

Navarro-Corona, Claudia Ivette; Rocha Sánchez, Tania Esmeralda; Tena Guerrero, Olivia; Cruz del Castillo, Cinthia; Herrera, Cristina María; Castañeda Salgado, Patricia
Mujeres diversas: experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual
Psicología Iberoamericana, vol. 24, núm. 2, julio-diciembre, 2016, pp. 44-52
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133949832006>

Mujeres diversas:¹ experiencias de opresión y resistencia en el ámbito de la salud sexual

Diverse women: Experiences of oppression and resistance in the field of sexual health

Claudia Ivette Navarro-Corona

Tania Esmeralda Rocha Sánchez

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Olivia Tena Guerrero

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y HUMANIDADES, UNAM

Cinthia Cruz del Castillo

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE MÉXICO

Cristina María Herrera

COLEGIO MÉXICO

Patricia Castañeda Salgado

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARIAS EN CIENCIAS Y HUMANIDADES, UNAM

RESUMEN

Históricamente las construcciones de género han encauzado las sexualidades de las mujeres a vivir un proceso de discriminación y violencia a partir de la heteronormatividad, condicionando las experiencias de salud sexual y limitando un ejercicio de sus derechos. El presente artículo tiene como objetivo explorar los discursos y las prácticas heteronormativas que atraviesan la experiencia de la salud sexual en mujeres que asumen diversas identidades eróticas-amorosas, y comprender cómo a partir de esto se desprenden distintas formas de resistencia. Como resultado se encontró una construcción de dispositivos que sostienen y reproducen el heterosexismo, dando lugar a la invisibilización de las necesidades de las mujeres que se salen del marco heteronormativo, así como un conjunto de resistencias que se han creado desde la experiencia colectiva.

Palabras clave: sexualidad, género, lesbianas, bisexualidad, interseccionalidad.

ABSTRACT

Historically gender constructions have led women's sexualities to undergo a process of discrimination and violence due to heteronormativity, which conditions sexual health experiences and limits women's exercise of their rights. This article has the objective of exploring heteronormative discourse and practice that affect the sexual health experience of women who assume different love and erotic identities and to understand how different forms of resistance emerge. As a result, the authors found the construction of mechanisms that sustain and reproduce heterosexism, thus leading to the invisibilization of the needs of women who have left the heteronormative construct, in addition to a series of forms of resistance created from collective experience.

Key words: sexuality, gender, lesbians, bisexuality, intersectionality.

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2015

Fecha de aceptación: 6 de junio de 2016

Para correspondencia: claudianavarrocorona@gmail.com y tania.rocha@unam.mx

¹ Se acuña el término de mujeres diversas para visibilizar la diversidad entre ellas y en las mismas mujeres a través del tiempo. De esta forma, no sólo alude a una diversidad en cuanto a la identidad erótica-amorosa, sino también a la construcción y la reconstrucción de la sexualidad como algo dinámico y fluido.

INTRODUCCIÓN

El concepto de *salud sexual* ha sido utilizado para nombrar una serie procesos encaminados a propiciar el bienestar físico, psicológico y sociocultural, relacionado con la sexualidad. Para su logro se establece que deben ser respetados, protegidos y cumplidos los derechos sexuales de todas las personas (OMS, 2006; OPS & OMS, 2000; WAS, 2014).

En este sentido, la sexualidad, en cuanto derecho para y de las mujeres, ha sido una cuestión problematizada desde diferentes ángulos, primordialmente por la ausencia de un reconocimiento pleno de esta sexualidad, seguida de la no apropiación de los cuerpos, así como la vivencia con fines meramente reproductivos y encaminada al placer para otros, que en conjunto oscurecen la posibilidad de vivir la sexualidad como un derecho (Amuchástegui & Rivas, 2004, 2008; Lagarde, 1990).

Desde una perspectiva posmoderna, diversos autores y autoras han señalado la precaria representación de los cuerpos y la sexualidad, al concebirla sólo desde la lógica dicotómica. Por ejemplo, la filósofa Judith Butler (2001), recurriendo al concepto de matriz heterosexual, reconoce que a partir de una lógica lineal se espera una suerte de congruencia entre el cuerpo en cuanto “ente” biológico, el género o las construcciones alrededor de estos cuerpos, y el deseo en torno a quién se dirigen la atracción y los afectos; de manera que un cuerpo “normal” sería aquel al que se le asigne un sexo de hombre o de mujer, un género “normal” que responda a lo que culturalmente se espera de los hombres y las mujeres, y un deseo “normal” que se exprese por su par opuesto.

En este esquema, se fijan las partes del cuerpo y las prácticas que corresponden al ámbito de lo sexual, lo que enaltece la relación pene-vagina como la única forma desde la cual es posible vivir la experiencia sexual, y cuya finalidad legítima es la reproducción, e instaura una jerarquización de la sexualidad (Rubin, 1989). Desde esta conceptualización de los cuerpos sexuados, de los géneros y los deseos heteronormados se delimita lo que hace inteligible a una persona; es decir, lo que le da derecho de existencia y reconocimiento (Butler, 2001).

Las mujeres, en cuanto condición de género, han enfrentado distintos procesos de discriminación, violencia

y marginación (Lagarde, 1990), desde las significaciones y atribuciones en torno a sus cuerpos que se acotan a la idea de fecundidad y reproducción, así como a las construcciones de género que encauzan las sexualidades de las mujeres al servicio y placer para otros, y con ello a un proceso permanente de privación de sus cuerpos y de sus sexualidades.

En el marco de esta estructura heteronormativa, las mujeres que no se enmarcan dentro de la heterosexualidad o que están fuera de una relación sexual sin penetración o coital enfrentan un doble proceso de discriminación y violencia; en primera instancia por su condición sexo-genérica, y después porque su sexualidad sale de las fronteras de dicha heteronormatividad, estableciendo diferencias al interior del género (Alfarcache, 2000). Lo anterior se hace evidente en el panorama general sobre salud sexual en las mujeres (tabla 1), pues no sólo existe una ausencia o limitación en la información disponible, sino que hay un completo desconocimiento e invisibilización de sus experiencias en la medida en que no existen estadísticas que den cuenta de ello, una ausencia o escasez de programas de salud y educativos, y en general una falta de información. La heteronormatividad en cuanto estructura social, cultural e histórica presupone una posición de privilegio (heterosexismo) que se traduce en un criterio de inteligibilidad (Butler, 2001; Amuchástegui & Rivas, 2008), por lo que no sólo se norman los cuerpos y las experiencias sexuales, sino que además se condicionan las experiencias de salud sexual que tienen las mujeres, se invisibiliza y restringe el ejercicio pleno de los derechos sexuales (Moreno & Pichardo, 2006; Sancho *et al.*, 2012; Vergara, 2007; Vergara, 2013).

Si a ello aunamos las situaciones particulares de las mujeres a partir del cruce con aspectos de etnia, economía, educación, acceso a recursos en general e incluso el lugar geográfico donde habitan, estos procesos de discriminación y violencia toman múltiples facetas, en muchos casos exacerbando aún más la condición de opresión hacia ellas. En ese sentido, las sexualidades de las mujeres y los procesos de discriminación y opresión que enfrentan no pueden ser analizados fuera del marco de la intersección entre las distintas formas de opresión y desigualdad (Platero, 2014).

Tabla 1. Salud sexual

País	Autores, año	Muestra	Método
Australia	Sancho <i>et al.</i> , 2012	9 578 mujeres australianas, entre 16 y 59 años	Encuesta telefónica
Brasil	Pinto, 2004	145 mujeres lesbianas y bisexuales entre los 18 y 50 años	Exámenes clínico-ginecológicos
Estados Unidos	Diamant, Lever & Schuster, 2000	6 935 mujeres lesbianas entre 25 y 49 años	Encuesta
Italia	Pietrantoni <i>et al.</i> , 2008	2 084 mujeres lesbianas y bisexuales	Encuesta
México	Eiven, Sardá & Villalba, 1997	Mujeres lesbianas	Sin datos
México	INMUJERES, 2014	Mujeres en pareja usuarias de métodos anticonceptivos	Encuesta

Cabe destacar que estos límites o fronteras heteronormadas y patriarcales que demarcan una zona de respeto y reconocimiento social no son algo estático ni inmutable en el tiempo, sino que se modifican a partir de los cambios socioeconómicos y por la acción de grupos e individuos (Rubin, 1989). Butler (2001) mencionaba que ante la posibilidad de la repetición de los actos se puede subvertir la norma. Así, las mujeres

resisten a estos dictados a través de acciones y estrategias que emergen a partir de las vulnerabilidades y con ellas, y no contra o a pesar de éstas (Butler, 2001). Por lo anterior, en el presente artículo fue de interés comprender las múltiples formas de opresión y resistencia en el marco de la salud sexual de un grupo de mujeres mexicanas diversas.²

² Este trabajo forma parte de una investigación más grande cuyo objetivo es dar cuenta del proceso de apropiación de la sexualidad y de su ejercicio como un derecho.

en mujeres diversas

Resultados	Comentarios
16.9% había sido diagnosticada con una ITS (16.6% se identificaban como heterosexuales, 23.4% como lesbianas y 37.9% como bisexuales). 33.7% de las mujeres heterosexuales, 15.6% de las lesbianas y 67.5% de las bisexuales reportaron –en el transcurso de un año previo al estudio– el uso del condón.	No hubo información sobre la incidencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres que tienen sexo con otras mujeres (MSM) y que no se identifican como lesbianas o bisexuales.
Fueron diagnosticadas con tricomonas (3.8%), vaginosis bacteriana (33.8%), hongos (25.6%), clamidía (1.8%), hepatitis B (7%), hepatitis C (2.1%), citología con resultado anormal (7.7%), VPH (6.2%) y VIH (2.9%).	Se desconocen los datos de MSM.
17% reportó haber sido diagnosticado una o varias veces de ITS a lo largo de su vida. 88.2% no utilizó condón en relaciones sexuales vaginales. 69.1% no había usado condón durante relaciones sexuales anales.	El estudio fue enfocado en las prácticas sexuales de lesbianas con hombres, por lo cual se desconoce el uso de barreras de plástico o látex en sus prácticas sexuales con mujeres.
69.3% admite que es importante que la ginecóloga(o) esté informada(o) de su orientación sexual, pero sólo 23.5% de ellas se lo ha comunicado.	Se desconocen los datos de MSM.
48% no había consultado a una ginecóloga(o). Las principales razones: no haberse sentido mal (30%), miedo (16%) y porque lo consideran innecesario dada su orientación sexo-afectiva (12%); 50% de las que sí consultaban ocultaban su orientación sexo-afectiva durante la consulta, 44% por considerar que tal información no le concernía a la ginecóloga(o).	Se desconocen datos específicos sobre la muestra, como la edad y el lugar de residencia.
En 2011 se reportaron 36333 nuevos casos con VPH, 96% en mujeres. En el periodo 1983-2012, se notificaron 160864 casos con VIH, 17.9% en mujeres.	Se desconocen datos de mujeres que tienen prácticas sexuales con mujeres.

MÉTODO

Participantes

En este estudio colaboraron de forma voluntaria y con consentimiento informado 18 mujeres pertenecientes a la Ciudad de México y al Estado de México. El criterio de participación fue que tuviesen la mayoría de

edad cumplida (en México se establece de los 18 años en adelante).³

Procedimiento

En términos metodológicos partimos de una postura feminista, específicamente posicionándonos desde una mirada analítica *interseccional y queer*; la primera en

³ En el artículo 124 del código ético del psicólogo se establece que en los casos en que las personas sean menores de edad, el psicólogo proporcionará una explicación apropiada, obtendrá el asentimiento del participante y el permiso apropiado de una persona autorizada legalmente, en caso de que la ley permita tal consentimiento como sustituto (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009). Aquí hubiera sido indispensable obtener la autorización del (la) tutor(a) legal.

cuanto que el análisis realizado toma en consideración que las identidades y las experiencias de las personas son complejas y enmarañadas en función de las múltiples categorías que intersectan las experiencias de vida (Platero, 2014), y *queer* porque teóricamente partimos de una mirada crítica que reconoce la necesidad de romper la lógica binaria, dualista y heteronormada que ha predominado en la comprensión de las sexualidades y los cuerpos; así, desde esta mirada pretendemos conocer mejor las sexualidades que social y culturalmente son consideradas “abyectas”, pero a su vez podemos dar cuenta de que todas las personas están atravesadas por complejas relaciones de poder y privilegio (Platero, 2015).

El estudio fue de corte cualitativo y comprensivo, y la recolección de datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas a profundidad (Kvale, 2008). En términos del análisis, retomamos el tema de la salud sexual e indagamos las experiencias de opresión y resistencia, partiendo desde el feminismo, la interseccionalidad y la teoría *queer*.

En cuanto a las consideraciones éticas, fue indispensable el uso del consentimiento informado, el anonimato, la confidencialidad, la canalización de las participantes que lo solicitaron, así como la reflexión sobre nuestra implicación en la investigación, en el cruce como investigadoras y mujeres con una identidad erótica-afectiva.

RESULTADOS

Las 18 participantes son “mujeres”⁴ totalmente diferentes, muchas de ellas profesionistas o estudiantes, con acceso a un nivel educativo de licenciatura, sobre todo las más jóvenes; sólo una de ellas tiene hijos(as), y dos se dedican al hogar. Dos de las participantes no tenían empleo en el momento del estudio; tres reportaron haber vivido una situación de violencia sexual, y dos de ellas buscaron ayuda psicológica para afrontar el proceso. De las participantes, aquellas que se ubican como solteras y en relación de noviazgo viven con sus familias (tabla 2).

Tabla 2. Características generales de las entrevistadas

Seudónimo	Edad	Localidad	Escolaridad	Situación civil	Identidad erótico-amorosa
Sofía	19	Ciudad de México	Estudiante universitaria	Noviazgo	Heterosexual
Karen	26	Estado de México	Licenciatura	Divorciada	Heterosexual
Carmen	27	Ciudad de México	Estudiante universitaria	Noviazgo	Heterosexual
Fernanda	28	Estado de México	Pasante de licenciatura	Pareja	Heterosexual
Alma	30	Ciudad de México	Licenciatura	Soltera	Heterosexual
Ileana	31	Ciudad de México	Preparatoria	Casada	Heterosexual
Elvira	73	Ciudad de México	Secundaria	Viuda	Heterosexual
Viviana	27	Ciudad de México	Estudiante universitaria	Pareja	Lesbiana
Lucía	26	Estado de México	Licenciatura	Soltera	Lesbiana
Verónica	27	Ciudad de México	Licenciatura	Pareja	Lesbiana
Míriam	30	Estado de México	Licenciatura	Soltera	Lesbiana
Alicia	31	Ciudad de México	Licenciatura	Vive en pareja	Lesbiana

⁴ En las narraciones, algunas mencionaron no sentirse completamente identificadas al nombrarse como “mujer”, al considerar que no se apegan a los papeles establecidos culturalmente, viviéndose alejadas de esta construcción, o bien en un tránsito. Tomando en cuenta la posibilidad de utilizar “mujeres” como categoría política, se retoma, en plural, para visibilizar la diversidad entre las mismas.

Seudónimo	Edad	Localidad	Escolaridad	Situación civil	Identidad erótico-amorosa
Fernanda	40	Ciudad de México	Licenciatura	Vive en pareja	Lesbiana
Mariana	41	Ciudad de México	Preparatoria	Pareja	Lesbiana
Tamara	20	Ciudad de México	Estudiante universitaria	Pareja	Bisexual
Alejandra	31	Ciudad de México	Licenciatura	Pareja	Bisexual
Lidia	36	Ciudad de México	Licenciatura	Vive en pareja	Bisexual
Samantha	58	Ciudad de México	Licenciatura	Vive en pareja	Bisexual

Al analizar las experiencias de las participantes fue posible develar algunos de los elementos que refuerzan la desigualdad y la opresión de las mujeres en el ámbito de la salud sexual. Sin embargo, también identificamos resistencias que les han permitido subvertir el sistema. Si desglosamos algunos de los elementos con los cuales se puede dar cuenta de cómo permean el patriarcado y la heteronorma las experiencias sexuales, podemos encontrar los siguientes ejes temáticos:

a) Inicio de la vida sexual, a partir de las y los otros. Uno de los primeros temas que surgió fue la atención ginecológica. De manera independiente de hacia quién y cómo dirigen su deseo erótico y amoroso las participantes en su construcción subjetiva, tiene sentido ir a una revisión ginecológica sólo cuando se da inicio a la vida sexual. Desde este criterio, la masturbación, los juegos sexuales y todas las interacciones previas no son considerados como parte de la vida sexual; hasta este punto ellas no se viven como sujetos sexuales y eróticos vigentes, sino que consideran que su sexualidad aparece a partir de un acto sexual, privilegiando y exaltando “la primera vez”, experiencia que enmarca un antes y un después.

En el cruce con el deseo nos llamó la atención el caso de Mariana, en cuanto que acudió por primera vez a la atención ginecológica a los 40 años, momento en el que también estableció por primera vez una relación erótica y amorosa. Cabe destacar que aunque ella identificó la atracción por personas de su mismo sexo desde la adolescencia, no fue sino hasta los 38 años, después de acudir a terapia psicológica, cuando descubrió y comenzó a establecer interacción con grupos lésbicos y bisexuales, circunstancias que le facilitaron, además, la autoaceptación de su identidad erótica-amorosa y el establecimiento de relaciones significativas con pares. Su

experiencia nos devela cómo permea una construcción heterosexista, al considerar en dicho contexto que las mujeres lesbianas son pocas e inexistentes; es decir, que ni siquiera se reconoce o visibiliza su existencia en los espacios de salud y particularmente en el entorno ginecológico.

He ido [a partir del inicio de su vida sexual] cada año a hacerme esos estudios... no te voy a mentir, no lo hacía muy seguido porque yo no había mantenido intimidad con nadie, yo decía, ¿qué sentido tiene si no he tenido intimidad con nadie? (Mariana, 41 años, preparatoria, lesbiana, Ciudad de México).

b) Salida del armario en el espacio ginecológico. Como es posible vislumbrar desde el eje anterior, en la construcción de la salud sexual sigue prevaleciendo una noción de la sexualidad como reproducción. Una constante en la atención no sólo ginecológica, sino también en otros servicios de salud, es la asunción de una práctica sexual heterosexual, lo cual ha sido documentado en distintas investigaciones (Brown *et al.*, 2014; Vergara, 2007, 2013). Esto marca, desde un inicio, una dinámica preestablecida, desde las preguntas hasta el tipo de atención y los tratamientos brindados. En ese sentido, resulta fundamental comprender cómo refieren las participantes “salir del armario” en el consultorio. De acuerdo con sus relatos, no es algo que se planifique propositivamente, sino que surge por la necesidad de garantizar una atención adecuada, cautelosa y, en algunos casos, forzada ante la perspicacia inquisitiva del ginecólogo(a) que pregunta y argumenta en torno a la utilización de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Ésta es una forma “poco perceptible” de violencia, pero que

indudablemente se enmarca en la heteronormatividad que predomina en el espacio médico. Además, la experiencia también se matiza con otras formas de violencias, donde por una parte surge una suerte de *curiosidad* innecesaria y en muchos casos maltratos, que pueden ir desde un cambio de actitud y forma de dirigirse a ellas hasta un prejuicio claro sobre sus prácticas y preferencias. En el caso de Verónica, ante el planteamiento de sus vivencias sexuales, su experiencia refleja cómo el médico inicia un interrogatorio que la coloca más como un objeto de observación-investigación que como una persona en espera de recibir orientación médica.

Una vez me pasó que fui al médico de la escuela y le dije:

—Me siento muy mal, tengo náuseas, mareos.

El doctor estaba con su cara de cuéntame algo nuevo, estás en la universidad y tienes náuseas, mareos. Entonces me dijo:

—¿Has tenido relaciones sexuales?

Y yo:

—Sí, sí.

—¿En los últimos tres meses?, ¿en el último mes?

Así, tachando cosas.

—¿En la última semana?

Qué tiene de relevante si ya dije que sí a los últimos tres meses. Entonces me dice:

—Ah bueno, es que fijate...

Casi, casi me empieza a decir el güey que las maripositas.

—Oiga, doc', pero no con hombres, con mujeres.

Se sacó de onda, después me empezó a indagar mucho, ¡yo así de güey te juro que ninguna mujer me embarazó! Como muy extraño primero es asumirte como heterosexual, segundo la cosa de que me da curiosidad (Verónica, 27 años, licenciatura, lesbiana, Ciudad de México).

Si bien varias de las entrevistadas muestran testimonios similares en torno a estos maltratos, nos parece interesante referir el caso de Tamara, quien no develó sus prácticas y preferencias sexuales, argumentando que no era necesario, pues en ese momento no tenía ningún malestar del cual dar cuenta. Si bien reconocemos la presencia de algunas incógnitas que emergen ante este hecho, nos preguntamos si esto fue una decisión cons-

ciente o bien resultado de las circunstancias y de cómo conceptualizan su salud, sus vivencias sexuales y sus prácticas, y de la forma en que piensa que esta información sería recibida por quien la atiende. Cabe aclarar que, en su caso concreto, hizo alusión a no haber salido del armario, incluso con su familia, por temor al rechazo. Como señala o sugiere Vergara (2007), la discriminación en el trabajo y en la propia familia hace que las mujeres lesbianas no revelen su identidad sexual en los servicios de salud por miedo a perder su familia y su trabajo.

[Pregunta: ¿crees que es necesario?] Sí, sí sería, pero como no he tenido ningún problema grave pues no ha sido importante hasta ahora, pero sí debería de ser una información que puedas dar (Tamara, 20 años, estudiante de licenciatura, bisexual, Ciudad de México).

c) *Invisibilización de otras prácticas sexuales.* Otras prácticas sexuales son invisibles al hablar de la salud sexual en espacios institucionales. El autoerotismo aparece como un proceso de resistencia, en cuanto que ha sido silenciado. Es una práctica que se vive desde el lugar de lo oculto, como posibilidad de conocer su cuerpo, explorar su sexualidad y reconocer sus sensaciones.

En el caso de Carmen, de 27 años, quien fue educada como católica por su familia, es importante destacar la frase que nos comparte: “Yo solita me daba mis terapias”, aludiendo a una experiencia de contradicción desde lo subjetivo, en cuanto consideraba que el autoerotismo era un acto que no debía realizar, pero a su vez lo quería efectuar.

En el cruce con la identidad erótica-afectiva se destaca la importancia del autoerotismo, en cuanto que la idea de la sexualidad está construida desde una lógica heterosexual coitocéntrica, por lo que reconocer su cuerpo, sus sensaciones, sus emociones, les ha permitido generar resistencias, al romper con la idea de una sexualidad para otros, generando la posibilidad de vivir una sexualidad para ellas y con otras.

Yo creo que a partir de que me nombré lesbiana fui empezarme a vivir conmigo, empecé a masturbarme sin miedos. Una vez en casa, yo me estaba masturbando y me cachó mi mamá:

—¿Qué haces?

Y yo de:

—¡Ah, qué pena!

No se volvió a hablar del tema, pero no lo volví a hacer. Entonces era muy raro, ya una vez cuando dije “o soy lesbiana, y me quiero explorar, me tengo que explorar”, todo un mundo de sensaciones empezaron a surgir y ya no lo he dejado, no lo voy a dejar (Alejandra, 31 años, licenciatura, bisexual, Ciudad de México).

Esta ruptura con una sexualidad, placer y cuerpo para otros les ha permitido generar una estrategia de auto-conocimiento.

d) Dicotomizar los cuerpos. Por último, algo que resultó muy revelador en nuestra conversación con las participantes fue el caso de Samantha, una mujer transexual, pues a través de su experiencia se hizo evidente que desde el concepto mismo de salud sexual sólo han tenido cabida los cuerpos que siguen una lógica dicotómica; es decir, cuerpos pensados bajo la existencia binaria y opuesta de dos sexos y, por tanto, dos géneros; este aspecto además supone, como lo señala Judith Butler, una lógica de inteligibilidad, de manera que sólo es posible pensar los cuerpos sexuados y los géneros que corresponden a esos cuerpos, por lo que cualquier otra experiencia se violenta, se discrimina, se coloca en una zona marginal e incluso se intenta normalizar. Como refiere Vergara (2013), la ginecología es una especialidad que se dirige a aquellas cuyos cuerpos al nacer fueron asignados como femeninos, de manera que Samantha, en cuanto mujer transexual, menciona que desde su experiencia en la consulta médica toda su existencia es reducida al cuidado de su salud sexual, específicamente ligada al uso del condón y la prevención del VIH.

Aunado a ello, surgen estigmas y desconocimiento por parte del personal de salud, pues la colocan como parte de un grupo de alto riesgo, lo que ha dado como resultado que se le “sugiera” realizarse pruebas de VIH. Esta experiencia nos llama la atención, ya que a ninguna de las demás participantes le ha sido recomendado.

La doctora me dijo

—No se ha hecho la prueba [de VIH], se la hizo hace un año [Samantha le dijo].

—Es que tengo una pareja estable, no tengo problemas de eso. Por ese lado no estoy en riesgo, que también puede ser, pero sería más complicado que nos pasáramos una infección, todavía no se puede, nada más que se pueda, no hay intercambio de fluidos, en ese sentido

no tenemos problema, la verdad.

Las insinuaciones que luego me hacen; soy trans pero no ando así. Luego porque ven que eres trans, y piensan, pero no (Samantha, 58 años, licenciatura, bisexual, Ciudad de México).

El tema de la salud en el caso de las mujeres trans parece algo inexplorado y lleno de estigmas, y dirigen todos los esfuerzos sólo a ciertas temáticas como el VIH y la transición hormonal y quirúrgica.

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados no pretenden ser generalizaciones, son un intento de crear nuevas rutas de diálogo y acción para contribuir a una comprensión que trascienda la lógica heteronormada y dé cuenta de la intersección entre múltiples categorías que enmarcan las experiencias de desigualdad en el campo de la sexualidad, así como las resistencias de mujeres diversas.

A través de las narrativas compartidas por las participantes podemos dar cuenta de que no sólo la sexualidad sino incluso la forma de pensar la salud sexual y su atención médica están construidas desde un marco patriarcal y heteronormativo que normaliza e invisibiliza la violencia sobre los cuerpos de las mujeres. En primer lugar, porque éstos son vividos y pensados como objeto de exploración; es decir, por medio de las diversas experiencias que nos comparten se evidencia la objetivización de los mismos, particularmente en las situaciones donde el malestar físico y emocional es silenciado ante la “inevitable” y “poco empática” utilización del espejulo, desde el supuesto de que las mujeres tienen (o deben) soportar estas revisiones pues es por su bienestar (Brown *et al.*, 2013; Vergara, 2007; Vergara, 2013). En ese mismo sentido, son silenciados los cuerpos abyectos, pues desde el espacio ginecológico, pensando para “las mujeres”, sólo los cuerpos con vulva tienen derecho y posibilidad de ser atendidos, contribuyendo a la reafirmación de la misma heteronorma, en cuanto a la existencia de un cuerpo “normal”, un cuerpo que muestra correspondencia con el sexo asignado. Y en tercer lugar, también es silenciada la curiosidad y la necesidad de saber no sólo en el ámbito de la enfermedad y su prevención, sino en el deseo de saber, conocer y aprender sobre la sexualidad misma, y en particular el placer.

REFERENCIAS

- Alfarache, A. (2000). *Identidades lésbicas y cultura feminista: una investigación antropológica*. Tesis de pregrado. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia,
- Amuchástegui, A. & Rivas, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios demográficos y urbanos*, 19(3), 543-597.
- _____. (2008). Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética. En I. Szasz y G. Salas (Comps.). *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía: diálogos sobre un proyecto en construcción* (57-136). México: El Colegio de México.
- Brown, J. L., Pecheny, M., Tamburrino, M. C., Conde, L., Perrotta, G. V., Capriati, A. & Ibarlucia, I. (2014). Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 673-684.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa*. México: Paidós.
- Diamant A. L., Lever J. & Schuster M. A. (2000). Lesbians' sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(2), 41-48.
- Eiven L., Sardá A. & Villalba V. (2007). Lesbianas, salud y Derechos Humanos desde una perspectiva latinoamericana. *Revista Mujer Salud*, 2, 43-54.
- INMUJERES (2014). Enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. *Sistema de Indicadores de Género*. Recuperado el 10 enero de 2016, de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/its_vih.pdf>.
- Kvale, S. (2008). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madres-poses, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, Colección Posgrado.
- Moreno, A. & Pichardo, J. (2006). Homonormatividad y existencia sexual: Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 143-156.
- OPS & OMS (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala: OPS.
- OMS (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002. Ginebra: OMS.
- Pietrantoni, L., Prati, G., Lelleri, R., Graglia, M., Chiari, C. & Palestini, L. (2008). T11-O-05 MODI DI: a national health survey of gay, lesbian, bisexual people in Italy. *Sexologies*, 17, S156.
- Pinto, V. (2004). *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres*. Disseção de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Platero, R. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quadrerns de psicología*, 16, 55-72.
- _____. (2015). ¿Es el análisis interseccional una metodología feminista y queer? *Otras formas de (re)conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*, 79-96.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance, (Comp.). *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (113-190). Madrid: Revolución.
- Sancho, R., Savoir, C., García, A., Álvarez, C., Montero, E., Portero, I. & González, A. (2012). *Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres*. Madrid: FELGTB.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Vergara, C. (2007) *Percepción de las mujeres lesbianas sobre su sexualidad y la atención brindada en los servicios de salud gineco-obstétricos*. Tesis de pregrado. Chile: Facultad de Medicina.
- Vergara, P. (2013). *El viaje de las invisibles. Manifestaciones del régimen heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas*. México: UAM-Xochimilco.
- WAS (2014). *Declaración de los derechos sexuales*. Recuperado el 10 de agosto de 2015, de <<http://www.worldsexology.org/>>.