. Some of them are: the manner in which society constructs gender identities, high risk sexual practices, poverty, lack of social support, lack of access to social and governmental services, and police harassment. These findings are relevant for the design and development of HIV preventive efforts with this population.
Key words: transgenders, gender, HIV/AIDS

INTRODUCCIÓN

Puerto Rico es uno de los países de mayor incidencia de VIH/SIDA en América (OMS/OPS/ONUSIDA, 2001). Una tercera parte de las personas que se contagian con el virus forman parte de la categoría de riesgo denominada como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la cual representa la tercera categoría con mayor número de personas infectadas reportadas (PASET, 2001). La misma presupone que esta población es homogénea, por lo tanto no permite discriminar entre los miembros que la componen. Mucho menos es sensible a las identidades sexuales de aquellas personas que se alejan del género impuesto por su sexo morfológico. La consideración de la anatomía sexual como el denominador común da paso a una significación errónea de estas personas como hombres, sin tomar en cuenta cómo ellas se auto-perciben. Esto nos deja sin datos claros sobre la prevalencia del VIH/SIDA en este grupo.

Para este grupo de personas que transgreden las nociones existentes sobre el género parece haber ningún tipo de reconocimiento. Ante la necesidad de clasificar, les hemos nombrado transgéneros (TG's); término sombrilla que se emplea para describir a toda persona que desafía los papeles sexuales "tradicionales" y que abarca la diversidad de expresiones de género incluyendo desde las manifestaciones de la moda hasta las dragas[1], andrógenos (bigéneros), travestis, transformistas, intersexuales (hermafroditas) y transexuales (American Educational Gender Information Service, 2001, Bockting, Robinson y Rosser, 1998; Lunievicz, 2001).

Un factor importante para denominaciones más específicas es la dirección del cambio. Los/as TG's mujer-a-hombre (M-H), son aquellas personas que nacieron con una anatomía sexual femenina pero se conciben a sí mismas como masculinas. Los/as TG's hombre-a-mujer (H-M), incluyen a quienes nacen con una anatomía de varón pero se asumen como entidades femeninas (Nangeroni, 1999). Para fines de nuestro estudio estaremos haciendo referencia a los/as TG's H-M, quienes conforman la muestra de este trabajo.

En la actualidad, los/as TG's son personas consideradas en alto riesgo al contagio con VIH/SIDA (Sykes, 1999). Los estudios realizados con miembros de esta comunidad en diversas partes del mundo así lo identifican (Bockting, Rosser y Scheltema, 1999; Gattari, Rezza, Zaccarelli, Valenzi y Tirelli, 1991; Inciardi, Surratt, Telles y Pok, 2001; Kok, Ho, Heng y Ong, 1990; Modan et al., 1992; Namaste, 2000; Sykes, 1999; Toro-Alfonso, 1995). Sin embargo, en el caso de Puerto Rico y los Estados Unidos, los informes estadísticos que se generan en el Departamento de Salud no les reconocen como un grupo particular, sino que se les incluye como parte del porciento de HSH. Esta ausencia refleja la falta de reconocimiento y validez social que caracteriza las vidas de las personas TG's. Esta invisibilidad que conforma su escenario de vida y muerte es la causa de muchos de los factores que les afectan y les vulnerabilizan para que incurran en la práctica de conductas que van en detrimento de su salud física y emocional (Namaste, 2000; Sykes, 1999). La ignorancia y la transfobia[2] (York, 2000) que permea en la sociedad con respecto a este grupo afecta directamente su calidad de vida (Nangeroni, 1999) e influye en la forma en que se les aborda en los esfuerzos preventivos. Este desconocimiento y la falta de compromiso con la comunidad TG puede dar cuenta de la ausencia o el fracaso de intervenciones dirigidas a prevenir el contagio de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Bockting et al., 1998). Por otra parte, encontramos que las agendas de muchos esfuerzos preventivos responden a diseños dirigidos al trabajo con hombres *gay*. Esto último puede estar relacionado a la confusión que prevalece entre lo que son identidades y orientaciones sexuales.

CUANDO LA ANATOMÍA NO ES DESTINO: DEBATES ENTRE IDENTIDADES Y ORIENTACIONES

La confusión existente entre lo que son las identidades y las orientaciones sexuales es evidente. Estos términos son importantes cuando hablamos de las posibilidades inherentes a las sexualidades de los seres humanos. En el caso de las personas TG's la incertidumbre que causa la desintegración del binomio género hace que se pierda de perspectiva la diferencia entre dichos conceptos.

Para poder hablar de identidades y de orientaciones hay que inevitablemente hacer referencia a lo que es ser hombre y ser mujer. El sujeto no nace hombre o mujer sino que se identifica y se constituye como tal en sociedad (Butler, 1990; Collazo-Valentín, 1999). Desde su nacimiento, el sexo anatómico pasa a ser la base en la cual se inscriben los significantes culturales: hombre/mujer. No obstante, no es la diferencia anatómica exclusivamente la que conforma estas categorías, sino el resultado de un proceso complejo de culturación y socialización que crea los discursos prevalecientes que serán reproducidos por las personas. De esta manera, es que el sujeto internaliza las funciones, los roles y las características que la sociedad atribuye a cada uno de los sexos anatómicos, siendo el género el artificio cultural donde se inscriben dichos significantes (Wallach-Scott, 1999a).

El género puede ser entendido como las regulaciones sociales que intentan organizar las relaciones entre hombres y mujeres en las sociedades. Por lo tanto, el sexo y el género son expresiones basadas en la diferenciación sexual y representan una forma de organizar la percepción y no una mera descripción de un fenómeno transparente (Nakano-Glenn, 1999). Una mirada a la construcción del género implica examinar las reglas, las leyes y los arreglos institucionales de los grupos sociales que organizan y mantienen las diferencias entre los hombres y las mujeres. Estas diferencias no son sólo corporales y sociales, sino sexuales y psicológicas (Wallach-Scott, 1999a).

La sociedad en la que vivimos fomenta la creación y perpetuación de categorías dicótomas y excluyentes en las cuales no existen espacios que legitimen los procesos fluidos (Wallach-Scott, 1999b). Lejos de concebir que la elasticidad es un elemento que caracteriza la formación y la transformación de las identidades, se entiende que éstas tienen que ser asumidas de una manera estática y rígida. Las identidades de género, las identidades sexuales y las orientaciones son constructos que están socialmente predeterminados y responden a unos intereses particulares. Estas categorías son principios organizadores de las relaciones sociales y se basan en una distribución desigual del poder (Vance, 1999). Además, regulan las manifestaciones del ser, tanto en la esfera de lo público como lo personal. Entiéndase con esto que el control social invade los espacios físicos y psíquicos de cada ser humano, siendo el género uno de los criterios más importantes para significar y organizar la vida de las personas dentro del marco histórico-socio-cultural que nos acoge.

A raíz de lo anterior podemos entender por qué históricamente se ha asumido a la anatomía sexual como destino. Si naces con una anatomía sexual de varón se entiende que te harás hombre y te manifestarás a nivel cognoscitivo, emocional y conductual con todos los atributos que caracteriza y fomenta lo masculino (Mock y Martínez, 1995). Este mismo fenómeno ocurre con la mujer. Tal dictamen invade la forma en que nos percibimos, identificamos, actuamos, y cómo nos relacionamos con otras personas.

Las identidades y orientaciones sexuales guardan entre sí una relación estrecha. Tradicionalmente, la orientación sexual se ha definido como la atracción o preferencia hacia uno u otro género para establecer relaciones afectivas y eróticas (Alves de Almeida, 1999; Mock y Martínez, 1995). Por su parte, las identidades representan la posibilidad de constituirnos como sujetos y definir quiénes somos en el mundo. Paralelamente, es la forma en que nos sometemos al proceso de control tras posicionarnos en categorías externas ya constituidas (Alves de Almeida, 1999). De esta manera podemos ver cómo las orientaciones tienen que ver directamente con nuestras identidades ya que pasan a ser constituyentes integrales de las mismas. Ambos constructos deben ser entendidos a partir de un análisis profundo de la complejidad del ser.

Aunque en instancias, las líneas divisorias entre las identidades y las orientaciones sexuales dan la impresión de desaparecer cuando hacemos referencia a un ser humano que se significa como mujer a pesar de que su anatomía sexual lo inclina a ser hombre, la orientación sexual tiene que ser entendida desde otra perspectiva. El hecho de que las personas TG's suelen ser etiquetadas como homosexuales responde a que sus identidades transgresoras traspasan múltiples categorías. Desde el imaginario popular las personas *gay* y TG's se conciben como "harina del mismo costal" (Alves de Almeida, 1999). Con este hecho se obvia que categorizar a alguien como *gay*, heterosexual o bisexual puede resultar en un absurdo ya que dichas etiquetas, como son comúnmente utilizadas, carecen de sentido y de aplicabilidad a los/as TG's (American Educational Gender Information Service, 2001).

Una conceptualización de las identidades sexuales como procesos fluidos puede dar cuenta en parte de cómo la anatomía no tiene que ser requisito definitorio de los seres humanos y no tiene que ser principio organizador. El sujeto sexuado no debe responder a un simple dato anatómico que facilite a la cultura la clasificación de los cuerpos como hombres o mujeres (Collazo-Valentín, 1999). Hay que tomar en cuenta la interpretación particular que hace la persona de su cuerpo.

Un acercamiento al enigma TG implica tomar en cuenta una multiplicidad de factores que influyen en la constitución de sus identidades. Se ha trabajado el tema desde diferentes perspectivas, en su mayoría desde posturas que intentan patologizar a los/as transgresores del género. El DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (American Psychiatric Association, 1994) les incluye en su lista de trastornos mentales. Esto ejemplifica el alto precio que pagan las personas TG's por encarnar una ruptura paradigmática que desmantela las bases del orden social. Las consecuencias directas se reflejan en su funcionamiento físico, psicológico, social, y sexual (Ettner, 1999).

La opresión y la discriminación hacia este grupo asumen múltiples niveles en nuestra sociedad. Una de sus caras es la inadecuacidad de muchas leyes en nuestro sistema que restringe no sólo a los/as TG's sino a miembros de otras minorías, y no

les permite disfrutar de los mismos derechos y privilegios que otras personas. Dichas leyes y políticas públicas no respaldan a la comunidad TG y son obstáculos evidentes en contra de derechos civiles básicos como: tener acceso a los servicios sociales y de salud, poder contraer matrimonio, tener oportunidades laborales justas, tener derechos parentales que les apoyen, entre otros (American Educational Gender Information Service, 2001; Harper y Schneider, 1999; Schneider, 1994). Además de las sanciones legales que enfrentan en el día a día, está el discrimen social manifestado en forma de abuso físico y verbal por parte de personas que se han dado a la tarea de degradarles y perseguirles. Las personas TG's encuentran esta hostilidad en la mayoría de las instituciones sociales como la familia, la religión, las escuelas y universidades, y el trabajo (Harper y Schneider, 1999).

En los últimos años se han realizado algunos estudios dirigidos a explorar los factores que afectan a esta población (Alves de Almeida, 1999; Bockting et al., 1998; Kok et al., 1990; Modam et al., 1992; Sykes, 1999; Toro-Alfonso, 1995). La epidemia del VIH/SIDA ha contribuido en gran medida a motivar a investigadores e investigadoras a prestarles atención como personas en alto riesgo a la infección con el virus del VIH. La urgencia de la prevención es comprensible, sin embargo, hay que detenernos a evaluar los factores sociales que no sólo les vulnerabilizan ante la epidemia sino que además les coloca en una evidente desventaja social.

ESTUDIOS CON TRANSGÉNEROS: ROMPIENDO EL SILENCIO

Como mencionamos previamente, las estadísticas de VIH/SIDA no distinguen a los/as TG's en las categorías de riesgo existentes por lo que resulta difícil cuantificar la prevalencia de la infección con el virus en este grupo. Los estudios efectuados en Estados Unidos (Israel y Tarver, 1997) y Europa sugieren cifras alarmantes, particularmente en el grupo de TG's que trabajan en la industria del sexo. Los hallazgos de una investigación realizada en San Francisco (Califia, 1999) indican que en un grupo de 392 transexuales H-M, más de una tercera parte era VIH positivo. Esa misma cantidad de personas realizaba el trabajo sexual. En un estudio llevado a cabo en Atlanta (Bockting et al., 1999) se identificó que el 68% de 53 travestis que laboraban en la industria del sexo eran seropositivos. Sykes (1999) encontró en California que el 48% de los/as participantes TG's que se habían hecho la prueba dieron positivo. En Roma, Gattari, Renza, Zacarelli, Valenzi y Tirelli (1991) identificaron que el 86% de 22 TG's que trabajaban en la industria sexual y eran usuarios/as de drogas, tenían el virus.

Algunos estudios que han comparado la prevalencia de VIH entre trabajadores/as del sexo (hombres, mujeres, y transexuales) han encontrado que estos/as últimos/as están en mayor riesgo (Bockting et al., 1998; 1999; Modan et al., 1992).

En un estudio con trabajadores/as sexuales en Singapure (Kok et al., 1999) se encontró que las personas TG's practicaban con mayor frecuencias conductas de riesgo para infección con el VIH que otras poblaciones y no mostraban tener conciencia sobre las implicaciones que podría tener esta condición en sus vidas. Por otro lado, se ha encontrado que los/as TG's que trabajan el sexo usan más frecuentemente el condón con clientes que cuando se relacionan con otras parejas (Bockting et al., 1999). Sin embargo, es una práctica común que algunos clientes ofrezcan más dinero por tener relaciones sexuales sin condón (Gattari et al., 1991; Schifter, 1998).

Los factores de riesgo para el contagio con el VIH que se han identificado en la población de TG's que trabajan en la industria sexual son: a) una menor frecuencia en el uso del condón, b) tener múltiples parejas sexuales, c) práctica frecuente de sexo anal sin protección, d) utilización de drogas inyectables, e) compartir jeringuillas, y f) la interacción entre prácticas sexuales con el uso de drogas inyectables (Bockting et al., 1999; Gattari et al., 1991; Kok et al., 1990; Modan et al., 1992; Namaste, 2000; Sykes, 1999). A pesar de que los factores de riesgo pueden ser enumerados, los esfuerzos para prevenir el VIH/SIDA que han tenido un impacto efectivo en esta población son mínimos (Sykes, 1999). Esto puede deberse a que no se toma a esta comunidad como objetivo específico en el desarrollo y diseño de las intervenciones (Bockting et al., 1998, 1999).

Entre los trabajos que sí han enfocado en esta población, podemos mencionar varios. Bockting, Rosser y Scheltema (Bockting et al., 1999) informaron que lograron impactar positivamente las áreas de conocimiento y actitudes sobre el VIH/SIDA, pero no pudieron lograr cambios en las conductas de riesgo que realizaban los/as participantes. Igualmente, en un estudio llevado a cabo en Singapure con 77 transexuales trabajadores/as sexuales (Ratnam, 1990), se encontraron datos similares a los de Bockting y colaboradores ya que reflejaban un aumento en el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA; aunque no pudieron lograr que practicaran conductas de sexo más seguro.

En Costa Rica, Schifter (Schifter, 1998) en el primer estudio en el país sobre el SIDA en HSH investigó los factores de riesgo para el contagio con VIH, para luego desarrollar programas de información y educación que disminuyeran el mismo. Este investigador utilizó una metodología cualitativa con la finalidad profundizar más en el tema del travestismo, el cual parecía ser uno desconocido para las personas que se especializaban en la salud mental en ese país.

En Río de Janeiro (Peterson y Szterenfeld, 1992) se implementaron unas intervenciones preventivas que incluían la participación activa de trabajadores/as sexuales que servían como agentes de salud y como enlace entre el proyecto y la comunidad. La utilización de trabajadores/as de alcance TG's es un elemento que se ha incorporado también en otros proyectos preventivos. Por ejemplo, formaron parte

de intervenciones implementadas en Boston, Filadelfia, Nueva York y San Francisco (Bockting et al., 1998). En las Filipinas, la *Remedios AIDS Foundation* incluyó como parte de las actividades de su intervención a 18 TG's que fungieron como educadores/as en la prevención de VIH/SIDA en su comunidad (Sescon, 1999). En Puerto Rico, el "Proyecto Ponte el Sombrero" de la Fundación SIDA contó con la participación de una transexual que sirvió como enlace con la comunidad TG (Toro-Alfonso, 1995).

Podemos notar que la mayor parte de los esfuerzos preventivos están dirigidos a personas que trabajan en la industria del sexo. No obstante, es importante resaltar que los peligros en el trabajo sexual van mucho más allá de las ETS y el VIH (Neilsen, 1999). Resulta difícil tener resultados exitosos en intervenciones motivadas a reducir el riesgo a la infección, si se continúa obviando otros asuntos que afectan la salud mental y física de estas personas. Los factores que vulnerabilizan a los/as TG's, trabajen o no en la industria del sexo, están directamente relacionados a la marginación, al prejuicio social, y a la falta de apoyo. Como comunidades marginadas son víctimas de: a) rechazo por parte de la comunidad en general y por la comunidad *gay* en particular (Toro-Alfonso, 1995), b) rechazo de su familia, c) ausencia de servicios de salud, d) pobreza, e) escasez de escenarios laborales que les acepten, f) adicción, g) prejuicios, h) racismo, i) un sistema judicial que ha sido implacable, j) maltrato físico y emocional, entre tantos otros (Bockting et al., 1998; Bockting et al., 1999; Israel y Tarver, 1997; Lunievicz, 2001; Sykes, 1999; Toro-Alfonso, 1995).

Algunos estudios han evidenciado estos factores. Uno de estos, que contó con la participación de 392 TG's H-M (Israel y Tarver, 1997), reveló que: a) dos terceras partes habían estado en prisión; b) la mitad no contaba con una vivienda estable ni con seguro médico; c) una tercera parte utilizaba drogas intravenosas y esa misma cantidad habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los pasados seis meses. Por otra parte, Sykes (1999) identificó que la mitad de la muestra de su estudio informó haber solicitado algún tipo de servicio social y el 36% reportó haber experimentado barreras en recibirlos debido a su género. Según la autora, estos factores pueden influir en que las personas TG's decidan involucrarse en la industria sexual e incurrir en prácticas de riesgo.

En un estudio con 26 TG's, Bockting, Robinson y Rosser (1998) encontraron que les afectaba la estigmatización, que a su vez contribuía a experimentar sentimientos de vergüenza, baja auto-estima, soledad, aislamiento, ansiedad, y depresión. Identificaron además, que todos estos factores correlacionaban alto con conductas de riesgo para el VIH. Por su parte, Toro-Alfonso (1995) resaltó que el 68% de la muestra de su estudio mencionó haber experimentado con regularidad síntomas asociados a niveles altos de estrés y ansiedad como: dolor de cabeza, cansancio, insomnio, y sentimientos de pena y tristeza constante.

Aún cuando hemos presentado las desventajas que pueden asociarse al trabajo en la industria del sexo, debemos enfatizar que el mismo representa para los/as TG's un escenario que suple varias necesidades. Por un lado, es una fuente de ingreso que contribuye a que salgan económicamente a flote, particularmente cuando enfrentan tantos problemas para conseguir empleos. Por el otro, puede formar parte del proceso de transición y validación como persona TG, donde pueden hacer realidad las fantasías, obsesiones y compulsiones nacientes de su identidad (Raymond, 1996).

En Puerto Rico, la industria del sexo es ilegal aunque muy productiva. Por lo general cuando el Estado intenta destruir esta práctica, lo único que logra es silenciarla momentáneamente. Las intervenciones policiacas en unos lugares lo que promueve es una movilización inmediata a nuevas áreas (Schifter, Madrigal y Toro, 1997). Esta persecución es una de las máscaras que asume el prejuicio y el discrimen hacia esta población y evidentemente les posiciona en una marcada desventaja. Por otra parte, está el hecho de que se les estigmatiza y etiqueta como criminales y se les acusa de diseminar ETS y el VIH/SIDA (Toro-Alfonso, 1995). Estos factores, sumados a otras experiencias de marginación ya señaladas, abonan a que podamos entender porqué el riesgo de contagio con VIH/SIDA aumenta en este grupo.

Hemos mencionado y enumerado los factores que son más frecuentemente identificados en la literatura como los responsables de vulnerabilizar a la comunidad TG ante la epidemia del VIH/SIDA. No obstante, creemos pertinente resaltar la importancia de estudios que respondan a la diversidad de los contextos socioculturales existentes. La identificación de los factores y las necesidades que afectan a esta población deben preceder el diseño y desarrollo de esfuerzos de prevención. Motivados por esta preocupación desarrollamos este estudio con miembros de la comunidad TG en Puerto Rico.

MÉTODO

Participantes

El reclutamiento de los/as participantes de este estudio se llevó a cabo con la ayuda de una persona transexual que sirvió de enlace con su comunidad. Contamos con la participación voluntaria de 50 personas cuya edad promedio fue de 27 años. Más de la mitad (54%) nació en el área metropolitana de San Juan. Un 62% informó que vivía solo/a en un apartamento o casa al momento del estudio. Encontramos que la mayoría (74%) laboraba en la industria sexual. Un 40% informó tener otros empleos en ventas independientes, negocios de comidas rápidas o como estilista,

maquillista, o floristero/a. En la Tabla 1 presentamos otras variables sociodemográficas de interés.

Tabla 1. Variables Demográficas

Datos Demográficos	#	%
Identificación de género		
Transexuales	37	74
Travestis	16	32
Transformistas	6	12
Dragas	3	6
Nivel de escolaridad		
No terminó escuela superior	12	24
Escuela vocacional	5	11
Estudios en institutos	10	20
Estudios universitarios	7	14
Ingreso Mensual (US)		
0-100	2	4
101-500	10	20
501-1000	19	38
1,001-2,000	2	4

Nota: La sumatoria de las frecuencias no concuerda con la N total debido a dos razones primordiales: hubo participantes que se identificaron con más de una categoría de género y no todos/as respondieron a las preguntas de la sección demográfica.

Instrumentos

Para el estudio adaptamos un instrumento desarrollado por Corby & The State Office of AIDS (1999). El mismo fue desarrollado en inglés y diseñado para administrarse en entrevistas tipo "cara a cara" (Sykes, 1999). Consta de siete secciones que cubren: a) información específica sobre la población de interés (ej: anatomía sexual, identificación de género), b) información sociodemográfica, c) conocimiento y actitudes sobre el VIH/SIDA, d) recursos y educación sobre el VIH, e) conductas sexuales con parejas fijas, f) conductas sexuales con otras parejas, incluyendo cantidad y tipos de parejas, y g) uso de substancias.

Partiendo de este instrumento, desarrollamos (Rodríguez-Madera y Toro-Alfonso, 1999) un cuestionario en español auto-administrable en el que incorporamos cambios al formato y a las preguntas. Lo sometimos a revisión de cinco expertos/as y realizamos un estudio piloto. La batería final constó de 6 escalas.

Procedimiento

Los cuestionarios de este estudio fueron repartidos a los/as participantes por la persona enlace. Le entregamos los instrumentos, las Hojas de Consentimiento y los incentivos (US 20 por participante).

Una vez que tuvimos los 50 cuestionarios completados, entramos la información a un banco de datos creado en el programa SPSS *(Statistical Program for Social Sciences*). Finalizada esta fase, realizamos los análisis descriptivos pertinentes (frecuencias y porcientos) de las variables del estudio.

RESULTADOS

Identificación de Género de los/as Participantes

La mayoría (92%) nació con una anatomía sexual masculina; el resto (8%) informó haber nacido con ambos sexos. Sólo el 68% utilizó el término TG para describirse. El 52% se sentía cómodo/a con el género femenino y un 34% con ambos géneros. Compatible con lo anterior, cerca de la mitad (48%) informó que se presentaba ante las demás personas como miembro del género femenino y un 30% oscila entre los dos géneros.

Conocimiento y Actitudes sobre el VIH/SIDA

Más de la mitad de los/as participantes (57%) manifestaron niveles altos de conocimiento sobre el VIH/SIDA. Observamos un mayor conocimiento en los reactivos sobre conocimiento general del virus y modos de transmisión. Por otro lado, las áreas en las cuales pudimos notar un menor conocimiento estaban relacionadas a las pruebas, al sistema inmune, a epidemiología y a las enfermedades oportunistas. Observamos que relacionaron el *sexo más seguro* principalmente a la utilización de condones, la reducción de parejas sexuales y a no intercambiar de fluidos corporales (Figura 1).

Cerca de la mitad (45%) se percibían con igual riesgo de contagio con VIH que el resto de las personas. El 27 % consideraba que estaba a mayor riesgo y el 14% a menor. El 45% de la muestra no había realizado cambios en sus conductas sexuales para evitar el contagio con este virus y un porciento similar sí lo había hecho (Figura 2), entre los que se destacaron el uso del condón en el sexo anal y oral.

Figura 1.- Definiciones de Sexo más Seguro

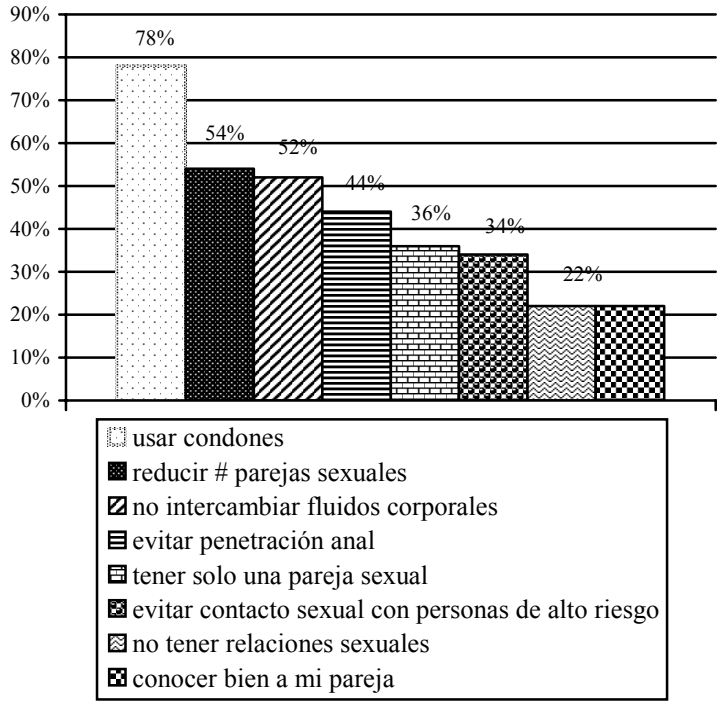
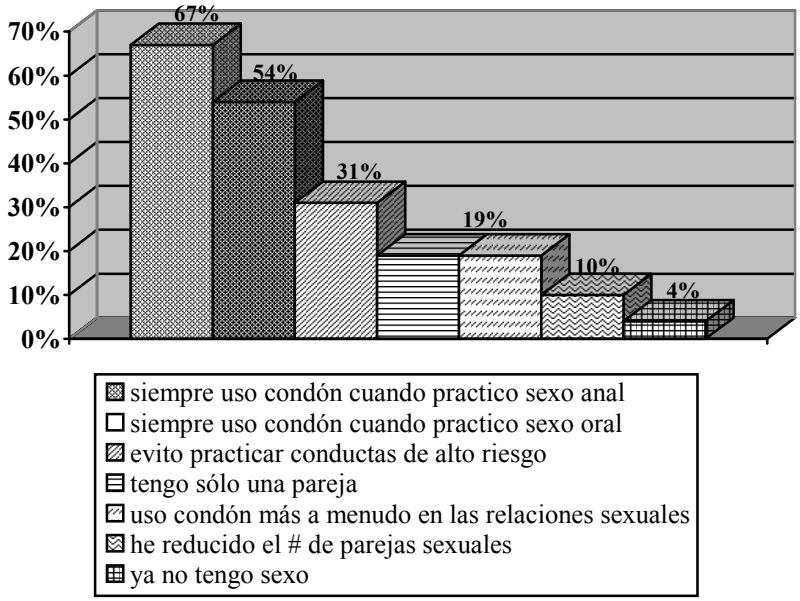


Figura 2.- Cambios en Conductas para Evitar el Contagio con el VIH



Recursos de Apoyo Social

La mayoría de las personas (76%) se habían hecho la prueba de anticuerpos al VIH. El 42% informó que había pasado un año o más desde la última vez que se hizo la prueba. El 14% resultó positivo y un 5% dijo no saber los resultados. Muchas de las personas (62%) que nunca se la habían hecho lo justificaron diciendo que "estaban seguros/as de no ser positivo". El 18% informó que había tenido ETS.

Identificaron que el Departamento de Salud, los laboratorios, y los/as médicos privados eran los tres escenarios donde se habían hecho la prueba de anticuerpos. Las organizaciones de comunidad, los/as conferenciantes, y las amistades fueron identificadas como las fuentes que más les proveyeron información sobre el VIH/SIDA durante el último mes.

Los servicios sociales y gubernamentales más necesitados por los/as participantes fueron: cuidado médico general (16%), cupones para alimentos (28%), empleo (18%), vivienda (28%), y ayuda legal (10%).

Conductas Sexuales Practicadas

Cerca de la mitad de los/as participantes (48%) informaron tener parejas fijas. En el último mes, un 74% informó haber tenido relaciones sexuales con pargos[3] y el 66% había tenido relaciones sexuales con personas que no eran su pareja fija ni pargos.

Parejas Fijas (PF)

El 60%-80% de los/as participantes las describieron como personas que no se inyectaban drogas u otras substancias, no eran VIH positivo o tenían SIDA, y no tenían sexo con otras personas. El 54% informó que se protegía *siempre* que tenía sexo con su PF utilizando condones, el 25% *a veces* y el 21% dijo que *nunca* se protegía. Casi todas las PF (92%) eran de género masculino.

Parejas No Fijas (PNF)

La mitad de las personas (50%) habían compartido sexualmente con 1 a 10 PNF, las cuales en su mayoría (91%) eran de género masculino. El 64%-73% informaron que no sabían si estas sus PNF se inyectaban drogas u otras substancias, si eran VIH positivo o tenían SIDA, o si tenían sexo con otras personas. El 85% de la muestra informó que se protegía *siempre* que tenía sexo con las PNF utilizando condones y el 15% *a veces*.

Pargos

El 34% de los/as participantes se habían relacionado con más de 40 pargos en el último mes, en su mayoría de género masculino (94%). El 78%-83% no sabían si estos se inyectaban drogas u otras substancias o si eran VIH positivo o tenían SIDA. El 81% informó que *siempre* se protegía con condones cuando tenían sexo con pargos y el 19% se protegía *a veces*. Observamos que los/as participantes tienden a practicar con mayor frecuencia una variedad de conductas sexuales, penetrativas y no penetrativas, con los pargos que con otras personas (Figura 3).

Utilización de sustancias controladas

Más de la mitad de la muestra (56%) consumía alcohol y marihuana (Figura 4). Casi ningún/a participante había compartido jeringuillas y un porcentaje bajo conocía lo que era el "Programa de Intercambio de Jeringuillas". Sólo el 7% informó que había dejado de utilizar drogas como una manera de evitar el contagio con el VIH.

Figura 3.- Conductas Sexuales

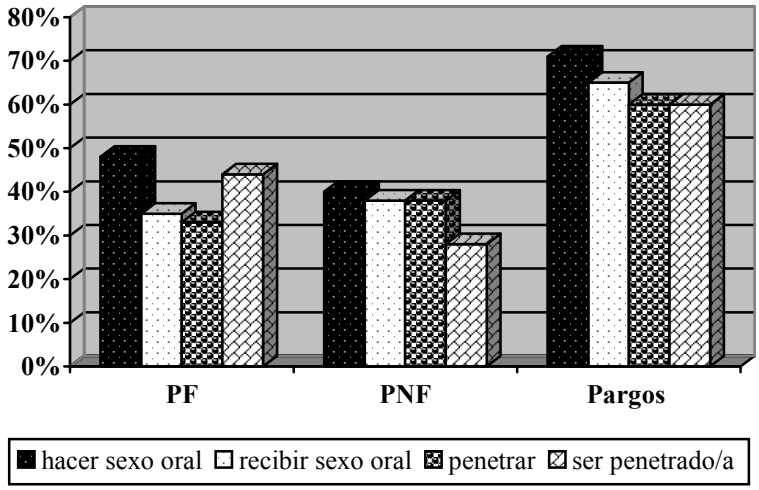
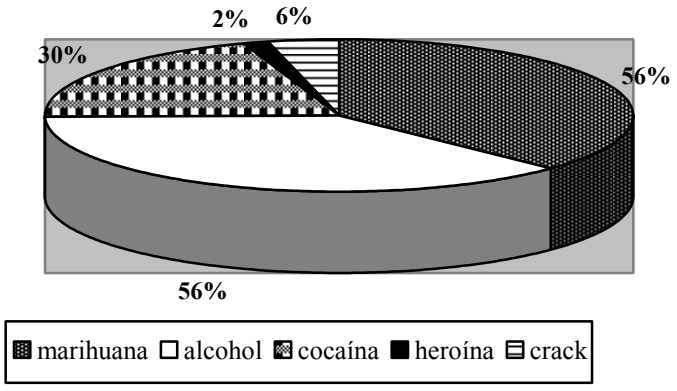


Figura 4.- Utilización de Drogas y Substancias Controladas



Procesos y experiencias como Persona Transgénero

De las personas transexuales, la mitad (50%) no estaba operada y un 22% estaba pre-operada. Ninguna se ha sometido a la cirugía de reasignación sexual. Aunque algunas de las personas se identificaron como TG's de toda la vida o desde hace mucho tiempo, el 30% señaló que desde hace cinco años o menos. Por otra parte, encontramos que la mayoría (67%) podía expresar su identidad abiertamente las 24 horas del día o lo planificaban hacer en el futuro.

Una gran parte (31%) se había sometido a algún tipo de cirugía cosmética, de las cuales las más frecuentes fueron la cirugía facial, el agrandamiento de caderas, y los implante de senos. Sólo el 24% recibía seguimiento médico para sus operaciones. Entre las razones para no recibir seguimiento mencionaron que no sabían a dónde ir, no estaban interesados/as, el costo, o pensaban que no era necesario. Tres cuartas partes (75%) identificaron que utilizaban hormonas.

Muy pocas personas (16%) habían asistido a terapeutas para trabajar asuntos relacionados al género y la mayor parte (60%) expresó interés en asistir a uno/a. En términos de los obstáculos encontrados por ser TG: un 55% entendía que había sido víctima de discrimen, la mitad (50%) había confrontado problemas para obtener empleos, y un 10% había sido despedido/a del trabajo. Por otro lado, un porciento relativamente alto (42%) mencionó haber tenido problemas para recibir servicios sociales o había sido arrestado/a (36%). El 24% de estos últimos/as estuvieron en prisión en su mayoría durante el pasado año. Las personas informaron que sus redes de apoyo social esencialmente estaban compuestas por sus amistades y por la figura materna.

DISCUSIÓN

En términos generales podemos decir que los/as participantes de este estudio eran transexuales relativamente jóvenes, residentes de la zona metropolitana de San Juan, con niveles de escolaridad mixtos (esencialmente poca preparación académica), con un bajo ingreso mensual que provenía mayormente del trabajo sexual, y con altos niveles de consumo de alcohol y de marihuana. La empleabilidad de la mayoría recayó en la esfera informal (subempleos) lo que implica que no reciben beneficios como: seguro médico, paga por enfermedad o por vacaciones, acumulación para el seguro social, entre otros. Los empleos de quienes no trabajaban en la industria sexual, o de quienes tenían otras fuentes complementarias a los ingresos provenientes de esta industria, no eran especializados ni requerían preparación académica formal. A excepción de los empleos relacionados al campo de la belleza y las artes (ej: floristería, estilismo). Estos últimos, ameritan de una preparación en el área y son muy comunes entre la población femenina y miembros de la comuni-

dad *gay*. Por lo mismo, la competencia es alta y los escenarios limitados lo que podría contribuir a una disminución en las opciones laborales. Esta precisamente es una de las posibles razones por las cuales muchos/as TG's optan por trabajar el sexo, aunque también hay quienes por su poca o ninguna preparación académica no encuentran más opciones (Toro-Alfonso, 1995). Por otro lado, existen otras posibles explicaciones para que una persona decida laborar como trabajadora sexual. Por ejemplo: (a) lo consideran un ingreso fácil, (b) pueden cubrir sus necesidades de drogas, (c) porque sencillamente les gusta, y (d) debido a que los niveles de homofobia/transfobia internalizada y social no le permitirían hacer otra cosa ya que han interiorizado que "esa" es su única alternativa de trabajo (Toro-Alfonso, 1995).

En Puerto Rico, el costo de vida es alto por lo que pensamos que la mayoría de estas personas enfrentan problemas económicos. Sus módicos ingresos suelen ser empleados en el pago de vivienda, la alimentación, la parafernalia necesaria para su transformación corpórea, las cirugías, la compra de hormonas y de drogas y/o alcohol para quienes son usuarios/as. Además, para quienes realizan el trabajo sexual, aunque no exclusivamente, el lucir bellas implica una serie de gastos adicionales que asciende en ocasiones a los miles de dólares americanos por las demandas del vestir y de ajustar sus cuerpos a los íconos existentes que dictan cómo una mujer sensual y deseada debe lucir (ej: esbelta pero voluptuosa, curvilínea). La competencia por los pargos crea la necesidad de incurrir en este tipo de gastos, más aún cuando estos tienden a pagar más dinero por mujeres más bellas y fabulosas (Schifter, 1998).

Resulta interesante el rol de la subjetividad en el proceso de identificación de género. Como prueba de la elasticidad que caracteriza el constructo género, encontramos entre nuestros/as participantes personas que se asumían como mujeres (aunque conservaban su pene), que se asumían como hombres (con cuerpos alterados), y quienes sentían que pertenecían a ambos géneros. Aunque la mayoría de las personas informaron sentirse cómodas perteneciendo al género femenino o incorporando características de ambos, ninguna se había sometido a la cirugía de reasignación genital. Aclaramos que no todas las personas que parecían encajar en nuestra definición conceptual sobre lo que es ser TG, se identificaban a sí mismas como tal. Esto ejemplifica cómo las categorías de por sí podrían resultar reduccionistas o estigmatizantes para algunas personas. Un fenómeno similar fue descrito por Sykes (Sykes, 1999) ya que entre los/as participantes de su estudio (TG's H-M) había quienes consideraban que las etiquetas de género tenían unas connotaciones negativas ya que no se identificaban como TG's sino simplemente como "mujeres".

La muestra presentó un nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA moderadamente alto, particularmente en aspectos relacionados a la información general. Sin embargo, esto no ocurrió en los reactivos que presentaban información más especializada o técnica. Se podría decir que en los/as participantes contaban con el

conocimiento en torno a lo que es sexo más seguro y que parecían otorgarle importancia a la protección mediante el uso del condón. Por otra parte, llama la atención que a pesar de que los estudios con poblaciones TG's les identifican en alto riesgo a la infección con el VIH (Gattari et al., 1991; Inciardi et al., 2001; Kok et al., 1990; Modan et al., 1992; Namaste, 2000; Sykes, 1999; Toro-Alfonso, 1995), cerca de la mitad de los/as participantes (45%) mostraron una baja percepción de riesgo para el contagio con el VIH razón por la cual la probabilidad de contagio no es motivación para realizar cambios conductuales. Este hallazgo es congruente con el planteamiento de Sykes (Sykes, 1999) que ubica a las personas TG's en niveles poco realistas sobre su riesgo lo que puede influir en la práctica de conductas no seguras. Además, favorecen la tesis de que el conocimiento es un pobre predictor de conducta. Díaz (1998) expone que tanto el conocimiento como las actitudes pueden ser predictores importantes de las intenciones de llevar a cabo una acción, sin embargo, el acto o la conducta tiene que ver con otros factores psicosociales y contextuales que facilitan o debilitan el plan de acción previamente formulado (intenciones).

Tomando en consideración que ubicamos a la comunidad TG con una alta frecuencia de conductas de riesgo, resulta alarmante que sólo el 76% de los/as participantes se había hecho la prueba de anticuerpos. Ese signo de interrogación sobre el porciento restante adquiere notable relevancia al tomar en cuenta que un 14% resultó positivo en la prueba de anticuerpos. Ante el hecho de que casi la totalidad de la muestra estaba activa sexualmente, se hace evidente cómo la percepción de riesgo irreal puede influir en que las personas decidan no hacerse la prueba de anticuerpos para el VIH ya que sienten seguridad de no ser positivas.

En cuanto a las fuentes de información sobre el VIH, se destacaron las organizaciones de comunidad y las amistades. Éstas también fueron mencionadas entre las principales fuentes que les suplían los condones. El papel que juegan las amistades en esta comunidad parece ser uno muy importante (Schifter, 1998; Toro-Alfonso, 1995), ya que además forman parte de su limitada red de apoyo. Aunque es innegable el valor que se le puede otorgar a la función de las amistades, no necesariamente son las personas más capacitadas para orientar sobre las ETS y particularmente sobre el VIH/SIDA. Esto puede dar cuenta de la urgencia que existe en este grupo por educadores/as en salud y entidades que se comprometan con su bienestar. Interesantemente, las fuentes de difusión masiva como la televisión, el radio, el periódico, el cine, y las revistas no fueron identificadas como fuentes de información sobre estos temas.

En relación a las necesidades que tiene esta comunidad por los servicios sociales, encontramos que a pesar de sus bajos ingresos la cantidad de personas que mencionó necesitar o recibir ayudas económicas es poca, contrario a los hallazgos de Toro-Alfonso (1995) en los cuales el 47% informó que recibía ayuda social del

Estado (cupones de alimento y/o bienestar público). Los/as participantes presentaron un número elevado de contactos sexuales con pargos y con parejas no fijas. Cerca de la mitad identificó tener parejas fijas con las cuales se protegían menos en comparación con las parejas no fijas o pargos. Como era de esperarse el conocimiento que creen tener los/as participantes sobre sus PF es evidentemente mayor que cuando comparten con otras personas. Esto puede estar relacionado a que se protejan menos. Otro factor que puede explicar lo anterior recae en el discurso que prevalece en nuestra sociedad sobre el amor romántico y la forma en que éste debe manifestarse dentro del contexto de las relaciones de pareja. Estos hallazgos tienen implicaciones que podrían cuestionar la forma en que los esfuerzos de prevención de VIH enfatizan en la dimensión individualista de la persona (ej: protégete, hazte la prueba) y no en las relaciones de parejas.

Por otra parte, a pesar de que el conocimiento sobre las parejas no fijas y los pargos es mínimo, en cuanto a factores de riesgo para el VIH de esas personas, hay participantes que informaron que había veces que no se protegían. En torno a las conductas sexuales practicadas, destacamos lo siguiente: a) quienes trabajaban el sexo estaban en disposición de realizar una mayor variedad de prácticas que incluyen conductas de alto riesgo, (b) el sexo oral fue la conducta más practicada con los pargos, parejas fijas y parejas no fijas, y (c) el dejarse penetrar fue identificada como una conducta mayormente practicada con parejas fijas.

Los hallazgos sobre el uso de drogas y alcohol corroboran lo encontrado en otros estudios. Primero, porque algunos estudios han revelado que estas prácticas alcanzan cifras altas en esta población (Bockting et al., 1998; Schifter, 1998; Toro-Alfonso, 1995). Segundo, porque se ha relacionado el trabajo sexual con el uso de drogas ya que "es una actividad que requiere mucha energía física y una actitud psicológica que demanda un estado alterado de la conciencia" (Schifter, 1998, p. 105). Tercero, porque vivir siendo una víctima constante del discrimen social necesita de una "anestesia para el dolor" que es una de las funciones atribuidas a las drogas.

Ninguna de las personas transexuales del estudio se había sometido a la cirugía de reasignación genital. Pueden haber múltiples explicaciones como: el costo, que es un paso definitivo que amerita un proceso mucho más complejo, y en el caso de quienes trabajan el sexo precisamente el gran atractivo recae en que son "mujeres con pene"; lo que se traduce a dinero.

En relación a otras transformaciones corporales, la mayoría usa hormonas y una tercera parte se ha sometido a cirugías para implantes de senos, agrandarse las caderas y alterarse el rostro. Obviamente, el acceso y el costo que implica el uso de hormonas no equipara al de las cirugías.

El discrimen es un factor en la cotidianidad de las personas TG's. Para algunas se hace más evidente que para otras. Los obstáculos encontrados para obtener em-

pleos y para recibir servicios sociales por razones de género pueden dar cuenta de muchos de los hallazgos aquí presentados. Sumado a esto, quienes laboran en la industria sexual llevan a sus espaldas el peso de la "ilegalidad" lo que que le añade a su lista de problemas una cantidad de arrestos impresionante y tiempo pasado en prisión. La mayoría de los/as participantes coinciden en que sus redes de apoyo social quedan reducidas a básicamente a tres opciones: las amistades, la madre y los/as hermanos/as. Pensamos que en relación a estos dos últimos podría haber un factor de deseabilidad social, ya que se ha encontrado que la familia suele ser una fuente de discriminación social para las personas TG's y otras minorías sexuales (Toro-Alfonso, 2000).

Para resumir, entre los factores que vulnerabilizan a este grupo ante la epidemia del VIH/SIDA podemos destacar los siguientes: las actividades sexuales en las que se involucran, la pobreza, las pocas redes de apoyo social, el poco acceso a los servicios sociales y la gran presión del aparato policial. En general, los hallazgos de este estudio presentan una información que puede resultar importante en el desarrollo de estrategias de prevención para el VIH/SIDA en la comunidad TG. Por otra parte, pueden contribuir a identificar los elementos importantes en la constitución de las identidades y en la expresión de las mismas. Podemos derivar, a la luz de estos resultados y de la revisión de literatura, que la sociedad se torna en un escenario hostil para las personas TG's. Los obstáculos experimentados en su cotidianidad que enmascaran el prejuicio, el discrimen, la injusticia y la falta de respeto por la diversidad están contribuyendo directamente a que la calidad de vida de estas personas se vea afectada irremediablemente. Estos factores que llevan a la marginalización de esta comunidad y a que carezcan de apoyo guardan una relación directa con la práctica de conductas auto-destructivas.

Los esfuerzos de prevención de VIH dirigidos a esta población deben estar acompañados de un compromiso y de otras estrategias que trabajen con el problema desde su raíz. El trabajo con esta población requiere: a) identificar sus fortalezas y debilidades como grupo, b) respetar la individualidad de cada cual, c) entender las implicaciones de estas identidades en un microcontexto y en un contexto social más amplio, d) reflexionar sobre cómo nos afecta a nosotros/as como trabajadores/as de la salud y como seres humanos la reconceptualización de las identidades como pluralidades cambiantes, y no como un constructo singular, estático y ahistórico, e) comenzar a deconstruir nociones polarizadas e inalterables sobre los individuos (ej: género, orientación sexual), f) ser más accesibles y desarrollar escenarios de apoyo contínuo, g) identificar estrategias educativas focalizadas en esta población, y h) educar a los/as pares sobre aspectos relevantes a la salud ya que ellos/as juegan un rol importante en la vida de las personas TG's. En resumidas cuentas, hay que favorecer la legitimación de aquellos/as que se atreven a transgredir las nociones que la sociedad impone sobre el género y la sexualidad, y contri-

buir a empoderarles para que puedan retar las imposiciones inherentes al proceso de marginalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves de Almeida, S.J. (1999). Transexuais: Anjos ou demônios. *Revista Terapia Sexual, 11,* 29-32.

American Educational Gender Information Service (2001). Transgénero, ¿qué significa? [en línea] 2001. [Citado 20 de agosto de 2001]. Disponible en: *http://www.youthresource.com/espanol/librería/transgenero.htm*

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4ta ed. Washington, DC: APA.

Bockting W.O., Robinson, B.E. y Rosser, B.R. (1998). Transgender HIV prevention: A qualitative needs assessment. *AIDS Care, 10*, 505-526.

Bockting, W.O., Rosser, B.R. y Scheltema K. (1999). Transgender HIV prevention: Implementation and evaluation of a workshop. *Health Education Research: Theory and Practice, 14,* 177-183.

Butler J. (1990). *Gender trouble*. New York: Routledge.

Califia, P. (1999). Love me gender [en línea] 1999. [Citado 12 de julio de 1999]. Disponible en: *http://www.thebody.com/poz/features/10_99/html*

Collazo-Valentín LM. (1999). *¿Qué es la mujer?: Revisión del signo mujer a través de las nociones sexo, género y rol* [tesis de maestría]. San Juan (PR): Universidad de Puerto Rico.

Corby ,N. (1999). *The State Office of AIDS. Outreach Based HIV-Related Behavioral Surveillance*. Long Beach (CA): California State University.

Díaz, R. (1998). *Latino gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior*. New York: Routledge.

Epstein, S.(1990). Gay politics, ethnic identity: The limits of social constructionism. En: Stein E, (ed.). *Forms of desire* (pp. 239-293). New York: Routledge.

Ettner, R. (1999). *Gender loving care*. New York: W.W. Norton & Company.

Gattari, P., Rezza, G., Zaccarelli, M., Valenzi, C. y Tirelli, U. (1991). HIV infection in drug using transvestites and transsexuals. *European Journal of Epidemiology, 7,* 711-712.

Harper, G. y Schneider, M. (1999). Giving lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities a voice in community research action. *The Community Psychologist, 32,* 41-43.

Inciardi, J.A., Surratt, H.L., Telles, P.R. y Pok, B.H. (2001). Sex, drugs, and the culture of travestismo in Rio de Janeiro. En, WO Bockting, S Kirk (eds.). *Transgender and HIV: Risk, prevention, and care* (pp. 1-11). New York: The Howard Press.p.

Israel, G.E. y Tarver, II. D. (1997). *Transgender care*. Philadelphia (US): Temple University Press.

Kok, L.P., Ho, M.L., Heng, B.H. y Ong, Y.W. (1990). A psychosocial study of high risk subjects for AIDS. *Singapore Medical Journal, 31,* 573-80.

Lunievicz, J. (2001). Transgender positive. Body Positive, IX. [en línea] 1996. [Citado 20 de agosto de 2001]. Disponible en: *http://www.thebody.com/bp/nov96/transg.html*

Mock, G. y Martínez, W. (1995). *Sexualidad: Sus conceptos básicos*. San Juan (PR): Editorial Cultural.

Modan, B., Goldsschmidt, R., Rubinstein, E., Vonsover, A., Zinn, M., Golan, R., Cherit, A. y Gottlieb-Stematzky, T. (1992). Prevalence of HIV antibodies in transsexual and female prostitutes. *American Journal of Public Health, 82,* 590-592.

Nakano-Glenn, E. (1999). The social construction and institutionalization of gender and race: An integrative framework. En, Marx Ferree M, Lorber J, Hess B, (eds.), *Revisioning gender* (3-43). Thousand Oaks (CA): SAGE.

Namaste, V.K. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexuals and transgendered people*. Chicago (US): The University of Chicago Press.

Nangeroni, N.R. (1999). Transgenderismo: Transgrediendo las normas del género [en línea] 1999. [Citado 17 de julio de 1999]. Disponible en: *http://members.xoom.com/_XOOM/Crisalida/nancy.html*

Neilsen, G. (1999). Por qué los servicios sanitarios deberían trabajar con la industria del sexo. *Boletín Médico de IPPF, 33*, 1-2.

OMS/OPS/ONUSIDA (2000). Boletín epidemiológico, 21 [en línea] 2000. [Citado 13 de septiembre de 2001. Disponible en: *http://www.paho.org/Spanish*

PASET (2001). Reporte de vigilancia. San Juan (PR).

Peterson, C. y Szterenfeld, C. (1992). Organizing a project with community-based health agents recruited from prostitutes in Rio de Janeiro. *Public health, 106,* 217-223.

Ratnam, K.V. (1990). Efficacy of health education programme on awareness of AIDS among transsexuals. *Singapore Medical Journal, 31,* 33-37.

Raymond, J. (1996). The politics of transgenderism. En Ekins R, King D, (edss). *Blending genders* (pp. 215-223). New York: Routledge.

Rodríguez-Madera, S. y Toro-Alfonso, J. (1999) *Cuestionario sobre Vulnerabilidad Social y Conductas de Riesgo al VIH/SIDA en Personas Transgéneros*. San Juan (PR): Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, Universidad de Puerto Rico.

Schifter, J. (1998). *De ranas a princesas: Sufridas, atrevidas y trasvestidas*. San José (CR): Editorial ILPES.

Schifter, J., Madrigal, J y Toro, J. (1997). *Ojos que no ven…Psiquiatría y homofobia*. San José (CR): Editorial ILPES

Schneider, M. (1994). *Transgender as an issue for Psychology and APA [informe]*. Board for the Advancement of Psychology in the Public Interest, American Psychological Association (US).

Sescon, J.N. (1999) Mobilizing the transgenders for HIV prevention through cultural presentation [en línea] 1999. [Citado 17 de julio de 1999]. Disponible en: *http://www.hain.org/badaf7/transgenders.html*

Sykes, D.L (1999). Transgendered people: An "invisible" population. *California HIV/AIDS Update, 12*, 82-85.

Toro-Alfonso, J. (1995). Trabajo en promoción de salud en una comunidad de trabajadores sexuales en San Juan (Puerto Rico) y la prevención del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 13,* 55-70.

Toro-Alfonso, J. (2000). *Programas de prevención para la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Honduras*. Centro América [Family Health International Report]. San Juan (PR).

Vance, C. (1999). Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment. En, Parker R, Aggleton P, (eds.), *Culture, society and sexuality* (39-54). Londres (Eng): UCL Press.

Wallach-Scott J. (1990). Some reflections on genders and politics. En, Marx Ferree M, Lorber J, Hess B. (eds.). *Revisioning gender* (pp. 70-96). Thousand Oaks (CA): SAGE.

Wallach-Scott J. (1999). Gender as a useful category of historical analysis. En, Parker R, Aggleton P, (eds.), *Culture, society and sexuality* (57-75). Londres (Eng): UCL Press.

York, F. (2000). Transgender issues [en línea] 2000. [Citado 19 de abril de 2000]. Disponible en: *2000 WorldNetDaily.com*

Agradecimientos:
Los autores desean agradecer la colaboración de Tiffany Ortíz y de todas las personas que participaron y dieron su tiempo para colaborar en el estudio.

Notas:
[1] Draga: hombre que imita a una mujer, generalmente de forma exagerada para divertir o lograr una atracción especial
[2] Transfobia: miedo, odio, disgusto y discrimen contra los/as TG's
[3] Pargo: término coloquial utilizado en Puerto Rico por TG's en la industria del sexo pare referirse a la clientela.

Dirección de contacto:
Sheilla Rodríguez Madera
CUSEP/UPR
PO Box 23174
San Juan, PR 00931-3174.
Teléfonos: (787) 764-0000 EXT. 5696 ó (787) 281-7313
E-mail: sheillalrm@hotmail.com