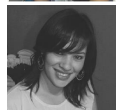


Vol. 5 NO 1, 2014

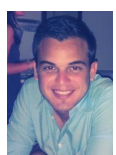
Contenido



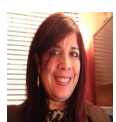
Mensaje de la editora 2



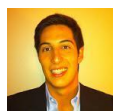
El género como determinante social de la salud 3



La "B" que se queda en el closet: Mitos, desafíos y la "salida del closet" de las personas bisexuales 7



La B invisibilizada: definiciones, retos y controversias de la comunidad bisexual 10



La "B" en terapia: experiencias, modelos y asuntos particulares de la población bisexual en psicoterapia 12



La diferencia desquiciada: géneros y diversidades sexuales 16



Apreciaciones sobre los cortos de contenido LGBT 17

Cierre 20

Patricia Noboa, Ph.D.

Editora

Margie Álvarez, MIST

Diseño

Miguel Vázquez Rivera, Psy.D.

Coordinador del Comité

Miembros:

Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.

Caleb Esteban, M.S.

Frances Crespo, Psy.D.

Gretchel Santiago, B.A.

Hiram Rivera, B.A.

Ingrid Perez, M.S.

José Toro Alfonso, Ph.D.

Juan Nazario, Psy.D.

Juan Pablo Cruz, Ph.D.

Margarita Francia, Ph.D.

Paloma González, M.S.

Roxany Rivera, Psy.D.

Ruth González, Psy.D.

Valerie Acosta, Psy.D.

Zaira Lespier, Ph.D.

MENSAJE DE LA EDITORA



Feliz 2014! Con entusiasmo iniciamos este año, claro, sin dejar de mirar nuestro tránsito por el 2013. Para este número, les comparto los trabajos que fueron presentados por miembrxs de nuestro comité en el panel de Bisexualidad de la pasada Convención. Aquellxs que no pudieron asistir tienen una oportunidad de leer y pensar sobre la vinculación amorosa y erótica que podemos tener tanto con hombres y con mujeres. En los trabajos presentados puntualizaron sobre cómo desde la clínica se deben abrir espacios de escucha activa para colocar los malestares y avatares que tanto hombres como mujeres enfrentan ante una sociedad intolerante a otros modos de existir. Además, les comparto el trabajo de Alixida Ramos-Pibernus, que aborda aquellas inequidades sociales que se dan a partir del género, y afectan la salud de las personas que transgreden las identidades hegemónicas y binarias de hombres y mujeres. Con alegría les invito a que miren las fotos en la sección de Foto-galería de nuestra actividad de cortometrajes LGBT, junto

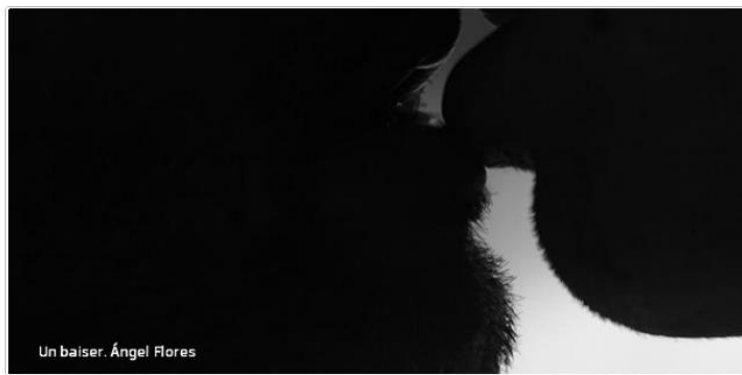
a mis apreciaciones sobre los cortos. Fue una actividad íntima, de reflexión y de compartir historias que marcaron la vida de muchxs. Gracias a Ángel Flores por documentar la actividad y por supuesto, compartir tus fotos para este segundo número. Además les dejo con otras fotos de actividades que llevamos a cabo durante el 2013. Por nuestro trabajo sostenido durante los pasados años y por la excelente coordinación del Dr. José Toro nos llevamos el premio de Grupo de Trabajo del Año en la Convención y si de celebrar se trata, felicito nuevamente a Joe por el premio de una vida de Logros. Aquellxs que estén interesadx en participar de nuestro comité nos reunimos una vez al mes los viernes en la APPR. Me pueden escribir y les doy más detalle. Les deseo un gran año.

Artista Invitado

Con el objetivo de integrar las artes a nuestro quehacer invité al fotógrafo Ángel Flores a compartir parte de su trabajo artístico. Si quieren conocer más de su trabajo favor visitar las siguientes páginas:

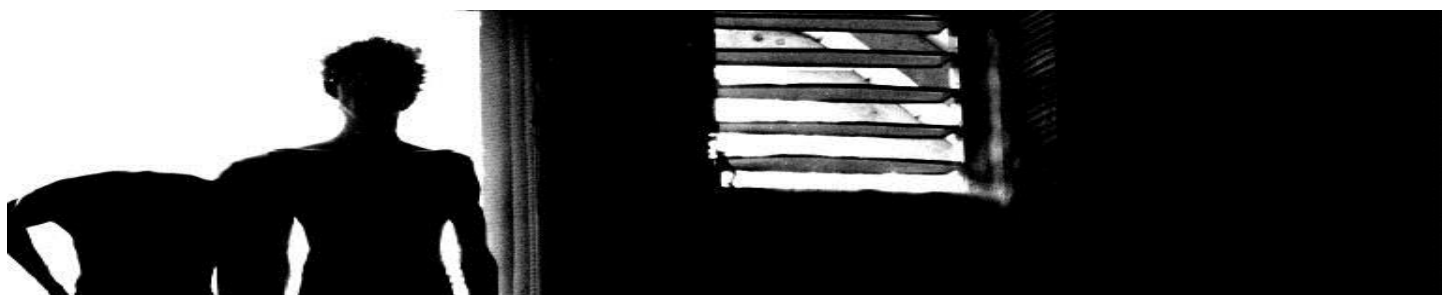
<http://afloresr29.wix.com/phosgrafe>

www.unrescogitans.deviantart.com



El género como determinante social de la salud

Alixida G. Ramos-Pibernus, MRC, Sheilla Rodríguez-Madera, Ph.D., Eliut R. Rivera-Segarra, B.A. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce; Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas; Escuela de Medicina y Ciencia de la Salud de Ponce



Los Determinantes Sociales

La Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH por sus siglas en Inglés) define los determinantes sociales como las condiciones de vida que son moldeadas por los factores sociopolíticos que contribuyen a la salud de las personas y la población en general (CSDH, 2007). Esta definición incluye todos aquellos factores estructurales, ambientales, socio-económicos, contextuales y de acceso a servicios que tienen un efecto en la salud de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2007). En otras palabras, estos son “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” (Moisa, 2007, p. 172). Entre los determinantes que han sido identificados como factores claves en la salud de las personas y la sociedad se encuentran la pobreza (Benach & Amable, 2004), la clase social (Muntaner et al., 2012) y el estigma (Rivera-Segarra & Ramos-Pibernus, 2013). En este trabajo, nos enfocaremos específicamente en el género.

La noción de género

El concepto de género comenzó a utilizarse como categoría en los años setenta en un intento por combatir el determinismo biológico y resaltar aquellas diferencias que son social y culturalmente construidas (García, Jiménez & Martínez, 2010). Cuando hablamos de género nos referimos a la construcción social de los roles y conductas, así como las relaciones entre hombres y mujeres (Beemyn & Rankin, 2011; Krieger, 2003). Se espera que estas manifestaciones del género sean congruentes con el

sexo que le fue asignado a la persona al nacer (Toomey, Ryan, Díaz, Card & Russell, 2010).

El género como determinante social de la salud

El género podría ser considerado como uno de los ejes fundamentales de la vida social, a la vez que establece una diferenciación jerarquizada de los espacios y funciones sociales (García et al., 2010). Al referirnos al género como determinante social de la salud (DSS) aludimos a las inequidades en función del género que son injustas, evitables y prevenibles (Bonney, Morgan, Kelly, Butt & Bergman, 2007). De acuerdo con Sen, Östlin y George (2007) las relaciones de género constituyen la raíz de la causa de las inequidades de género y es uno de los DSS más influyentes. Estas relaciones son consideradas relaciones de poder que se expresan a través de normas y valores, se incorporan por medio de la socialización y se manifiestan en el grado en que las leyes promueven la inequidad de género (OMS, 2009). La expresión de las relaciones de género incluye la segregación por género en la fuerza laboral, la discriminación en salarios, las normas de higiene, las expectativas con respecto a la conducta sexual y la violencia, entre otras (Krieger, 2003). Como se desprende de lo anterior, éstas son determinadas por el género de la persona y establecen una diferencia en la posición social de las mujeres con respecto a la que ocupan los hombres (García et al., 2010).

Las inequidades por razón de género tienen efectos perjudiciales en la salud de las personas (OMS, 2009; Sen et al., 2007). Existen investigaciones que demuestran que los factores

sociales, culturales, económicos y biológicos impactan de forma negativa y diferenciada la salud de las mujeres en comparación con los hombres. Por ejemplo, en el caso de las mujeres algunos de estos factores son la contracepción, el embarazo y el parto, y la poca autonomía en el cuidado de salud (Reza et al., 2012). Cockerham (2013) plantea que a pesar de que las mujeres gozan de algunas ventajas biológicas con relación a la longevidad, éstas son fácilmente opacadas por las circunstancias de vida. Tomando como ejemplo el contexto laboral, la OMS (2009) expone que incluso en trabajos equivalentes las mujeres en todo el mundo ganan entre un 20% a 30% menos que los hombres. Más aún, en países donde las inequidades podrían ser menos evidentes, las mujeres tienen menos acceso al poder político y menor participación en las instituciones políticas (OMS, 2009; Sen et al., 2007). En Puerto Rico, la violencia doméstica es uno de los determinantes que más afecta la salud de las mujeres. Se estima que el 60% de las mujeres puertorriqueñas son víctimas de maltrato físico o emocional por parte de sus parejas, siendo una de las principales causas de muerte en este sector poblacional (García-Toro & Cintrón-Cruz, 2012). En el caso de la salud de los hombres, los factores sociales y culturales tienen un mayor impacto. La forma en que son socializados, el machismo y las expectativas atribuidas al género, los vulnerabiliza a desarrollar ciertas condiciones de salud como por ejemplo, condiciones cardiovasculares y VIH. Además, aspectos conductuales como uso de alcohol, drogas y tabaquismos también son factores que actúan como determinantes en la salud de los hombres (Cockerham, 2013).

Ahora bien, al hablar de género como DSS es imperante considerar todos los componentes del mismo. En contadas excepciones se discute dentro de estas categorías asuntos como la identidad de género y las transgresiones al género que también fungen como determinantes claves de la salud.



Hablemos de la identidad de género

La identidad de género es la definición que hace una persona de sí misma con respecto a su identificación como mujer, hombre, ambos, ninguno o algún punto intermedio (Teich, 2012). A pesar que esta definición engloba una diversidad de categorías, cuando se habla de género tradicionalmente se piensa limitadamente en hombre y mujer. Esto lleva a que muchas veces se deje fuera de dicha concepción otras categorías identitarias como son transgénero y transexual dentro de la plática del género.

El término transgénero se utiliza como un término sombrilla que incorpora una variedad de expresiones de género que incluyen, pero no se limitan a: transexualidad, travestismo, transformismo, androginia, intersexualidad, entre otros (Rodríguez-Madera, 2009; Valentine, 2007). Asimismo, cuando hablamos de transexual nos referimos a personas que desean vivir su vida como miembro del género opuesto al cual fueron asignados al nacer (Teich, 2012). Las personas que se identifican dentro de estas categorías transgreden los entendidos tradicionales de género y de lo que es considerado normativo (Bockting, Benner & Coleman, 2009). En una sociedad como la puertorriqueña donde imperan los valores patriarcales y el fundamentalismo religioso, estas prácticas transgresivas constituyen una etiqueta estigmatizada que ubica en posición de desventaja a estas comunidades Trans. Sen y colaboradores (2007) plantean que las comunidades Trans son forzadas a vivir en los márgenes de la sociedad con pocos bienes materiales, que experimentan una exclusión del mercado laboral llevándoles a realizar trabajo sexual como medio de supervivencia. También son personas frecuentemente estigmatizadas, discriminadas y excluidas socialmente. Estas inequidades que ocurren en función de su presentación de género, redundan en una menor expectativa y calidad de

vida, menor acceso a servicios sociales y de salud, así como un mayor riesgo de contraer enfermedades (Agius & Tobler, 2012).

Interesantemente la identidad de género (solo una parte de la categoría género) es rara vez reconocida o mencionada en los trabajos publicados sobre los DSS. Esto nos lleva a reflexionar sobre el desfase existente en la producción de estrategias para erradicar las inequidades por razón de género, las cuales se enfocan en atender únicamente las inequidades entre lo que tradicionalmente se conceptúa como género (hombre y mujer), dejando fuera todo lo que se desvíe de lo socialmente establecido como apropiado. Un ejemplo de esto, es el caso de las “buchas”.

El caso de las “buchas”

Dentro de la comunidad de mujeres lesbianas se utiliza el término “bucha” para describir aquellas mujeres que se sienten más cómodas con códigos de género atribuidos a la masculinidad que con los atribuidos a la feminidad (Torres, 2007). Debido a que no forman parte de las categorías tradicionales de género, pertenecen a lo transgresivo al alterar la imagen de lo que es una mujer y mostrar una representación de género distinta (Levitt & Hiestand, 2004).

Las “buchas” al ser un género dislocado sufren múltiples capas de inequidad y estratificación social que las vulnerabiliza a tener menos acceso a servicios sociales y de salud. Comenzando por el hecho de ser mujeres, se exponen a todas las inequidades que enfrentan las mujeres anteriormente descritas. A esto le añadimos todos los factores socialmente heredados al asumir conductas que son típicamente atribuidas a la masculinidad, como por ejemplo el tabaquismo. Por si fuera poco, se le suman los factores desiguales asociados a las minorías sexuales (Logie, 2012). Todos estos factores interrelacionados funge como DSS de esta comunidad. Sin embargo, como es el caso de la identidad de género, la orientación sexual no ha sido considerada como un DSS. Logie (2012) expone que las minorías sexuales experimentan de forma significativa inequidades en salud. Muchas de estas inequidades son atribuibles al estigma y discriminación que experimentan, poniéndoles en desventaja en una amplia gama de circunstancias, entre ellas el acceso a servicios de salud.

¿Qué podemos hacer?

Al hablar de igualdad de género en salud, nos referimos a la ausencia de discriminación a base del sexo biológico, en las oportunidades para tener buena salud y un trato dispensado. Por otra parte,

hablar de equidad de género en salud requiere erradicar las diferencias evitables e injustas entre los sexos con respecto a las oportunidades de gozar de buena salud y no padecer enfermedad, discapacidad, ni muerte prematura por razones prevenibles. La equidad de género no solo brinda un beneficio a quienes están en desventaja, sino que contribuye a la salud de todas las personas incluyendo mujeres, hombres, niños, niñas, mujeres Trans, hombres Trans y otras minorías sexuales.

La OMS (2009) propone algunas estrategias para erradicar las inequidades en salud por razón de género entre estas: 1) desarrollo y aplicación de leyes que promuevan la equidad de género por parte del gobierno, 2) promover la emancipación de las mujeres por medio de la educación y 3) garantizar igualdad salarial y en la oportunidad de empleos, entre otras.

Aunque estas recomendaciones son un buen paso para la reducción de las inequidades en salud, es importante señalar que las mismas se limitan a proponer reducir las inequidades entre hombres y mujeres, nuevamente dejando fuera de sus consideraciones a las comunidades Trans y a las minorías sexuales. Deberíamos comenzar reconociendo que los factores de identidad de género y orientación sexual son determinantes claves en la salud de estas comunidades. Por ejemplo, en Puerto Rico se han llevado a cabo proyectos de política pública destinados a reconocer los derechos de estas comunidades. Recientemente se aprobó la ley 22-2013 que prohíbe el discrimen por orientación sexual o identidad de género en el empleo, asimismo se aprobó la ley 23-2013 que enmendó varios artículos de la ley 54 para cobijar a todas las parejas sin importar el género en la ley de violencia doméstica y se están llevando a cabo esfuerzos para que parejas del mismo sexo puedan adoptar con el P. de la C.1314. Como el género como determinante social nos plantea un problema ético, el desarrollo de políticas públicas como estas abordan directamente algunas de las causas de los determinantes y dan paso a la reducción de las inequidades en salud.

Referencias

Agius, A. & Tobler, C. (2012). Trans and intersex people: Discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression. European Network of Legal Experts in the non-discrimination field: European Union.

Beemyn, G. & Rankin, S. (2011). The lives of transgender people. New York: Columbia University Press.

Benach, J. & Amable, M. (2004). Las clases sociales y la pobreza. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 16-23.

Bockting, W., Benner, A. & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: Emergence of a transgender sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 688-701.

Bonnefoy, J., Morgan, A., Kely, M.P., Butt, J. & Bergman, V. (2007). Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide.

Cockerham, W. (2013). *Social Causes of Health and Disease* (2nd ed.). Malden, MA: Polity Press.

Commission on Social Determinants of Health. (2007). A conceptual framework for Action on the Social Determinants of Health. WHO. http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

García, M. Jiménez, M. & Martínez, E. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. *Series Monografías EASP*, 48, 1-173.

García-Toro, V. & Cintrón-Cruz, I. (2012). Such is life. En S. Rodríguez-Madera & S. Santiago Negrón (Eds.). *La violencia: Opciones para su mitigación*. Hato Rey, PR: Terranova editors.

Krieger, N. (2003). Gender, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 652-657.

Levitt, H. & Hiestand, K. (2004). A quest for authenticity: Contemporary butch gender. *Sex Roles*, 50(9/10), 605-621.

Logie, C. (2012). The case for the world health organization's commission on the social determinants of health to address sexual orientation. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1243-1246.

Moisa, A. (2007). Determinates de la salud. En H. Barragán (Ed.). *Fundamentos de Salud Pública* (pp. 161-189). La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.

Muntaner, C., Rocha, K., Borell, C., Vallebuona, C., Ibañez, C., Benach, J. & Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31 (2), 166-175.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. http://whqlibdo.c.who.int/publications/2009/9789243563701_spa_part4.pdf

Reza, A., Stewart, J., Amin, A., Araujo de Carvalho, I., Beard, J., Boerna, T., Chatterji, S. (2012). Social determinants of self-reported health in women and men: Understanding the role of gender in population health. *PLoS ONE*, 7(4), e3479.

Rivera-Segarra, E. & Ramos-Pibernus, A. (2013). Stigma as a Social Determinant of Health: A Fundamental Cause Theory Perspective. In *Social Inclusion Through Interdisciplinary Interventions* (Vol. 2). Buenos Aires: World Federation for Mental Health.

Rodríguez Madera, S. (2009). *Género Trans: Transitando por las zonas grises*. San Juan: Terranova

Sen, G., Östlin, P. & George, A. (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. (Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health).

Teich, N. (2012). *Transgender 101: A simple guide to a complex issue*. New York: Colombia University Press.

Toomey, R., Ryan, C., Díaz, R., Card, N. & Russell, S. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580-1589.

Torres, L. (2007). Boricua lesbian: sexuality, nationality and the politics of passing. *Centro Journal*, XIX(1), 230-249

Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: An ethnography of a category*. Durham and London: Duke University Press.

La “B” que se queda en el closet: Mitos, desafíos y la “salida del closet” de las personas bisexuales

Caleb Esteban Reyes, BA
Universidad Carlos Albizu



La bisexualidad, aunque se toma en cuenta en las populares siglas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans), ha sido una orientación sexual ignorada y de poco interés tanto para la población en general como para la comunidad científica. Esta comunidad ha sido rechazada y marginada no tan sólo por las personas heterosexuales, sino por hombres y mujeres homosexuales (Mohr, 1999).

Históricamente la sociedad ha creado el esquema donde las personas se atraen hacia el sexo opuesto (heterosexuales) o hacia el mismo sexo (homosexuales). Sin embargo, en esta dicotomía valorada y legitimada por la sociedad, se queda fuera la atracción hacia ambos sexos. La valoración de estos esquemas dicótomos ha promovido que las personas bisexuales se vean obligados a adherirse a los extremos (hetero-homo). Estas nociones se distancian de la constante evidencia científica que implican que la orientación sexual es continua y fluida (APA, 2011b; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953; Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948).

Este breve artículo pretende exponer los mitos existentes en los y las terapeutas sobre las personas bisexuales, las consecuencias psicológicas del discrimin en las personas bisexuales y finalmente ante este cuadro presentaré las implicaciones que tiene el proceso de la “salida del closet” para el o la cliente/paciente. Además, con este trabajo pretendo ofrecer recomendaciones a los y las terapeutas al trabajar e investigar esta diversa comunidad.

Lamentablemente muchas personas, incluyendo profesionales de la salud mental (Mohr, Weiner, Chopp, & Wong, 2009; Mohr, Israel & Sedlacek, 2001), continúan perpetuando los mitos que existen sobre la comunidad bisexual. Investigaciones han

encontrado que los mitos más comunes entre los terapeutas profesionales se encuentran ideas tales como que la bisexualidad: (1) es un estado de inmadurez o infantilismo, (2) es una fase de transición, (3) constituye un auto-engaño, (4) es un estado de confusión, (5) es un ideal político o personal, (6) es una tendencia de la moda, y (7) que es hasta una mentira o fantasía (Elia, 2010). De hecho, tan reciente como hace dos años, Heenen-Wolff (2011) publicó en el *International Journal of Psychoanalysis* un artículo que explica la bisexualidad como una falta de resolución del Complejo de Edipo. Bajo la orientación psicoanalítica estadounidense, el bisexualismo todavía es visto como un infantilismo sexual. Bajo esta orientación la cura analítica está dirigida a resolver el Complejo de Edipo. A mi manera de ver, esta orientación teórica patologiza la bisexualidad y como he presentado, hay otros acercamientos que no conceptúan la bisexualidad como patología ni enfermedad.

Otro de los mitos es que la bisexualidad es una fase de transición de la heterosexualidad a la homosexualidad. Sin embargo, aunque muchas personas homosexuales sí pasan por una etapa de transición, esto no implica que las personas bisexuales se encuentran en una etapa de transición o están confundidas (Esteban, 2012). La orientación sexual es mucho más compleja que esa mirada exclusiva sobre el deseo sexual hacia personas del sexo opuesto o del mismo sexo. Klein, Sepekoff y Wolf (1985), plantean que la orientación sexual se podría dividir en diversas dimensiones y de las cuales no necesariamente habrá una congruencia entre estas dimensiones. Las dimensiones que estos autores sugieren son: (1) la atracción sexual, (2) el

comportamiento sexual, (3) las fantasías sexuales, (4) las preferencias emotivas, (5) las preferencias sociales (con qué grupo de personas prefieren socializar), (6) la autoidentificación, y (7) el estilo de vida en relación a la sexualidad (por ejemplo, vivir en comunidades o ciudades en donde la mayoría de las personas son homosexuales o bisexuales y en donde se establece una subcultura).

Las personas bisexuales informan más desafíos tanto sociales como personales asociados a su orientación sexual. Los y las bisexuales por no ser parte del binomio social (hetero-homo) perciben prejuicio, discriminación y estigma de parte de la comunidad heterosexual y también de la comunidad homosexual (Dodge, Reece, & Gebhard, 2008). Siendo entonces doblemente discriminados. Estos dobles estresores aumentan la probabilidad de que las personas bisexuales experimenten depresión, ansiedad, ideación suicida y otros síntomas comunes en minorías marginadas (Elia, 2010). Estas sintomatologías afectan la autoestima y crea una tendencia a un aislamiento patológico ante los prejuicios y el discrimen constante. Ante este cuadro se hace más complicado y difícil el proceso de autoaceptación, autovaloración y la “salida de closet” para las personas bisexuales (Knous, 2006).

La comunidad homosexual y heterosexual como participe de los binomios, el prejuicio, el discrimen y el desconocimiento o rechazo a pensar en la sexualidad como un continuo; son algunos de los factores que hacen más difícil la “salida del closet” de las personas bisexuales. De hecho, Weinberg, Williams y Pryor (2003), en su modelo teórico de la salida del closet de las personas bisexuales contemplaron como cuarta y última etapa de este proceso la inseguridad continúa. Los autores llamaron a esta etapa inseguridad continúa porque muchas veces la orientación sexual de las personas bisexuales es juzgada por sus pares dependiendo el sexo de su pareja. Por lo que si estas personas se encuentran con una persona de su mismo sexo, lo o la asumen como homosexual y si su pareja es del sexo opuesto, entonces lo o la identifican como heterosexual. Dado a que a muchas personas bisexuales se les ignora su orientación sexual, este acto, les hace más difícil mantener una identidad ante los demás, y esta presión social les causa una inseguridad continua acerca de su identidad. Sin embargo, autores como Bradford (2004), promueven que la clave es evitar la invisibilidad de la identidad Bisexual e invita a estas personas al orgullo y compromiso con dicha identidad. Estas acciones evitan que las personas asuman la homosexualidad o la heterosexualidad como norma. Además, exhorta a

que las personas expongan su identidad Bisexual y bajo estas acciones se transforma la realidad existente.

Por otro lado, la falta de investigación en el tema y la falta de separación de las personas bisexuales de las homosexuales en los estudios existentes, continúan sustentando la invisibilidad de las personas bisexuales y mantienen el prejuicio actual. Por esto, mis recomendaciones son: (1) como profesionales terapeutas debemos dejar los mitos a un lado y educarnos sobre los temas que no conocemos, (2) utilizar las guías disponibles para aclarar dudas sobre las orientaciones sexuales (APPR, 2008; APA, 2008, 2011b), (3) tomar en consideración la doble discriminación y sus consecuencias al trabajar personas bisexuales en terapia, (4) explorar y discutir la etapa de las salidas del closet con el o la cliente/paciente y estar conscientes de la dificultad que conlleva, (5) abrir un espacio científico de reflexión en donde se cree conciencia de la diferencia de las personas exclusivamente homosexuales y las personas identificadas como bisexuales, y (6) no asumir que los hombres bisexuales son iguales o tienen las mismas necesidades que las mujeres bisexuales, ni viceversa. En fin, con este trabajo pretendo estimular la investigación con la comunidad bisexual y a tales efectos, sugiero identificar sus necesidades en la isla, crear nuevos instrumentos y modificar los instrumentos existentes para asegurar que la B no se quede en el closet.



Referencias:

American Psychological Association. (2008). Answers to your questions for a better understanding of sexual orientation & homosexuality. Washington, DC: Autor. Retrieved from <http://apa.org/topics/sexuality/sorientation.pdf>

American Psychological Association. (2011a).

Definition of terms: Sex, gender, gender identity, sexual orientation. Washington, DC: Autor. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexuality-definitions.pdf>

American Psychological Association. (2011b). Guidelines for psychological practice with Lesbian, Gay, and Bisexual clients. Washington, DC: Autor. Retrieved from <http://apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>

Asociación de Psicología de Puerto Rico. (2008). Estándares para el trabajo e intervención en comunidades lésbicas, gay, bisexuales y transgéneros (LGBT). San Juan, Autor. Retraído de <http://www.asppr.net/pdf/LGBT.pdf>

Bradford, B. (2004). Bisexual Issues in same-sex couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 3(2/3), 43-52.

Dodge, B., Reece, M. & Gebhard, P.H. (2008). Kinsey and beyond: Past, present, and future considerations for research on male bisexuality. *Journal of Bisexuality*, 8(3/4), 175-189.

Elia, J.P. (2010). Bisexuality and school culture: School as a prime site for bi-intervention. *Journal of Bisexuality*, 10(4), 452-471.

Esteban, C. (2012). Diversidad en la diversidad: Breve discusión sobre la complejidad de la bisexualidad. *Diversidad*, 3(1), 7-11.

Heenen-Wolff, S. (2011). Infantile bisexuality and the 'complete oedipal complex': Freudian views on heterosexuality and homosexuality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(5), 1209-1220. doi:10.1111/j.1745-8315.2011.00436.x

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior In The Human Male*, Philadelphia, W.B. Saunders.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard P.H. (1953). *Sexual Behavior In The Human Female*, Philadelphia, W.B. Saunders.

Klein, F., Sepekoff, B., & Wolf, T. J. (1985). Sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 11(1/2), 35-49. doi:10.1300/J082v11n01_04

Knous, H.M. (2006). The coming out experience for bisexuals. *Journal of Bisexuality*, 5(4) 37-59.

Mohr, J. J., Israel, T., & Sedlacek, W. E. (2001). Counselors' attitudes regarding bisexuality as predictors of counselors' clinical responses: An analogue study of a female bisexual client. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 212-222. doi:10.1037/0022-0167.48.2.212

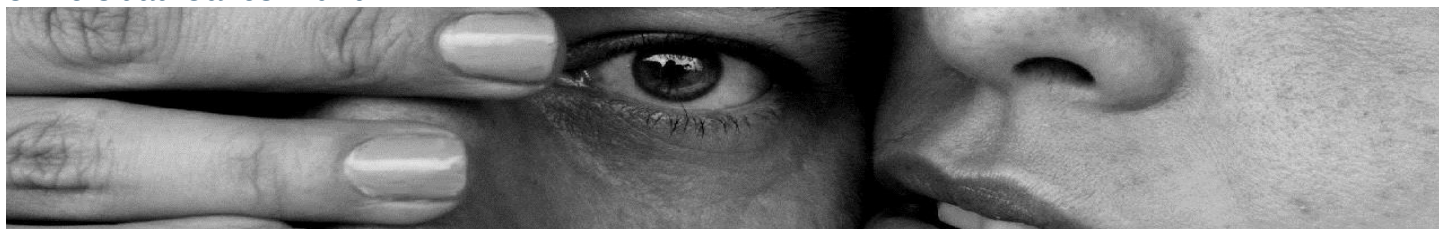
Mohr, J. J., & Rochlen, A. B. (1999). Measuring attitudes regarding bisexuality in lesbian, gay male, and heterosexual populations. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 353-369. doi:10.1037/0022-0167.46.3.353

Mohr, J. J., Weiner, J. L., Chopp, R. M., & Wong, S. J. (2009). Effects of client bisexuality on clinical judgment: When is bias most likely to occur?. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 164-175. doi:10.1037/a0012816

Weinberg, M. S., Williams, C. J. & Pryor, D. W. (2003). *Becoming bisexual*. In P. A. Adler & P. Adler (Eds.), *Constructions of deviance: Social power, context, and interaction* (pp. 222-232). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

La B invisibilizada: definiciones, retos y controversias de la comunidad bisexual

Margarita Francia, PhD
Universidad Carlos Albizu



“No le debí haber dicho a mi esposa que soy bisexual... Ahora ella piensa que soy gay y que la voy a dejar por otro hombre. No sé qué hacer, la amo y todavía me gustan las mujeres... Me temo que si buscamos ayuda profesional, el consejero matrimonial nos diga que nos separemos. Yo no soy gay, ¿o lo soy?... (Baker y colaboradores, 2012).

Relatos como el anterior son parte de la realidad que enfrentan muchos miembros de la comunidad bisexual en su diario vivir y en su lucha por lograr una identidad firme y reconocida en un mundo donde se les margina y se les niega el derecho a reconocerse e identificarse como bisexuales. Diversos autores coinciden en que la bisexualidad ha sido invisibilizada y/o marginada tanto en la esfera teórica como práctica, posiblemente como resultado de las presiones y discursos a favor de la monosexualidad (Dworkin, 2013; San Francisco Human Rights Association 2009). Se enfrentan, por ende, a una doble discriminación de parte de ambos sectores, el heterosexual y el homosexual, lo que a su vez los coloca en mayor riesgo y vulnerabilidad para desarrollar condiciones de salud, tanto físicas como mentales (GooB, 2013; Kaestle & Holz, 2012).

Se han planteado en la literatura psicológica varias definiciones para el concepto de bisexualidad. Según el diccionario de la APA se define bisexualidad como: “atracción sexual o conducta sexual con hombres y mujeres” (APA, 2006). Otros autores prefieren usar el término no exclusiva al referirse a la bisexualidad ya que implica que se sienten atraídos por ambos sexos. La precisión y consenso en la definición es uno de los retos que se ha planteado en la literatura que enfrentan los investigadores del tema.

Por otro lado, aún cuando se reconoce que el término bisexualidad fue formulado a finales del siglo 19 y principios del 20, no es hasta los 40's, con los

escritos de Kinsey (GooB, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 10), entre otros, que se establece como una categoría sexual distinta y visible. En los comienzos del estudio de la conducta humana y en los trabajos de figuras claves del psicoanálisis ya se hablaba de bisexualidad. Se ha documentado que Freud al referirse a la bisexualidad llegó a plantear que todos los seres humanos son inherentemente bisexuales al nacer y entendía que la bisexualidad era de utilidad para explicar la orientación homosexual. (Freud, 1925, citado en Dodge, Reece & Gebhard, 2013). Vemos entonces que para Freud, al igual que otros teóricos psicoanalíticos de la época, la bisexualidad estaba de cierta manera supeditada a la homosexualidad. De ahí que teóricos como Bergler (1956, citado en Dodge, Reece & Gebhard, 2013) llegaron a plantear que:

“La bisexualidad es un estado que no tiene existencia más allá de la palabra misma... es un fraude...”

Nadie puede bailar en dos bodas diferentes al mismo tiempo. Los llamados bisexuales son realmente

homosexuales con una excusa heterosexual ocasional” (pp.80-81).

De esta manera, podemos apreciar cómo desde sus comienzos el psicoanálisis influyó en la invisibilización de la bisexualidad. Décadas más tarde, Kinsey aportó datos científicos para refutar las teorías de este grupo de teóricos psicoanalistas y para dismantelar el mito de que la bisexualidad era una conducta rara. Con los datos obtenidos de las entrevistas a sus participantes quedó establecido que un sector considerable de la población se auto-identifica como bisexual (Dodge, Reece & Gebhard, 2013). Estos hallazgos han sido replicados por otros investigadores. Gates (2011) revisó 9 encuestas de comunidad llevadas a cabo en los últimos 19 años en

EEUU y encontró que el 3.1% de los encuestados se identificaban como bisexuales mientras que el 2.5% como homosexuales y que las mujeres se identificaban más como bisexuales que como lesbianas, lo que sugiere que la bisexualidad es una conducta sexual humana más común de lo que se ha planteado. Esto también ha llevado al planteamiento de que la bisexualidad se expresa y experimenta de manera diferente en el hombre y en la mujer (Diamond, 2013).

En los últimos 10 años ha habido proliferación de investigaciones en el tema de la bisexualidad, gran parte producto de disertaciones doctorales (Dworkin, 2013). Aún cuando la calidad de las mismas ha mejorado, investigar este tema continúa siendo retante dado los problemas de definición, concepción y metodología que la temática conlleva. Muchos estudios incluyen muestras por disponibilidad, hay poca representación de mujeres y minorías y se pretende estudiar la bisexualidad dentro del discurso dicotómico predominante. Investigadores/as contemporáneos están hablando de sexualidad fluida al estudiar la conducta sexual de los y las bisexuales. (Dworkin, 2013). Resulta imperativo atender estas limitaciones de manera que se pueda continuar fomentando la investigación científica y rigurosa del tema.

A manera de resumen, podemos mencionar que es necesario crear conciencia de las instancias en que participamos de manera silente a perpetuar conductas de marginación contra esta población. A los y las bisexuales se les ha adjudicado en la literatura científica como uno de los principales protagonistas de la epidemia del SIDA, se les acusa de promiscuos/as, de que no se puede confiar en ellos/as y que son incapaces de ser monógamos. Se les somete a doble discriminación y, peor aún, a la invisibilización. Conocer y atender mejor sus necesidades es nuestro gran reto.

Referencias

- American Psychological Association (2006). APA dictionary of psychology. Washington DC: Autor.
- Baker, M., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, J., Plowman, T., Yockney, J. & Morgan, M., (Feb. 2012). The Bisexuality Report. UK: Open University
- Diamond, L.M. (2013). Concepts of female sexual orientation. En . Patterson & A. D'Augelli (Eds), Handbook of psychology and sexual orientation (pp.3-17). New York: Oxford University Press.
- Dodge, B., Reece, M. & Gebhard, P. (2013). Kinsey and beyond: Past, present and future considerations for research on male bisexuality. Journal of Bisexuality, 8, 175-189.
- Dworkin, S. H. (2013). Bisexual identities. En C. Patterson & A. D'Augelli (Eds), Handbook of psychology and sexual orientation (pp.31-41). New York: Oxford University Press.
- Gates, G.J. (2011). How many people are gay, bisexual, lesbian and transgender. Los Angeles, CA: The Williams Institute.
- GooB, U. (2013). Concepts of bisexuality. Journal of Bisexuality, 8, 9-23.
- Kaestle, E. & Holz A. (2013). A forgotten sexuality: Content analysis of bisexuality the medical literature. Journal of Bisexuality, 12, 35-48.
- San Francisco Human Rights Association (2009). Bisexual Invisibility: Impacts and Recommendations.

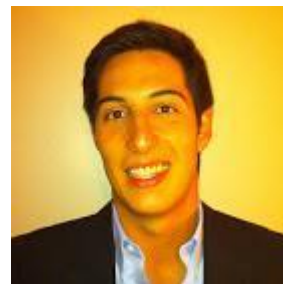


Ojo por boca © Ángel Flores

La “B” en terapia: experiencias, modelos y asuntos particulares de la población bisexual en psicoterapia

Dr. Miguel Vázquez Rivera

Programa PITIRRE de Iniciativa Comunitaria
Universidad Metropolitana, Recinto de Cupey



Josh Hutcherson, uno de los artistas de la trilogía “The Hunger Games” mencionó en una entrevista: “Yo tengo el sueño de que un día, mi hijo/a llegará de la escuela y diga: ‘papá, hay esta nena en la escuela que me gusta y este nene que me gusta también y no sé cuál de los dos me guste más’ y que esto no sea un issue y sea algo así como, ‘¿cuál de los dos es mejor persona?, ¿cuál te hace reír más?’”.

Al mencionar las comunidades LGBT podemos decir que han adquirido visibilidad a través de los años en las luchas por los derechos humanos, en las investigaciones publicadas y en la cultura popular como es el caso del artista antes mencionado. Sin embargo, al desmenuzar el colectivo y evaluar cada sigla por separado, podemos notar que, en nuestra sociedad, de la “B” no se habla. La “B” de la bisexualidad se caracteriza por ser un grupo de personas que se identifican cuando divulgan su orientación sexual o cuando son vistos/as con parejas o llevan a cabo conductas sexuales o íntimas con personas del mismo sexo. Muchos/as permanecen en el anonimato siempre y cuando estén con una pareja o actúen sobre su atracción con el sexo opuesto. Sin embargo, este grupo de personas en muchas ocasiones es discriminado por ambos grupos: heterosexuales y homosexuales (Comité de Asuntos LGBT de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, 2007).

En los Estándares para el trabajo e intervención con la comunidad LGTB desarrollado por el Comité de Asuntos LGBT de la Asociación de Psicología de

Puerto Rico (2007), se reconoce que “en una sociedad donde el sexo, el género y la orientación sexual son vistos desde una posición binaria, las personas que se identifican como bisexuales son frecuentemente incomprendidas, estigmatizadas y rechazadas tanto por los heterosexuales como por los homosexuales”. “Los y las profesionales de la conducta humana entienden que la bisexualidad es una identidad que es tan legítima como cualquier otra opción de vida”. Además, exponen que “las prácticas sexuales y estados afectivos, de por sí no implican desajuste emocional o inmadurez”. Es cuando estas prácticas interfieren con otros aspectos de la vida que se convierten en algo que se debe atender en procesos de atención psicológica”. Como psicólogos/as y profesionales de la salud mental, es importante no incurrir en estos prejuicios sociales y ofrecerles un espacio terapéutico de aceptación.

Sin embargo, en las investigaciones sobre la bisexualidad se puede notar una inconsistencia en cuanto a los niveles de salud mental en comparación con sus pares heterosexuales (Firestein, 2007). Por otro lado, Silverschanz (2004) reportó que las mujeres bisexuales buscan más ayuda profesional que la población en general. Por estos datos, se puede reconocer dos asuntos medulares en cuanto a la investigación sobre la salud mental de los/as bisexuales. En primer lugar, que existe la necesidad de generar más investigación sobre la salud mental y el acceso a servicios de salud mental de esta población. En segundo lugar, que los/as profesionales de ayuda deben estar aprestos a recibir clientes bisexuales y adiestrados/as en la temática.

La literatura apunta las razones más importantes por las que las personas bisexuales solicitan servicios de salud mental. Esbozo a continuación algunas de sus motivaciones: (1) la confusión sobre su sexualidad (Oxley & Lucius, 2000), (2) el desarrollo y divulgación de su orientación sexual (Oxley & Lucius, 2000; Bradford, 2004), (3) las relaciones amorosa (Goetstouwers, 2010), (4) el riesgo de VIH (Goetstouwers, 2010), (5) las experiencias de discriminación por diversidad cultural (Goetstouwers, 2010), (6) la insatisfacción por servicios psicológicos previos (Oxley & Lucius, 2000), (7) la doble discriminación, por parte de heterosexuales y homosexuales, (Rust, 2000), (8) vivir experiencias como la depresión, el pánico, abuso de sustancias, hasta intentos de suicidio (Firestein, 2007), (9) enfrentar dificultades externas (opresión social, bifobia, sexismo, racismo u homofobia) (Firestein, 2007), y finalmente, (10) tener que sobrellevar los retos que representan el establecer una relación poliamorosa (Weitzman, 2006). Ante estas difíciles situaciones, un/a psicólogo/a debe deshacerse de preconcepciones heterosexistas, presunciones de monogamia e ideas tradicionales de la identidad de género y comenzar a sensibilizarse ante las necesidades de esta población para poder ofrecer servicios de calidad.

Además de una apertura a atender la población, el/la profesional de salud mental debe tener el adiestramiento correspondiente en el Modelo Afirmativo LGBT. Este modelo cuenta con el aval de los y las expertos/as en el tema y asociaciones profesionales de alto reconocimiento mundial (Cornett, 1993; Dworkin, 2000; Falco, 1991, 1996; Fassinger, 1991, 2000). El modelo afirmativo no es un sistema independiente de terapia, sino un rango especial de conocimiento que descarta la noción de que la homosexualidad y la bisexualidad son patológicas (Maylon, 1982). Este modelo reconoce que la bifobia desarrolla sintomatología psicológica. Esta visión trabaja para mover al cliente de la vergüenza al orgullo por su orientación e identidad sexual (Kort, 2008). Por otro lado, este marco conceptual, exige que el/la terapeuta acepte, apoye y entienda a sus clientes (APA, 2009). Las metas de este acercamiento es crear, junto a el/la cliente, un desarrollo coherente de su identidad sexual, a la vez que la persona consolida sus emociones con los cambios realizados

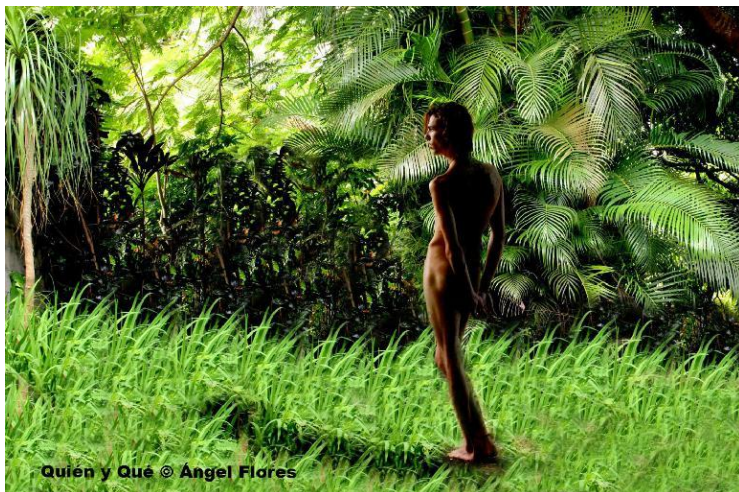
En la literatura se ha compilado algunos de los errores más comunes en los y las terapeutas. Esta

compilación tiene el objetivo de ser un aviso a los/as terapeutas para no incurrir en ellos cuando trabajan con personas cuya orientación sexual es hacia ambos sexos. Estos errores son esbozados a continuación:

1. Pensar que la bisexualidad, en sí, es un problema (Gluth & Kiselica, 1994).
2. Asumir la monosexualidad (Firestein, 2007).
3. No abrirse a la posibilidad de que es posible desarrollar una relación saludable en el poliamor (Firestein, 2007).
4. Pensar que la orientación sexual es estática, en vez de compleja y fluida (Matthews, 2007).
5. No divulgar la orientación sexual cuando el/la cliente pregunta (Kort, 2008).
6. Negar la propia bifobia y el heterosexismo (Kort, 2008).
7. No ofrecer recursos para los/as clientes (Kort, 2008).
8. Utilizar la terminología equivocada (Kort, 2008).
9. Utilizar formas con lenguajes heterosexistas (Kort, 2008).
10. Adoptar una política de no auto-revelaciones (Kort, 2008).
11. No reconocer que tus clientes pudieron haber sido bisexuales desde la niñez (Kort, 2008).
12. Tener una sala de espera sin literatura para bisexuales (Kort, 2008).
13. En las relaciones sentimentales, descartar las implicaciones psicosociales de lo que representa tener una relación homosexual o bisexual (Kort, 2008).
14. No evaluar la etapa de divulgación de la orientación sexual (Kort, 2008).

Es importante reconocer que para trabajar con esta población se debe ser sensible ante las necesidades de sus miembros/as, conocer el modelo afirmativo y adiestrarse en la temática LGBT. Además, un terapeuta responsable y ético autoevalúa sus prejuicios, se aleja de los modelos de enfermedad de la bisexualidad y se acerca a los afirmativos. Asimismo se aleja de los modelos dicotómicos de la orientación sexual y se acerca a una perspectiva multidimensional de la orientación sexual y procura seguir las guías de instituciones que trabajan el tema como la Asociación de Psicología Americana y la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Ambas asociaciones tienen sus guías de manera gratuita en sus portales cibernéticos.

De esta manera, las personas bisexuales y el resto de la comunidad LGBT podrá contar con una sociedad más equitativa que proteja sus intereses individuales y sus relaciones sentimentales. Al comenzar por los/as profesionales de salud mental, se puede cambiar la perspectiva que tiene el/la cliente de las demás personas y de la sociedad y así alcanzar a vivir una vida libre de las consecuencias del prejuicio y la discriminación. Quizás el sueño de Josh Hutcherson se convierta en realidad.



Referencias

- APA Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). Report of the Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. Washington, DC: American Psychological Association.
- Asociación de Psicología de Puerto Rico. (2007). Comité sobre asuntos de lesbianas, gay, bisexuales y Transgéneros (LGBT): Posicionamiento teórico y ético sobre la psicología y las comunidades LGBT Encontrado el 10 de octubre de 2007 en: <http://www.asppr.net/aspprcomiteasuntoslgbt.htm>
- Cornett, C. (1993). Affirmative dynamic psychotherapy with gay men. Northvale, NJ: Aronson.
- Dworkin, S. H. (2000). Individual therapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In R. M. Perez, K. A. Debord, & K. J. Bieschke (Eds.), Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients (pp. 157–181). Washington, DC: American Psychological Association.
- Falco, K. L. (1991). Psychotherapy with lesbian clients: Theory into practice. New York: Brunner/Mazel.
- Falco, K. L. (1996). Psychotherapy with women who love women. In R. P. Cabaj & T. S. Stein (Eds.), Textbook of homosexuality and mental health (pp. 397–412). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fassinger, R. E. (2000). Applying counseling theories to lesbian, gay, and bisexual clients: Pitfalls and possibilities. In R. M. Perez, K. A. Debord, & K. J. Bieschke (Eds.), Handbook of psychotherapy with lesbians, gay, and bisexual clients (pp. 107–131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fassinger, R. E. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. The Counseling Psychologist, 19, 157–175.
- Firestein, B. (2007). Cultural and relational contexts of bisexual women: Implications for therapy. In B. Firestein (Ed.), Becoming visible: Counseling bisexuals across the lifespan (pp. 127–152). New York: Columbia University Press.
- Geri Weitzman (2006): Therapy with Clients Who Are Bisexual and Polyamorous, Journal of Bisexuality, 6:1-2, 137-164
- Gluth, D. R., & Kiselica, M. S. (1994). Coming out quickly: A brief counseling approach to dealing with gay and lesbian adjustment issues. Journal of Mental Health Counseling, 15, 63–173.
- Goetstouwers, L. (2006): Affirmative Psychotherapy with Bisexual Men, Journal of Bisexuality, 6:1-2, 27-49
- Kort, J. (2008). Gay affirmative therapy for the straight clinician: The essential guide. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Mary Bradford (2006): Affirmative Psychotherapy with Bisexual Women, Journal of Bisexuality, 6:1-2, 13-25
- Mathews, C.R. (2007). Affirmative lesbian, gay, and bisexual counseling with all clients. In K.J. Bieschke, R.M. Perez, & K.A. debord (Eds.), Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients (2nd ed.). (pp. 201-219). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maylon, A. (1982) Psychotherapeutic implications of

internalized homophobia in gay men. In J. Gonsiorek (ed.), *Homosexuality and Psychotherapy*. New York: Haworth Press.

Oxley, E., & Lucius, C. A. (2000). Looking both ways: Bisexuality and therapy. In C. Neal & D. Davies (Eds.), *Issues in therapy with lesbian, gay, bisexual and transgender clients* (pp. 115-127). Buckingham, England, United Kingdom.

Rust, P. C. (2003). Monogamy and polyamory: Relationship issues for bisexuals. In L. D. Garnets & D. C. Kimmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bi- sexual experiences* (pp. 497–548). New York: Columbia University Press.

Silverschanz, P. (2004). Sexual minority women and mental health: A review of the research. 1992-2002. Lesbian Unpublished Manuscript Award. Association for Women in Psychology, Philadelphia.

La diferencia desquiciada: géneros y diversidades sexuales

Editores: Ana María Fernández y William Siquiera Peres
Editorial Biblos

Hace un tiempo me topé con varios artículos de Ana María Fernández, psicoanalista argentina que me entusiasmaron muchísimo, algunos de estos son: (1) De la crueldad, sus linajes y coartadas, en homenaje al psicoanalista argentino Fernando Ulloa, (2) Hacia los estudios Transdisciplinario de la Subjetividad, (3) Los cuerpos del deseo: potencias y acciones colectivas, (4) Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina.

Su agudeza intelectual, su vehemente posición política, su insumisión ante las disciplinas, y su invitación continua a des-disciplinarse me generó mucha curiosidad por su quehacer intelectual. Me dí a la tarea de conocer más de su trabajo y algunos de sus libros los comparto con ustedes: (1) La mujer de la ilusión, (2) Política y subjetividad: asambleas barriales y fábricas recuperadas, (3) Las lógicas sexuales: amor, política y violencias, (4) Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos y multiplicidades, (5) Las lógicas sexuales: amor, política y violencias, y este último libro que les comparto La Diferencia Desquiciada: Géneros y diversidades sexuales (2013). Según presenta en su introducción, este libro nace de la preocupación por el desconocimiento y los prejuicios que se ponen de manifiesto frente a las diversidades eróticas (sean homosexuales, bisexuales, travestis, transexuales, transgéneros, intersexos). Estas intolerancias como sabemos, se dan en los diversos ámbitos profesionales (psicología, psiquiatría, psicoanálisis, enfermería, medicina, policía, escuela, medios de comunicación) y académicos. Para hacer frente a las violencias más visibles y reconocibles (agredir, burlarse) tanto como las más sutiles y simbólicas (privilegio de la heteronormatividad, y



pensar las opciones no heterosexuales como “enfermas, inferiores y peligrosas” operación simbólica que le llama diferencias desigualadas) se elabora este libro. Los trabajos que se compilan son de activistas, psicoanalistas, psicólogos, feministas, y feministas queer de Argentina, Brasil y otros países de Latinoamérica. Es un esfuerzo dirigido a producir argumentaciones que según ella combatan los prejuicios con los que suelen abordarse las problemáticas referidas a las sexualidades. Al leer este libro me pareció que es un excelente recurso para continuar creando las condiciones conceptuales y metodológicas que promuevan saberes abiertos y comprometidos a descencializar y desnaturalizar desde un enfoque histórico-genológico las diversidades sexuales.

Apreciaciones sobre los cortos de contenido LGBT

por Patricia Noboa Ortega, Editora

ATOMS



Director: Arnaud Dufeys- Nació en Bélgica en 1989. Tiene 24 años. Luego que terminó la escuela superior inició sus estudios en cine en Bélgica. Este corto es su trabajo final de sus estudios universitarios.

Duración- 18 minutos

Atoms o Atome - a-tómo- significa 'sin división'. Excelente título para la premisa que está abordando, la tensión entorno a los límites de la relación entre un Hugo (este joven estudiante) y Jules (un maestro de escuela de internos). Nuestro querido Hugo, lo vemos cómo

empuja los límites que Jules establece e impone. Jules, es el llamado a establecer el orden, y a ejercer la disciplina cuando esos límites se quebrantan. A mi manera de verlo, esa tensión se estableció cuando el propio Jules transgredió esos límites, siendo él “el maestro, el adulto”, de quien se espera que no actúe sobre su deseo, que en este caso, era no vincularse sexualmente con Hugo. Como vimos en el corto, no lo logró, sus intentos fueron actos fallidos.

El director desde inicio trata de comunicarnos que algo pasó entre ellos dos. En momentos puntuales (cuando ambos personajes experimentan la impotencia) el director nos presenta imágenes en movimiento del bosque. Estas imágenes se pudiesen interpretar a partir de la modernidad, a lo primitivo, a lo salvaje, al no control, al desborde, a estar fuera de los límites, que es precisamente el malestar que carga Jules^[1]. ¿Cómo establecer el límite cuando ese cuerpo joven, hermoso, seductor, le provoca y le despierta a él, el fundirse en ese cuerpo, y así vivir esa experiencia de la no división? (en honor al título, átomo).

Lo curioso, quien hizo ese corte definitivo, el que castró (y me refiero a nivel simbólico) el que puso un límite real de esa experiencia erótica entre ambos, fue el chico. Ante su partida, ambos enfrentaron la realidad que todxs nosotros aquí enfrentamos, la imposibilidad de la plena satisfacción. Ya no se tienen.

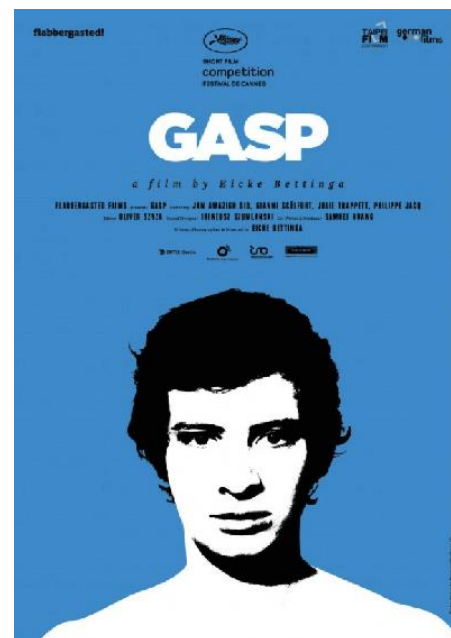
^[1] Aunque no debemos perder de vista que a nivel cinematográfico este recurso el/la director/a lo utiliza para hacer transiciones en la trama. Gracias a Sigrid Piñero por esta observación.

GASP

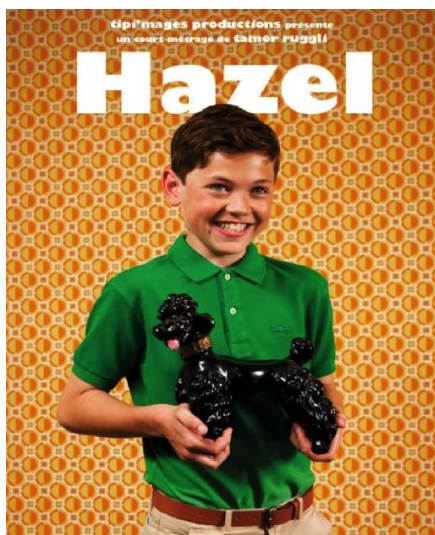
Director: Eicke Bettinga. Nació en Alemania en el 1978. Tiene 35 años. Estudió cine en Reino Unido. El ha escrito y dirigido varios cortometrajes, comerciales y documentales. Otros de sus trabajos son; Shearing, 2002; Trust, 2007; y Together, 2009. Aquellxs que quieran ver algunos de sus trabajos pueden acceder a su página <http://www.eickebettinga.com/category/films/>

Duración: 15 minutos

Este corto trata de este chico de 17 años homosexual, que está en búsqueda de sentir, de vincularse con un otro. Claro, ante un mundo hetero-sexista e intolerante con la diversidad de otras maneras de vinculación afectiva y sexual, enfrenta la violencia, la crueldad y por consecuencia, la soledad. Por suerte, tiene una madre, cariñosa, cercana, y atenta de él. Su madre intenta entrar en su mundo, y las pocas veces que logró entrar, fue a través de la pintura. En ese quehacer ambos pudieron encontrarse. Curiosamente el arte es una actividad que no requiere de la palabra ni de escudriñarse ni revelarse “desde la palabra” frente un otro. Precisamente es el impase de él, frente a su padre. Ante la torpe y machista pregunta, “no me digas que tú eres gay?” el padre intentó saber si por esos motivos él era víctima de violencia en la escuela. Me pregunto, ¿Cómo alguien puede revelarse frente a tal negación? ¿Cómo existir frente un no? Y esa tachadura no viene de cualquiera, viene de su padre. Frente a eso, ¿qué le queda a uno? Que mejor respuesta la del hijo, que sin palabras, frente a las cámaras, y la audiencia que fueron a escuchar y a ver a su padre, responderle besándose con ese chico. Irónicamente al ritmo de la canción “kiss me softly on my mouth”. Ese acto irruptivo, quebrantó los límites de lo socialmente permitido. A su vez, ese acto le dio un lugar en la sociedad y sobre todo, frente a su padre. Ese acto de valentía, de asumir ese riesgo de expresar su deseo frente a su padre, implicó de alguna manera perder, perder la vinculación con su padre, pero ganar un lugar en el mundo.



HAZEL



Director: Tamer Ruggli. Nacido en Zurich en mayo del 1986. Tiene 27 años. Estudió cine en la escuela de arte, Ecole Cantonal d'art de Lausanne ECAL. Es director y escritor. Algunos de sus trabajos son The Rejects, 2009; Ruth, 2011; Cappuccino, 2011.

Duración: 8 minutos

Hazel este niño que tiene esta madre histérica y exagerada (en su maquillaje, en sus vestimentas, en sus reacciones ante las situaciones, es un hipérbole, es una caricatura de lo femenino). Resulta obligado pensar en Almodóvar con “Las mujeres al borde de un ataque de nervios”. Lo singular de este corto, es que esta historia está contada desde la mirada de Hazel. Este nombre se lo da la enfermera, en alemán Hasel. Sin embargo, ella, desvinculada del lenguaje y de tantos otros aspectos de la realidad, lo nombra Hazel. Este chico en su relato nos cuenta cómo va perdiendo a su madre ante los avatares de la vida y los actos de ella

para enfrentar esos embates (adormecerse con pastillas para acallar el dolor y tachar con pintura

blanca las imágenes de esposo en los retratos).

Estos actos apuntan a la esperanza de borrar el recuerdo. Su segundo dolor, la sospecha de tener un hijo maricón y ¿qué hace? Llevarlo a la psiquiatra, una muy peculiar. Como sabemos, la psiquiatría se ha servido como medio para arreglar todo aquello que se entiende como “perverso, torcido, enfermo, y confundido” que en este caso, es el niño. Estas son las ecuaciones simbólicas que comparten la mayoría de las sociedades donde la norma instaurada es la heterosexualidad y donde los sujetos son conformado desde esa hetero-normatividad. Como sabemos, tanto la psiquiatría y la psicología, han abonado a esa ecuación.

Como señala Ana María Fernández (2013), “siempre queda un resto que no puede ser disciplinado y tiene sus líneas de fuga a los poderes establecidos”. Hazel, no se dejó subjetivar por los deseos y demandas de su madre, y desde ese acto de lamer esa paleta de helado, expresó su deseo frente a su madre. Hazel se mantuvo chupando la paleta frente a las amenazas de muerte de su madre “me vas a matar” “me voy a morir”. Ante este acto irruptivo de Hazel, qué otra cosa podía ser su madre desde su subjetividad? No le quedaba otra, tachar la imagen de su hijo del retrato familiar.

TABULÉ

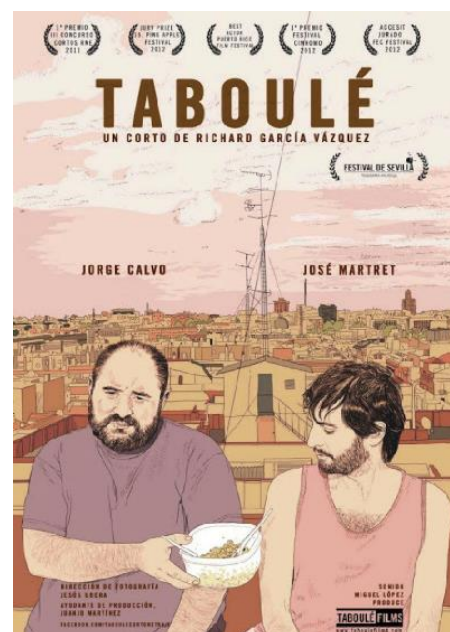
Director: Richard García Vázquez, un malagueño. Estudio en la Universidad de Málaga y en la Université Sorbonne Nouvelle de Paris.

Duración: 4 minutos

Esta historia trata sobre la confianza de una pareja. Esa confianza se manifiesta a través del acto de compartir sus secretos. Ese acto de revelar los secretos abre el espacio para lo íntimo. Como sabemos, tú no le revelas tus secretos a cualquiera y tampoco puedes revelarlo todo.

Referencia

María-Fernández (2013). Los Cuerpos del Deseo: Potencias y Acciones. Revista Nómadas, 38, pp. 13-29.



Cierre

Sueño

Cuando los relojes de la media noche prodiguen un tiempo generoso, iré más lejos que los bogavantes de Ulises a la región del sueño, inaccesible a la memoria humana. De esa región inmersa rescato restos que no acabo de comprender: Hierbas de sencilla botánica, animales algo diversos, diálogos con los muertos, rostros que realmente son máscaras, palabras de lenguajes muy antiguos y a veces un horror incomparable al que nos puede dar el día. Seré todos o nadie. Seré el otro que sin saberlo soy, el que ha mirado ese otro sueño, mi vigilia. La juzga, resignado y sonriente.

Jorge Luis Borges



Dream Caused by the Flight of a Bee Around a Pomegranate a Second Before Awakening (1944). Salvador Dalí

Me puedes escribir y dejar tus comentarios: pnoboa@ipsi.uprp.edu

Comité de Asuntos de la Comunidad LGBT
Asociación de Psicología de Puerto Rico

Horario de Servicios: Lunes a Viernes de 8:00am a 4:00pm
(787) 751-7100 / FAX (787) 758-6467
PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435
Ave. Muñoz Rivera #500 Condominio El Centro II Oficina 230 Hato Rey, PR 00918