

Inédito.

Transcontemporaneidad en salud.

Napiarkovski, Federico.

Cita:

Napiarkovski, Federico (2014). *Transcontemporaneidad en salud*.
Inédito.

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

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pQZe/Ebk>



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>.

Transcontemporaneidad en salud

Por Federico Napiarkorvski.

“Y, por último, creo que el siglo XVIII introdujo, con las disciplinas y la normalización, un tipo de poder que no está ligado al desconocimiento sino que, al contrario, sólo puede funcionar gracias a la formación de un saber, que es para él tanto un efecto como una condición de su ejercicio.”

Michel Foucault.

La participación en los debates de la presente guía implica necesariamente la revisión de las prácticas actuales en salud, el esclarecimiento y la denuncia de aquello que sucede cotidianamente en el interior de los consultorios tanto psi como médicos; pero que es invisibilizado y minimizado, aún desconociendo, ignorando o simplemente contrariando las normativas vigentes.

Teniendo en cuenta los recorridos propuestos en esto que constituye una herramienta de emancipación y de lucha colectiva, es importante señalar la presencia histórica, política y social de las técnicas de normalización propias de la modernidad que han permitido la patologización de las subjetividades trans por parte de los discursos médico, psiquiátrico, psicológico y criminológico. Como sabemos, patologizar supone siempre construir poder, que se traduce en la opresión de la diferencia y en la invención de nuevos monstruos, pestes y/o subjetividades peligrosas a las que es necesario corregir y segregar, utilizando para ello los argumentos propios del discurso médico-psiquiátrico hegemónico.

Paralelamente, en los últimos años, se han producido a nivel legislativo numerosos avances normativos que han tenido que ver, principalmente con el reconocimiento de derechos que hasta entonces no eran legitimados como tales, pero que habían sido reclamados históricamente por los diferentes colectivos militantes.

Entre ellos, en diciembre del año 2010, el Congreso de la Nación sancionó la ley N° 26.657¹, más conocida como la Ley Nacional de Salud Mental, que sin duda constituye un hito fundamental a la hora de pensar a lxs usuarixs de los servicios de salud como sujetxs plenxs de derecho y para pensar el abordaje del sufrimiento psíquico desde una perspectiva integral e interdisciplinaria.

¹ Disponible en http://www.diputados.gov.ar/leyes/buscarNormasXNumLey.jsp?id_norma=50502

Dicha normativa define a la salud mental como: “*un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*”. Establece además que siempre se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas, y que *no podrá realizarse un diagnóstico sobre la base exclusiva de:*

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona;
- c) ***Elección o identidad sexual;***
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Es decir que, por un lado se reconoce a la salud mental como un proceso cuya preservación es directamente dependiente de la concreción de los derechos humanos y sociales de cada persona; y por el otro, entre otras tantas cuestiones que hacen al respeto por la subjetividad (siempre única y diferente), queda prohibida la patologización, de todas aquellas elecciones/orientaciones sexuales o identidades, sean cuales quieran ser.

Posteriormente, en mayo del año 2012 se sancionó la Ley de Identidad de Género², N° 26743, que reconoce el derecho a la identidad de género, entendiendo a la misma como la vivencia individual del género tal como cada persona la siente, pudiendo o no corresponder con el sexo asignado al nacer, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.

Reconoce también el derecho de cada persona a ser tratada de acuerdo con su identidad de género, realizando para ello los cambios registrales pertinentes sin requerimiento de autorizaciones y con la sola y expresa voluntad de la persona. Puntualmente, establece además en su artículo 11, el ***derecho al libre desarrollo personal;*** incluyendo como tal el ***goce de una salud integral basada en la autonomía personal para decidir cómo cada persona construye su corporalidad genérica.*** Para ello, todas las prestaciones de

² Disponible en <http://www.diputados.gov.ar/leyes/ley.jsp?num=26743>

salud contempladas deben estar incluidas dentro del Plan Médico Obligatorio y todos los efectores de salud deberán garantizar los derechos reconocidos por esta ley.

Sostenemos entonces que a pesar de que aún existan exponentes de la matriz higienista y positivista que promueven y defienden la heteronormatividad; estos avances indican la presencia de un inminente cambio de paradigma en materia de salud, que se caracteriza principalmente por el pasaje de una mirada patologizadora hacia un enfoque que reconoce la importancia de la concreción de los derechos humanos.

Siqueira Peres (2013:155) rescata la noción de Transcontemporaneidad de Rosi Braidotti como concepto central para pensar en lo contemporáneo, como:

“aquello demarcado por la crisis de los paradigmas y la emergencia de nuevos actores y actoras que reivindican derechos civiles, económicos, sexuales, culturales, políticos y de género, para cuyo análisis las referencias y los significados conceptuales disponibles han demostrado ser caducos y arbitrarios; con eso, las palabras que más se muestran pertinentes nos remiten a perspectivas transitivas, discontinuadas e inestables de la vida.”

A partir de esta crisis de paradigmas que se suceden en la actualidad, es que podemos afirmar que lo contemporáneo nos plantea el imperativo desafío de dejar de pensar en “pacientes” como objetos de estudio desde una mirada normalizadora y opresiva; para poder dar paso a buenas prácticas en salud que cuenten con profesionales capaces de concebir al otro como sujetos de derechos.

Sin embargo, todavía constituye una preocupación constante el hecho de que gran parte del saber académico se aleje de la vida de las personas, pasando a nuevos profesionales en forma de prejuicios, siendo partícipe del control social y utilizando a la psicología como una disciplina represiva en lugar de concebirla como una herramienta emancipatoria y liberadora.

Buenas prácticas en salud para todxs:

“El paciente, antes que un objeto a cambiar es una persona a aceptar”.

Ronald Laing.

Desde la psicología y desde la salud mental, poder pensar en este cambio de paradigma en materia de salud integral, nos invita a reflexionar sobre los caminos posibles para emprender el verdadero desafío que implica el pasaje del discurso hegemónico de la diferencia sexual a uno que parta del respeto por la diversidad sexual.

Freud (1905) sostuvo hace ya más de cien años que en lo que respecta a las conductas sexuales de los seres humanos, existe una diversidad de desenlaces; que la bisexualidad es constitutiva de todx sujetx y que es la cultura quien finalmente orienta y modela las prácticas y deseos. Posteriormente, en 1915 la definición de pulsión como concepto que marca el distanciamiento de la sexualidad de su mera función biológica, resultó clave para que el autor haya sido uno de los primeros en problematizar la heterosexualidad y en *cuestionar el hecho de que la homosexualidad sea considerada una enfermedad*, declarándose abiertamente en contra de la penalización y la criminalización. Así y todo, luego de su fallecimiento se vio florecer a un psicoanálisis que promovía la idea de una sexualidad normal y consideraba patológico y/o perverso a todas aquellas prácticas que quedaban por fuera de lo heteronormativo al servicio de la reproducción. Posteriormente, Lacan realizó a lo largo de su obra un gran esfuerzo para restituir los aspectos más subversivos de la obra de Freud:

- ❖ *La resistencia del inconsciente a cualquier intento de normalización.*
- ❖ *La pulsión de muerte como componente clave de la subjetividad.*
- ❖ *La crítica a cualquier intento de universalizar valores morales o educativos.*

Entre los autores contemporáneos a Freud, es valorable la conceptualización de Winnicott (1965), quien sostenía que en una consulta psicológica, el peligro es que el paciente sienta que es certera su creencia de que nadie lo comprende, y que el principio fundamental que hace al encuentro terapéutico es brindar un encuadre humano. Además, afirmaba la importancia que tiene la consulta o primera entrevista en la dinámica de un tratamiento, afirmando que:

“el paciente trae a la situación una cierta creencia, o la capacidad para creer, en una persona que **lo ayude y comprenda**. También trae cierta desconfianza. El terapeuta

aprovecha todo eso que trae el paciente y actúa hasta el límite de las posibilidades que ofrece.”

En este contexto, y desde una perspectiva médica es imprescindible destacar los aportes realizados por Escardó (1972), quien consideraba que un paciente, no es sólo aquel que padece, sino también quien sufre o se siente enfermo, ya sea en su área física, emocional o social. Y que la organización hospitalaria, creada a partir del saber médico como un discurso organizado y sin fracturas; toma, conduce y maneja a los pacientes como entes pasivos que no tienen siquiera el derecho de protestar por el régimen de vida de relación a que son sometidos. El autor, reivindicaba y transmitía su convicción profesional de que el hecho médico es una relación que debe darse *de persona a persona*, por medio de una ***vinculación entre iguales***.

Del mismo modo, Fiorini (2001) afirma que una de las características esenciales que debe tener una buena psicoterapia para lograr considerarla “exitosa”; es que el terapeuta logre mantener una actitud neutral manteniendo siempre la *atención, el respeto y la capacidad de escucha hacia su paciente; promoviendo un marco de no invasión y de no manipulación*.

Desde una postura mucho más crítica, Javier Sáez (2004) señala que el psicoanálisis aún no ha recogido todos los aportes de la teoría queer, sobretodo no ha recogido la crítica al orden heterocentrado, y los usos alternativos del cuerpo y los placeres. El encuentro entre estos dos campos de saber, constituye un verdadero desafío para poder aprovechar el potencial subversivo de las sexualidades disidentes y cuestionar así el orden social y político vigente, en defensa de la libertad en el uso de los cuerpos y los géneros, desafiando al sistema que separa una sexualidad “normal” de una desviada. Tajer (2013:142) afirma que *“en la actualidad las herramientas clínicas y teóricas con las cuales contamos están en su mayoría construidas para aliviar el padecimiento humano, pero desde una perspectiva heteronormativa con una naturalización del sexo y una esencialización del género.”*

Por su parte, Siqueira Peres (2013:40) sostiene que *“en defensa de una psicología orientada por la política queer, necesitamos rever y reformular posiciones teóricas y prácticas en el compromiso político con la transformación social, la defensa de los derechos y la promoción de ciudadanía.”*

Estos aportes resultan de vital importancia a la hora de poder pensar los otros modos de subjetivación que se concretan por medio del derecho fundamental a la singularidad. Pensar lo transcontemporáneo en salud, nos invita a considerar todas las conexiones posibles entre la psicología y la insurgencia queer; que funcionen como motor y disparador de procesos psicosociales de emancipación.

Creemos que es necesario y urgente encarar este desafío como resistencia a las posiciones normativas; facilitando la emergencia de nuevxs sujetxs emancipados, destacando su posición como sujetxs de derechos, criticando, exponiendo y denunciando las condiciones institucionales heterosexistas y patriarcales, con profesionales que parecen estar más preocupados por clasificar y diagnosticar a las personas de un modo reduccionista limitado a los manuales; antes que por el sufrimiento psíquico que causan las situaciones de discriminación, exclusión y violencia a la que son expuestas las personas en su cotidianeidad.

Reflexiones finales:

Para finalizar, es importante destacar que una de nuestras batallas culturales, sociales y políticas más importantes, está dada por la imperiosa necesidad de repensar el concepto de salud, desde una perspectiva integral e interdisciplinaria que permita a lxs usuarixs obtener mayores beneficios psicológicos y sociales. También quedan planteadas las necesidades de capacitación en los sistemas de salud para concientizar y sensibilizar, logrando evitar la discriminación; y la necesidad de realizar la apertura de investigaciones en salud que aporten estrategias para el diseño y mejora de las políticas públicas para las personas trans.

Creemos que se torna necesario intervenir en los discursos médico y psicológico, cuestionarlos e interrogarlos acerca de los términos ante los cuales las personas trans son interpretadas y tratadas. Para eso es preciso poder fortalecer nuestro conocimiento como estrategia de empoderamiento; contribuyendo en un diálogo permanente con los efectores de salud y con la sociedad, que permita una formación del rol profesional, capaz de recrear y sostener una postura de crítica permanente sobre los parámetros en los que se construyen la feminidad y la masculinidad en nuestra cultura.

Diagnosticar implica siempre la conversión de un sujeto en objeto de patologización, a la cual nos oponemos rotundamente; dado que el derecho a la identidad debe ser entendido como un derecho personalísimo, como el derecho a ser unxmismx y no otrx.

Como todxs sabemos, aún hoy el sistema de salud emana homo-lesbo- transfobia, muchas veces con profesionales carentes de empatía y de información sobre la diversidad, expresado en prácticas discriminatorias, violencia institucional y protocolos sexistas. Consideramos que el desafío permanente en este cambio de paradigma, es la construcción de buenas prácticas en el sistema de salud, con profesionales dispuestos a cumplir un efectivo rol empático y de acompañamiento; desprovisto de jerarquías y de relaciones desiguales de poder. Las buenas prácticas también deben caracterizarse por la adecuación de los protocolos de atención y por un cambio de posición profesional que permita escuchar el deseo de lxs sujetxs, sin imponer expectativas o normas morales individuales, ni suponer a priori la necesidad de una intervención hormonal y/o quirúrgica.

Sostenemos la necesidad de que existan profesionales de la salud que puedan pensar las identidades libremente, saliendo de las lógicas binarias, entendiendo que en el campo de la subjetividad no existen los universales, que las identidades no son fijas ni estáticas,

pero fundamentalmente que entiendan que poder pensar la diferencia por fuera de las dicotomías establecidas por un sistema segregacionista y opresor, constituye un compromiso ético con la subjetividad.

Bibliografía de referencia:

- Baldiz, M.** (2010). El psicoanálisis contemporáneo frente a las transexualidades. En Coll-Planas, G. y Missé, M. (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp.141-155). Madrid: Ed. Egales.
- Berkins, L. y Fernández, J. (Coords.)** (2005). *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Braidotti, R.** (2006). *Transposiciones: sobre la ética nómada*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Butler, J.** (1990). *El género en disputa*. Ciudad de México: Ed. Paidós.
- (2000). Imitación e insubordinación de género. En *Grafías de Eros: Historia, género e identidades sexuales* (pp.87-113). Buenos Aires: Edelp.
- (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Coll-Planas, G. y Missé, M. (Eds.)** (2010). *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Ed. Egales.
- Di Segni, S.** (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Elizalde, S.** (2011). La identidad imperiosamente: pánico sexual y estrategias de vigilancia institucional hacia jóvenes mujeres y trans. En *Jóvenes en cuestión: configuraciones de género y sexualidad en la cultura*. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- Escardó, F.** (2004). *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Fundasap Editora. 1972.
- Fernández, A.M.** (1993). *La Mujer de la Ilusión*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fernández, A.M.** (2013). *El orden sexual moderno: ¿la diferencia desquiciada?* En Fernández, A.M. y Siqueira Peres, W. (Eds.), *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. (pp. 17 – 26). Buenos Aires: Ed. Biblos.

- Fernández, J.** (2004). *Cuerpos Desobedientes: travestismo e identidad de género*. Buenos Aires: Ed. Edhasa.
- Fiorini, H.** (1973). *La primera entrevista en psicoterapia*. En *Teoría y técnica en Psicoterapias*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión. 1987.
- (2001). *¿Qué hace a una buena psicoterapia psicoanalítica?, Psicoanálisis, focos y aperturas*. Montevideo: Ed. Psicolibros.
- Foucault, M.** (1976). *Historia de la sexualidad. Volumen I*. Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno.
- (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Ed. Siglo XXI.
- Freud, S.** (1905). Tres ensayos de teoría sexual. *Obras completas. Volumen VII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1998.
- (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. *Obras completas. Volumen XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1998.
- (1929). El malestar en la cultura. *Obras completas. Volumen XXI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1998.
- Glocer Fiorini, L.** (2010). *Sexualidades nómades y transgénero: un desafío a la polaridad masculino/femenino en Diversidad Sexual*. Buenos Aires: APA Editorial.
- Hernando, A.** (2012). *La fantasía de la individualidad: sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Lacan, J.** (1966). *Psicoanálisis y medicina*. En *Intervenciones y textos I*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Maffía, D. (Comp.)** (2003). *Sexualidades Migrantes: género y transgénero*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.
- Sáez, J.** (2004). *Teoría Queer y psicoanálisis*. Madrid: Ed. Síntesis.

Siqueira Peres, W. (2013). La psicología, lo queer y la vida. En Fernández, A.M. y Siqueira Peres, W. (Eds.), *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. (pp. 155 – 167). Buenos Aires: Ed. Biblos.

Siqueira Peres, W. (2013). Políticas queer y subjetividades. En Fernández, A.M. y Siqueira Peres, W. (Eds.), *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. (pp. 27 – 40). Buenos Aires: Ed. Biblos.

Tajer, D. (2008). *Sexo, identidad de género y sexuación. Desafíos para la clínica en la actualidad*. Buenos Aires: Conferencia en Colegio de Psicoanalistas.

Tajer, D. (2013). Diversidad y clínica psicoanalítica: apuntes para un debate. En Fernández, A.M. y Siqueira Peres, W. (Eds.), *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. (pp. 123 – 142). Buenos Aires: Ed. Biblos.

Winnicott, D. (1965). *El valor de la consulta terapéutica*. En *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1991.