

Sobre prácticas de atención en salud e imaginarios relacionados a personas travesti trans.

Danila Lungarzo.

Cita:

Danila Lungarzo (2021). *Sobre prácticas de atención en salud e imaginarios relacionados a personas travesti trans* (Tesis de Licenciatura). FACULTAD DE PSICOLOGIA ; UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/danila.lungarzo/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p9Wh/apM>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Universidad de Buenos Aires



FACULTAD DE PSICOLOGIA

Universidad de Buenos Aires

Facultad de Psicología

Tesis de licenciatura en psicología

Sobre prácticas de atención en salud e imaginarios relacionados a personas travesti trans

Alumno/a: Danila Lungarzo

Libreta universitaria: 399805260

Correo electrónico: lungarzodanila@gmail.com

Tutora: María Eugenia Velázquez

Fecha de entrega: año 2021

Índice

1. Introducción	2
2. Estado del arte	3
3. Marco teórico	6
4. Planteo del problema	7
5. Objetivos	8
6. Metodología	8
7. Desarrollo	11
7.1. Introducción al análisis	11
7.2. Análisis situacional	11
7.3. Análisis de las entrevistas	12
7.3.1. Sentidos y prácticas en salud	12
7.3.2. Acceso y prácticas en salud	15
7.3.3. Ideal de atención en salud	18
7.3.4. Instituciones, significaciones imaginarias y discurso	20
7.3.5. ¿Alguien quiere pensar en las infancias?	22
7.4 Análisis de la implicación	23
8. Reflexiones finales	25
9. Referencias	27
10. Anexo	30
10.1 Entrevistas	30
10.1.2 Primera entrevista	30
10.1.3 Segunda entrevista	44

1. Introducción

Partiendo de la base del derecho a la salud como un derecho humano universal (ONU, 1948), sumado al derecho a vivenciar la identidad de género como cada sujeto desea (Ley 26743, 2012), se espera que el acceso al sistema de salud no presente mayores inconvenientes para el colectivo travesti trans en Argentina. En concordancia, en el año 2018 se ha eliminado la transexualidad como una enfermedad mental de los manuales diagnósticos DSM y CIE.

En “La revolución de las mariposas” (Ministerio Público de la Defensa y Bachillerato Popular Trans Mocha Celis, 2017) se presentan los resultados de una investigación llevada a cabo con el fin de conocer cómo y en qué medida ha cambiado la vida del colectivo travesti trans en CABA tras la sanción de la Ley de Identidad de Género y cuáles eran sus percepciones acerca de la misma. En lo que respecta al cuidado de la salud, los resultados de la investigación muestran un incremento del acceso al sistema de salud (predominantemente hospitales públicos) como así también una mejora en la percepción de la atención sanitaria tras las modificaciones que la Ley trajo consigo.

Sin embargo, muchas veces las normativas y leyes se modifican con mayor rapidez que los imaginarios que sostienen determinadas prácticas. Tal como el informe menciona, aún persiste un porcentaje del colectivo que no accede a los servicios de salud -12.4% mujeres trans y travestis; 24.2% varones trans- y que relata que la atención no ha mejorado o ha empeorado. En líneas generales, los motivos refieren a la discriminación y malos tratos que reciben por los efectores de salud y la falta de una perspectiva integral.

Esto lleva a pensar en el rol fundamental de todo el conjunto de profesionales a la hora de garantizar el acceso al sistema de salud para esta población en particular, y en la importancia de pensar qué imaginarios sostienen las prácticas médicas y psicológicas en pos de favorecer modelos de atención que contemplen las subjetividades de cada quien desde una perspectiva integral.

2. Estado del arte

En el mes de Mayo de 2012 se sancionó en Argentina la Ley de Identidad de Género (Ley 26473, 2012). La misma es propuesta dentro del marco de la lucha por la descriminalización, despatologización y desjudicialización de las identidades trans. Esta establece el derecho a la identidad de género: a su reconocimiento, libre desarrollo de la persona conforme a la misma y a ser tratada acorde a su identidad. Posibilita que una persona pueda solicitar la rectificación registral del sexo acorde a su identidad de género percibida, sin intervención judicial y/o médica y psicológica. Ortega (2015) analizó el impacto que la Ley de Identidad de Género tuvo en la accesibilidad al sistema de salud dado que esta implica el cuestionamiento de cómo las ciencias de la salud y los discursos hegemónicos han patologizado y objetivado a las identidades trans a lo largo de los años. A través de concepciones biologicistas de la sexualidad que delimitan lo normal y lo patológico, las disidencias sexuales han sido relegadas a la esfera de lo peligroso y antinatural que debe ser corregido-normalizado por las ciencias médicas y psicológicas. Tras la sanción de la Ley, y basándose en un estudio realizado en el año 2013 por la Fundación Huésped y Asociación de Travestis, Transgéneros y Transexuales de Argentina (ATTA), el acceso y la calidad de atención en el sistema de salud ha mejorado por lo que establece que disminuyó la barrera al acceso a salud para las personas trans. Sin embargo, refleja que aún esta mirada estaba presente en las categorías diagnósticas del DSM y CIE ya que establecían a estas identidades como enfermedades mentales que requieren de la intervención de profesionales de la salud y/o del poder judicial. Como así también, el prejuicio de profesionales de la salud que llevan a la discriminación y expulsión de un importante número de personas travesti trans del sistema sanitario.

Es necesario destacar que, como se mencionó anteriormente, los manuales diagnósticos DSM y CIE han eliminado en 2018 a la transexualidad como enfermedad mental.

En esta misma línea, Bermejo (2016) pone el foco en la perspectiva despatologizadora que trajo consigo la Ley de Identidad de Género dejando en evidencia la necesidad de repensar las prácticas de los equipos de salud. Esto

implica cuestionar las categorías que ofrecen los manuales diagnósticos ya que son modos de pensar y nominar que están obsoletos, y que es imposible llevar a cabo el trabajo sin historizar y contextualizar los diferentes recorridos -caracterizados por la expulsión o el difícil acceso- que atravesó históricamente el colectivo travesti trans en el sistema de salud. Desde estas coordenadas, plantea la importancia de un abordaje con perspectiva de género que implica tener presentes las relaciones de poder que se ponen en juego, la complejidad y multiplicidad de factores que intervienen en la vida de las personas, resultando imprescindible apostar al trabajo interdisciplinario.

Farji Neer (2016) detalló en su investigación los obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral de personas trans en la ciudad de La Plata y Gran Buenos Aires. Refiere que si bien la sanción de la Ley de Identidad de Género produjo un incremento de solicitantes de tratamientos hormonales y cirugías, existen obstáculos para garantizar el cumplimiento de la Ley. Los principales motivos son la falta de recursos (hospitalarios y de personal) para cubrir la demanda en el sistema público, complejos requisitos burocráticos solicitados por las obras sociales y servicios de medicina prepaga para su cobertura, la falta de formación adecuada y especializada en la temática en las carreras de Medicina, dejando a cargo de los propios profesionales su capacitación. Esta falta de formación también afecta al personal administrativo, lo que lleva a tratos discriminatorios. Otro de los obstáculos es el requisito de interconsulta con el equipo de Salud Mental -con el correspondiente diagnóstico de disforia de género- solicitado por determinadas obras sociales.

Concluye haciendo hincapié en la importancia de generar un espacio de encuentro institucional conformado por profesionales de la salud, equipos especializados en la reafirmación de género y representantes de organizaciones trans para elaborar de manera conjunta los criterios para el acceso a los tratamientos como así también para velar el correcto cumplimiento de la Ley 26743. Teniendo presente la demora de tres años en la reglamentación del artículo 11 de la Ley de Identidad de Género, Ortega y colaboradores (2017) propusieron investigar el acceso a la salud de personas trans desde la perspectiva de la espera como un

modo institucionalizado de regular y controlar los cuerpos sexuados, con las dinámicas de poder que esto implica. La espera funciona así a modo de barrera para el acceso a la salud y mantiene las condiciones de vulnerabilidad del colectivo travesti trans al someterlo a largas esperas para obtener un turno médico, a la mirada estigmatizante y binaria de otros, y la infantilización por parte de profesionales de la salud. Esto, sumado a las experiencias de subordinación y asimetría que vivencian, la constante patologización y la burocracia de los sistemas de salud, afecta a la continuidad y la calidad de las consultas ya que genera angustia y malestar, y va moldeando las subjetividades de las personas trans en relación a los tiempos de espera y la posibilidad de queja o protesta. Estas coordenadas no son azarosas sino que se enmarcan en el contexto de exclusión institucional y social que se expresa en diferentes situaciones de discriminación.

En relación al derecho constitucional de acceso a la salud de las personas trans, Vergés y Quiroga (2018) plantearon que aún tras la sanción de la Ley, la atención en hospitales públicos sigue siendo dificultosa y con limitaciones, caracterizada por la falta de interés estatal en enfrentar el problema. Si bien estas barreras se han visibilizado en los últimos años, sostienen que no está garantizado el goce de la salud desde una perspectiva integral, por lo que se hace difícil acceder a intervenciones quirúrgicas, tratamientos hormonales y a un trato amigable, acorde a la problemática que presentan. Frente a esta situación, resaltan la importancia del desarrollo de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) implementados entre el año 2010 y 2012 como un modo de garantizar el acceso integral a la salud y mejorar la calidad de atención médica en el sistema público de salud. A su vez, produce un corrimiento de la perspectiva patológica y de exclusión social a la que las personas travesti trans han sido largamente sometidas.

Estos estudios mencionados resaltan que, por diferentes motivos, el acceso a la salud del colectivo travesti trans se torna dificultoso aún después de la sanción de la Ley de Identidad de Género en Argentina. En esta tesis se pondrá el foco en el rol de profesionales de la salud con el fin de poder pensar el papel que juegan en el acceso al sistema sanitario.

3. Marco teórico

Esta tesis de licenciatura se enmarca dentro de la Psicología Institucional, entendida como perspectiva de conocimiento y como campo de intervención. Tal como explica Schejter (2018) “este enfoque institucional toma como unidad de análisis los atravesamientos de las diferentes significaciones imaginarias sociales que definen los modos de entender de cada sujeto y de cada agrupamiento en función de sus valores y concepciones sobre el sentido de la vida -social y subjetiva-” (p. 14).

Así mismo, se trabajará desde los desarrollos teóricos de Cornelius Castoriadis (2007) sobre las significaciones imaginarias sociales. Este autor plantea que el hombre existe en sociedad y por la sociedad, y que esta es siempre histórica. Entiende por sociedad a una forma en particular y singular que se crea a sí misma, que toma forma de institución orientando y dando sentido a la vida de los sujetos. Determina lo real de lo que no lo es, lo que tiene sentido y lo que carece de él, a través de modos de significar las normas, del lenguaje, herramientas, valores y al sujeto mismo, entre otros. Estos modos de significar son definidos como un magma de significaciones imaginarias sociales, y se dan por creación. Esto último es lo que permite que las sociedades vayan cambiando su forma y que se abran nuevos modos de significar.

El cambio social es producto de la constante tensión entre las significaciones sociales instituidas y las instituyentes. Las primeras son aquellas que forman parte de lo establecido, de los modos de ver y pensar de los sujetos que se reproducen constantemente en diferentes organizaciones y prácticas ya que están naturalizadas. Por otro lado, las significaciones instituyentes son una suerte de idea alternativa a lo establecido, de nuevos modos de significar que pugnan por obtener hegemonía.

Estos desarrollos teóricos servirán de herramientas para observar y analizar las condiciones en las que se da el acceso a la salud por parte del colectivo travesti trans. Por colectivo travesti trans se entiende a las personas que vivencian su género de un modo diferente al sexo que se les asignó al nacer. La identidad de

género (Ley 26743, 2012) es interna e individual y puede expresarse de diversas maneras, incluyendo el modo de vivenciar el cuerpo.

Tal como se menciona en el estado del arte, el acceso a la salud para la población travesti trans es diferente al de la población en general, siendo la identidad de género el factor determinante de esta desigualdad. Y en base a lo desarrollado en párrafos anteriores, es necesario remarcar que las instituciones se materializan en diferentes organizaciones donde circulan imaginarios sociales instituidos que le dan sentido a las prácticas (Schejter, 2018). El sistema de salud se entiende como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud” (OMS, 2021). En Argentina, el sistema de salud se divide en tres subsectores: público, de seguridad social y privado (Rovere, 2016). Al estar fragmentado, los modos y las características en las que se da la atención no siguen un criterio único así como también varían los requisitos de acceso a cada subsector.

Además, se tendrán presentes los aportes teóricos de René Lourau (1991), uno de los principales referentes del análisis institucional. A través del concepto de implicación, Lourau da cuenta de la multiplicidad de relaciones que un sujeto tiene con las instituciones y cómo estas atraviesan cada ámbito de su vida. El análisis de la implicación es una herramienta metodológica para producir conocimiento como así también para dilucidar los atravesamientos institucionales que forman los posicionamientos de cada sujeto. A través de este concepto, rompe con la ilusión de neutralidad de quien observa ya que la subjetividad no queda de lado a la hora de investigar y analizar. Desde esta perspectiva se entiende que la objetividad es ilusoria ya que los imaginarios que dan sentido también operan en quien investiga, motivo por el cual resulta fundamental someterlos a análisis para garantizar validez epistemológica.

4. Planteo del problema

La presente tesis surge del interés de conocer qué atravesamientos institucionales (Lourau, 1991) se ponen en juego en el sistema de salud a la hora de

atender a una personas travesti trans y cómo impactan en sus prácticas (Schejter, 2018). Teniendo presente lo dificultoso que se torna para la población travesti trans, surge el interés de explorar el escenario, el contexto en el que un equipo de salud recibe una consulta de una persona travesti trans. ¿Cuáles son los imaginarios cristalizados en las prácticas que se llevan adelante en un equipo de salud cuando quien acude es una persona travesti trans? ¿En qué medida esto puede afectar en la atención? ¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta el equipo y sus profesionales de la salud para garantizar una atención no discriminatoria? ¿Qué otros atravesamientos institucionales están en juego durante la consulta?

5. Objetivos

Objetivo General

- Indagar los sentidos que sostienen las prácticas de atención en salud identificando cómo repercuten en el acceso al sistema de salud de personas travesti trans.

Objetivos Específicos

- Indagar los sentidos que se sostienen en las prácticas de atención en salud referidos específicamente a la población travesti trans.
- Identificar cómo influyen estos sentidos en el acceso al sistema de salud por parte de personas travesti trans.

6. Metodología de investigación

Las investigaciones que se enmarcan dentro de las Ciencias Sociales se caracterizan por tomar como objeto de estudio a sujetos (Devereux, 1977). Esto implica que sea difícil predecir resultados como se acostumbra en las Ciencias Naturales, así como también permite que los sujetos investigados puedan realizar observaciones. A su vez, los diferentes modos de entender y significar están

condicionados por el contexto sociohistórico, lo que introduce a la subjetividad de quien investiga como una variable a tener en cuenta. Estas características no desacreditan la objetividad que pueda tener o no una investigación, sino que son considerados aspectos inherentes al estudio de las Ciencias Sociales, en tanto se entiende la objetividad como ilusoria y se utiliza la herramienta del análisis de la implicación para garantizar la validez epistemológica.

En esta línea, el presente trabajo no parte de hipótesis a refutar o validar sino que se trata de una investigación de carácter cualitativo y exploratorio que parte de supuestos ontológicos, epistemológicos y axiológicos (Creswell, 1994; Sautu, 2003) que guían su desarrollo.

Supuestos ontológicos: La realidad es una construcción en un determinado momento sociohistórico en base a Significaciones Imaginarias Sociales y que no es de una vez y para siempre, sino que es pasible de cambios. Los sujetos encarnan y reproducen estas significaciones que están naturalizadas.

Supuestos epistemológicos: Quien observa en la investigación se sabe partícipe y no un mero espectador de la situación. Se da lugar a la interacción entre el investigador y los sujetos a investigar que forman parte del escenario a conocer.

Supuestos axiológicos: En tanto que quien investiga está atravesado por instituciones e Imaginarios Sociales que determinan su modo de ver la realidad, se recurre al análisis de la implicación (Lourau, 1991) como herramienta para no perder de vista la propia subjetividad en juego en el trabajo de investigación.

Fuentes e instrumento: Se recurrirá a fuentes primarias. Se llevarán a cabo entrevistas semidirigidas a profesionales que formen parte de equipos que trabajen con población travesti trans. Las entrevistas estarán caracterizadas por la no directividad (Guber, 2001), es decir, compuestas por preguntas abiertas para permitir que fluya el discurso e ir construyendo marcos interpretativos de referencia. Esto a su vez permite una conversación que no se basa en una relación jerárquica entre quien investiga y el sujeto objeto de conocimiento, y permite la posibilidad de un ida y vuelta entre quienes participan en la entrevista. Así mismo, demanda una escucha activa por parte de quien entrevista. Se diseñarán dispositivos que contemplen las particularidades de la comunidad con la que se trabajará, Salazar

Villava (2004) los caracteriza como maquinarias que visibilizan determinados campos de la experiencia social. Se espera que éste de lugar a la creación colectiva de saberes e introduzca a quien investiga en un campo de saberes compartidos.

Plan de análisis: Se llevará a cabo un análisis inductivo de los datos. Se procederá a la descontextualización de las categorías construidas identificando las posibles relaciones entre las entrevistas, y se evaluará la construcción de nuevas categorías en base a información relevante que estas provean. Las diferentes entrevistas funcionarán a modo de triangulación, permitiendo identificar si hay sentidos en común que se pongan en juego simultáneamente en distintos ámbitos del sistema de salud. Luego se procederá a la recontextualización produciendo lecturas novedosas a partir de la articulación del material con las herramientas teóricas que se han detallado anteriormente con el fin de arribar a interpretaciones y posibles nuevas preguntas. En simultáneo, se recurrirá al análisis de la implicación como material para no perder de vista la propia subjetividad puesta en juego, identificar de qué formas se pone en relación con el objeto de estudio y utilizar esta herramienta a modo de validación epistemológica.

Pautas éticas: Se solicitará el consentimiento informado de manera oral a quienes formen parte de la investigación y se otorgará la transcripción de las entrevistas realizadas, las cuales no contendrán datos personales de las entrevistadas ni de la institución.

El presente trabajo pretende poder establecer algunas coordenadas de una realidad compleja que, si bien nunca podrá capturarse en su totalidad, puede arribar a puntos de reflexión interesantes. Se plantea como una experiencia con la posibilidad de construir el conocimiento de manera colectiva, junto con los sujetos y la institución a conocer.

7. Desarrollo

7.1 Introducción al análisis

Teniendo presente los objetivos que guían la investigación, se han creado dos categorías de análisis que se corresponden a los sentidos que se le asignan a las prácticas en salud y las condiciones en las que se da el acceso. La tercer categoría de análisis surge de la información que brindaron las entrevistadas en relación al ideal de atención en salud.

La lectura del material se ha llevado a cabo utilizando a las teorías como herramientas para dar un sentido a eso que se observa y no como una validación de saberes.

7.2 Análisis situacional

Ambas entrevistas se llevaron a cabo a través de videollamada por la plataforma Google meet debido al ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) frente a la pandemia mundial por COVID19.

La primera de estas tuvo lugar en el mes de Mayo. J es una persona de 40 años de edad, se describe a sí misma como travesti y peronista. Al ser consultada refiere identificarse con todos los pronombres. Actualmente trabaja como enfermera en un hospital privado de la provincia en la que vive. También forma parte de organizaciones que luchan por los derechos de la comunidad LGTBIQ+ y tiene una larga trayectoria de participación sindical en su provincia, lo que lleva a tener una perspectiva amplia del sistema de salud por fuera de su rol de enfermera.

La entrevista se desarrolló en un clima cálido y distendido, no hubo interrupciones más que para pasar al baño unos segundos. Sus respuestas eran amplias, con momentos de humor y diversos ejemplos. En reiteradas oportunidades se mostró predispuesta frente a otros posibles encuentros y agradeció el espacio de

la entrevista. Al finalizar, recomendó una película que relata la historia de los obstáculos que tuvo que sortear una mujer trans para poder ingresar a la universidad, situación que ella misma también vivenció.

La segunda entrevista se realizó en el mes de Junio. Es psicóloga, trabaja y coordina un servicio de salud en un hospital público. El mismo trabaja de manera interdisciplinaria asistiendo y acompañando a personas travesti trans -de todas las edades- que acceden voluntariamente o a través de derivación. La entrevistada comenta que el equipo está en constante crecimiento frente a la demanda y a las modificaciones que se planifican para brindar una atención integral de la salud. También han diseñado una capacitación que brindarán en su hospital para los distintos agentes en salud.

El encuentro inició unos minutos más tarde de lo establecido por inconvenientes de horarios de la entrevistada pero se desplegó en un clima ameno y relajado. Sus respuestas eran precisas y con ejemplos, y manifestó su interés en participar de la entrevista ya que considera que un bajo número de profesionales deciden involucrarse en el trabajo con el colectivo travesti trans. Al finalizar, mencionó estar a disposición para otros encuentros y reiteró la invitación para la capacitación que dará con el equipo.

7.3 Análisis de las entrevistas

7.3.1 Sentidos y prácticas en salud

Esta categoría permite vislumbrar la multiplicidad de sentidos que se ponen en juego en la consulta médica o psicológica por parte de la población travesti trans. Estos sentidos pueden partir del personal de salud en sus distintas áreas como así también de las personas que consultan. No es indiferente qué significaciones imaginarias sociales (Castoriadis, 2007) o sentidos se ponen en juego ya que estos orientan y dirigen la vida de los sujetos y de la sociedad de la que forman parte, y por lo tanto, moldean determinados modos de llevar adelante la atención.

Uno de los sentidos que se reitera en las dos entrevistas es en relación a la falta y la necesidad de una atención integral de la salud caracterizada por la escucha activa por parte del sistema de salud. En paralelo, en ambas entrevistas se menciona la mirada patologizante aún presente en la atención y la dificultad de determinados profesionales de poder brindar una atención por fuera del biologicismo y los binarismos masculino/femenino, lo que lleva a tratos discriminatorios. *“La ciencia médica que es tan biologicista, sexogenérica y binaria, y para un médico que le pongan en la plancha a un cuerpo que tiene vagina, entiende que es una mujer porque así nos forman y la salud es binaria.”* [...] *“como travas, una psicóloga o psicólogo siempre nos trató como enfermos, siempre tenemos disforia. Yo hice varias terapias y son muy buenas, pero si me pasó con un psicólogo una vez que me quería meter a toda costa en la cabeza que yo estaba equivocada”* (entrevista 1, p. 33 y 41). La falta de escucha activa que se relata en las entrevistas puede pensarse en la línea de lo planteado por Álvarez Pedrosian (2003), ya que trae como consecuencia que no se produzca el acercamiento necesario en un encuentro dado que los supuestos y los estereotipos existentes operan reproduciendo imaginarios sociales sin cuestionarlos.

Este sentido que parece reiterarse y que no es sin efectos, podría pensarse como la reproducción de una significación imaginaria (Castoriadis, 2007) que representa a un modo de ver a las disidencias sexuales como identidades que deben ser curadas, que deben ser corregidas y normalizadas. Durante varias décadas, la patologización de las identidades trans ha cobrado valor de sentido instituido que se ve reflejado, entre otros, en las categorías diagnósticas y en las teorizaciones médicas y psicológicas. *“También las formaciones que tenemos todas las profesiones son muy rígidas en algunos aspectos. Porque esta población hasta hace muy poquito fue patologizada, también la homosexualidad hace muy poco seguía figurando como patología en el DSM 4. Fueron cambiando los aspectos, las nominaciones en los manuales psiquiátricos, pero siguen estando, hoy bajo el nombre de disforia de género y en realidad lo que tenemos que hacer es despatologizar. No es una patología lo que estamos atendiendo, es un paciente más que sufre, que viene a contarnos lo que le pasa y simplemente desde ahí hay que*

escuchar, desde el sufrimiento de cualquier paciente” (entrevista 2, p. 54). Podría pensarse que este sentido que pone el foco en el cuerpo biológico anudado a la identidad sexual, dejando de lado la subjetividad de cada quien, obedece a la lógica de reconocimiento político de determinados cuerpos y no de otros. La división entre los cuerpos inteligibles de los ininteligibles (Butler, 2018) se centra en sus características y la lectura que se hace de estas en determinado contexto sociohistórico. Un cuerpo que no goza de reconocimiento político -en este caso por salir de la norma heterocispatriarcal- pasa a la esfera de lo abyecto, de lo que se rechaza y sólo puede vivirse en las sombras, en la invisibilidad. Las consecuencias de esto atañen a diferentes aspectos de la vida del sujeto, tal como podría ser el ejercicio de sus derechos. Aquí no intenta establecerse que las identidades trans no gocen en absoluto de reconocimiento político (para eso sería necesario un estudio mucho más profundo) sino que sirve para pensar este sentido patologizante que el colectivo ha tenido que afrontar durante décadas como el resabio de la lógica de lo abyecto mencionada anteriormente.

Sin embargo, el sentido no es absoluto y se da por creación (Castoriadis, 2007), lo que permite que nuevos modos de significar tengan existencia. Tanto las significaciones imaginarias sociales (SIS) instituidas como las instituyentes son producidas y reproducidas a través de las distintas instituciones que el sujeto forma parte. En esta línea, los sentidos que las entrevistadas le atribuyen al proceder de las distintas prácticas en salud parecieran ser diferentes a sus maneras de significar la atención. Estas otras significaciones, llamadas instituyentes, están en constante tensión con las instituidas.

Aquí el eje busca correrse de la atención centrada en el cuerpo biológico y el género, dando lugar a una atención que busca abrir sentidos en vez de cerrarlos. Se trata de separarse del binarismo salud-enfermedad basándose en la identidad sexual y comprende a la identidad de género como una característica más que conforma al sujeto y no como lo único que hace a su definición. *“En estos casos no estaríamos hablando de patología, todo lo contrario, pero no significa que uno no tenga que prepararse para esa operación. Hay un cambio en el cuerpo que por más que sea esperado, produce cambios en la imagen corporal a los que hay que*

adaptarse. Si está en condiciones bueno y si no estaría en condiciones porque quizás falta procesar un poco más ese cambio de imagen, lo seguiremos trabajando hasta que esté en condiciones. La idea es trabajar en pos del deseo del paciente” (entrevista 2, p. 50). Prima en la atención el bienestar del sujeto por encima de su identidad de género.

Esta tensión entre significaciones instituidas e instituyentes (Castoriadis, 2007) no supone la conformación de dos polos con sentidos totalmente opuestos e imposibles de entrelazarse debido a que existen y se ponen en juego a través de una sociedad en particular y sus instituciones. Pretender la total división de las significaciones imaginarias sociales implicaría desconocer los múltiples atravesamientos institucionales (Lourau, 1991) que se ponen en juego en cada sujeto, en cada grupo social y en cada institución. De hecho, en una de las entrevistas puede pensarse la tensión entre sentidos dentro del orden de lo socialmente establecido con las nuevas formas. *“Porque no tenemos que rotular y en salud es muy común esto. Yo te veo en una consulta y veo a una chica y ya con mi cabeza de enfermera te considero mujer heterosexual, y si tenes hijos son tuyos, que estuviste embarazada y los pariste vos, y los tuviste con tu pareja varón. Esa es la película que me corre a mí, no me doy la apertura de pensar y preguntarte “¿cuántos embarazos tuviste?, ¿los pariste vos o son adoptivos?, ¿estás en pareja? qué bien, ¿con un chico o una chica?. No, yo te impongo la heteronormatividad”* (entrevista 1, p. 34). Esta tensión entre lo instituido y lo instituyente deja en evidencia que muchas significaciones están naturalizadas aún para quien se las cuestiona y lo complejo que esto se torna a la hora de llevar adelante una práctica en salud.

7.3.2 Acceso y prácticas en salud

Es interesante pensar a la accesibilidad como la relación de encuentro o desencuentro que puede producirse entre los servicios de salud y los sujetos ya que da cuenta de la complejidad y diversidad de factores que se ponen en juego (Comes, 2006). A su vez, el acceso al sistema sanitario se entiende no solo como la

posibilidad de llegar a una consulta médica o psicológica sino que también comprende a las características de ese encuentro y la calidad de atención que se recibe. Es por esto que resulta fundamental “pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Comes, 2006, p. 203).

En relación a esto, en la primera entrevista se menciona a la variable económica como una barrera para el acceso al hospital en el cual trabaja la entrevistada ya que el ingreso se da a través de obra social o prepaga. Además, en reiteradas oportunidades comenta que si bien la atención que hoy brinda el hospital es buena, ha atravesado cambios en relación a la calidad de atención que brinda a personas travesti trans. A través de ejemplos da cuenta de dichas modificaciones que en algunas oportunidades llevó al abandono de la consulta o a malentendidos entre profesionales y pacientes. *“Me pasó una vez con un varón trans, yo no me acuerdo dónde estaba ese día pero me llaman para que vaya porque había un médico que se negaba a operarlo. Era una operación de vesícula, pero ¿por qué?. Creo que esto fue al año, más o menos, de la ley de identidad de género. Al médico le pasan, para operar una urgencia, una ficha con todos los datos de un varón. Cuando entra al quirófano se encuentra con un cuerpo que él decía que era una mujer. Cuando yo voy le pregunto “¿por qué decís que es una mujer?” y el médico me dice ‘porque tiene vagina, es mujer y acá está todo escrito que es un hombre, entonces se han equivocado de paciente’”* (entrevista 1, p. 33). Este fragmento da cuenta de la importancia de las condiciones en las que se da la atención dado que fácilmente la consulta puede tornarse un espacio de expulsión.

Por otro lado, en ambas entrevistas se hace referencia a la salud pública como un espacio al que aún quedan muchos cambios por hacer para garantizar una atención de calidad. En concordancia con lo desarrollado en el apartado anterior, aquí las significaciones imaginarias sociales (Castoriadis, 2007) orientan la consulta y el proceder del personal de salud. *“Hay muchos profesionales que todavía te miran como diciendo ‘¿qué hace aquí?’, y si se dan cuenta que no voy como*

paciente cambian la actitud, la postura, pero el sistema es muy excluyente, muy violento” (entrevista 1, p. 37). El sentido patologizante, e incluso el desconocimiento de cómo proceder, se encuentra presente en los ejemplos que han brindado las entrevistadas.

Conocer a la población usuaria de los servicios de salud es prioritario para poder desarrollar estrategias y modelos de atención que contemplen estas características (Comes, 2006). Dentro de esta línea, en la segunda entrevista se sitúa el cambio que la ley de identidad de género trajo consigo. Relata que en sus inicios se podía acceder al equipo a través de la derivación médica pero que en la actualidad, con el fin de garantizar el acceso, ya no es necesario. *“Hoy el equipo de salud mental de diversidad e identidad de género está abierto desde hace 5 años ya a consultas en forma directa, o sea que cualquier persona puede pedir por cualquier circunstancia”* [...] *“Justamente la población trans ha sufrido mucho tener una buena accesibilidad al sistema de salud, con lo cual este dispositivo que nosotros armamos fue pensando en esto y que tengan acceso directo. Entonces hacemos al revés y está consignado con la coordinación de consultorios externos y avalado por nuestro jefe de salud mental”* (entrevista 2, p. 44 y 49). Planificar las condiciones en las que se da el acceso y la atención teniendo presentes las características de la población con la que trabaja el servicio de salud es también un modo de posibilitar el acceso.

En reiteradas oportunidades, en la segunda entrevista se resalta que la función del equipo no es terapéutica sino de acompañamiento ya que el trabajo se enmarca dentro de la Ley de Identidad de Género (Ley 26743, 2012) y lo que cada paciente que ingresa al dispositivo considere necesario. A su vez, la pandemia ha dificultado el acceso a la salud para la población en general, lo que llevó al equipo a pensar nuevas estrategias para poder continuar con la atención para la población trans en particular: *“Si pasa frecuentemente de que lleguen y no les atendieron en otros lugares. Ahora con la pandemia se incrementó más pero no solo con población trans sino con la población en general. El acceso al sistema de salud se hace más difícil porque está todo muy abocado al covid”* [...] *“para que tenga la frecuencia de una vez por semana por ejemplo, se hizo remoto y hacemos las entrevistas a través de meet para los que aceptan, porque no todos quieren. De esta manera nos hemos*

aggiornado para continuar con la atención” (entrevista 2, p. 52 y 53). En los dichos de la entrevistada puede leerse entre líneas el interés del equipo en poder continuar con el trabajo que llevan adelante con la población travesti trans y reducir así las barreras al acceso a la salud. Así mismo, se encuentra implícito el sentido que se le otorga a la práctica médica y psicológica para con el colectivo ya que como se mencionó en el inicio de este apartado, el modo en el que un servicio de salud (Comes, 2006) se posiciona respecto de la población con la que trabaja y la relación que se establece con esta determina distintos modos de acercamiento al sistema sanitario.

7.3.3 Ideal de atención en salud

Esta categoría refleja lo que las entrevistadas consideran que sería una atención ideal en salud por parte de la población travesti trans. Aquí se encuentran presente de manera indirecta los sentidos que las entrevistadas le dan a la atención como sus propios atravesamientos institucionales.

En la primera entrevista se hace referencia a la importancia de una atención en salud de manera integral cuestionando el proceder actual de varios servicios de salud que podría pensarse está enmarcado dentro del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988). Este se refiere al conjunto de prácticas, teorías y saberes que conforman a la medicina científica, y que a partir del siglo XIX se estableció como la única manera legítima de atender en salud ya que coloca como subalternas a otras prácticas, saberes e ideologías en relación a la salud. Las principales características de este modelo son el biologicismo, el individualismo, la ahistoricidad de lo que se considera enfermedad y la concepción del paciente como alguien pasivo. A su vez, se rige por la lógica binaria salud/enfermedad dejando de lado los procesos sociales y culturales. *“Si yo voy al médico y le digo que consulto por incontinencia, me va a preguntar cuántos años tengo y me va a decir que me haga un examen prostático, y el médico ni siquiera me preguntó para saber qué medicación tomo y saber que es una medicación la que me está causando esto”* [...] *“Tal vez lo que necesitamos es que el paciente o la paciente se exprese, nos diga qué le está pasando porque yo te*

voy a tener que atender en base a tu conocimiento subjetivo que es lo que vos me vas a estar diciendo de dónde te duele, por qué, en qué momento, cómo te sentís” (entrevista 1, p. 39 y 40).

Como contracara a esta atención fuertemente marcada por lo biológico y la relación asimétrica entre paciente-personal de salud, en la primera entrevista se menciona: *“Una atención ideal es que una trave o un chico trans se acerque a una consulta y sea atendido como cualquiera paciente, sin distinción. Sin esas miradas que te terminan violentando, sin comentarios como por ejemplo “ah ni se te nota”.* [...] *“Poder destrabar de una vez y por todas lo sexogénico, hacer un cambio de paradigma donde dejemos de estar atando la genitalidad a la construcción de vida, a los roles y al comportamiento que tiene que tener una persona e ir más por una salud equitativa”* (entrevista 1, p. 39 y 40).

La dificultad de que este modelo se presente como la única alternativa válida para la atención en salud (Menéndez, 1988) es que suele dejar de lado la subjetividad de quienes considera sus pacientes y trae aparejado una relación asimétrica respecto del saber. Asimismo produce y reproduce una serie de discursos y saberes que se articulan con funciones de control, normalización, legitimación y medicalización pero que no aparecen manifiestamente de ese modo sino como actos curativos, facilitando su reproducción ideológica a través del saber y la práctica médica. En estas coordenadas, la población travesti trans no ha salido favorecida dado que correrse de la norma cissexual como modelo de lo saludable implica un alto costo.

Esta crítica hace eco en la segunda entrevista donde se menciona la dificultad de abordar el trabajo con población travesti trans por parte de algunas personas que trabajan en el sistema de salud, ya sea por desconocimiento o por prejuicio. La entrevistada detalla que esto puede deberse a la falta de formación y falta de interés. Sin embargo, la concepción de lo que debería ser una atención en salud ideal relacionada con los sentidos que le adjudican a la práctica médica y psicológica pareciera funcionar como motor para la planificación del trabajo que se lleva a cabo. *“Lo ideal sería que todo profesional de la salud conozca la ley de identidad de género y que no hubiera una especialidad en esto. Lo ideal sería que*

tampoco haya psicólogos que se tengan que formar para atender población trans.” [...] “La idea es que todo psicólogo pueda escuchar y atender, porque no es un paciente diferente y no tiene por qué serlo.” [...] “Todos tendríamos que estar en condiciones de atender a esta población. Lo único que se necesita es abrir la cabeza, abrir la escucha, despojarnos de prejuicios, deconstruirnos” (entrevista 2, p. 49, 50 y 54). Así es como la apuesta al trabajo interdisciplinario caracterizada por la escucha abierta toma forma en pos de brindar una atención que tenga presente las características de la población con la que trabaja sin caer en infantilizar o patologizar identidades.

7.3.4 Instituciones, significaciones imaginarias y discurso

Estos tres conceptos mencionados en el subtítulo guardan una profunda relación entre sí al punto tal que resulta difícil pensarlos por separado. Kaes (1987) propone pensar a “la institución como sistema de vinculación en el cual el sujeto es parte interviniente y parte constituyente” (p. 17), lo que revela que las instituciones escapan al determinismo ya que no son dadas de una vez y para siempre, como así también son parte integrante de la subjetividad. Es decir, los sujetos forman parte de instituciones y, a su vez, son formados por ellas. A esta cualidad se la denomina formación intermediaria, tiene incidencia en el psiquismo y refiere a un Jano bifronte por su doble conformación, entre lo social y lo subjetivo. En las instituciones se producen, reproducen y entran en tensión (Castoriadis, 1988) las significaciones imaginarias sociales instituidas e instituyentes que dan forma a la realidad de los sujetos, establecen los modos de concebir a los otros y determinan las prácticas que se llevan adelante en las instituciones.

Las significaciones imaginarias sociales que establecen el modelo cissexual como lo natural y esperable en una sociedad traen aparejadas que todo aquello que no cumpla con esta norma será patologizado. Estas significaciones se cristalizan en discursos (Foucault, 2020) en los que se articula el poder y el saber, y que se establecen como verdad. Toman forma a través del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) que, como se mencionó, pone el foco en el cuerpo biológico

dejando de lado los factores sociales y culturales. La medicina y diversas instituciones de la salud reproducen estos discursos patologizantes y estigmatizantes que se establecen como verdad difícil de cuestionar dado que son emitidos por personas que gozan de reconocimiento y legitimidad social, lo que le otorga credibilidad y valor a sus discursos. Así es como las identidades travesti trans han sido consideradas por las ciencias médicas y psicológicas durante un largo período de tiempo (e incluso, aún hoy), y como consecuencia se dan situaciones de vulneración de derechos como las mencionadas por las entrevistadas.

En relación a esto, la psicóloga social y activista travesti Marlene Wayar menciona “la ciencia hoy es un lugar de poder, y ese poder lo ejerce el mercado. Y el mercado es dictatorial: impone un orden. La realidad tiene que ser así y así. Por eso, cualquier cosa que desestabilice ese orden se presenta como una noticia devastadora. Porque se cae el mundo. Y lo que se cae es la construcción de eso que nos dicen que es el mundo. El mundo sigue” (2019, p. 123).

En Argentina en la última década se han sancionado leyes que amplían derechos y que permiten cuestionar esa construcción del mundo del que habla Wayar. Estas son la ley de matrimonio igualitario (Ley 26618), ley de salud mental (Ley 26657), ley de identidad de género (Ley 26743), ley de cupo laboral travesti trans (Ley 27636), y el reciente decreto del DNI no binario (decreto 476/21), entre otras. Si bien son muy distintas entre sí, permiten que algo del orden de lo establecido pueda repensarse, que emerjan nuevos discursos y da lugar a cuestionar las prácticas que se llevan adelante en las instituciones. Es sumamente importante el reconocimiento legal dado que visibiliza luchas históricas, pero muchas veces no es suficiente para garantizar el cumplimiento de los derechos que postulan, tal como puede observarse en las entrevistas respecto del derecho a la salud por parte de la población travesti trans. Es por esto que resulta igual de importante posibilitar que sean los sujetos involucrados -en este caso la comunidad travesti trans- quienes formen parte de la producción de nuevos discursos, prácticas y saberes. En este sentido, en la primera entrevista se menciona *“Ni siquiera desde el incentivo propio de decir ‘quiero ser mejor profesional’ se meten en esta temática porque hablan por nosotras e imponen su idea o directamente no nos atienden”*

(entrevista 1, p. 41). La visibilización tanto de los propios sujetos implicados como de las problemáticas que atraviesa el colectivo rompe con el silencio que refuerza discursos y prácticas patologizantes. *“La gente se piensa que las travestis vivimos en travestilandia (ríe) y no, nacemos y crecemos en contextos familiares y sociales como las demás personas”* (entrevista 1, p. 30).

7.3.5 ¿Alguien quiere pensar en las infancias?

Resulta sumamente importante cuestionar los sentidos que sostienen las prácticas médicas y psicológicas en el acceso a la salud por parte de la población travesti trans para visibilizar la aún presente desigualdad que radica en la identidad de género y, como respuesta, abrir espacios de reflexión y producción de nuevos saberes y discursos con la propia comunidad travesti trans. Despojarse de la patologización como la primera y única respuesta que obtura el sentido y desacredita las existencias de todo un colectivo podría permitir derribar viejos y vetustos modelos de atención en salud para dar lugar a nuevos modos de concebir a la salud.

También porque es fundamental pensar en un futuro en el que las infancias no atraviesen situaciones de violencia ni estigmatización por su identidad de género. En relación a esto, en la primera entrevista se menciona: *“[...] mis objetivos siguen porque a mi me preocupa qué va a pasar mañana con nuestras infancias. Yo no quiero que las infancias trans tengan el futuro incierto que he tenido yo y que tengo cada día que al levantarme no sé qué va a pasar. Yo quiero que las infancias trans tengan una contención integral, que estén aceptadas, integradas y contenidas en el sistema educativo, que puedan trabajar y elegir en qué ámbito quieren hacerlo, que puedan acceder a tener una vivienda, que las adultas mayores tengan una vejez con dignidad pero que estas infancias cuando vayan a un hospital a hacerse ver por cualquier médico o médica en la especialidad que sea o por algún psicólogo, sean atendidas como corresponde y no sea solamente una pérdida de tiempo y dinero para ambos”* (entrevista 1, p. 42).

Es responsabilidad del Estado, de los sistemas de salud y de todos sus agentes respetar y velar por el correcto cumplimiento de la Ley de Identidad de Género (Ley 26745, 2012) como así también pensar las prácticas que llevan a cabo en sus múltiples instituciones con el fin de poder formar parte de la solución y no del problema. Reconocer y visibilizar las existencias travestis y trans, en todas sus edades pero principalmente en las infancias, permite que puedan crecer en libertad y elimina las barreras para el acceso a sus derechos. El no reconocimiento solo genera situaciones de violencia y vulneración de derechos. Acerca de esto, Lohana Berkins (2010) refiere: *“Ese ‘no-reconocimiento’ del travestismo, la transexualidad y la transgeneridad como algunas de las identidades que pueden ser elegidas por las y los que así lo deseen nos conduce inmediatamente a la exclusión social de quienes viven identidades que desafían a las expectativas sociales (binarias y biologicistas). Este ‘no-reconocimiento’ de un grupo social, constituye un mecanismo ampliamente difundido para el cercenamiento del ejercicio pleno de la ciudadanía y facilita todo tipo de discriminaciones en el campo de la salud, de la educación o del trabajo”* (2010, p. 93). Tanto las entrevistadas como referentes del colectivo travesti trans dan cuenta de la importancia de pensar en otras infancias posibles por fuera de los binarismos, la exclusión y la vulneración de derechos. Infancias que puedan crecer con igualdad de posibilidades a sus pares, con derechos garantizados y la contención necesaria que esa etapa de la vida necesita.

7.4 Análisis de la implicación

En el año 2015 mientras atravesaba el proceso de vivir en una nueva ciudad y cursar el CBC, asistí a la marcha que dio lugar a la consigna Ni Una Menos. Fue a partir de allí donde pude empezar a ponerle palabras a cosas que veía, sentía y pensaba, y abrir paso a muchas preguntas difíciles de responder. Así es como encuentro que el mundo era muy distinto al que creía conocer o, mejor dicho, que existían facetas del mundo que desconocía.

Esto dio lugar a que el feminismo empiece a formar parte de mi perspectiva para ver el mundo, las relaciones sociales, mi formación académica y demás.

También abrió paso a la resignificación de la importancia de la lucha colectiva y la convicción de que hay espacios que deben ser conquistados porque no se habilitan solos. De este modo me acerco al transfeminismo y sus ideas, empiezo a leer referentes del colectivo travesti trans. Nuevamente descubro otras realidades, otros discursos y otras problemáticas.

Por momentos no encontraba la manera de hacer coincidir lo que estaba estudiando con mi visión política sobre las diversidades sexuales ya que no lograba establecer puntos en común. Tenía la sensación de que había muchas cosas por decir por fuera de la visión patologizante y estigmatizante de las identidades sexuales, ya que entendía que esto tenía efectos reales en los sujetos y me resultaba poco ético profesionalmente. Considero que en la construcción de la identidad no hay norma que valga más que el deseo de cada quien, y por esto, a la identidad sexual como una de las partes que conforma a un sujeto pero no la única, y no debería ser una especie de tabú a la hora de pensar en salud mental. Las consecuencias que trae el salirse de la norma cisheterosexual son complejas e igualmente injustas.

Mi interés en realizar este trabajo de investigación surge del convencimiento de que quienes nos desempeñemos como profesionales de la salud debemos ser críticos a la hora de llevar adelante nuestras prácticas y cuestionar nuestros propios discursos. También porque considero que muchas existencias pueden mejorar su calidad de vida si permitimos pensar nuestro rol desde una perspectiva integral, sin una visión paternalista ni infantilizante de las disidencias, y dialogando con quienes trabajamos. La producción de saberes con la comunidad travesti trans es un modo de empezar a conquistar espacios, de pensar en nuevos horizontes posibles tanto para la salud mental como para el propio colectivo.

8. Reflexiones finales

La presente tesis de licenciatura tuvo como objetivo indagar los sentidos que sostienen las prácticas de atención en salud identificando cómo repercuten en el acceso al sistema de salud de personas travesti trans. Se recurrió a fuentes primarias, estas han sido las entrevistas semidirigidas que se han diseñado específicamente con este fin. Luego de la lectura de estas, se procedió al análisis de los datos que arrojaron con herramientas teóricas.

Las entrevistas brindaron una perspectiva del acceso a la salud por parte de la población travesti trans. Si bien en los últimos años el acceso parece haber mejorado aún queda una porción del colectivo que tiene dificultades para el ejercicio pleno de este derecho. Se observó que la patologización de estas identidades se encuentra aún presente orientando la atención por parte de profesionales y diversos agentes de las instituciones de salud. Las condiciones en las que se da el acceso suelen estar marcadas por la falta de conocimiento sobre cómo proceder, como así también por situaciones de violencia y exclusión, lo que puede enmarcarse dentro del Modelo Médico Hegemónico.

Por otro lado, las entrevistas evidencian que otros modos de atención en salud son posibles, desde una perspectiva integral y con el respeto por la autonomía del sujeto, sin infantilizar ni patologizar identidades.

Por último, se hace hincapié en la importancia de pensar las prácticas con el fin de poner en agenda el rol que se espera de los sistemas de salud y sus agentes a la hora de pensar en las infancias trans y en visibilizar luchas históricas con sus propios protagonistas a cargo del relato.

La presente investigación no concluye sino que abre a nuevas preguntas ¿Cómo pensar a la salud desde sus aristas de promoción y prevención en lo que respecta a la población travesti trans? ¿Cuál es el rol que los sistemas de salud toman en relación a las problemáticas del colectivo travesti trans, como por ejemplo, la prostitución? Si de hacer tambalear imaginarios se trata ¿Cuáles serían las mejores herramientas para lograrlo? ¿Qué avances permitiría la correcta implementación de la Educación Sexual Integral desde una perspectiva de derechos

y de géneros? ¿Qué nuevas herramientas aportaría la perspectiva de géneros en las formaciones universitarias y terciarias? Entre muchas otras.

No hay respuestas aún frente a estos interrogantes. Lo que sí resulta evidente es que queda pendiente mucho trabajo por hacer y, sin dudas, esto será en una apuesta por la construcción colectiva de saberes.

9. Referencias

- Álvarez Pedrosian, E. (2003). La escucha activa en la comprensión crítica. En J. Barceló (Comp.), *Sociología Clínica* (pp. 81-86). Universidad de la República.
- American Psychiatric Association (2014) DSM-5 Manual Diagnóstico Y Estadísticos Trastornos Mentales. Editorial Médica Panamericana.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. "Declaración Universal de los Derechos Humanos." 217 (III) A. 1948.
<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Berkins, L. (2010) Travestismo, transexualidad y transgeneridad. En Raíces Montero, J. (Comp.) *Un cuerpo: mil sexos. Intersexualidades* (pp 91-102). Editorial Topía.
- Bermejo, M. (2016). "Hablemos de los pacientes trans". Aportes para el trabajo interdisciplinario con personas trans y travesti, desde una perspectiva de género en el campo de la Salud Mental. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (81), 1-6.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5730114>
- Butler, J. (2018). *Cuerpos que importan*. Editorial Paidós.
- Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets Editores.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. En *Facultad de Psicología, UBA. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones volumen XIV* (pp 201-209).
- Decreto 476 de 2021 [con fuerza de ley] Por el cual se adapta las características y nomenclaturas de documentos legales en el Registro Nacional de las Personas. 20 de Julio de 2021. B.O. No. 34706
- Devereux, G. (1977). Reciprocidades entre Observador y Sujeto. En *De la Ansiedad al método en las ciencias del comportamiento* (pp. 43-61). Siglo XXI.
- Farji Neer, A. (2016). Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7 (29), 26-30.

- Foucault, M. (2020) *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Siglo veintiuno editores.
- Guber, R. (2011). *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo veintiuno editores.
- Kaes, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En R. Kaes, (Comp.) *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos* (pp. 15-67) Paidós.
- Ley 26.618 de 2010. Por la cual se establece el derecho al matrimonio entre personas del mismo sexo. 15 de Julio de 2010. B.O. No. 31949
- Ley 26.657 de 2010. Por la cual se establece el derecho a la protección de la salud mental. 25 de Noviembre de 2010. B.O. No. 32041
- Ley 26.743 de 2012. Por la cual se establece el derecho a la Identidad de Género de las personas. 9 de Mayo de 2012. B.O. No. 32404
- Ley 27.636 de 2021. Por la cual se establece la promoción al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero "Diana Sacayán-Lohana Berkins". 24 de Junio de 2021. B.O. No. 34697
- Lourau, R. (1991). *El análisis institucional*. Amorrortu.
- Menéndez, M. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp 451-464).
- Ministerio Público de la Defensa y Bachillerato Mocha Celis. (2017). La revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio. Ministerio Público de la Defensa.
- Organización Mundial de la Salud (2021) Acerca de los sistemas de salud. <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Ortega, J. (2015). Sobre la exigibilidad del derecho a la salud en personas trans: de conquistas y deudas aún pendientes. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp 158-162). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Ortega, J., Tiseyra, M., Morcillo, S., Galvez, M. (2017). (Im)pacientes trans en hospitales públicos de Buenos Aires. La experiencia de la espera y la

- accesibilidad en contextos de estigmatización. *Revista de Antropología*, (1) 49, 219-232. <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/12807/8806>
- Rovere, M. (2016) El Sistema de Salud de la Argentina como campo; Tensiones, estratagemas y opacidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12), 23-41.
- Salazar Villava, C. (2004) Dispositivos: máquinas de visibilidad. *Anuario de Investigación del Departamento de Educación y Comunicación*, 291-299. Universidad Abierta de México.
- Sautu, R.; Boniono, P.; Dalle, P.; Elbert, R. (2005) *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Red de Bibliotecas Virtuales de Ciencias Sociales de América Latina y el Caribe de la red CLACSO.
- Schejter, V. (2018) La construcción de un enfoque epistemológico de la psicología institucional: su implementación en la formación de psicólogos. En V. Schejter et. al. (Comp.) *La Clínica Institucional: Construcción compartida de conocimientos* (pp 13 - 28), Eudeba.
- Vergés, A., y Quiroga, B. (2018). El derecho constitucional de acceso a la salud de las personas trans. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp 40-43). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Wayar, M. (2019) *Travesti: una teoría lo suficientemente buena*. Editorial cooperativa Muchas Nueces.

10. Anexo

10.1 Entrevistas

10.1.1 Primer entrevista

E: Hola J ¿cómo estás?

J: Hola Danila, bien todo bien ¿y vos?

E: Muy bien también. Primero quiero agradecerte por hacerte el espacio para que podamos tener esta entrevista. Te recuerdo que es confidencial toda esta información, ya sea datos tuyos o de instituciones/organizaciones que menciones. Antes de iniciar quiero consultarte qué pronombre usas: ella, elle, él.

J: Cualquiera, me es indistinto

E: Bueno ¿querés que empecemos?

J: Dale sí

E: Contame un poco sobre vos, qué es importante que sepa de vos.

J: Mi nombre es J, soy travesti por elección y peronista por convicción. Vivo acá en M. Trabajo como enfermera en X hospital hace 14 años, soy dirigente política y sindical. También formo parte de distintas organizaciones sociales y tengo muchos proyectos personales a futuro.

E: ¿Cómo fue tu trayectoria hasta llegar a este momento profesional?

J: Yo nací en esta misma ciudad que hoy vivo, con fuertes roles y estereotipos sociales presionando mi vida. La gente se piensa que las travestis vivimos en travestilandia (ríe) y no, nacemos y crecemos en contextos familiares y sociales como las demás personas. Particularmente acá y en mi familia, la religión ha tenido un peso importante en mi crianza y ha marcado mucho mi manera de sentirme. Durante la escuela secundaria yo era el puto y a lo único que podía aspirar era a morirme y arder en el infierno porque la religión constantemente me decía que no estaba bien lo que yo sentía. Tenía muy presente la sensación de no encajar, con los varones de la escuela no encajaba pero tampoco con mis amigas mujeres porque yo seguía siendo el varón entonces no estaba la confianza para ser una más dentro del grupo. Me era muy difícil buscar lo que me hacía feliz en toda esta

situación. A mis 16 años tengo mi primer novio, y fue muy lindo empezar a experimentar los primeros besos, las primeras caricias. No lo digo desde la romantización estúpida sino que fue una muy linda relación, un lindo recuerdo de ese momento. Quise compartirlo con mi familia porque era algo que me gustaba mucho vivir y no quería esconderlo. Lo hice y generó revuelo, tuve discusiones con mis padres y hermanos, y me tuve que ir de mi casa. Dormí en la calle unos días hasta que me fueron a buscar mis abuelos maternos. Mi abuelo me pidió que busque lo que me haga feliz y que estudie, porque yo había abandonado la escuela. Así es que termino la escuela secundaria, empiezo a trabajar y me voy a anotar a medicina en X universidad. Esta universidad no me permitió ingresar a la carrera porque mi imagen no se condecía con la información de mi documento. En ese momento regía el artículo 80 del código de faltas que penaba la simulación de sexo. La persona que me tomó los datos me dijo “pero medicina es muy difícil, vos te has puesto a pensar ¿cuántas personas se van a atender con un médico travesti?” todo en masculino.

La solución que encontré fue disfrazarme de varón para poder estudiar enfermería en una institución privada. Después mis primeros dos años de inserción laboral fueron también disfrazada de varón. Yo me considero una privilegiada, pero toda esta situación acarreeó a que tenga una anorexia nerviosa porque tenía tres trabajos, primero dos y la facultad y cuando terminé me quedé con tres trabajos para estar siempre detrás de un uniforme. Ese uniforme es el que me daba seguridad y evitaba la discriminación porque quien venía a buscar mis conocimientos para aliviar su dolor no se iba a poner a discriminarme, y si me discriminaba o se ponía a hablar del puto lo hacía cuando se había ido de la atención. Yo no tenía una discriminación directa pero seguía siendo una privilegiada. En ese momento tuve una conversación con Lohana Berkins y ella me decía que había que jugársela y ponerle voz a la lucha de todas estas compañeras que no tenían voz y todavía no la tienen. Entonces como estrategia me presenté en el hospital como delegado sindical, gané esas elecciones con mis fueros como sindicalista. Me tomo una licencia y me opero, me pongo los implantes mamarios y vuelvo a trabajar, lo cual genera otro simbrón en el hospital. Cuando en el 2003 yo me presento a trabajar así y no existía ley de

identidad de género, era todo un tema y era un desafío desde el activismo. Otra de las estrategias que encontré fue hacerme amiga de los medios para visibilizarme y visibilizar la lucha pero también para tener espalda porque si bien yo tenía los fueros sindicales, en una institución privada si quieren te pueden desvincular. Fue todo un tema porque la que estaba a cargo de la oficina de recursos humanos me dice “para mi sos un varón y siempre vas a ser un varón, y tu nombre es tal”, cuando yo pedía que me reconocieran ya como J. Lo denuncié al Inadi, cuando sale el dictamen el hospital la desvincula porque ella era una ejecutiva del hospital y yo soy una empleada más. Yo seguí, esto fue una maduración en conjunto con la institución, tuve que empezar a enseñarles muchas cosas y no es que sea la maestra ciruela pero sí enseñarles el por qué yo me siento así o preguntas que surgían, solventar esas dudas de mis pares, mis colegas, miembros del equipo sanitario. En el hospital trabajaba una psicóloga que terminamos muy amigas, durante un tiempo fue mi terapeuta y acompañaba y ayudaba en el hospital en este crecimiento mutuo. Pero pasaba de gente que me conocía y me había tratado dos años como varón y ahora me veía, seguía viendo una persona pero se le venía el nombre con el que dos años me estuvieron llamando. Entonces yo me daba cuenta que cuando no venía con mala leche sino que era una equivocación, bueno todo bien. Yo los corregía más desde el humor, desde el chiste y no desde el ataque y la reacción que genera distancia y enojo. Si había personas que lo hacían de mala leche y esas se tenían que bancar mi respuesta, no soy la que tiene el mejor carácter ni la más blandita. Pero bueno, fuimos madurando en conjunto con el hospital y así es que estoy ya hace 14 años.

E: ¿Sabes si en el hospital se atienden personas travesti trans?

J: Si, claro. Es un hospital privado, se atendieron compañeras entendiendo que podían pagarse una obra social o una prepaga, pero bueno en este contexto ya es un poco más complicado. Y en que se atienda una compañera nos atraviesa la clase social y el apellido, porque no es que vaya cualquier traba a atenderse al hospital. Van aquellas que tienen poder adquisitivo, que son las menos. O también algunos menores que todavía están estudiando y que ahora, es mucho más reciente, tener la contención familiar.

Las compañeras que tengan para pagar una consulta, una internación o una cirugía sí se la va a atender. Lo que aquí te excluye es el plano económico y no tanto el discriminatorio.

Me pasó una vez con un varón trans, yo no me acuerdo dónde estaba ese día pero me llaman para que vaya porque había un médico que se negaba a operarlo. Era una operación de vesícula, pero ¿por qué?. Creo que esto fue al año, más o menos, de la ley de identidad de género. Al médico le pasan, para operar una urgencia, una ficha con todos los datos de un varón. Cuando entra al quirófano se encuentra con un cuerpo que él decía que era una mujer. Cuando yo voy le pregunto “¿por qué decís que es una mujer?” y el médico me dice “porque tiene vagina, es mujer y acá está todo escrito que es un hombre, entonces se han equivocado de paciente”. Yo le decía que no se habían equivocado de paciente, de hecho el paciente antes de anestesiarlo le había confirmado al anestesista que era él. Claramente hay un desconocimiento importante. La mayor parte de la discriminación que nosotras podemos sufrir se debe a la ignorancia de la sociedad, a los temores y prejuicios prefijados e incorporados que tiene la sociedad. Desde la ciencia médica que es tan biologicista, sexogenérica y binaria, y para un médico que le pongan en la plancha a un cuerpo que tiene vagina, entiende que es una mujer porque así nos forman y la salud es binaria. Atendemos órganos, no atendemos cuerpos de forma holística, no atendemos al ser en sus diferentes planos afectivos y emocionales. Atendemos a un órgano, a una rodilla o una vesícula. Y cada cuerpo tiene una genitalidad, y esta determina los roles. Bueno, y ahí hubo que explicarle y hacerle entender la ley de identidad de género, qué es la despatologización de las identidades. Por eso te digo que fue un avance y algo que nos permitió crecer y madurar, y hoy considero que es un hospital que tiene un buen trato para con mis compañeras porque también yo estoy ahí. Pude generar instancias de capacitación diarias con los colegas y compañeros, y a veces me pongo a pensar en estas pequeñas cosas en el contexto social del 2010, 2011 y digo “ha sido una locura y ha sido muchísimo lo que hemos hecho”.

También hubo otro caso de una compañera del área de internación que internan a una compañera trans y cuando me ve me dice “interné a una amiga tuya”, porque

todo el colectivo es amiga tuya (ríe). Me dice que la internó en determinada habitación y su obra social, a lo que le respondo que por esa obra social le corresponde otro piso, “¿por qué la mandas al piso vip?”, y me responde “y porque es tu amiga, para que se sienta cómoda y no se sienta mal”. Entonces le hago entender que eso también es discriminación, ella no entendía por qué si la había tratado bien y le dio la mejor habitación que había. Le explico que es una discriminación positiva, que ya la dejábamos en esa habitación porque sino se iba a armar un quilombo bárbaro, pero en realidad lo que nosotras queremos es equidad, y la equidad es un trato igualitario a cualquier otro paciente. Cuando me responde entendí cuál había sido su problema y por qué pensó en esa lógica, me dijo “es que la habitación que me queda tengo internada a una monja” entonces imaginate poner a la monja y la trava juntas (ríe), que no estaría nada mal porque es lo que corresponde, porque como la monja eligió su estilo de vida, las travas también elegimos el nuestro. Pero bueno, es esto de ir creciendo y madurando juntos con el hospital.

Incluso, el directorio se juntó en un momento para discutir qué hacían conmigo porque al estar en urgencias soy la cara de entrada al hospital, en el 2010 ver a una trava que te atiende en el hospital era una locura, pero es algo que hoy en 2021 lo podemos ver. Imaginate que hoy no tenemos pie de igualdad en el acceso al trabajo real y las travas solo están de noche y en la ruta para poder subsistir porque la verdad es que no hay trabajo.

También en una consulta en guardia pediátrica un pibe de no más de 15 años con una fractura en brazo o mano, no recuerdo bien. Te juro que estaba más pintado que yo, te dabas cuenta que tenía plumas por todos lados, era re puto. Y viene mi compañero que está trabajando todos los días conmigo, que somos amigos, hemos festejado cumpleaños juntos y le pone la mano en el hombro y le dice “¿qué haces macho?”. Entonces el pibe le corrió la mano y no se quiso atender. A mi compañero se le llenaron los ojos de lágrimas y me dice “¿qué hice?” y le dije “le dijiste macho”. Porque no tenemos que rotular y en salud es muy común esto. Yo te veo en una consulta y veo a una chica y ya con mi cabeza de enfermera te considero mujer heterosexual, y si tenes hijos son tuyos, que estuviste embarazada y los pariste vos,

y los tuviste con tu pareja varón. Esa es la película que me corre a mí, no me doy la apertura de pensar y preguntarte “¿cuántos embarazos tuviste?, ¿los pariste vos o son adoptivos?, ¿estás en pareja? qué bien, ¿con un chico o una chica?. No, yo te impongo la heteronormatividad. Y volviendo a esto que te contaba, yo le dije a mi compañero “vivís todos los días con una trava”, es como si a mí me venís a decir macho y me dice “vos sos la j (apodo), sos una mujer más”. Entonces también corremos ese riesgo, de pasar a conformar y ser “una más de”. Yo ahí le dije “no, porque yo no soy mujer, yo soy travesti. Travesti como palabra y sujeto político”. No soy mujer y tampoco soy varón. Eso dio lugar a una discusión muy linda sobre que la genitalidad no nos determina y entendiendo esto, yo no soy varón. Y si un pene y unos testículos te definen como varón, todas las personas que por determinada situación le tenes que amputar el pene o los testículos, ¿dejan de ser varones?. O a las mujeres que hay que extirparles una mama o el útero ¿dejan de ser mujeres?. Los órganos no nos constituyen como personas, la construcción genérica y el rol que llevamos adelante es la construcción personalísima, donde cada una puede elegir hoy, gracias a las travas que hemos llevado la lucha durante años, y la sostenemos desde la agenda social. Hay muchas luchas que llevamos adelante y los beneficiarios directos son las personas heterocis, por ejemplo la ley de inseminación artificial. Si bien vos te podés inseminar, la ley la promovimos y empujamos nosotras desde el colectivo porque nosotras también queremos tener descendencia, y tener hijos, hijas, hijes. También la ley de adopción. Esto lo digo para pensarnos en relación al chiste que te hacía antes de que las travestis no nacimos, vivimos y venimos de travestilandia, vivimos en sociedad. Somos las nietas, las hijas, hermanas, tías, amigas, vecinas, somos una más.

Sí el hospital ha cambiado, como te mencionaba, pero no todas las compañeras tienen acceso. De hecho, la salud pública que es donde las compañeras deberían hacerse atender, es una salud que está dejando mucho que desear porque no se brinda una atención real. Aquí en el año 2013 hicimos un piquete al ministro de salud porque quería un consultorio inclusivo. Hoy no sé si le pondría consultorio inclusivo porque yo no necesito que me incluyan en un derecho, yo necesito que me respeten y me den el derecho. Bueno, armamos el consultorio y todavía está

funcionando pero fijate que en un contexto de pandemia como el que estamos viviendo, todos tienen que ir a tratarse todas las patologías porque no puede descuidarse nuestra salud general, pero todo está focalizado y priorizado en covid. Entonces ¿qué le voy a demandar al estado que falta el tratamiento hormonal?, ¿le voy a decir a la obra social que no me está cubriendo el tratamiento hormonal? cuando necesito que me cubra la internación en covid para salvarle la vida a una persona. Siempre vamos a ir quedando relegadas y un poco atrás. Por eso hablamos de equidad, porque es importante la salud de todos y todas pero nosotras también existimos y queremos el cuidado y el acceso a la salud. Sí se podría hacer mucho más, porque de hecho no tenemos estadística de cuántas compañeras, compañeros, compañeres travesti trans han pasado por el covid, cuántos han fallecido por covid. No tenemos esas estadísticas porque siguen siendo binarias entonces se engrosan las listas de mujeres y de hombres, porque el sistema sigue siendo binario. Si sabemos cuántos adultos, cuántos niños, cuántas mujeres y cuántos varones pero no sabemos cuántas travas. ¿Podemos hacer como Estado mucho? Sí, nos falta mucho. Incluso hace unos días estuve allí por Buenos Aires, fui al Anses y le planteaba a Raverta que no podemos seguir teniendo un sistema binario, y me dice “¿por qué binario?”. Porque el cuil tiene un prefijo en masculino o femenino, estás fomentando un estigma para que a futuro se genere una discriminación, ¿cuál es la forma de solucionarlo? hacelo aleatorio y que caiga el 20, 23 o 27 indistinto al género. Tomó nota para ir avanzando.

Para avanzar tenemos un montón de cosas pero tampoco puedo ser tan caída del catre y reclamar cosas que no niego que son justas, y hacen falta, pero en este contexto hay que priorizar hasta qué punto podemos tirar porque la dolencia del covid es colectiva para toda la humanidad en general.

Estos y otros reclamos quizás muchos piensan que surgen ahora y no, tenemos reclamos que son históricos. Como no surgieron las mujeres en el '46 con los derechos civiles y políticos. Pero bueno, la mujer en ese momento era pensada como un objeto, como una idiota, una demente. Es más, en los discursos del debate en Congreso hablaban de cómo equiparar derechos a un ser inferior, con un cerebro más chico y liviano, la ciencia médica diciendo esto. Mis derechos civiles y políticos,

mi constitución como ciudadana y sujeta política recién data del 2012, es reciente. Entonces piensan que nosotras a partir del capricho de Cristina Fernández de entregarnos el derecho a la identidad, empezamos a surgir de abajo de las baldosas. No flaco, nosotras venimos desde antes. Históricamente hemos estado e históricamente invisibilizadas por eso no nos viste, o si nos viste fue para suplir tu deseo de consumo en la noche pero para cuidar y blanquear tu imagen familiar de la buena moral y la buena costumbre, no me ves y no me reconoces de día pero existimos. Esto no es algo nuevo, son luchas históricas y luchas por el acceso a derechos básicos como el trabajo, la educación, la salud y la vivienda.

E: Y respecto del derecho a la salud, ¿vas a consulta médica?

J: Sí, claro, trabajo en un hospital (ríe).

E: ¿Te atiendes en el hospital que trabajas?

J: Sí, yo hace 14 años que estoy en el hospital entonces muchas veces al personal sanitario nos pasa que nosotras caemos en la consulta de pasillo porque le terminas consultando a tu amigo o amiga que son médicos, kinesiólogos o psicólogos, y le consultas y se entremezcla la paciente con el profesional sanitario y la amistad de por medio. Yo trato de evitarlo porque si estás a mitad de la consulta, y te cae una consulta entonces cortas a la tuya y seguís con la gente que vino. Entonces paremos y dediquemos el tiempo que necesita la atención. Me atiende en el hospital porque soy una privilegiada que tiene obra social, que trabaja con médicos y que entiende de salud. Soy enfermera entonces hay muchas cosas que yo ya sé, y la atención es buena. Conmigo no hay discriminación y adelante mío tampoco. En este último año y medio ha sido difícil, lo reconozco. Entre el año pasado y este me he descuidado un poco pero es algo propio del sistema que estamos como muy sobrepasadas y queremos salir del hospital e ir a casa más que ir a una consulta.

E: ¿Crees que tu experiencia es similar a la mayoría de la población travesti trans?

J: No, también me he hecho atender en otros hospitales y además soy X en el sindicato de la sanidad de esta provincia, entonces tengo mucho recorrido de hospitales no solo para atención sino también en mi rol, y no es así. Hay muchos profesionales que todavía te miran como diciendo “¿qué hace aquí?”, y si se dan cuenta que no voy como paciente cambian la actitud, la postura, pero el sistema es

muy excluyente, muy violento. Pasa a veces que está tan normativizado hasta el lenguaje en relación a lo sexogenérico que da lugar a actitudes con tintes discriminatorias. Pasa incluso en mi hospital y yo los corrijo porque los conozco, porque estudié lo mismo que ellos y soy militante del transfeminismo y los corrijo. Soy docente también, voy educando permanentemente porque estoy convencida que la discriminación se debe a la ignorancia.

De hecho, cuando fui candidata a consejala tuve que salir a golpear puerta por puerta a pedir el voto y el acompañamiento de la gente. Fue todo un desafío que en el 2015 me meta en el interior del interior a decir votame ¿Y por qué tengo que votar a una trava?. Obviamente buscas estrategias, sabía que si iba y tocaba la puerta yo, miras por la ventana y no me abrís como cuando van los testigos de Jehová, si ves una trava que te toca la puerta ni te gastas. Entonces iban los compañeros adelante, golpeaban la puerta y me presentaban, ahí yo empezaba a hablar. Te das cuenta que empezas a voltear el estereotipo prefijado que tiene la gente porque se da cuenta que sos una más, la del barrio, la que te cruzas en la carnicería o se toma el mismo transporte público que vos para laburar. Había gente que me terminaba diciendo “te voy a votar, por lo menos que llegue una que es igual que nosotros” y salían con todo el discurso de la politiquería de que se afanan todo y demás. Lograr que digan eso “una igual a nosotros” es un logro enorme porque por más que no llegué con los votos, el reconocimiento político y social es porque cambian sus cabezas y empieza a caerse la idea de que toda travesti es prostituta. Si vos decís travesti es sinónimo de prostitución, drogadicción, alcoholismo y todos adjetivos calificativos que nos discriminan y son muy violentos. En realidad yo lo digo claramente “ser travesti no es sinónimo de puta, ser travesti es sinónimo de perseverancia y de lucha”, yo lo demuestro. Eso sí es un logro, empezar a voltear estereotipos y conquistar lugares, que la gente te acepte, te incluya y te trate como una más. Somos personas, somos construcciones ¿por qué el morbo sigue pesando sobre nosotras? porque seguimos siendo vistas como objetos de consumo y descarte. Porque en realidad nadie se pregunta cómo es la afectividad de las travas, como si nosotras no sintiéramos atracción, afecto, como si no nos gustase que nos quisieran. La sociedad no nos termina de incluir por completo y no se pregunta

cómo vivimos la afectividad, cómo vivimos nuestra sexualidad. Tampoco es algo que nosotras hayamos salido a reclamar porque ya tenemos tantas cosas para reclamar, pero son cosas que se van sumando.

E: Como contracara al sistema de salud excluyente y violento como mencionaste ¿Cuál sería para vos una situación ideal, el escenario perfecto en una consulta de salud para una persona travesti trans?

J: Una atención ideal es que una trave o un chico trans se acerque a una consulta y sea atendido como cualquiera paciente, sin distinción. Sin esas miradas que te terminan violentando, sin comentarios como por ejemplo “ah ni se te nota”, ¿ni se me nota qué? se los pregunto y me dicen “pareces una mujer”, pero si yo no aspiro a parecerme a una mujer, yo aspiro a ser cada día más real, ser cada día más lo que yo quiero hacer y lo que a mi me causa felicidad. Yo no aspiro a ser una mujer porque nunca lo voy a ser y tampoco aspiro a ser un varón porque no lo quiero ser. A veces cuando doy charlas les digo “levanten la mano los que sean heterosexuales” y levantan la mano o se ponen de pie, y les digo “ah ni se les nota, no me había dado cuenta”. Son estas pequeñas cosas, las miradas, los gestos. Miradas siempre va a haber, vos también has mirado si una chica va muy linda o si un chico te gusta, pero me refiero a las otras miradas. A las miradas que dicen “qué hace esta que se viene a atender con el mismo médico que yo” y no vaya a ser que vos tengas el turno antes que esa otra persona porque la va a atender el mismo médico en el mismo lugar “¿no tendrá algún bicho, no tendrá algo?”, esas miradas que te das cuenta que dicen todo eso, y a mi ya a esta altura después de todo lo que te he contado no me afecta tanto pero a otras compañeras vos las miras así y terminan yéndose y no reciben su consulta en salud, y no cumple el objetivo. Que cuando estés con el profesional te mire como a una persona sin género, eso sería lo ideal. Donde te pueda preguntar “¿cómo te llamo?” por más que tengas una ficha médica con un nombre y yo vea que se condice con lo que veo. Quizás vos te llamas Danila pero estás acostumbrada a que en tu casa te digan, no sé, Pirula y quieres que te diga Pirula entonces así te tengo que llamar. Es lo que te decía recién “¿que te venís a hacer el pap y la colpo?”, “¿estás en pareja? si”, “¿tenes hijos? 3”, yo ya me estoy imaginando dentro mío todo lo que te dije antes y no te di la

capacidad de explicarte a vos, de ser más minucioso y darte el tiempo donde vos te puedas expresar. Hay una filósofa y enfermera Dorothea Orem que dice que la enfermedad es la manifestación física de las dolencias del alma. Tal vez lo que necesitamos es que el paciente o la paciente se exprese, nos diga qué le está pasando porque yo te voy a tener que atender en base a tu conocimiento subjetivo que es lo que vos me vas a estar diciendo de dónde te duele, por qué, en qué momento, cómo te sentís. Si yo paso por alto todas estas cosas y yo presupongo la heterosexualidad y la heteronormatividad en todas las personas, le estoy errando mal porque la persona no me está pudiendo explicar. Si yo voy al médico y le digo que consulto por incontinencia, me va a preguntar cuántos años tengo y me va a decir que me haga un examen prostático, y el médico ni siquiera me preguntó para saber qué medicación tomo y saber que es una medicación la que me está causando esto. Yo te lo puedo decir porque soy enfermera y conozco las medicaciones, leo los prospectos porque sé de qué se trata pero no todos tienen por qué saberlo. O si empiezo con tratamiento hormonal y empiezo con migrañas, cefaleas y eso es porque el estrógeno causa eso. Porque vos sabes cómo te sentís cuando tenes tu período, si te sentís bien o no, y hay otras que quedan de cama porque todos los cuerpos son distintos y en nosotras pasa lo mismo. Cuando nosotras incorporamos estrógenos, que tu cuerpo produce durante 28 días y cuando está al máximo los elimina, bueno yo en dos horas tengo el pico máximo y en 28 días los elimino. Pero a todo esto te tengo que contar qué siento cada vez que tomo la pastilla y demás. Creo que es la atención sin género y donde el profesional te pregunte y te puedas expresar libremente y decirle en confianza, que es lo que se ha roto para con nosotras, las personas travesti trans y la diversidad en general. No se me ocurre lo que pueda decir un ginecólogo o ginecóloga cuando caiga un varón a hacerse un pap o una colpo, imaginate. O cuando cae una mujer a hacerse un examen prostático. Poder destrabar de una vez y por todas lo sexogenérico, hacer un cambio de paradigma donde dejemos de estar atando la genitalidad a la construcción de vida, a los roles y al comportamiento que tiene que tener una persona e ir más por una salud equitativa, en forma holística donde podamos atender al ser con todos los aspectos que conforman al ser, no solo es el cuerpo

también puede ser una dolencia emocional. En este momento los psicólogos se están volviendo locos con el tema de la pandemia, el encierro, los miedos, las travas también los tenemos. El mismo miedo que siente cualquier mujer en salir un poquito más de noche a la calle porque te pueden hacer bolsa, las travas también lo tenemos. Salir de día y exponerse a las miradas, los gestos, los comentarios, a esta contaminación ambiental que nos agrede permanentemente también nos da miedo y nos causa angustia. Las mismas angustias que pueden sentir las mujeres, las travas, los hombres, entonces por qué cuando entramos a un consultorio lo primero que se localiza es el órgano que tenes entre las piernas.

Como personal sanitario siempre digo que la terapia no es para locos ni locas porque la terapia te ayuda para encontrar las herramientas necesarias para empoderarnos y estar más seguras o seguros de lo que somos y lo que queremos y así salir a enfrentar la vida. Yo tengo una templanza que se la debo en parte a la terapia psicológica, que es templanza para ocupar las herramientas que sean necesarias para conquistar espacios de poder que no vienen solos.

No todos la entienden porque como travas, una psicóloga o psicólogo siempre nos trató como enfermos, siempre tenemos disforia. Yo hice varias terapias y son muy buenas, pero si me pasó con un psicólogo una vez que me quería meter a toda costa en la cabeza que yo estaba equivocada. Si yo voy a la terapia es porque necesito que me abras el abanico de posibilidades y se me de las herramientas que yo pueda elegir para salir y defenderme en mi día a día, no me que me quieras cambiar el chip porque no soy una computadora, y que me obligues a salir con tus conocimientos con las armas que vos me das. Que nos ayuden a empoderarnos para salir. O preguntémonos por qué las travestis no consultan con profesionales de psicología, entendiendo también que somos un campo de conocimiento que no ha sido explorado, somos un campo gris porque como nunca hemos tenido acceso a este sistema, a la psicología tampoco porque siempre nos excluyeron, nos normalizaron y violentaron, cuánto puede aprender un profesional de la psicología que se meta en este campo y pueda hablar con un montón de personas travesti trans con las vivencias y las experiencias de cada una. Si bien ustedes van a brindar todo el conocimiento que tienen, también cuánto conocimiento van a adquirir, cuánto

se van a perfeccionar en estos temas, pero ni siquiera lo ven por ese lado. La salud mental para nosotras no existe porque lo único que existe para nosotras es ser putas, “son putas, son adictas, son promiscuas”, bueno es un campo espectacular para la psicología entonces (ríe). Ni siquiera desde el incentivo propio de decir “quiero ser mejor profesional” se meten en esta temática porque hablan por nosotras e imponen su idea o directamente no nos atienden.

Ahora estamos cerrando un acuerdo desde una organización de la que formo parte con colegios de psicólogos y de psiquiatría, también con casas de estudio de psicología para salir a hacer un relevamiento nacional de salud mental y adicciones en la población de la diversidad sexual porque no está explorado. Y no surgió tampoco de los profesionales de la salud mental incursionar en esto, salió de las organizaciones sociales el decir “bueno obliguemos a que salgan a hacer el trabajo de campo” porque yo no puedo salir a relevar a mis propias compañeras, son ustedes los que se formaron en eso. Me parece fenómeno que los psicólogos salgan a hacer esos relevamientos, porque a vos te surgió venir a charlar conmigo y tener la humildad de abrir tu cabeza y decirme “vamos a dejar de lado la bibliografía y vamos a escuchar a esta mina” (ríe) pero no es algo que surja de todos tus pares, tus colegas, y nunca pasó. Entonces los vamos a obligar desde las organizaciones sociales que salgan y se formen, y a lo mejor no tienen ganas pero estamos seguras de que a futuro van a tener un conocimiento y van a poder tratar como corresponde y de buena manera a las identidades de la disidencia sexual. Yo con 40 años he recibido terapia, puedo volver a hacerla pero mi lucha y mis objetivos siguen porque a mi me preocupa qué va a pasar mañana con nuestras infancias. Yo no quiero que las infancias trans tengan el futuro incierto que he tenido yo y que tengo cada día que al levantarme no sé qué va a pasar. Yo quiero que las infancias trans tengan una contención integral, que estén aceptadas, integradas y contenidas en el sistema educativo, que puedan trabajar y elegir en qué ámbito quieren hacerlo, que puedan acceder a tener una vivienda, que las adultas mayores tengan una vejez con dignidad pero que estas infancias cuando vayan a un hospital a hacerse ver por cualquier médico o médica en la especialidad que sea o por algún psicólogo, sean atendidas como corresponde y no sea solamente una pérdida de tiempo y dinero

para ambos sino que puedan salir y que sean mujeres, varones, personas más empoderadas de sí mismas y puedan afrontar la vida sin esta angustia que durante mucho tiempo tuve que soportar yo, y es terrible tratar de transmitir o explicar el dolor que se siente adentro, aquí (se toca el pecho) siento como un frío en el alma. No es angustia, es un dolor psicológico que no lo puedes explicar y que te tratan de loca porque estás bien, no tenes nada y estás sana pero el dolor psicológico es terrible.

E: Por último, ¿hay algo más que quieras comentar?

J: Sí, algo que me olvidé de decirte. Aquella universidad que te conté que no me permitió entrar en el 2003, me tuvo como docente en el 2014 y 2015. Cuando te dicen que la vida es redonda y que todo lo que das vuelve. Todas las angustias en algún momento son subsanadas y lo dije delante del rector cuando me convocaron a dar una charla “esta misma universidad que me prohibió estudiar hoy me convocó para que yo de una charla y los capacite”. Mirá qué loca la vida, de a tropezos me hice coraje. Me identifica mucho la letra de la canción de Maria Marta Serra Lima “a mi manera”. Escucha la letra y después escucha toda esta charla que hemos tenido, cada vez que me oculté, cada vez que salí, cada vez que hablé, cada vez que callé, cada vez que hice algo fue a mi manera entonces la vida no me debe nada y yo no le debo nada a la vida porque he sido feliz y he vivido con intensidad cada instante, cada día, y todos los palos que me dieron los recibí en gratificación. Te voy a recomendar una película que se llama “La pasión de Verónica Videla” que es nacional con un director mendocino que lo que hizo es esto que estás haciendo vos, entrevistó a un montón de travas y a partir de ahí hizo el guión de la película. Cuando yo quise estudiar, la administrativa me dijo que medicina era muy difícil y para mí todo ha sido difícil, ya estoy acostumbrada a eso. Y también me dijo que cuántas personas iban a atenderse con un médico travesti. Hoy pienso que la verdad no le puedo dar una respuesta pero le puedo decir que en 14 años de enfermera, más de un promedio de 100 pacientes se han hecho atender por esta enfermera travesti.

E: Bueno J muchas gracias por el espacio y por tu tiempo.

J: Gracias a vos, cualquier cosa que necesites tenes mi contacto. Lo único que te pido es que el día de mañana atendas lo mejor posible sin discriminar a las compañeras, compañeros que necesiten terapia. Cuando vayas a hacer el juramento hazlo con la misma convicción que lo hice yo “atender sin distinción y militar siempre por un mundo más equitativo. No quiero igualdad, quiero equidad”. Eso es lo que te cobro por esta ayuda (ríe), que seas una excelente profesional.

E: (ríe) Gracias y espero lo mismo.

10.1.2 Segunda entrevista

E: Hola I ¿cómo estás?

I: Hola Danila, todo bien ¿y vos?

E: Bien todo tranqui. Gracias I por tu tiempo para esta entrevista. Te recuerdo que esta información es confidencial y yo después te voy a mandar una copia de la entrevista. ¿Te parece si empezamos?

I: Dale si

E: Contame un poco sobre el surgimiento del equipo

I: Bueno, el equipo surge a través de demanda del equipo de endocrinología del hospital después de la sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012. A partir del año 2013 empiezan las consultas médicas al equipo de endocrinología del hospital. Es un equipo con el que ya veníamos trabajando en forma interdisciplinaria por medio del equipo de psicoprofilaxis clínica y quirúrgica. Es decir, ellos ya nos conocían, trabajamos juntos, sabíamos la manera de trabajo y les pareció importante sumar a salud mental en las consultas que estaban teniendo porque en ese momento había un solo hospital que recibía las consultas, que tiene un equipo armado desde hace muchos años. Con la ley se abre a que cualquier hospital en toda la república Argentina pueda estar en condiciones de atender población trans, con lo cual empiezan a llegar consultas por endócrino, así empieza.

E: ¿Cuáles son los objetivos con los que se forma el equipo?

I: No son los objetivos actuales. En ese momento surge a través de la demanda médica donde en primera instancia, sobre todo los dos primeros años, los pacientes que se recibían eran derivados por el equipo de endocrinología. Por supuesto la ley,

vos sabes que esta ley es ejemplar en el mundo. No hay ninguna ley que tenga los derechos tan claramente definidos para esta población como es la ley de identidad de género Argentina que no pone la condición de tener que pasar por psicólogo ni instancias judicial o psiquiátrica para acceder a tratamientos médicos ni quirúrgicos, tampoco para el cambio registral, con lo cual justamente ahí fuimos modificando los objetivos del equipo. Si bien trabajamos en forma interdisciplinaria porque es necesaria, hoy el equipo de salud mental de diversidad e identidad de género está abierto desde hace 5 años ya a consultas en forma directa, o sea que cualquier persona puede pedir por cualquier circunstancia, que son las generales para cualquier paciente que se siente angustiado, que tenga algún síntoma específico y puede pedir consulta con el equipo de diversidad sexual. Ya no necesariamente tiene que venir con la derivación, hoy la demanda es social. De hecho, el equipo fue creciendo de tal manera que nosotros no solo tenemos las derivaciones de los equipos médicos, como podría ser no solo endocrino sino ginecología, clínica médica o cualquier equipo del hospital que llegue a consulta un paciente y que ellos crean la necesidad de consulta con salud mental. Cuando el paciente llega a consulta como cualquier otro paciente, ya la demanda deja de ser médica, vamos a escuchar a ese paciente, se hará una evaluación y se le ofrecerá si el paciente quiere apoyo o acompañamiento para la transición que quiera hacer. Ahí se crea la demanda con el paciente. Es muy importante este artículo de la ley que dice que no necesitan pasar por psicólogo, solo es si ellos necesitan. Otra de las cosas que también cambió en relación a los objetivos del equipo es que el paciente en cualquier etapa de su transición tenga la puerta abierta para poder consultar. A medida que vamos adquiriendo experiencia en el trabajo con esta población, vimos que el motivo de consulta al principio suele ser la ansiedad, generalmente están muy apurados por acceder a la hormonación o el tratamiento quirúrgico, pero hay pacientes que no quieren estos procedimientos y pueden venir por cualquier otro tema, por ejemplo el cambio de nombre. Podemos trabajar el cambio de nombre si lo quiere, todo es si el paciente quiere. O puede venir porque siente angustia ante la cuestión de no poder decir lo que le pasa en la primera etapa, donde se empieza a presentar la incomodidad con el cuerpo, que se empieza a percibir distinto al sexo

asignado al nacer, porque hemos tenido consulta de pacientes de 14 años, que fue el más chico.

E: En base a esto que mencionas ¿cuáles son los motivos de consulta más frecuentes que reciben en el equipo?

I: En general tiene que ver con incomodidad por su cuerpo. Pueden ser derivados de diferentes lugares, también lugares externos (menciona agrupaciones) y después el boca a boca. Por ahí vienen solos porque tienen la referencia de otros pacientes que se lo recomendaron, esos son los de demanda espontánea.

Como motivo general de consulta está la incomodidad con su cuerpo, en segundo lugar puede aparecer mucha angustia por alguna cuestión de exclusión que pueda sufrir, generalmente es en el seno familiar, y en tercer lugar las consultas que tengan que ver con la transición, para empezar a hormonarse porque si bien pueden estar ansiosos por comenzar ese tratamiento también está el miedo de qué me puede producir eso en el cuerpo y eso también se puede empezar a trabajar.

E: Y respecto de lo que comentaste antes ¿suelen recibir consultas de niños o adolescentes?

I: Ahora están llegando más. Niños vamos a comenzar a trabajar ahora, tenemos una pediatra que se ha formado, esto también surge del interés personal de algunos profesionales de la salud, entonces ella recibe pacientes de población trans, y ahora va a trabajar con nosotros. De hecho, hay una endocrinóloga en el equipo que nos convocó en su inicio, que se ha formado también en niñeces y adolescencias trans. Así que ahí se pudo enlazar endocrinología, pediatría y salud mental.

E: Cuando reciben estas consultas ¿cómo se abordan?, ¿tienen algún procedimiento o se evalúa según el caso por caso?

I: Siempre hay entrevistas con los padres porque siempre lo traen los padres. Los casos de niños y adolescentes que trabajamos siempre han sido derivados por la pediatra o la endocrinóloga, eso aún no ha llegado de forma espontánea porque recién empezamos a trabajarlo. Pero es para acompañamiento en general, para los padres, para lo que el niño o adolescente necesite. Porque por ejemplo desde endocrinología se trabaja con bloqueo hormonal que retrasa la aparición de caracteres secundarios, y esto también requiere de acompañamiento psicológico. A

través de varias entrevistas, a través del tiempo, para evaluar si es algo que viene de antemano, de qué se trata, porque se trabaja con la historia, está bueno cómo se arma ahí el trabajo interdisciplinario. No son pacientes que acceden a hormonación sino que se recurre al bloqueo. Esto no es un tratamiento, es importante tenerlo presente y nos remitimos a la ley. Ahí no hay un tratamiento psicológico, es un acompañamiento a los padres para que puedan acompañar a su hijo o hija. Hay padres que les cuesta más, otros ya lo vienen asumiendo porque ya de chiquito la historia se veía de esta manera. Hay padres que requieren de menos acompañamiento para el entendimiento de esta situación porque de eso se trata con los padres, que puedan acompañar a su hijo, hija, hije en esta transición. Igual te puedo asegurar que es más fácil el trabajo con niños que con adultos. Se les ofrecen entrevistas, que los padres siempre aceptan. Al niño o niña se le dice que también vamos a tener entrevistas para que nos pueda contar cómo se siente, cómo está con esto y por ahí se trabaja más con los padres que con el niño en sí. También depende del uno por uno, pero suele trabajarse más con los padres. Nuestro paciente es el niño pero se trabaja con la familia en pos de poder ayudar a nuestro paciente. Nosotros llamamos paciente por más que no esté en tratamiento, es paciente en la medida que ingresa al dispositivo.

Y con familia se trabaja generalmente cuando hay rechazo, teníamos el caso de un adolescente que lo había criado su abuela. Su mamá tenía una discapacidad entonces lo había criado prácticamente su abuela. Ella era de origen paraguayo y se le hacía muy difícil aceptar la transición de su nieto, y cuando él se lo dice ella simula un intento de suicidio. A esta abuela había que citarla porque era prioritaria la aceptación para su nieto, que era nuestro paciente, y también para evaluar si se trataba de una simulación de intento de suicidio o si fue un intento real. En este caso se le puede ofrecer a esta persona una derivación con un psiquiatra por fuera de este equipo. Resultó ser un manejo de su abuela para ver si su nieto retrocedía en la decisión. Igual tuvimos varias entrevistas y fue muy difícil, la abuela no podía aceptarlo y lo cultural pesaba mucho. Después trabajamos también con la madre y la tía, con la novia. Se citó a todo su entorno para ver quién podría acompañar mejor

su transición, y en este caso fue la novia. Ya después a la abuela no la citamos más porque todo el trabajo se orienta en lo mejor para el paciente.

En adolescentes y niños siempre se trabaja con familias pero con adultos ya es más difícil.

E: ¿Se hacen solo entrevistas o si la situación se complejiza se recurre a otra herramienta?

I: Puede haber derivación pero son los menos. Con niños a veces hay derivación a psiquiatría porque el rechazo del cuerpo está puesto en otro lado, por ejemplo el tema de la alimentación, sobre todo después de la pubertad. A veces este rechazo a la alimentación es para que no se formen las curvas, si por ejemplo hablamos de un varón trans. Tratan de comer lo menos posible para que no aparezca en el cuerpo lo que ellos rechazan verdaderamente que es la transformación del cuerpo que se da después del desarrollo. Cuanto menos comes, menos curvas van a aparecer. Pareciera que el problema inicial es la alimentación pero en el fondo es el rechazo al propio cuerpo. Ahí tenes que trabajar de forma interdisciplinaria y se hace derivación con psiquiatría, con la pediatra, con nutrición para que siga la parte clínica. Esto es algo que puede darse bastante frecuente, y desde nuestro lugar también hay que ir trabajando lo que le está pasando con la alimentación. Ahí no es solo un acompañamiento porque a medida que lo pueda trabajar terapéuticamente es mejor, pero siempre muy despacio.

Por otro lado, siempre se deja el espacio abierto para que puedan consultar siempre que lo necesitan. Esto es para todos los pacientes. Nos ha pasado con pacientes adultos que quizás consultan y después cuando empiezan a actuar las hormonas, lo primero que aparece si es un varón trans, aparte de la modificación corporal y de musculatura, es el cambio de la voz. Un paciente volvió porque se angustió mucho en el momento en el que su papá no le reconoció la voz por teléfono. Entonces tuvimos unas entrevistas nuevamente por eso. Una vez que esa angustia bajó se fue, después volvió por otro tema. Siempre se deja la puerta abierta para que puedan consultar cuando el paciente lo crea necesario.

E: Y con personas travesti trans adultas ¿cómo se abordan las consultas?

I: También se puede citar familia cuando aparece mucho rechazo pero puede ser que no vengan, por supuesto que todo esto está consignado con el paciente. Muchas veces es con la pareja, para los pacientes que tienen pareja. Justo me acordé de un caso con esto que me preguntabas si había derivación. Hubo un caso donde fue necesaria una derivación para que la pareja tenga su propio espacio, no dentro del equipo sino con una psicóloga en consultorio externo. Pudimos evaluar a través de las entrevistas que era necesario que ella trabaje lo propio y se derivó a la persona que acompañaba a nuestro paciente.

Y respecto de la accesibilidad, nosotros pusimos un día de acceso directo al equipo sin tener que atravesar el sistema de admisión del servicio. Los viernes siempre hay un turno libre para un paciente que por primera vez quiera consultar, es acceso directo al equipo. Eso lo hicimos para que no tengan que pasar por admisión general, que es primero con psiquiatra, psicólogo y después derivación con el equipo que corresponde. Esto lleva su tiempo, no es algo rápido, y nos pareció importante no hacerlos atravesar por esa entrevista de admisión que retrasa los tiempos y puede leerse como un sistema de exclusión. Justamente la población trans ha sufrido mucho tener una buena accesibilidad al sistema de salud, con lo cual este dispositivo que nosotros armamos fue pensando en esto y que tengan acceso directo. Entonces hacemos al revés y está consignado con la coordinación de consultorios externos y avalado por nuestro jefe de salud mental. Si viene un paciente que no trae algún tema que se pueda trabajar en relación a su incomodidad con el cuerpo o algo que tenga que ver con su transición, no sé, quizás se trate de un paciente con esquizofrenia, entonces nosotros derivamos a consultorio externo. Me parece que así es más fácil que la población trans tenga acceso directo y no tenga que pasar por tantas instancias que a veces se torna dificultoso.

E: El equipo que nombras ¿cómo está conformado?

I: Fundamentalmente psicólogos, yo coordino ese espacio, somos 4. Con respecto al equipo interdisciplinario, hay 2 endocrinólogos, uno para niños y otro de adultos. La pediatra que te comenté, ginecología, que tenemos una ginecóloga que trabaja específicamente con población trans y clínica médica. Clínica es interesante porque

tiene derivación directa a residentes de medicina familiar. Con ellos se trabaja muy bien, sería lo más parecido a lo que antes se decía médico de familia. De esta manera el acceso es más integral porque ven otros aspectos más generales del paciente en relación a la salud. Además son residentes jóvenes con mucha polenta, con buena apertura. Porque esto requiere de apertura mental de los profesionales tratantes, y en medicina familiar es fundamental. Y es muy importante para la población trans, que puedan acceder al sistema de salud de manera integral. En este caso, medicina familiar fue convocada por nosotros. Vos fijate cómo se fue armando todo porque endocrino nos convocó a nosotros, y nosotros como salud mental convocamos a medicina familiar para que se sume.

E: ¿Y todos los profesionales que forman parte tienen formación especializada en la temática?

I: Lo ideal sería que no. Lo ideal sería que todo profesional de la salud conozca la ley de identidad de género y que no hubiera una especialidad en esto. Lo ideal sería que tampoco haya psicólogos que se tengan que formar para atender población trans. Estamos en el intento. Por lo menos desde salud mental vamos a dar un curso abierto a todos los profesionales de la salud. La idea es que todo psicólogo pueda escuchar y atender, porque no es un paciente diferente y no tiene por qué serlo. Pero estamos también nosotros en esa transición porque no todo profesional está abierto a querer trabajar con esta población, a poder escuchar. Estamos caminando hacia eso pero por el momento si hay un equipo determinado que se dedica a eso, tanto de salud mental como endocrino. Y en medicina familiar cualquiera de los residentes están en condiciones y con la apertura para escuchar y trabajar con estos pacientes. Incluso en pediatría la idea es que todos los pediatras en un futuro también puedan atender y escuchar a esta población, estos son objetivos que nos estamos poniendo con la pediatra.

E: ¿Hay espacios de capacitación o para despejar dudas para estos casos en los que comentas que quizás no está la apertura para trabajar con población travesti trans?

I: Nosotros tenemos ateneos y reuniones con el equipo que te acabo de nombrar. Los hacemos a veces para conversar por qué se deriva un caso de ginecología, endocrino o pediatría, o si hay algún paciente que tiene que operarse para saber si

está en condiciones orgánicas y psíquicas de afrontar la operación. Hacemos un ateneo donde cada uno da su opinión y evaluación de la situación. Cuando hablamos de si está en condiciones de afrontar la operación de ninguna manera es una evaluación psiquiátrica sino en condición como de cualquier otra operación, el acompañamiento a cualquier paciente que tiene que operarse de cualquier patología es lo que ya veníamos haciendo desde antes con endocrinología. En estos casos no estaríamos hablando de patología, todo lo contrario, pero no significa que uno no tenga que prepararse para esa operación. Hay un cambio en el cuerpo que por más que sea esperado, produce cambios en la imagen corporal a los que hay que adaptarse. Si está en condiciones bueno y si no estaría en condiciones porque quizás falta procesar un poco más ese cambio de imagen, lo seguiremos trabajando hasta que esté en condiciones. La idea es trabajar en pos del deseo del paciente. Ahora si vos me preguntás ¿todo paciente necesita pasar por el psicólogo? No, también puede pasar que sea un paciente que está trabajando con endocrino y hacemos una entrevista y vemos que no es necesario que trabaje con nosotros. En ese momento al paciente se le dice “bueno si vos en algún momento sentís ansiedad, angustia o algo que veas que no puedas manejar se deja la puerta abierta para que vengas cuando lo consideres”, todo lo que tenga que ver con nuestro campo obviamente.

Muchas veces pasa que el que deriva lo hace por las dudas de que el paciente necesite acompañamiento y por ahí en ese momento no lo necesita.

E: En relación a esta demanda de otros profesionales, ¿reciben hoy consultas por parte de otros profesionales o algún otro agente dentro de la institución?

I: Si, todavía hay derivaciones de los equipos pero generalmente suele ser más un acompañamiento que necesita el profesional, sea del área que sea. Muchas veces derivan como “necesitaría que hagas una evaluación porque me gustaría saber...”, es más una demanda de duda del profesional que por necesidad del paciente. De todas maneras, siempre reconvertimos esa demanda. Si hay algo en el paciente que pueda necesitar el acompañamiento, o algo que puede convertirse en demanda lo hacemos. Pero muchas veces te dicen “el paciente está angustiado” o “necesito que evalúes si es pertinente hacer la hormonación ahora”, y ahí recordamos que no es

obligatorio que pase por salud mental, se hace la evaluación obviamente para ver si el paciente lo necesita pero todavía siguen estando esas derivaciones. Como también ahora, por suerte, la demanda espontánea supera a esa demanda médica. Es muy difícil que un profesional te diga que no sabe cómo pensar esto, o “yo no sé abordar esto”, sino que te derivan al paciente pero como el psicólogo sabe reconvertir esa demanda, que es una demanda profesional, uno va trabajando también con ese profesional a ver por qué derivó, más allá de devolverle que el paciente no está angustiado y está muy seguro de hacer la transición. Se le pregunta “¿qué duda tenías vos?” entonces ahí también empezas a trabajar con el profesional, quizás sin que el profesional sepa (ríe), estás trabajando con él despejando dudas. Por eso vuelvo a lo del curso que vamos a hacer que te conté antes, es justamente para que tengan todo los aspectos generales necesarios para la atención, una formación general para todo agente en salud, para despejar dudas, y esto también incluye a administrativos. El administrativo a veces no sabe cómo registrar este tipo de pacientes y la ley es muy clara en ese aspecto. La ley te dice que no necesita el cambio registral para ser asentado con el nombre que el paciente se percibe, y esto muchos administrativos no lo saben. Si el paciente se percibe Juan y el documento dice Laura, lo que corresponde que pongan es Juan, entre paréntesis L y luego el apellido. Esto es una de las cosas más importantes de nuestra ley. Cuando digo “él” me refiero a paciente, sea él, ella o elle. Por eso el curso apunta a la formación de profesionales y cualquier agente del sistema de salud. Cuando esté el curso te lo voy a mandar porque va a ser importante que la gente se pueda formar en esto.

Nuestra administrativa la tiene clara porque nosotros como equipo tenemos acceso directo con ella, pero hay lugares que tienen muchos administrativos. De hecho, nos pasa que hay pabellones con varios administrativos y no son los mismos cada día, y ahí es muy difícil. Si bien está la ley Micaela que plantea la necesidad de la formación de los profesionales en esto, se tendría que capacitar mucho más.

E: ¿Qué opinan las personas travesti trans que se atienden con el equipo sobre el sistema de salud en general?

I: Con respecto a eso hay una deuda pendiente del Estado. Hoy hay más lugares y más apertura pero nos pasa mucho que los pacientes vienen de muy lejos y te dicen que vienen porque no consiguen otros lugares que los atiendan. Si bien está la ley, todavía queda mucho por hacer para que el paciente acceda a un hospital, a un centro de salud y al sistema de salud, a la consulta en general. Nos encontramos con que a la mayoría le ha costado atenderse en otros lugares. Hoy igual, como en este mundo nos vamos conociendo todos, nosotros recomendamos otros lugares que vemos que le quede más cerca y tenga buen equipo, si viene de zona oeste le recomendamos por ejemplo el equipo de Morón que es muy bueno porque ya nos vamos conociendo. También hacemos asesoría en ese punto, y se le puede recomendar lugares que le queden a mitad de camino de donde viene, estamos comunicados con otros lugares permanentemente. Hay toda una guía armada por el ministerio de nación, un recuadro donde hay equipos. En ese sentido hacemos de orientadores. Pero sí pasa frecuentemente de que lleguen y no les atendieron en otros lugares. Ahora con la pandemia se incrementó más pero no solo con población trans sino con la población en general. El acceso al sistema de salud se hace más difícil porque está todo muy abocado al covid. En ese sentido la pandemia hizo un retroceso.

E: ¿Cómo afectó la pandemia a la atención que puede brindar el equipo?

I: Lo afectó en todo sentido. De hecho nosotros en este momento tenemos bajada la agenda, no podemos tener pacientes en agenda. Son los pacientes con turnos de antemano, y ya no se puede porque el sistema no te permite registrarlos ni asignar turnos. Esto está desde que empezó la emergencia sanitaria, que ya no pueden tampoco dar turnos consultorios externos. Pero como nosotros tenemos ese sistema de admisibilidad directo, nuestra secretaria ya sabe que los viernes tenemos ese turno disponible y evaluamos la urgencia o no urgencia. Si el paciente necesita atención lo atendemos igual y se registra y se atiende todo en ese mismo día porque no podemos darle turnos de antemano. Esto es lógico si lo pensamos desde el lugar de la pandemia porque el Gobierno de la Ciudad manda esa disposición a hospitales para que no haya circulación de pacientes por el contagio de covid, y que la atención sea para casos urgentes. Es lógico que si hay consultas que pueden

esperar, se espera. Lo que hemos hecho con pacientes que ya teníamos en tratamiento o en consulta, para que tenga la frecuencia de una vez por semana por ejemplo, se hizo remoto y hacemos las entrevistas a través de meet para los que aceptan, porque no todos quieren. De esta manera nos hemos aggiornato para continuar con la atención. Así cumplimos que no haya circulación en el hospital y los seguimos atendiendo. Si algún paciente estuviera también con psiquiatría, porque hay pacientes que quizás necesitan de psiquiatra por ataques de pánico o porque no pueden dormir bien, como la consulta de cualquier otro paciente que uno puede derivar a psiquiatría. El psiquiatra no cita como nosotros una vez por semana sino que es una vez al mes generalmente donde les hace la receta, y lo que hacemos es que ese día que viene si es un paciente que ya tenemos, coordinamos para vernos presencialmente y después lo seguimos de manera virtual, vamos compaginando la agenda porque le tenemos que ganar a la pandemia, no podemos dejar de atender a un paciente porque estamos en pandemia, tratamos de darle una vuelta de tuerca. E: ¿Hay algún aspecto de la atención que brinda el equipo que te gustaría modificar?

I: Mirá como todo el tiempo estamos modificando, más con esto que te mencionaba de la pandemia... No modificar pero si tenemos planificadas cosas. Antes de la pandemia pensábamos en realizar grupos de familiares para adultos. Una entrevista grupal para familiares una vez al mes porque me parece que está bueno que surgen temas generales que les pasan a todas las familias, entonces habría que implementar la instancia grupal para familiares, siempre en pos del beneficio del paciente. Y hablando de modificar, una de las cuestiones que nos parecen muy importantes es la accesibilidad para servicio social. Ellos están dispuestos a trabajar con nosotros pero por el momento sería de forma multidisciplinaria, quiere decir que si un paciente necesita una asesoría de servicio social, nosotros lo derivamos y ellos lo atienden. ¿Qué me gustaría modificar ahí? Que sea interdisciplinario porque por ejemplo hacemos muchas entrevistas con endocrino o con pediatría, por ahí la primera entrevista la hacemos de manera interdisciplinaria. Eso sí me gustaría modificar, estaría bueno que la entrevista sea en conjunto con servicio social, que se sumen a lo ateneos. Pero bueno eso depende de cómo está armado el equipo, una

cosa es lo que me gustaría y otra lo que se puede, no? Con medicina familiar también hemos hecho entrevistas en conjunto y ellos participan de los ateneos. Otra de las cosas, que sería incorporar en este caso, es el trabajo que se puede hacer con terapia ocupacional. Yo ahora voy a recibir en el equipo una concurrente de terapia ocupacional que va a estar trabajando con nosotros con población trans. Me parece que es muy importante, les ayuda a ordenarse. Más ahora con el tema de la pandemia que uno pierde la noción del tiempo y cómo usar ese tiempo. La población trans, más allá que ahora haya más apertura para el trabajo y cupo trans, viste que justo ayer estaban en eso, pero realmente es una población a la que le cuesta doblemente acceder al trabajo, más de lo que le cuesta a cualquier otra persona hoy. Entonces tanto trabajo social como terapia ocupacional tienen mucho para aportar y esa sería una modificación que me gustaría implementar y que de hecho con el equipo lo estamos haciendo. El martes que viene se incorpora la concurrente, me parece muy piola y productivo el trabajo que se puede hacer ahí.

E: Por último, ¿algo más que quieras comentarme?

I: Mira lo que yo sumaría, que viene en la línea de lo que te decía, es que todos tendríamos que estar en condiciones de atender a esta población. Lo único que se necesita es abrir la cabeza, abrir la escucha, despojarnos de prejuicios, deconstruirnos y también las formaciones que tenemos todas las profesiones son muy rígidas en algunos aspectos. Porque esta población hasta hace muy poquito fue patologizada, también la homosexualidad hace muy poco seguía figurando como patología en el DSM 4. Fueron cambiando los aspectos, las nominaciones en los manuales psiquiátricos, pero siguen estando, hoy bajo el nombre de disforia de género y en realidad lo que tenemos que hacer es despatologizar. No es una patología lo que estamos atendiendo, es un paciente más que sufre, que viene a contarnos lo que le pasa y simplemente desde ahí hay que escuchar, desde el sufrimiento de cualquier paciente.

E: Bueno muchas gracias por tu tiempo y por la entrevista, me resulta interesante lo del curso también así que estaremos en contacto.

I: Si, te voy a pasar el flyer cuando tengamos más información. Danila yo te agradezco a vos porque me encanta que se interesen en esta temática, te das

cuenta de la necesidad de que los profesionales estemos a la altura de esta demanda social. Hay una deuda pendiente con esto y por eso te felicito a vos por hacer la tesis con este tema. Ha sido un gusto conocerte.

E: Gracias por tus palabras, un gusto también. Que tengas una linda tarde.

I: Lo mismo para vos, nos vemos.