

margen N° 81 - julio 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

Por Mariana Bermejo

Mariana Bermejo. Lic. en Trabajo Social. Hospital de Salud Mental y Adicciones Ce.Na.Re.So. Argentina

Reflexiones a la luz de las leyes de salud mental y de identidad de género

En nuestro país, desde el año 2012, la ley 26.743 reconoce el derecho a la identidad de género, definiéndola como *“la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo”*. Agrega además que en este proceso la persona puede acceder a distintas modificaciones en su apariencia y funciones corporales, entre otros dispositivos, tendientes a alcanzar la imagen que mejor se corresponda con su género autopercebido.

Por su parte, la ley de Salud Mental, sancionada en el año 2010, establece que en ningún caso se admitirá la configuración de diagnósticos en ese campo a partir exclusivamente de la “elección o identidad sexual”. (Ley 26.657 artículo 3, inciso c)

Estas leyes instalan en agenda pública un paradigma despatologizador y establecen parámetros que deberían facilitarnos el trabajo con nuestros pacientes trans y travestis. Sin embargo los manuales e instrumentos utilizados para el diagnóstico psiquiátrico (tales como el DSM y el CIE) *-I-*, desconocen o niegan tal paradigma y continúan consignando a la elección contrahegemónica de género y de identidad sexual como un trastorno o, en el mejor de los casos, como una disforia.

Y es que ante lo evidente de sus formas y sus presentaciones subversivas que desafían la heteronorma y el sistema binario de género, lxs pacientes con identidad trans y travesti, nos interpelan a los equipos de salud y nos enfrentan con nuestros propios fantasmas, miedos y prejuicios.

Ernesto Meccia, en una entrevista brindada a la luz de la sanción de la ley de género, planteaba el efecto disruptivo de lo que él llamaba la “experiencia trans”: *“(la presencia de la persona trans) lo coloca (al “distráido urbano”) en un estado de atención y tensión cognitiva porque los casilleros categoriales ya no le sirven y debe procesar la incertidumbre. Así opera el pensamiento heteronormativo, genitalista y heterosexista. -2-”*

Porque no se trata sólo de los instrumentos de evaluación diagnóstica y los manuales psiquiátricos, son nuestras maneras de pensar y de nombrar las que quedaron obsoletas: no

contamos con categorías previas para pensar a estos “sujetos inesperados”. Intentamos nombrarlos pero terminamos patologizando, desconociendo el camino recorrido por esta población que incluyen prácticas de transformación física invasivas y muchas veces riesgosas con el objeto de construir una imagen corporal deseada. Y no es posible comprender este recorrido sin contextualizarlo en la relación de este colectivo con el sistema de salud, caracterizada por la hostilidad y construida bajo la lógica de la sospecha, al decir de María Epele **-3-**.

De reciente edición, la guía de atención de la salud integral de personas trans del Ministerio de Salud de la Nación, detalla muy claramente la historia de la población trans y travesti y su relación con el sistema de salud, y cómo los avances alcanzados en cuanto a abordaje de sus particularidades fueron quedando reservados a ámbitos específicos y fragmentarios del sistema (servicios de Infectología y de atención de pacientes con VIH, e.g.) **-4-**.

Difícil de romper la mirada patologizadora. Ante estas presentaciones nos impide ver más allá de aquellas marcas en la piel y el cuerpo (i.e., siliconas de dudoso origen, utilización de aceite de avión con fines estéticos) que dan cuenta en realidad de un histórico proceso de desafiliación y de expulsión **-5-**, signo de las múltiples barreras de acceso al sistema de salud, y suelen ser leídos como indicadores de una cierta negligencia sobre la propia salud o de una patología mental. Al respecto, la guía de atención a personas trans afirma que *“es necesario tener en cuenta las diversas experiencias y prácticas que muchas personas trans han desarrollado en relación con la construcción corporal, frente a su histórica expulsión del sistema sanitario”*. Y agrega que:

La despatologización supone reconocer a las identidades trans como parte de la diversidad humana, dejando de lado las categorías que las definen como una enfermedad o un problema. [...] Se requiere poner en juego la capacidad de problematizar cómo se realizan las tareas, aportar una mirada diferente e instalar la posibilidad de cambiar el modo de hacer en la práctica. (Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud.” Junio 2015)

Ante esta última afirmación, advierto necesario señalar que se trata también de cambiar el modo de pensar nuestras prácticas. **-6-**

Una compañera psicóloga susurró en medio de una discusión de un caso clínico... *“es la clínica de la época”*... Sí que lo es. Y nos interpela: nos convoca a cada unx de nosotrxs, agentes de salud, y nos obliga a movernos en una u otra posición, a tomar una acción determinada, no podemos hacernos lxs distraídxs. Y, en el mejor de los casos, nos transforma. Nos obliga a encontrarnos con nuestros miedos y prejuicios, y nos enfrenta con ellos a la vez que con nuestros reductos personales de “no saber disciplinar”. En este sentido digo que, a los miedos y prejuicios y fantasmas se suma como obstáculo para trabajar desde una mirada despatologizadora, la dificultad para entender la interdisciplina desde la construcción diagnóstica.

El desafío de la interdisciplina

El trabajo en equipos interdisciplinarios debería constituir una llave, un camino, una posibilidad para desarmar nuestras estructuras heteronormativas y patologizadoras y poder ir cuestionando y reorientando las propuestas terapéuticas. Pero para ello, la interdisciplina debería estar presente desde el ingreso mismo de la persona como paciente del hospital. Esto implica la necesidad de que el diagnóstico presuntivo sea construido interdisciplinariamente. La reglamentación de la ley de Salud Mental se mete en este asunto y dice que:

El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. (Decreto N° 603/2013, reglamentario de la Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013. El subrayado corresponde a la autora.)

Así, la clave para construir diagnósticos y planes de trabajo que sean respetuosos de la elección de género de las personas trans y travesti, sin caer en prácticas desubjetivantes, fragmentarias y patologizadoras, está en poder trabajar en forma interdisciplinaria desde el momento en que la persona ingresa al hospital. Nosotrxs, en el Hospital Nacional en Red, efectivamente trabajamos en equipos conformados por profesionales de distintas disciplinas, pero las más de las veces el Trabajo Social es convocado, no para pensar el diagnóstico presuntivo, sino sólo para el armado redes y gestión de recursos. Y si bien esta es una tarea compleja y necesaria, pocas veces se vislumbra el potencial que tiene esta disciplina (y otras disciplinas no *psi* también integrantes de los equipos) para aportar a la construcción diagnóstica de cada paciente.

Por último, además de enmarcar el trabajo en un paradigma despatologizante, considero fundamental poder enfocar nuestras miradas desde una perspectiva de género, en el sentido político de este concepto, como lo entiende M. Gabriela Pombo:

“El género -en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder- opera como un determinante de la salud. [...] lo hace en articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad” (María Gabriela Pombo, 2012, Revista Margen).

Así, hablar de un abordaje desde una perspectiva de género necesariamente implica hablar de relaciones de poder, para lo cual es imprescindible tener en consideración la complejidad y multiplicidad de factores que intervienen en las trayectorias de vida de las personas que, *“además de su identidad de género, bien pueden ser desocupados, inmigrantes, sobrevivir en situación de calle, ser víctimas de violencia física y de abandono crónico, sufrir un padecimiento físico o emocional, etc....”* -7-

Para cerrar, encuentro pertinentes las palabras de la guía de atención de personas trans:

En el campo de la salud, la ley [26.743] garantiza el pleno acceso de todas las personas a la atención integral, desde una perspectiva de derechos, lo que obliga a la eliminación de cualquier tipo de enfoque patologizador.

Estos logros alcanzados en materia de derechos, a partir del trabajo de distintas organizaciones sociales, presentan nuevos desafíos para los equipos de salud. Por un lado, el surgimiento de demandas de atención sobre temáticas o situaciones hasta el momento invisibilizadas. Por otro, la presencia de personas usuarias que asumen una nueva posición, al ser reconocidas y reconocerse como sujetxs de derecho. (Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Junio 2015. Pag. 46)

Por último, una nota a título personal. Yo crecí y me formé en contextos históricos y políticos post dictadura y neoliberales, con un Estado que pivoteaba consecuentemente entre de la práctica terrorista y represiva, y el corrimiento de su rol como garante de derechos.

Pero tuve la oportunidad en los últimos tiempos de especializarme y ejercer mi práctica en Salud Mental en el marco de un escenario en el que felizmente convergían cuatro factores, a saber:

- 1) un Estado garante de derechos,
- 2) que hacía una apuesta fuerte a un paradigma desmanicomializador y despatologizante,
- 3) instando al trabajo en salud mental en forma interdisciplinaria, y
- 4) desde una perspectiva de género.

El presente trabajo fue pensado y escrito en ese contexto. Es insoslayable mencionar que la gestión estatal ha cambiado en diciembre pasado, y con ella la manera de entender y de hacer la política pública. Es fundamental que lxs profesionales y agentes de la salud sigamos sintiéndonos interpeladxs para continuar trabajando en en pos de una atención respetuosa y garante de los derechos de nustrxs pacientes.

Notas

-1- DSM: “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, Asoc. Americana de Psiquiatría. CIE: “Clasificación Internacional de Enfermedades”, OMS.

-2- Ernesto Meccia relacionaba este planteo con un estudio de Erving Goffman sobre las interacciones cotidianas sociales entre desconocidos en la calle. Estas interacciones, decía Meccia que decía Goffman, se caracterizan por una actitud de indiferencia fingida que le permite al “caminante urbano” transitar la ciudad sin alarmarse por los excluidos que van quedando a un costado del camino. Esta actitud *“es imposible de sostenerse ante la presencia de una persona trans [...] La experiencia trans, simbólicamente, desde el punto de vista de la interacción social, es muy disruptiva porque es plena ruptura, irrupción. [...] El sociólogo norteamericano Erving Goffman, en su libro Relaciones en público, un estudio sobre la micro interacción social en la calle [...] Hablaba de la actitud del “distráido cortés” [...] Uno puede ver a una persona que se muere de hambre, que lo molieron a palos, que pasó la noche en la ciudad de Macri, lo registra y la mirada no se detiene. Pero si el ciudadano pasa al lado de una trans, sobre todo si es despampanante, te aseguro que se le corta la distracción urbana. Lo coloca en un estado de atención y tensión cognitiva porque los casilleros categoriales ya no le sirven y debe procesar la incertidumbre. Así opera el pensamiento heteronormativo, genitalista y heterosexista. [...] Y la cuestión trans, como en su momento fue la cuestión gay, no es un asunto de estilo de vida, que en tanto tal no exige ser regulado más allá de la intimidación. Justamente, surge ahora una serie de deberes que tienen que ver con el sistema médico y que la política pública deberá completar a partir de los debates que se vayan dando en los mismo colectivos.”*

En “Ley de Identidad de Género: nuevos deberes.” Entrevista a Lohana Berkins (activista trans, Asoc. de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual, impulsora de la ley 3062 de CABA, Asesora Legislativa) y Ernesto Meccia (Sociólogo, Magister en investigación en Cs. Sociales y Doctorando en Cs Soc.). Revista de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA, N° 81, Ago. 2012

-3- María Epele, Antropóloga, define la “lógica de la sospecha” como el “conjunto de prácticas simbólicas” que operan como una barrera entre los usuarios/as de drogas y las instituciones de salud.” (La lógica de la sospecha. 2007)

-4- “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud.” Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Junio 2015

-5- Utilizo la palabra “expulsión” en vez de “exclusión”, considerando las operaciones sociales que hicieron posibles tal expulsión, caracterizadas por Duschatzky y Corea en “Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones.”

-6- Algo parecido ocurre con las historias de vida que incluyen a la prostitución como elemento común a muchas de las personas travestis. Especialmente en lo que respecta a nuestros pacientes con consumo problemático. “(...) *Ellas construyen su femineidad sin ningún tipo de sostén; se trata de una construcción que carece de apoyo y acompañamiento social. Es claro que la sociedad no valida la elección de las travestis por un género femenino habitando un cuerpo masculino; el único lugar de validación de esto es el asociado a la prostitución.*” (Fernández, Josefina, “Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género”, 2004)

-7- Mariana Bermejo, “Hay un travesti en mi sopa. Respuestas institucionales: ante lo imposible, lo posible. El lugar de la invención.” Ponencia presentada en Inter Risam 2014, Salta]

Bibliografía

Leyes y publicaciones oficiales:

“Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud.” Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Junio 2015.

Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010. Y su Decreto Reglamentario N° 603/2013

Ley N° 26.743, Derecho a la identidad de género, Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, Mayo 23 de 2012

Artículos:

Pombo, M. G. “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género.” Revista Margen 66, Sept 2012

Duschatzky, S. y Corea, C. “Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Cap 1 Escenarios de expulsión social y subjetividad”.

Epele, M. “La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud”. Cuadernos de Antropología Social N° 25, pp. 151–168, 2007

Fernández, J. “Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género”, 2004.

Entrevista a Lohana Berkins y Ernesto Meccia. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA, N° 81, Ago. 2012

Ponencias:

Barbieri, A O, Camera, O, Obiols, J, Píccoli, J y Rodriguez, G (2014). “Articulaciones entre la ley de salud mental y la ley de identidad de género: posibilidades para contrarrestar las tendencias objetivantes de las clasificaciones psicopatológicas.” VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación, X Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos

Aires.

Bermejo, M. “Hay un travesti en mi sopa. Respuestas institucionales: ante lo imposible, lo posible. El lugar de la invención.” Ponencia presentada en Inter Risam 2014, Salta.