



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

Transcondicionados



Trabajo Final de Grado

Sergio Adrián Lemos Olivera.

Tutora: Asist. Cecilia Baroni

Montevideo, Uruguay.

2 de Mayo, 2015.

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Práctica Psicológica y LGBT	5
Transmontevideanizandonos.....	5
Desafiando estereotipos.....	10
Relato de una práctica	14
Caso Andrea.....	14
Hacia la intervención.....	16
Análisis de la experiencia	21
Encuadrando en clave LGBT.....	21
¿Movable circunstancialmente?.....	21
Sobre Andrea.....	23
Consideraciones Finales	28
Referencias Bibliográficas	30

Resumen

El presente trabajo intenta dar visibilidad a las problemáticas que vive la comunidad Trans (Transexuales, Transgénero) en el Uruguay, cuando le toca hacer uso del derecho a una atención sanitaria integral y humanizada .

Tomando como punto de partida la experiencia pre-profesional en el marco del Programa de Practicantado y Residentado (Convenio Facultad de Psicología – ASSE), se analiza el seguimiento a una paciente Transexual internada en el Hospital Vilardebó. Mediante dicho proceso psicológico con la paciente se vislumbran distintas carencias en la formación de los profesionales de la salud a la hora de brindar atención a dicho colectivo, no lográndose cumplir del todo con la propuesta del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Si bien la temática LGBT(lesbianas, gays, bisexuales, trans) a través de distintos colectivos se ha ido abriendo camino en las últimas décadas en nuestro país, sigue siendo poco trabajada aún en el ámbito académico, y no se le da la relevancia que se necesita en la formación de Licenciados en Psicología, ni en la de los otros profesionales y técnicos de la salud.

Por tal motivo, este trabajo apuesta a una posible revisión de los planes de estudio, reflexionando en los conceptos de sexo y género culturalmente aceptados, los cuales han sido producidos y legitimados bajo una lógica heteronormativa que rige las sociedades occidentales desde tiempos inmemoriales.

Palabras claves: Comunidad LGBT, heteronormatividad, desafío trans.

Introducción

El trabajo a continuación surge a partir de la experiencia como Practicante de Psicología en el marco del Programa de Practicantado y Residentado (Convenio Facultad de Psicología – ASSE) dentro del Hospital Psiquiátrico Vilardebó en el cual, estuve realizando mi práctica durante doce meses. A partir de dicha experiencia se generarán insumos para la comprensión hacia una problemática poco trabajada en nuestro país, tanto a nivel profesional como científico, como lo es la transexualidad.

Creemos que es necesario contribuir a dicha temática dado que notamos una distancia entre las producciones conceptuales, como ser las distinciones entre lesbianas, gays, trans (transexuales, transgénero, travestis) y bisexuales (de aquí en más: Comunidad LGBT), y las nociones que se manejan a nivel sociocultural que dan cuenta aún de una reducción y banalización de esta problemática y la reproducción de estigmas sobre estas personas.

Si bien sabemos que cada vez más estos temas están siendo de interés en los contextos formativos y académicos llama poderosamente la atención cómo este tópico sigue siendo desconocido y casi anecdótico en la formación de profesionales de la Psicología. Es así que el presente trabajo no solamente indagará y relevará los antecedentes sobre la temática sino que intentará dar cuenta, con el objetivo de aportar a un nuevo perfil del psicólogo, la necesaria articulación y actualización de contenidos básicos como son la sexualidad y la identidad. Consideramos que, dada la implementación del un nuevo plan de estudio que desde 2013 entró en vigencia en la Facultad de Psicología, todos los aportes que se puedan realizar para generar una mirada compleja e integral sobre la temática, fortalecerá las demandas que la producción de políticas sociales sobre esta población van generando en las distintas disciplinas ejecutoras de las mismas.

Profundizaremos así, a través del abordaje clínico de una experiencia en concreto de una mujer trans internada en una de las salas de mujeres del Hospital Vilardebó, todo lo que puede atravesar una persona dada su condición sexual.

Además de dar cuenta de la complejidad que implica realizar, desde la psicología, un seguimiento de esta naturaleza, nos interesa mostrar los obstáculos que encontramos a la hora de trabajar con otros profesionales, así como a nivel del propio sistema de salud que establece mecanismos de atención sin prever los prejuicios que pueden estar jugando a la hora de hacerlos efectivos.

En esta mujer, se entrecruzan problemáticas de difícil solución, como ser un padecimiento psíquico que la atormenta desde el inicio de su adultez, tener serios problemas de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, el deterioro de sus vínculos familiares, la no inclusión laboral, entre otros.

Durante la práctica fuimos constatando que estas dificultades no siempre son las que impiden que se le pueda brindar el apoyo necesario desde el sistema de salud o desde las políticas sociales para mejorar su condición de vida, lo que más influyó fue el hecho de que se trata de una mujer transexual, con toda la incertidumbre que esta condición genera en los equipos técnicos de las distintas salas, así como también en recepcionistas, guardias, y funcionarios en general. Se cruzan aquí el ser trans y el ser pobre, con las limitaciones que genera esta última para cumplir con el cuidado de la imagen y el derecho a acceder a los cuidados mínimos que implican ser mujer dentro nuestros patrones socioculturales: maquillaje, depilación, etc. Ya sea por prejuicios personales hacia estas personas o los generados por la falta de formación profesional sobre dicha temática es que consideramos necesario dar cuenta de la misma.

Práctica psicológica y LGBT

Con el interés de realizar un aporte sobre la temática en lo que es la formación de Licenciados en Psicología en la UDELAR, es importante comprender un poco más a fondo las realidades de la comunidad LGBT tanto en el Uruguay como en el resto del mundo.

Haciendo una breve historización, nos encontramos con que la denominación de las siglas LGBT empieza a popularizarse en la década de los 90 como forma de autodenominación que emplean todos aquellos que no se sienten identificados con el patrón heteronormativo de género que planteaba la sociedad occidental de aquel entonces y que hasta el día de hoy sigue muy vigente. También se empieza a usar dicha denominación dejando atrás la antes usada “Comunidad Gay” en la cual algunos sectores no se sentían identificados como ser los transexuales, transgénero, travestis, intersexuales, queer, y otras minorías muy pequeñas que no se veían representados por ninguno de estos movimientos. De todas formas, al día de hoy siguen habiendo comunidades que siguen sin estar del todo conformes con la actual sigla LGBT. Un ejemplo de ello son los Intersexuales los cuales preferirían que se denominara LGBTI para sentirse realmente incluidos. También hay quienes sostienen que gays, lesbianas y bisexuales deberían estar identificados separadamente de trans e intersexuales debido a que su lucha es diferente a la de estos últimos. Esto se argumenta por el hecho de que la lucha trans se centra más en el reconocimiento de su identidad de género, o en el sentirse hombre o mujer, y no tanto en su orientación sexual, como si pasa con gays, lesbiana y bisexuales quienes pelean por reivindicar su deseo sexual como válido u aceptado socialmente y no tanto por su identidad de género.

Transmontevideanizándonos

El Licenciado en Psicología y docente Paribanú Freitas, activista en pos de los derechos de la comunidad LGBT en el Uruguay, ha sido el precursor en la producción de conocimientos sobre la temática dentro de la Facultad de Psicología realizando investigaciones que apuntan a contextualizar el campo LGBT en el territorio oriental vislumbrando las vicisitudes y matices que el mismo adopta en nuestra cultura, y que lo convierten en un nodo de problemáticas sociales a las que hay que apuntar en toda su complejidad. También es integrante del Centro de Referencia Amigable (CRAM)¹ creado en Setiembre del 2014 en convenio Facultad de Psicología – MIDES, que tiene como finalidad brindar atención psicológica a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans (transe-

1 Mas información en:
<http://www.psico.edu.uy/novedades/estudiantes-de-grado/centro-de-referencia-amigable-cram>

xuales, travestis, transgénero) e intersexuales (LGBT), y está orientado a dar respuesta a distintas problemáticas que surjan en relación a la diversidad sexual y de género².

Antes de seguir profundizando en los estudios de Freitas, es preciso hacer referencia a como a partir de la experiencia trabajada en el Hospital Vilardebó, fuimos viendo las reacciones en el personal médico, no médico y otros profesionales de la salud. Podríamos decir que de las cinco identidades que abarcan las siglas LGBT lxs Trans y lxs Intersexuales son las que más desestabilizan ya desde su mera presentación estética el establishment conservadorista que rige en estas latitudes, pasando menos desapercibidas ante los ojos de la gente, y siendo sin dudas las identidades que mas incógnitas generan sobre su origen y devenir, tanto para un ciudadano común como para un académico de la salud .

¿Y como encaramos una consulta psicológica con una persona Trans internada en un hospital psiquiátrico? Seguramente dado nuestra formación, lo mas probable sería sentir desconcierto, y hasta un cierto vacío en nuestra capacidad de comprensión ya que estamos frente a seres humanos a los cuales, como sucede con el común de la gente, no sabemos ni cómo definirlos por escaparse de lo que son los modelos culturalmente aceptados y tradicionales del binomio hombre – mujer. Sería algo así como que no entran dentro de lo que Judith Butler (2006) llama “orden contemporáneo del ser” que nos da el estatus de seres humanos, y a raíz del cual la comunidad Trans quedaría ocupando una especie de “lugar del no ser dentro del campo del ser” (Butler, 2006), lugar donde se desafía la inteligibilidad misma de lo humano y sus límites. La autora se plantea la cuestión de lo que implica ocupar ese lugar, “... qué significa vivir, respirar, intentar amar como un ser que no es ni totalmente negado ni totalmente reconocido como tal” (Butler, J. 2006, p. 90), y lo relaciona con la justicia de una manera muy interesante:

La justicia no es sólo o exclusivamente una cuestión de cómo se trata a las personas o de cómo se constituyen las sociedades. También atañe a las decisiones, y a sus consecuencias: qué es una persona y qué normas sociales debe respetar y expresar para que se le asigne tal cualidad, cómo reconocemos o no a los otros seres vivientes como personas dependiendo si reconocemos o no la manifestación de una cierta norma en y a través del cuerpo del otro. (Butler, J. 2006, p. 90)

2 Vale la pena aclarar que los seminarios dictados por Freitas son optativos y limitados en cupos, por tal motivo podemos decir que solo un ínfimo porcentaje de nuevos Licenciados en Psicología egresan con alguna base de conocimientos sobre la temática LGBT. Este hecho (que yo mismo pude comprobar en la práctica), se vuelve una dificultad al momento del encare de un proceso psicológico con una persona perteneciente a la comunidad en cuestión. Es objetivo también de este trabajo aportar a un cambio en esa tendencia para lograr que la temática llegue al alcance de más estudiantes.

En este respetar y expresar una norma social que como nos dice Butler es fundamental para que el resto nos asigne la cualidad de personas es que queda más al desnudo la presentación de la comunidad LGBT ante la mirada prejuiciosa de la sociedad, pero por sobre todo en el caso de lxs Trans y lxs Intersexuales que son quienes más transgreden con su estética las costumbres aceptadas tradicionalmente por una sociedad fuertemente influenciada por religiones como el Cristianismo que es el caso de la nuestra, que desde hace siglos han ido marcando estereotipos de cómo debe vestir, caminar, sonreír, sentir, hablar, etc, cualquier ciudadano hombre o mujer (sin excepción) cuando se presenta en sociedad.

Pensando en el proceso psicológico con una persona de la comunidad LGBT, algunas preguntas surgen a modo de intentar visibilizar ese vacío de conocimiento y estudio del que como profesionales de la salud debemos tratar de llenar para no quedar mal parados ante quien como consecuencia del sufrimiento acude en busca de ayuda y comprensión. ¿Qué sería lo primero que debemos saber sobre una persona que se reconoce a sí misma como Gay, lesbiana, Bisexual, Trans? ¿Y si ese autoreconocimiento no está formado aún, como deberíamos ser capaces de orientar? ¿Orientar qué o para qué?

Debemos intentar comprender que estas personas vienen haciendo un proceso en el que han sido víctimas y tal vez también victimarios (muchas veces sin ser siquiera conscientes de ello) en una sociedad heteronormativa que tiende a excluir y estigmatizar a todo lo que sea diferente. Por tal motivo, resulta muy importante el poder ceder la palabra a dichos actores sociales para que logren expresar y dar visibilidad a los efectos de los dispositivos de control y opresión de las subjetividades que la heteronormatividad genera sobre sus cuerpos. En este sentido hay un interesante trabajo de Paribanú Freitas y Natalia Rodríguez Di Tomaso titulado *“Lo personal y lo político en el contexto uruguayo. Escenarios y ámbitos para el reconocimiento de las experiencias LGBT”* de 2013. En el mismo se analiza la situación de los jóvenes uruguayos gays, lesbianas, bisexuales y trans, a través de entrevistas realizadas en el marco de una investigación del año 2011 llamada *“Derechos humanos. Jóvenes LGBT y VIH/SIDA”* en la que por medio de entrevistas individuales se intentó indagar en las condiciones y situaciones de vida de la población LGBT de nuestro país hasta ese entonces, con una mirada expectante a la vulneración y/o garantía de los derechos humanos. El objetivo de la misma fue estudiar las prácticas de sociabilidad, reconocimiento y producción identitaria de los jóvenes montevideanos de dicha comunidad.

Uno de los resultados a los que llega el trabajo de Freitas y Rodríguez, y que es relevante resaltar es sobre la búsqueda de reconocimiento y la producción de identidad de los jóvenes montevideanos LGBT. Se refiere a que no se logra la aceptación de nuevas identidades heterodiscidentes sin antes transitar por situaciones de conflicto sea en el escenario social que sea, tanto en la propia familia en primera instancia, como así también en las instituciones educativas, ámbitos laborales, grupos de amigos, etc.

La puesta en marcha de un proceso de reconocimiento supone para estos jóvenes LGBT montevideanos tanto de una lectura situada de la coyuntura social donde éste se despliega, como de un diseño estratégico particular para avanzar en un campo contextual de tensiones y fuerzas, coyuntura que muchas veces puede suponer la gestión de impactos subjetivos negativos para el sujeto que porta la iniciativa de ser reconocido en su identidad, tales como tensión, menosprecio y violencia en diferentes formas. (Freitas, Rodríguez, 2013, pp. 244-245)

Esto conlleva irremediabilmente en una cantidad casos a que durante mucho tiempo algunos jóvenes escondan su manera de sentir, pensar y actuar por miedo al revuelo que puede generar en su entorno el dar a conocer su verdadera identidad de género y/o su orientación sexual. Principalmente en el entorno familiar que es donde un joven debería sentirse respaldado en sus decisiones y apoyado afectivamente, es que lamentablemente termina siendo uno de los principales escenarios de sufrimiento, dejando secuelas y conflictos que llegan a la edad adulta sin resolverse.

Más allá de la violencia cruda que puede manifestarse en el ámbito público o privado, dicho trabajo destaca que hay que tener en cuenta otras formas sutiles de violencia que afectan negativamente en la libertad de expresión de los sujetos. En una de las entrevistas que se analizan en el trabajo de Freitas y Rodríguez esto queda bien marcado y vale la pena citar textualmente ya que se trata de una simple situación por demás habitual y naturalizada en las instituciones educativas pero que no deja de marcar a fuego la subjetividad de quien lo sufre cotidianamente: ante la pregunta a una joven de cómo era la relación con sus compañeros de estudio declaró: “...*con mis compañeros de liceo fue variado también, tuve gente que me gritaba por lo corredores y cuando me daba la vuelta, nadie fue (Entrevista N° 21, chica lesbiana, 20 años)*”, dejando en evidencia una violencia anónima e inimputable que configura un campo de regulación social heteronormativa constante y microscópica (2013).

Otro punto importante al que hace hincapié Freitas en el estudio de las identidades LGBT es al análisis de *escenarios (múltiples) de socialización* que dan cuenta de la diversidad y complejidad de las experiencias de reconocimiento que se vislumbran en las entrevistas con lxs jóvenes montevideanos. De esta manera puede hacerse visible la diversidad de situaciones y dinámicas de reconocimiento o menosprecio social a que las personas LGBT se enfrentan en el día a día. Para dicho autor:

El análisis por escenarios permite pensar quiénes, cuándo, dónde y cómo contribuimos a dinámicas y situaciones de reconocimiento social de las personas (jóvenes) LGBT y quiénes, cuándo, dónde y cómo contribuimos a dinámicas de menosprecio, recuperando no solo la complejidad constitutiva de cualquier realidad social, sino permitiendo observar con mayor rigor esce-

narios, situaciones, dinámicas y actores garantistas o vulneradores de los derechos de las personas LGBT... (Freitas, 2012)

Dentro de esos escenarios Freitas identifica, mediante lo aportado en las entrevistas, doce escenarios posibles de socialización, de los cuales el escenario familiar es el de mayor frecuencia en el relato de los entrevistados, y se destaca como el que mas deja huellas en la subjetividad de estas personas para el resto de sus vidas. Estas huellas marcan en cierta medida uno de los resultados de la investigación donde las dinámicas de reconocimiento o menosprecio (Honnet, 1997) y reconocimiento perverso (Lima, 2010) son principalmente desarrolladas en el escenario familiar.

Otros escenarios resultantes en orden de apariciones y relevancia dentro de las entrevistas son: el grupo de pares y amigos, escenario educativo, trabajo, pareja, discoteca, sistema judicial, religión, manifestaciones LGBT, organizaciones LGBT, organizaciones político – partidarias, y por ultimo -Sistemas de Salud- que sería en el caso de la “chica trans” Andrea que analizaremos mas adelante, el escenario de socialización que nos compete para el presente trabajo.

Desafiando estereotipos

Tomando líneas del trabajo del Doctor en Psicología Social Antar Martínez del 2012 y adentrándonos más en las identidades Trans e Intersexuales que son las que más sufren discriminación por parte de la sociedad, este autor nos plantea lo que llama “el desafío trans”, que para él implica el repensar la perspectiva psicosocial sobre el género:

Las identidades trans plantean desafíos estimulantes para cuestionar y transformar los presupuestos psicosociales sobre el sexo/género; para repensar los modelos naturalizados con que se conciben la identidad y el cuerpo, con que se construyen y ponen en juego las expresiones y experiencias de género viables y vivibles. (Martinez, 2012, p.170)

Siguiendo el razonamiento de este autor, nos plantea que el conocimiento sobre la sexualidad y el género implican la operación de un cierto juego de poder. Una *Scientia Sexualis* a decir de Foucault (1976), que funciona como un dispositivo de regulación de la dicotomía sexo/género enmarcado en la generación de conocimiento disciplinario sobre la sexualidad. De esta forma parafraseando a Foucault nos dice: “El sexo se vuelve así un vector clave en el moderno arte de gobernar la vida porque permite acceder simultáneamente a la gestión de la vida de la especie (biopolítica) y a la del individuo (anatomopolítica)” (Martinez, 2012, p. 170). El poder es productor de

verdad, y la verdad no se puede abstraer de la forma en que es producida bajo el entramado de saber/poder.

Lo que Antar Martínez intenta destacar es que la verdad sobre la sexualidad es un conjunto de enunciados fuertemente regido por reglas y normas, y ligada de forma circular a los sistemas de poder que la producen y reafirman en sus efectos. De esta manera es que queda determinado qué identidades es posible nombrar, qué prácticas sexuales se consideran normales o anormales, y qué cuerpos ostentan el derecho de ser inteligibles y/o deseables.

Ante este panorama así planteado donde “aquí el cuerpo ya no habita los lugares disciplinarios sino que es habitado por ellos” (Preciado, 2008, p. 67), es que el irrumpimiento de la comunidad trans organizada intenta desestabilizar el modelo de conocimiento dominante sobre la sexualidad y el género, generando nuevas (e incómodas para algunos) interrogantes. Dentro de esas interrogantes que emergen a raíz de las identidades trans, A. Martínez se centra en dos de ellas, las cuales se encuentran en la base del paradigma dominante de género. Por un lado tenemos el cuestionamiento al binomio hombre – mujer, y por otro a la dicotomía sexo – género.

El binomio hombre – mujer es el que da como algo natural y trascendental el hecho de que la humanidad está dividida en dos tipos únicamente: hombres y mujeres. Esto no es más que una construcción social moderna y occidental que genera parámetros de exclusión e invisibilidad a otra realidad humana que hace el esfuerzo por ganarse espacio en el terreno político de la convivencia ciudadana. Por ejemplo con el caso de las personas Intersexuales se da desde el mismo nacimiento una situación morfológica que difiere notoriamente con las expectativas culturales que dictan cómo deben ser en apariencia los genitales femeninos o masculinos. Se genera una ambigüedad que no permite encasillar en ninguna de las categorías binomiales a estos seres, dejándoles la única opción de la patologización como recurso que puede llegar a brindarles desde el ámbito médico alguna solución de corrección que les permita poder habitar de manera más “normal” los espacios sociopolíticos asignados a cada sujeto. Lo concreto es que muchos de estos casos no pueden cambiar su situación mediante intervenciones quirúrgicas o ni pretenden hacerlo, y aunque:

Si bien es cierto que el binarismo de género, como sistema político de inteligibilidad social, no puede esquivarse de manera absoluta, las experiencias de muchas personas con prácticas e identidades de género no normativas hacen evidente que el binomio no es tampoco inescapable, y que es posible poner en marcha estrategias parciales de socavamiento y construir espacios intermedios y líneas de fuga... (Martínez – Guzmán, 2012, p. 173)

En fin, las identidades Trans e Intersexuales provocan fisuras en el hermético sistema binario de los sexos, cuestionándolo y dando lugar a un replanteamiento del conocimiento adquirido y

puesto en práctica de la Psicología actual, que durante siglos se ha basado en la idea de que el ser humano en su sano juicio puede identificarse únicamente con lo masculino o lo femenino.

En el caso de la dicotomía sexo – género, para Antar Martínez desde la perspectiva psicosocial se ha visualizado al sexo y el género como dos realidades diferenciadas e independientes, pero siempre desde el supuesto de que el sexo antecede al género, como una base biológica, natural, ahistórica y prediscursiva sobre la cual se edifican las diferencias de género (2012, p. 175). O sea que el sexo sería el equivalente de lo ‘natural’, mientras que el género lo sería de lo ‘cultural’. Así de esta forma el sexo pasa a orientar y legitimar ciertas acciones socioculturales catalogándolas como posibles y esperables, un ejemplo de eso es la conformación de la familia heterosexual como institución social.

El autor recuerda y hace referencia a que la categoría de género surge a finales de la década del cuarenta dentro del ámbito médico y psicológico de la época, como una especie de sexo psicológico, el cual puede ser producido y modificado mediante las técnicas sociales y tecnológicas indicadas. Su principal precursor fue el psicólogo y sexólogo John Money conocido por la investigación y promoción de tratamientos de reasignación de género a personas transexuales y normalización de bebés intersexuales, quien a su vez es el principal responsable del popular y trágico caso de David Reimer³.

Es así que desde los movimientos LGBT y algunos sectores feministas se critica el carácter inmutable del sexo y se plantea que el mismo, al igual que el género, es una construcción política y sociocultural, “...lo que se considera una diferencia sexual natural es una lectura del cuerpo tamizada por significados y valores culturalmente situados que contribuyen a generar una distribución sexopolítica de los cuerpos” (Martínez – Guzmán, 2012, p. 177). Por lo tanto, como plantea Judith Butler, el cuerpo tal como lo conocemos no es un a priori de la sexualidad y la identidad, sino que es el resultado del entrecruzamiento de significados simbólicos e interpretaciones discursivas (1999).

El planteo de que el sexo antecede al género es precisamente lo que fundamenta y da sentido a la reasignación sexual, pues da lugar a una visión del otro como un cuerpo atrapado en una incongruencia (patologización) con respecto a su identidad de género. Por tal motivo es que en las intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo, lo que se busca y desea realmente es encontrar un equilibrio entre lo que es el cuerpo que le tocó, y el esquema corporal ‘correcto’ y aprobado colectivamente, el cual puede gozar de ciertos placeres que le son asociados normativamente.

El orden de correspondencia entre cuerpo, identidad y deseo propio del sistema dominante de sexo/género se desborda. En este sentido, las experiencias y los relatos de las personas trans no sólo permiten problematizar la correspondencia entre sexo y género, sino que visibilizan

nuevas formas de comprender el cuerpo y su relación con la identidad y el deseo; formas quizá menos deterministas y más agenciadas. (Martinez – Guzman, 2012, p. 179)

Relato de una práctica

Este trabajo surge a partir de mi práctica en el marco del Programa de Practicantado y Residentado en Convenio Facultad de Psicología – ASSE en el Hospital Vilardebó, en el cual me centraré en una situación particular que hizo revisar mi trayectoria de formación, y las herramientas que sentí había adquirido en estos años para la intervención psicológica con poblaciones muy vulneradas de nuestra sociedad. Para dicha intervención, dado la situación con la cual decidí trabajar y que será desarrollada a continuación era importante poder delimitar el tipo de práctica psicológica a realizar, el encuadre a llevar adelante (acuerdo técnico-paciente) y los objetivos y concepciones desde donde se intervendría.

En este marco es que presentaré el relato de mi práctica, el cuál fue construido al culminar el proceso con quien llamaremos, en esta oportunidad, Andrea⁴

Caso Andrea

El caso clínico de Andrea, el cual será presentado y analizado en este trabajo se desarrolló en el Hospital Vilardebó, en una de las salas de mujeres en la cual se internan pacientes agudas. Dicho hospital será nuestro escenario 'Sistemas de Salud' siguiendo lo expuesto por Freitas (2012), y en el mismo se centrará el análisis del presente trabajo.

En esta ocasión se trató de un ingreso a sala que no es de los más habituales de recibirse en la dinámica cotidiana de sala, a decir de los integrantes del equipo de técnicos que allí trabaja. Lo que hizo particular este ingreso desde un comienzo fue la repercusión que generó en todas las personas que habitan el lugar, dígase profesionales de la salud, personal de limpieza, mantenimiento, vigilancia, y hasta incluso personas que poco y nada concurren a la sala en cuestión, y que se enteraron mediante comentarios de pasillo que circulan inevitablemente por el hospital como en cualquier institución que cuenta con un gran número de funcionarios.

Lo que resultó llamativo de esto, es que no notábamos que despertara la atención de la misma manera entre los usuarios de la sala, quienes naturalizaron de inmediato la situación que se presentaba, lo cual podía deberse a diversos motivos que no serán analizados en esta ocasión, y que podría bien ser el objetivo de otro trabajo a desarrollar.

4 Con el objetivo de respetar la confidencialidad se ha decidido cambiar nombre, datos y lugares que podrían ubicar a la paciente

En fin, ¿qué factores hacían diferente el caso Andrea y acaparaban tanto la atención, en comparación con otros que se presentan diariamente en la sala de un Hospital Psiquiátrico? Pues podríamos pensar en una mera cuestión estética de la paciente viéndolo en un primer golpe de vista, pero no es tan simple, pues se trata del caso de “una chica Trans” como ella misma se define en la primera entrevista. El aspecto de Andrea, así como también su voz, no conciben con su intento de lograr y mantener una personalidad de género femenino según lo que dicta el imperativo social. Se trata en definitiva, para ser más precisos en la definición, de una persona Transexual:

Cuyo término tiene sus orígenes en la perspectiva biomédica y se refiere a la persona que tiene una discordancia entre el cuerpo e identidad y en consecuencia busca vivir como miembro del sexo “contrario” al asignado, típicamente recurriendo a terapia hormonal o cirugía de reasignación sexual. (Missé y Coll – Planas, 2010)

Aunque para el caso de Andrea, la posibilidad de iniciar una terapia hormonal o una cirugía no se le había presentado aún, pero por una cuestión meramente económica y no porque de parte de ella no existiera el interés.

Me entero del ingreso de Andrea a la sala a través del comentario de uno de los integrantes del equipo técnico, quien me describe una incómoda situación que se dio el mismo día en que la paciente ingresó por primera vez en la sala. Al parecer un profesional de la salud hablando con uno de sus colegas se refirió sobre la paciente diciéndole “*mira allá va un hombre con tetas...*” en tono de broma, dicho que desafortunadamente fue escuchado por Andrea provocando su lógico malestar. El hecho por suerte no tuvo grandes consecuencias y finalizó con un pedido de disculpas por parte del profesional hacia la paciente, quien las aceptó sin problemas, tal vez acostumbrada a pasar por situaciones similares anteriormente en su vida, o por el temor que significa el enfrentarse al poder médico para cualquier usuario.

Hacia la intervención

Viendo las particularidades del caso, y pensando en lo productivo que podría ser la experiencia para mi formación y mi pasaje por el hospital fue que me decidí a realizar el seguimiento con Andrea.

Como objetivo principal, me propuse intentar ayudarla a hacer lo más breve y productiva posible su internación en sala, logrando que pueda volver a restablecer el vínculo con su familia, y dentro de lo posible agotar recursos para evitar que vuelva a un refugio como el que habitaba hasta entonces.

El caso no era nada sencillo, si bien había que tener en cuenta su condición sexual y no equivocarse a la hora de llamarla por su nombre de género, también había que lidiar con los prejuicios de los profesionales que debían hacerse cargo de su recuperación. Por ejemplo, en el simple he-

cho de respetar el nombre que ella se eligió y no llamarla constantemente por el que figura en su cédula de identidad, el cual era disonante con su identidad de género (hecho que tuve que evitar cuando comentaba sobre el seguimiento con el médico psiquiatra que la veía, quien siempre la llamó de “él” o por su apellido, para evitar llamarla Andrea como es pleno derecho legal de la paciente de ser nombrada), lo cual hacía que tuviera que detenerme a pensar por momentos, sobre todo en las primeras entrevistas, antes de mencionar su nombre para no equivocarme.

Además de esta cuestión estaba la situación sanitaria de la paciente, quien se presentó en sala con una condición de salud bastante complicada, ya desde la primer entrevista que se le realiza aparece con los nudillos de las manos con varios puntos de sutura y muy inflamados a causa de haber roto a golpes de puño los vidrios de su cuarto en el refugio en el cual vivía. El motivo de este incidente fue el haber sido rezongada por los cuidadores del lugar quienes la reprendieron por la agresión a una compañera de cuarto durante una discusión.

Andrea había sido diagnosticada con trastorno de personalidad de tipo fronterizo, y declaró escuchar voces que la incentivaban a “hacer cosas malas” como matar a alguien, autoagredirse mediante cortes en los brazos, y agredir a los demás, en conjunción con un sentimiento de vacío existencial y muy baja tolerancia a la frustración. Esto generó en mí la sensación de estar frente un caso muy difícil de enfrentar en mi rol de practicante, pero que a su vez, podía significar un interesante desafío. Pero esto no es todo, lo más complicado de la situación era que la paciente además padecía, según su relato, una fuerte adicción a las drogas y el alcohol, con especial énfasis en la Pasta Base, motivo por el cual ya había tenido algunas internaciones en el Hospital Vilardebó.

Entre los antecedentes de internación hay uno que me parece pertinente destacar, y es el hecho de que estuvo durante un tiempo en sala de seguridad, donde envían a mujeres con problemas judiciales. Lo que la llevó hasta ahí fue un intento de homicidio a un sujeto que consumía Pasta Base con ella en la época en que trabajaba como prostituta en la calle, cuya explicación por parte de Andrea fue la de que *“las voces me lo ordenaron”*, y por tal motivo lo hizo. En dicha sala, según cuentan integrantes del equipo técnico era sabido que Andrea realizaba favores sexuales a sus compañeras a cambio de dinero y otros beneficios, pero es un dato que nunca se confirmó en las entrevistas debido a que la paciente en ningún momento quiso hablar de su vida privada y puede haber sido uno más de los rumores de pasillo que genera una persona con sus características.

Otro detalle no menor es que Andrea fue ubicada en sala de mujeres a pesar de tener genitales masculinos, en un sector el cual es destinado a la internación de funcionarias de Asse o familiares de los mismas. En dicho lugar hay unas 5 camas, y cuenta con la ventaja de tener un televisor y casilleros exclusivos. Esto se debió a que su madre era funcionaria de Asse, hecho que nos deja la interrogante y suspicacia sobre su posible destino de internación dentro del hospital en el caso que no se hubieran dado estas condicionantes.

Se trata de una paciente que al momento de comienzo del proceso de seguimiento tenía treinta y dos años, criada con su mamá y dos hermanos varones, uno de dieciocho y otro de veintinueve. Su padre la abandonó antes que ella naciera. Al poco tiempo de comenzar su internación constatamos en el equipo que dichos vínculos estaban bastante deteriorados y por tal motivo había tenido que irse a vivir a un refugio desde hacía un tiempo.

Andrea comienza a consumir marihuana como lo hacen muchos jóvenes, desde los trece años, edad en la que abandona el liceo y empieza a travestirse demostrando su verdadera identidad de género, progresivamente el consumo se intensifica y se vuelve adicta al alcohol y la Cocaína, y alrededor de los veintidós años comienza con el consumo de Pasta Base, con lo que termina por arruinar su vida según ella misma cuenta. Es en ese entonces cuando los problemas con su madre y sus hermanos empeoran, dado que empieza a trabajar en las calles prostituyéndose para conseguir dinero y seguir consumiendo. Abandona su hogar, en el que siente que no es aceptada en su condición sexual y se muda a un refugio. En los años siguientes, la relación con su madre tuvo idas y venidas pero nunca cortaron el lazo definitivamente, aún cuando no había podido conseguir que la madre la llame por su nombre de género como era su mayor deseo, y que también le ocurriera con el mayor de sus hermanos. El único de la familia por el cual se sentía aceptada era el hermano menor quien la llama por su nombre de género, y con el cual *“tengo la mejor relación”* según nos cuenta, ya que la acepta en su identidad sexual posiblemente porque siempre y en todo momento la conoció como Andrea, sin tener memoria de la época en que aún se vestía como varón.

Por otro lado, la falta de su padre siempre la afectó, y lo comenta en varias de las entrevistas. Supone que eso fue un hecho crucial para definir su inclinación sexual. Lo conoce y sabe que es una persona con mucho dinero que vive en una ciudad del interior pero que nunca tuvo una relación formal con su madre. Andrea destaca lo importante que fue para ella el no haber tenido ningún referente masculino en la familia ya que la madre jamás tuvo una pareja estable con la cual de niña pudiera generar un vínculo.

Sobre el tema del consumo, Andrea nos cuenta que tuvo dos intentos de rehabilitación en dos lugares diferentes, el primero en una clínica en el interior del país, lugar al cual describe como *“... un relajó, no me hizo nada bien estar ahí”*, y en una segunda oportunidad también probó con una fundación muy conocida de la capital en donde estuvo unos meses y también pasó muy mal. En esta ocasión por tratarse de una fundación con base religiosa evangelista en lo primero que se centraron no fue su problema de adicción sino en intentar cambiar la identidad de género de Andrea imponiéndole como norma para realizar el tratamiento, el vestirse como varón mientras estuviera ahí. Lógicamente esta situación la vivió como una tortura y muy lejos estuvo la posibilidad de producirse la rehabilitación, *“me enloquecieron la cabeza, sentía que me estaban enloqueciendo ahí dentro...”* nos cuenta.

A raíz de esto, viendo que la paciente contaba con ciertos recursos intelectuales que la mayoría de sus compañeras de sala no presentan, y que a su vez se podía trabajar con ella de manera óptima debido a su buena disposición y capacidad autoreflexiva, fue que empecé a pensar en posibles alternativas para tratar su adicción, aún cuando el psiquiatra tratante no tuviera la misma opinión acerca del caso. Para el psiquiatra de sala encargado de su tratamiento las posibilidades de rehabilitación de Andrea eran nulas, por lo cual tuve que insistir varias veces para que atrasara el alta médica y así tener más tiempo para poder trabajar con ella, ya que se manejaba la posibilidad de mandarla nuevamente a un refugio y cuanto antes, por el hecho de que se había constatado en dos oportunidades mediante análisis de orina la presencia de cannabis en su organismo en el transcurso de poco más de un mes de internación.

La evolución de Andrea en el correr de las semanas fue muy satisfactoria, luego de haber ingresado con una inestabilidad emocional y carácter explosivo en las primeras semanas a causa de las “voces” que la atormentaban, sobre todo en la noche. Este estado de exaltación inicial tuvo como consecuencia que le aplicaran medidas de contención en la noche debido al riesgo de que pudiera hacerse daño a si misma o a alguna de sus compañeras, hecho que en una ocasión llegó a concretarse, al romper una ventana de la sala, y determinó que la trasladaran durante 48 horas a la sala de seguridad como castigo. Paulatinamente se fue tranquilizando y con el correr de las semanas llegó a ser una de las mejores compañeras del lugar, su actitud pasó a ser de cooperación para con las enfermeras preocupándose mucho por la salud de las otras internadas que más dificultades presentaban, lo cual despertó su deseo proyectándose en el tiempo “... *en un futuro me gustaría estudiar Enfermería para poder ayudar a las personas*”

El objetivo fundamental y más urgente que me planteé con Andrea fue el de poder conseguirle lugar en algún centro de rehabilitación contra las adicciones que no fuera similar a los dos anteriores que ya había conocido. Y la opción que se vislumbraba con mayor posibilidad de concretarse era la del Portal Amarillo⁵, en el que otros compañeros desempeñaban su práctica simultáneamente a la mía, lugar en el cual me permitiría tener un mayor acercamiento, aún sin estar presente allí, al proceso de adaptación a las actividades que hiciera Andrea. Para que esto se concretara, la coordinación con mis compañeros fue fundamental, y al cabo de unas seis o siete semanas la paciente comenzó a integrarse en un grupo de género en el que la participación era mayoritariamente femenina, para sentirse más cómoda en los primeros meses, y así también anotarse (como lo hizo por elección propia) a un taller de panadería.

Me gustaría resaltar aquí las dificultades que se presentaron para que en definitiva se concretara la entrevista de recepción en el Portal Amarillo que le consiguió el asistente social de la sala. Recién en la tercera ida de Andrea y su mamá al Portal pudieron conseguir ser atendidas por un psiquiatra y un asistente social de ahí. El motivo de este retraso según nos dijo ella misma fue que al parecer los médicos del Portal estaban en conflicto hacía días y no habían psiquiatras suficien-

tes para realizar las entrevistas de ingreso. Este dato lo pude confirmar al preguntarle a uno de mis compañeros que trabajaba allí, quien me comentó que lamentablemente era una situación bastante habitual en el Portal.

Otro hecho determinante en el proceso de evolución de Andrea, y que influyó positivamente en su mejoría fue el restablecimiento del vínculo con su madre, a quien tuve la posibilidad de entrevistar en una oportunidad, y que con el correr de las semanas de internación empezó a llamarla por su nombre de género, provocando un alivio emocional notable en Andrea, quien lo definió con la frase *“es como que me saque una espina del corazón”*, reviviendo la posibilidad de irse nuevamente a vivir con ella, que tanto había manifestado en su deseo a lo largo de las entrevistas.

Análisis de la experiencia

Encuadrando en clave LGBT

Lo primero que resulta interesante puntualizar antes de comenzar un análisis es el tipo de encuadre que se utilizó para llevar a cabo el seguimiento. El mismo no fue planteado de manera planificada como habitualmente trata de hacer un psicólogo clínico antes de comenzar cualquier proceso terapéutico, sino que fue elaborándose paulatinamente en los primeros encuentros con la paciente en cuestión. Eran limitadas las alternativas que se podían tener dadas las distintas condicionantes del hospital. Con esto me refiero por ejemplo a la disponibilidad de consultorios, horarios de las distintas comidas y horas de sueño de las pacientes así como lo que se espera para un practicante, lo cual no se nos fue encomendado en un rol dado de antemano sino en plena construcción. Puede deberse al hecho de ser en nuestro caso la tercera generación de estudiantes que trabajaban allí, y que debíamos seguir en cierto modo el legado de la generación anterior, pero sin estar este del todo definido aún. Esto nos daba un poco de incertidumbre y libertad a la vez, y fue así que casi sin proponérmelo en un principio estaba inmerso en un proceso terapéutico no tan del tipo clínico clásico (aunque por momentos lo fue), sino más parecido a lo que se plantea como Encuadre Móvil, con entrevistas que se dieron en pasillos, patios, sala y distintos rincones del hospital, por momentos planificadas de antemano, y otras tantas veces a demanda de la entrevistada.

¿Movable circunstancialmente?

Este planteo se justifica por la intención de lograr un mayor acercamiento con la paciente del que se acostumbra alcanzar habitualmente en un consultorio psiquiátrico⁶, dado el juego de poder que se pone en marcha en su interior, donde no solamente va en favor del que ostenta el conocimiento de la cura, en este caso a quien padece de un sufrimiento psíquico, sino también en pos de una lógica de regulación que normativiza y censura toda posible diferencia que amenace con la desestabilización de lo históricamente preestablecido dentro de la institución hospitalaria. Hablo del encuadre habitual que se utiliza por parte de los médicos psiquiatras cuando controlan periódicamente el estado de salud mental de sus pacientes a nivel hospitalario. El mismo se realiza acotadamente en un lapso no menor a los cinco minutos pero difícilmente mayor a los diez, donde el que dirige la orquesta es sin dudas el profesional erudito en la cuestión, y es quien asume la potestad de extender o abreviar el discurso de él o la que está del otro lado del escritorio según este/a acompañe en cierta medida el razonamiento que lleva a formular anamnesicamente las

6 Hago referencia a los consultorios que se encuentran ubicados en cada sala del Hospital Vilaredebó, en algunas hay uno y en otras dos. Para su uso profesional tienen preferencia siempre los médicos Psiquiatras en primera instancia.

preguntas que deben elucidarse en la entrevista. En definitiva, poco y a veces nada de lo que ronda el deseo del paciente llega a ser siquiera planteado en muchos casos, y para alguien que ha sufrido en diversas oportunidades de su vida el proceso de internación hospitalaria podría instalarse cierto descreimiento en lo que dentro del consultorio de sala (al cual han ingresado infinidad de veces) pueda llegar a solucionárseles de su padecimiento, más que la satisfacción de conseguir ese anhelado ansiolítico.

Por lo tanto, para quienes nos incumbe más la parte de la Psicología en una sala de internación psiquiátrica, quizás el alejamiento de lo estático y monótono del consultorio pueda ser una posible salida en un montón de casos, si nuestra intención es ayudar con escucha humanizante y no tan directiva los discursos que estas personas traen para compartir. En palabras de Jorge Chavez, sacadas de un libro de Alfonso Lans de (1999):

Es el posicionamiento ético el que posibilita generar líneas de fuga, atravesar, producir quiebres, y,y,y... Abrir visibilidad no es sólo tener múltiples miradas, es hacer rizoma, entrando en contacto con otras líneas, ritmos, diversas velocidades y afectos, que desde su clínica imponen un par que es indisoluble a ésta: la crítica. (Chavez, 1999).

Se pone en marcha entonces una dimensión ética para el Psicólogo que determinara hasta donde puede ser el alcance de la intervención, sin importar, como ocurrió en mi caso, los distintos lugares y momentos del día en los que se desarrolló el proceso terapéutico. Bastaría con tener la sutileza de pensar que, como sucede con el caso de Andrea, su vida ha transcurrido en atravesamientos sociales que han marcado un historial de agravios y desvalorizaciones que habla de los rígidos lineamientos a los cuales todos hemos estado atados desde el nacimiento. Algunos/as cómodamente adaptados/as y siguiendo el patrón de lo políticamente acordado en sociedad, otros/as no tanto, y otros/as como Andrea que buscan desesperadamente (aunque a veces sin ser demasiado conscientes de ello) el desligarse de las ataduras sociales que encasillan y etiquetan cruelmente a todo el que se sale del riel heteronormativo y de lucidez.

Sobre Andrea

A pesar de que el proceso tuvo un desenlace que sin dudas fue positivo en varios aspectos para el futuro de Andrea, es importante destacar los obstáculos que estuvieron y estarán presentes para que se logren y mantengan resultados similares en experiencias con pacientes de estas características.

Principalmente es necesario un definitivo “cambio de cabeza” por parte de los profesionales que integran los equipos de trabajo, que en este caso se trata de un hospital psiquiátrico, pero bien se puede aplicar a cualquier centro de rehabilitación que pueda albergar a una persona trans

como Andrea. La existencia de programas de lucha contra la discriminación que apuntan a reeducar a la comunidad en pos de frenar la sucesión de hechos de este tipo se vuelve imprescindible, pero deberían también revisar con más rigor las diferentes vías por los cuales se transmiten, de forma no tan visible, ciertas lógicas de convivencia que dan por naturalizado el desprestigio y menosprecio de “lo diferente”. Una de esas vías es sin duda la que se transmite a través de la conducta de los diferentes técnicos de la salud encargados de atender las demandas sanitarias de la población.

En el estudio realizado por Freitas y Rodríguez (2013) queda demostrado a través de diversas entrevistas que los distintos escenarios en los que conviven los jóvenes LGBT montevideanos generan en mayor o menor medida vías de relacionamiento cotidiano en las cuales prima el preconcepto de que todo lo que resulta “extraño o diferente” debe ser menospreciado y excluido en lo posible de nuestro camino. Por esto, el pasaje de los jóvenes por los diferentes escenarios de socialización (donde se cuentan instituciones como la Educación, Trabajo, Sistema de Salud...) marca a fuego la percepción de sí mismos que cada uno se va formando, y en un montón de casos dejó como resultado el desarrollo de alteraciones conductuales y/o diferentes trastornos psíquicos que abren la puerta a los excesos de sustancias, y a posibles internaciones como en el caso en cuestión. Pasa dentro del escenario familiar como lo marca unánimemente el total de las entrevistas del estudio de Freitas y Rodríguez, y desde muy temprana edad en la escuela y liceo, con más trascendencia este en último. Basta como ejemplo el relato de un joven gay entrevistado el cual responde ante la pregunta: “¿Has tenido situaciones de violencia o discriminación fuera de tu familia, aparte de lo que decís de tu mamá?” A lo que el joven responde:

En el liceo, si siempre. Los primeros dos años del liceo fueron horribles, no quería ir, me escondía, nunca entraba a clase... el liceo me marcó bastante. Y después en la calle todos los días... pero te vas acostumbrando, llega un punto como que no escuchas. El liceo me marcó bastante (...) (2013)

Podríamos encontrar un paralelismo con lo expresado por este chico en una de las situaciones vivenciadas con el caso Andrea en su ingreso al Hospital Vilardebó cuando uno de los profesionales de la salud que allí trabajan hizo el chiste del “hombre con tetas” mencionado en la descripción del caso, sin la más mínima preocupación de que sus palabras puedan ser escuchadas por Andrea y le generen cierto disgusto, como equiparando con humor negro y actitud despreocupada, la identidad sexual de la paciente y su forma de vestir con cualquier otro acting bizarro delirante como los que se convive cotidianamente en una sala de hospital psiquiátrico. Precisamente esa violencia, la que no deja huellas en la piel, puede resultar la más poderosa a la hora de regular una población, pues entra por el inconsciente de las personas y se enquistaba a modo de acción implícita, naturalizada y cuyo desenlace se vuelve temido por cualquier ciudadano que pretende ser

reconocido en su forma de ser y sentir. Por lo tanto para los jóvenes LGBT el lograr la supervivencia como sujetos heterodiscidentes en esta coyuntura social en la que les toca vivir

Supone el 'aprendizaje' de la gestión consciente de rasgos identitarios particulares como gestos, movimientos, tonos de voz en un marco general de gestión de estrategias de resistencia, negociación y confrontación de lo personal en el espacio público donde muchas veces simplemente 'ser' supone 'confrontar' (Freitas, Rodríguez, 2013, p.246)

En el caso de Andrea, fue notablemente negativa la diferencia que se hizo con ella en comparación con el resto de las internadas, ya sea por su identidad de género como quedó demostrado en el simple hecho de no ser nombrada por el nombre que ella misma eligió, por parte de su médico tratante, así como también por su historial de consumo. Esto podría deberse en parte a una falta de actualización de las ciencias Psi que aún patologizan a estas identidades por el simple hecho de no entrar dentro de los márgenes de "normalidad" política y socialmente esperados:

La práctica convencional de disciplinas como la psiquiatría y la psicología ratifican continuamente la idea de que hay solamente dos sexos y que estos son excluyentes entre sí; la idea de que el género es un correlato sociocultural cimentado en la base biológica del sexo; y la idea de que el género es un rasgo esencial que define al individuo y que está inscrito de manera estable en su biología y su psiquismo (Martínez-Guzmán, A, 2012, p.168)

Y me animaría decir que esta perspectiva arcaica de las ciencias Psi que domina en varios sectores del sistema de salud uruguayo, se ve interiorizada también en la visión de las propias personas que son víctimas de tal estigmatización, ya que el abordaje tradicional que se hace sobre tales identidades, según critica el trabajo de Martínez-Guzmán, suele centrarse erróneamente en buscar el origen psicogenético y/o biológico de dichas "desviaciones", o también en factores de la crianza y dinámica familiar, como por ejemplo la cercanía con la madre, la ausencia del padre (según interpreta como origen de su orientación sexual la propia Andrea), o la expectativa materna de una hija, que pueden llegar a propiciar el futuro desarrollo de la transexualidad (2012). Dejo planteada las interrogantes: ¿será acaso necesario y relevante encontrar tal origen? ¿Para qué? ¿Para evitar de antemano que suceda?

En el caso del Hospital Vilardebó nos encontramos frente a un dispositivo de trabajo que desnuda sus falencias en cuanto a la inclusividad que pueden tener sus encuadres a la hora de adaptarse a cada situación particular que se le presente, quedando en la mera iniciativa y voluntad de los practicantes u otros actores que esporádicamente forman parte del equipo de trabajo (como ocurrió en mi caso puntual), que puedan dar una visión un poco renovada y no viciada de negativismo al pensar el encare y futuro de un caso clínico como el de Andrea. Tal negativismo puede

resumirse en una simple y fatal frase que escuché decir a uno de los integrantes del equipo técnico del hospital y que la cito textualmente: *“el futuro de los adictos termina irremediablemente en tres posibles destinos, la cárcel, el manicomio, o el cementerio”*. Lo cual en mí generó el impulso de pensar en todo lo contrario, que debía existir de alguna forma otra alternativa posible para el caso de Andrea, y que se debía agotar todos los recursos posibles para ayudarla a salir de su situación.

No es difícil imaginar que al tratarse de un hospital público los y las usuarias generalmente carecen de recursos económicos para mantener un aspecto estético más o menos acorde a lo que socialmente se acepta como prolijo o adecuado para un ciudadano, si a esto le añadimos un estado de salud mental que por momentos no les permite ser muy conscientes de esa situación, y sumémosle también una identidad de género no reconocida como válida para el común de la gente. Como resultado tendremos una especie de combo caracterial en un mismo ser un humano que irremediable y trágicamente lleva al encuentro con lo más bizarro de la sociedad *“... me siento fea, acá no me puedo depilar muy seguido, no puedo hacerme la tinta... yo no soy así, a mí me gusta estar arreglada, esto me hace sentir peor...”*, palabras que con profunda angustia Andrea manifestaba en las primeras entrevistas cuando de a ratos recuperaba el sentido común, tratando de analizar su difícil situación, y de alguna forma justificar sus ganas de seguir drogándose ahí en el hospital.

Si pensamos tal vez en el conflicto interno que subyace a su manera de actuar, y que provoca que tenga la necesidad imperiosa de consumir Pasta Base no logrando visualizarse alejada de la misma al salir del hospital. ¿Que podía estar provocando el vacío existencial en el que manifestaba encontrarse y que le impedía tomar las riendas de su vida? Puede suceder como en muchos casos de adicciones, según describe el doctor Eduardo Kalina (1997) desde una visión psicoanalista, que un recurso defensivo al que apelan frecuentemente los jóvenes cuando se encuentran en problemas, es al de refugiarse en su interior, entrando en contacto con sus objetos buenos internalizados en la infancia y tratando de superar la ansiedad vivenciada. Hecho que no siempre se logra, como en el caso de Andrea, y más aún cuando lo internalizado no es precisamente muy positivo para el sujeto. Provocando que *“su sensibilidad a la oferta externa de sustancias mágicas que les brindan ilusiones aumente peligrosamente”* (Kalina, E. 1997).

Resultó fundamental el trabajo enfocado entrevista tras entrevista en el restablecimiento del vínculo con su madre y sus hermanos, que se encontraba muy deteriorado, y daba lugar a las continuas situaciones de extrema peligrosidad a las que se exponía la paciente desde hacía tiempo, y que provocaban las sucesivas internaciones en el Hospital Vilardebó. Según un trabajo de Joaquín Rodríguez Nebot (2008) en el cual plantea que *“la acción del adicto tiene a su vez un target punitivo en cuanto a generar preocupación y agresión en particular a algún miembro de la pareja parental”* (Nebot, J. 2008), nos da la pauta de que algo de esto podría estar pasando con Andrea en relación a su madre previo a la internación, siendo que entre ellas se daba un vínculo muy

ambivalente. Hay que destacar que recién a los treinta y dos años de edad logra que su madre la llame por el nombre que ella misma eligió y no el que le fue asignado al nacer. Afecta también el rechazo de su hermano mayor quien desde el momento en que Andrea comenzó a vestirse femeninamente la relación transcurrió con varios hechos de violencia física que se suscitados durante mucho tiempo. Esto afirma aún más la importancia que conlleva para cualquier sujeto el sentirse comprendido, aceptado y acompañado afectivamente por sus seres más queridos. Es el escenario familiar que nos plantea Freitas (2012) en su estudio como el más significativo para los jóvenes LGBT en su lucha por el reconocimiento de su OSIG (Orientación sexual, Identidad de género)

Consideraciones finales

Luego del análisis de lo ocurrido con Andrea y basándonos en el concepto de “Escenarios (múltiples) de Socialización” de Freitas (2012), podemos pensar que en el escenario 'Sistemas de Salud' en el cual se llevo acabo el seguimiento que da justificación al presente trabajo, se estaría dando un entrecruzamiento de variables a tener en cuenta, que no en todo momento de la vida de un ser humano se presenta con estas particularidades. Me refiero precisamente al entrecruzamiento de escenarios de socialización que se pone en juego cuando a una persona es internada en un hospital como ocurrió con Andrea. En nuestro caso se trató de un hospital psiquiátrico, con la peculiaridad de que los pacientes del mismo gozan de cierta libertad de movimiento dentro del predio que en otro tipo de hospital no se permite, lo cual a la hora de generar vínculos, estos se dan con mayor facilidad. Por esta razón, y por el hecho de que no se tiene a ciencia cierta una idea de cuanto tiempo puede durar el periodo de internación, sucede muy a menudo que lxs pacientes llegan a sentir a la institución como su propia casa (sin necesidad de llegar al extremo del Síndrome de Münchhausen⁷) y viven durante ese periodo una realidad paralela a la que vivían en el exterior, estando muy vulnerables al trato que se le brinde por parte del equipo de profesionales de la salud que estén a su cargo, y las normas que estos le impongan. Entonces, a la hora de plantarnos como agentes de intervención terapéutica en el proceso de rehabilitación de estas personas, debemos tener en cuenta diversos escenarios que pueden aparecer en las entrevistas que realicemos, y que podemos incidir indirectamente con nuestra labor terapéutica, como por ejemplo: los discursos acerca de la familia, el grupo de pares (incluso los vínculos generados dentro del hospital), los recuerdos de su pasaje por la educación formal, las distintas relaciones de pareja, religión, etc. En fin, en una situación de internación ya sea un psicólogo, psiquiatra, enfermero, asistente social, médico general, tiene la gran oportunidad de intervenir de manera sustancial en la promoción de situaciones de reconocimiento social hacia personas que han sufrido fuertes epi-

7 El Síndrome de Münchhausen es un trastorno mental que se caracteriza por los padecimientos a consecuencia de crear dolencias para asumir el papel de enfermo. El paciente «crea» y hasta se produce autolesiones para lograr unos síntomas físicos y/o psicológicos con conciencia de acción, pero forzado a ello por una impulsión relacionada a su necesidad de consideración por terceras personas de ser asistido/a. (Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_M%C3%BCnchhausen)

sodios de discriminación y menosprecio a lo largo de sus vidas, como pasa con la comunidad LGBT. Aunque lamentablemente puede suceder en ocasiones, dada nuestra experiencia, que quienes tienen la responsabilidad de brindar equitativamente una correcta atención sanitaria a toda la población, y garantizar los derechos de las personas LGBT, terminan siendo unos de los principales vulneradores de los mismos. Como bien lo dice Freitas (2012), el camino va por identificar "... quiénes, cuando, donde y como..." se contribuye a dinámicas de reconocimiento social, o a dinámicas de menosprecio y socavamiento de los derechos de estas personas, objetivo para lo cual el análisis por escenarios se vuelve imprescindible.

Por tal motivo, creemos esencial para una mejor formación de profesionales y técnicos de la salud, hacer más hincapié en la capacitación de los mismos acerca de las comunidades LGBT, y seguir promoviendo la producción de conocimiento académico sobre la temática en las distintas disciplinas encargadas de sostener los distintos niveles de atención en salud. Colaborando de esta forma en el diseño racional de políticas abocadas en la materia, y en lo que a la Psicología le compete, se sigan generando nuevas instancias de formación en pos de un nuevo perfil de Licenciados en Psicología .

Referencias Bibliográficas

Butler, J. (1999). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Butler, J. (2006) *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós.

Desviat, Manuel. *Átopos nº5 Conductas psicopáticas: de la locura cuerda a la idiocia moral*. Madrid: Exlibris Ediciones, Versión online: http://www.atopos.es/pdf_05/Conductas%20psicop%C3%A1ticas.pdf

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Freitas, P. (2012). Descomponiendo el Uruguay Amigable. Escenarios de negociación identitaria y reconocimiento en jóvenes LGBT montevideanxs. Cap 5. En *Montevideanxs. Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria "Derechos, jóvenes LGBT y VIH/SIDA"*, 2011, pp. 71-95. Montevideo: Espacio Interdisciplinario UDELAR.

Freitas, P., Rodríguez Di Tomaso, N. (2013). Lo personal y lo político en el contexto uruguayo. Escenarios y ámbitos para el reconocimiento de las experiencias LGBT. En J. M. Valcuende del Río, M. Marco Macarro, & D. Alarcón Rubio (Eds.), *Estudios sobre diversidad sexual en Iberoamérica*, pp. 239 – 253. Sevilla: Aconncagua libros

García Badaracco, Jorge E. (1990) *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Capítulo III La función terapéutica, pp. 87-109, Madrid: Tecnipublicaciones, Fuente: <http://www.geocities.com/HotSprings/9256/texbada.html>

Honnet, A. (1997) *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.

Kalina, E. (1997) *Adolescencia y Drogadicción*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

Lans, A. (1999). *Comunidad: Clínica y Complejidad*. Montevideo: Ediciones Multiplicidades.

Lima, A. F. D. (2010) *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. Sao Paulo: EDUC.

López-Ibor Aliño, J. Miyar, M. (2001) *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson.

Martínez-Guzmán, A. (2012). *Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: Contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero*. Mexico: Psicoperspectivas, 12(2), pp. 164-184. Recuperado en <http://www.psicoperspectivas.c> o en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171023938009>

Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010). La patologización de la transexualidad: Reflexiones críticas y propuestas. *Norte de Salud Mental*, 8(38), 44-55. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: OMS, Editorial Médica Panamericana.

Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.

Rodríguez Nebot, J. (2008) *Técnicas Psicoterapéuticas. Abordajes polisémicos*. Montevideo: Editorial Psicolibros.

