



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Experiencias en el ámbito de la Salud Mental de mujeres trans y cis : accesibilidad a tratamientos por consumo problemático y su vínculo con lxs profesionales**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Lara Fermin**

**Agustina Sosa**

**Ayelen Valentini**

**Milagros Luján Oberti, dir.**

**Mariano A. Poblet Machado, co-dir**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2023**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



ÁREA DE INVESTIGACIÓN:  
SALUD MENTAL Y GÉNERO

*Experiencias en el ámbito de la Salud Mental de mujeres trans y cis: accesibilidad a tratamientos por consumo problemático y su vínculo con lxs profesionales*

**Trabajo de Investigación Final**

● **Autoras:**

FERMIN, Lara - DNI: 39.389.269 / [larfermin@gmail.com](mailto:larfermin@gmail.com)

SOSA, Agustina - DNI: 39.655.581 / [agustinaajs150@gmail.com](mailto:agustinaajs150@gmail.com)

VALENTINI, Ayelen - DNI: 35.229.413 / [ayelensabinav@gmail.com](mailto:ayelensabinav@gmail.com)

- **Directora:** OBERTI, Milagros Luján – DNI: 36.342.041 / [milagrosoberti@outlook.com](mailto:milagrosoberti@outlook.com)

- **Co-Director:** POBLET MACHADO, Mariano A. - DNI: 28.589.018 / [marianopoblet@gmail.com](mailto:marianopoblet@gmail.com)

- **Cátedra:** Clemente

- **Seminario TIF:** 2º Cuatrimestre 2021 (Tutora: Araceli Galante)

- **Fecha de entrega:** 15/06/2023

## Agradecimientos

*A mi familia. En particular, a mis viejxs por el apoyo incondicional en todo momento y a mis hermanos, mi sostén por siempre.*

*A Nica, por la contención y el amor de todos los días.*

*A Mini, Ema y Malvina, la compañía más linda y leal.*

*A mis amigxs de la vida y de la Universidad, por haber hecho este recorrido más ameno y hermoso.*

### **Lara Fermín**

*A mis guías de vida, mi familia. Por apoyarme y alegrarse conmigo en cada logro.*

*A mi compañero del alma. Por cada palabra de aliento y cada abrazo reparador.*

*A mis amigxs. Por brindarme sus buenas energías en todo este camino recorri do.*

*A Toby e India, mis fieles compañerxs. Por su compañía absoluta y presencia irremplazable en cada mañana, tarde y noche de estudio.*

### **Agustina Sosa**

*A los espacios Tekoporá y Animí y todxs lxs profesionales y trabajdorxs que nos brindaron los recursos para poder hacernos sentir parte de las actividades, destacando una intervención situada y responsable.*

*A mi familia y amigxs por el destacado apoyo que he recibido.*

### **Ayelén Valentini**

*Agradecemos inmensamente a nuestrxs directorxs de tesina, Milagros Oberti y Mariano Machado, quienes nos acompañaron desde el primer momento con compromiso y paciencia, sorteando las dificultades en conjunto y brindándonos todas las herramientas para seguir este camino. Y a Eugenia Bianchi, quien nos propició de sus saberes en el campo de la salud mental. Somos afortunadas de haber tenido su acompañamiento todo este tiempo.*

*A todas las personas entrevistadas y, en particular, a las mujeres trans y cis, quienes confiaron en nosotras y participaron del proceso con voluntad y compromiso. Ojalá esta investigación aporte a visibilizar las problemáticas que atraviesan.*

*A la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y la carrera de Trabajo Social, por otorgarnos educación de calidad, gratuita, con compromiso ético y político.*

## RESUMEN

<b>Título:</b>	Experiencias en el ámbito de la salud mental de mujeres trans y cis: accesibilidad a tratamientos por consumo problemático y su vínculo con lxs profesionales
<b>Autoras:</b>	Fermín, Lara: <a href="mailto:larfermin@gmail.com">larfermin@gmail.com</a> Sosa, Agustina: <a href="mailto:agustinaajs150@gmail.com">agustinaajs150@gmail.com</a> Valentini, Ayelén: <a href="mailto:ayelensabinav@gmail.com">ayelensabinav@gmail.com</a>
<b>Fecha de presentación:</b>	15/06/2023
<b>Palabras claves:</b>	mujeres cis y trans - género - salud mental - consumo problemático

El presente Trabajo de Investigación Final aborda las problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas que atraviesan mujeres trans y cis que acuden a los dispositivos Casa Animí y Tekoporá. El objetivo general consiste en analizar, en clave de género, como los discursos y prácticas de lxs profesionales de la salud sobre mujeres trans y cis repercuten en la construcción de la accesibilidad a tratamientos por consumo problemático. Con lo dicho, interesa profundizar en la accesibilidad al sistema de salud mental recuperando las trayectorias institucionales y la conformación de redes de autocuidado que implementan las poblaciones afectadas para el sostenimiento de su cotidianeidad. Asimismo, se pretende dar cuenta de la construcción de significados por parte de lxs profesionales, de los modos de abordaje para la problemática de consumo y la especificidad del trabajo interdisciplinario, dando relevancia al rol del trabajo social como disciplina que propone saberes y discusiones respecto a la salud mental. Para ello, se optó por una metodología cualitativa flexible que permitió captar emergentes y se realizaron entrevistas semiestructuradas tanto a mujeres trans y cis, como a profesionales intervinientes. El marco teórico se conforma a partir de situar al consumo problemático de sustancias psicoactivas desde una perspectiva integral y comprendiéndolo en un contexto sociocultural particular, que involucra determinantes como el género, la clase social, el origen étnico, etc. Se tiene presente el escenario de pandemia por COVID-19 ya que afectó considerablemente las dinámicas de los espacios y la cotidianeidad de lxs sujetxs que asisten a los mismos. En ese marco, pensar la intervención profesional y el papel que ocuparon las instituciones ante una emergencia social y sanitaria de tal magnitud, resulta relevante para analizar la importancia del sostenimiento de los mismos.

## **ACLARACIONES DE LECTURA**

### **Uso de la “X”**

Entendemos al lenguaje como una herramienta que permite nombrar y construir determinadas ideas y visiones sobre la realidad en la cual habitamos y como un instrumento de ejercicio del poder, por lo cual, el discurso no es solamente una voluntad de comunicación, sino también de dominio de sentidos y significados que se corresponden con determinados grupos sociales. En esta línea, especificar y clarificar las palabras y conceptos que utilizamos para referirnos al género y a las poblaciones de interés, resulta una tarea primordial para la presente investigación. Afirmamos la necesidad, política y epistemológica, de considerar a las mujeres trans y cis que atraviesan un consumo problemático como dos colectivos que histórica y sistemáticamente han sufrido múltiples vulneraciones de diferente índole, algunas compartidas y otras diferenciales. Nuestra intención es no volver a reproducir dichas violencias en esta pesquisa.

Por esa razón, decidimos utilizar la letra “x”, para saldar el binarismo de género y su consecuente invisibilización, sin hacer distinciones al momento de nombrar a todas las personas que han sido entrevistadxs, a menos que lo requiera el trabajo de análisis. En esa línea, y considerando que el lenguaje no es neutral, coincidimos con el señalamiento de Lal Zimman, quien afirma que identificarse como mujer trans no solo se puede hacer mediante la vestimenta u otras formas de autopresentación material y visual, sino que también lo señala como una “performatividad lingüística” (2017). En concordancia con ello, la identidad de género tal como lo declara la Ley 26.743 es considerada como la vivencia interna e individual del género como cada unx lo sienta, que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer y que incluye la vivencia personal del cuerpo (Ley de Identidad de Género 26.743, Art. 2).

Llevando adelante esta decisión, entendemos que se incluye, integra y visibiliza las distintas perspectivas y modos de existencia de lxs sujetxs partícipes de nuestra investigación. Asimismo, nos posicionamos y abogamos por una escritura e intervención que sea más igualitaria y heterogénea, sin reducirnos a un sistema heteronormativo que silencia, invisibiliza y reproduce desigualdades.

## **ABREVIATURAS**

A continuación, con motivo de facilitar la lectura de la investigación aquí presentada, esbozamos un listado de siglas y palabras que fueron abreviadas, y que son utilizadas a lo largo del trabajo.

- ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio
- CAAC: Centro de Atención Comunitaria
- CCC: Casas Convivenciales Comunitarias
- CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- LNSM: Ley Nacional de Salud Mental
- LGTBQ+: Refiere a colectivos con orientaciones sexuales e identidades de género que no se identifican con identidades cis
- MMH: Modelo Médico Hegemónico
- SMC: Salud Mental Comunitaria
- TS: Trabajo Social

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>Obstáculos y facilitadores</b> .....	4
<b>Estructura de la tesina</b> .....	6
<b>METODOLOGÍA</b> .....	8
<b>Problema de investigación y preguntas orientadoras</b> .....	9
<b>Objetivo general y objetivos específicos</b> .....	11
<b>Unidades de análisis, muestras y criterios de selección</b> .....	12
<b>Técnicas de recolección de datos</b> .....	13
<b>Procesamiento y análisis de la información</b> .....	14
<b>Resguardos éticos</b> .....	14
<b>CAPÍTULO I</b> .....	16
<b>EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO</b> .....	16
<b>1.1 Salud mental: conceptualizaciones y normativas</b> .....	17
<b>1.1.1 Al respecto de la salud y salud mental</b> .....	17
<b>1.1.2 Proceso de salud-padecimiento y atención en salud mental</b> .....	20
<b>1.2 Acerca de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657</b> .....	22
<b>1.2.1 El consumo problemático y el campo interdisciplinario</b> .....	22
<b>1.3 Modelos de abordaje: entre la culpabilización y la des-responsabilización. Conceptualizaciones y debates posibles</b> .....	23
<b>1.4 Qué entendemos por género</b> .....	24
<b>1.4.1 Sobre identidad trans</b> .....	26
<b>1.4.2 Interseccionalidad entre género y salud mental, accesibilidad y consumos.</b> .....	27
<b>1.5 Intervención profesional del trabajo social en salud mental y la importancia de la interdisciplina</b> .....	29
<b>CAPÍTULO II</b> .....	31
<b>SOBRE LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD: ANÁLISIS EN TORNO A TRAYECTORIAS DE LA POBLACIÓN TRANS Y CIS</b> .....	31
<b>2.1. Características de los dispositivos</b> .....	31
<b>2.1.1 Tekoporá y Casa Animí: Modalidad de organización y población que asiste</b> .....	31
<b>2.1.2 Marco normativo de ambos dispositivos</b> .....	32
<b>2.2 Sobre desigualdades en el acceso a tratamientos por consumo problemático</b> .....	33
<b>2.2.1 ¿Qué entendemos por accesibilidad?</b> .....	33

2.2.2 Trayectoria en el consumo problemático de la población cis y trans: recuperando significados acerca de profesionales de la salud mental	34
2.2.3 Consideraciones sobre la estigmatización en servicios de salud	39
2.3 Observaciones finales y resumen de resultados: ¿Cómo se configura la accesibilidad de las personas cis y trans en el sistema de salud?	43
<b>CAPÍTULO III</b>	45
<b>LA POTENCIA DE LA PALABRA: ANALISIS DE LOS SIGNIFICADOS QUE LXS PROFESIONALES CONSTRUYEN SOBRE MUJERES CIS Y TRANS</b>	45
3.1 Intervención profesional en Tekoporá y Animí	45
3.1.1 Las dos caras del Covid-19: contextualizando la intervención en la pandemia	45
3.1.2 El trabajo interdisciplinario y la especificidad del trabajo social	46
3.1.3 Sobre el rol del trabajo social	48
3.1.4 Estrategias de intervención en ambos dispositivos: Análisis de los modelos de abordaje sobre salud mental en Tekoporá y Casa Animí	51
3.1.5 Análisis de los modelos de abordaje sobre salud mental en Tekoporá y Casa Animí	52
3.2 Limitaciones en la intervención profesional	56
3.2.1 Intervención con mujeres trans y cis	59
3.3 Reflexiones acerca de la práctica profesional en consumo problemático	60
<b>CAPÍTULO IV</b>	62
<b>CONSTRUCCIÓN DE REDES SOCIALES EN CONTEXTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS</b>	62
4.1 Acerca de las redes	62
4.2 El recurso de la institucionalidad en red	63
4.2.1 Sobre las redes de atención en salud mental: aportes del trabajo social	66
4.3 Construcción de redes de la población trans y cis en situaciones de vulnerabilidad	67
4.3.1 Representaciones en torno a lo afectivo: “Yo las veo como mis hermanas”	67
4.3.2 Las redes en la cotidianeidad institucional: observaciones finales	70
<b>CONCLUSIONES</b>	71
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	76
<b>ANEXOS</b>	82

## INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Investigación Final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires, se encuadra en el campo de la salud mental, a partir de retomar dos dispositivos que abordan consumos problemáticos: Casa de Acompañamiento Comunitario “Tekoporá” y Casa “Animí”, ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ambas se caracterizan por trabajar tanto con población trans como con mujeres cis que han atravesado o atraviesan en la actualidad problemáticas asociadas al uso de sustancias psicoactivas. Asimismo, cuentan con equipos interdisciplinarios especializados en materia de consumos, abordándola desde espacios para la escucha, la atención y el respectivo acompañamiento, los cuales comprendemos como necesarios.

El tema-problema que se indaga implica un conjunto de problemáticas entendidas en el marco de un contexto histórico y social particular. Hablar de salud mental es pensar en un campo caracterizado por luchas de poder de diversos actores en la disputa por los sentidos, a partir de los diferentes intereses que cada actor o grupo representa. Por lo tanto, nos referimos a un campo complejo, el cual nos proponemos analizar enmarcado en un escenario signado por los movimientos feministas y los colectivos LGTBQ+, y un momento histórico en el cual, el consumo problemático, en el marco de la Ley 26.657, supone diversas discusiones y posiciones. No podemos obviar que la investigación se encontró atravesada por la pandemia COVID-19, contexto en el cual realizamos el diseño de tesina y las primeras entrevistas, que si bien fue posterior a la etapa de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), aún continuaban en vigencia ciertas medidas de prevención que fueron modificando las formas de acceder y llevar a cabo los encuentros. Nos parece importante hacer mención de estos hechos sociales, políticos e históricos ya que han marcado significativamente el campo de la salud mental y, en consecuencia, nuestro trabajo de investigación.

En cuanto a las problemáticas sociales complejas que este trabajo abarca, creemos pertinente aclarar que tanto las mujeres trans como mujeres cis son dos colectivos históricamente vulnerados por los sistemas patriarcal y capitalista, que organizan y estructuran la vida política, social y económica de las personas. Sin embargo, esto no niega las particulares dificultades de la población trans, que tienen una historia de precarización, vulneración y expulsión sistemática de los espacios e instituciones que habitan, siendo discriminadas, invisibilizadas y violentadas.

Aseveramos que ambas poblaciones, con las especificidades que las caracterizan y distinguen en sus trayectorias de salud mental, están atravesadas por situaciones de vulnerabilidad social y de gran complejidad en su cotidianidad. En relación a ello, creemos importante aclarar que en la presente investigación no nos situamos desde una perspectiva binaria. Tenemos presente, y es una cuestión en la que nos detendremos en los próximos apartados, que los colectivos con orientaciones sexuales e identidades de género que no se identifican con identidades cis, son los que sufren aún peores vulneraciones de derechos, ya que su identificación es el principal factor de exclusión (Florito y Camisas, 2020). En ese sentido, no es nuestro fin comparar ambas poblaciones, sino dar cuenta de cómo aún en el presente las desigualdades por género son una de las principales causas de expulsión, lo cual repercute directamente, entre otras problemáticas, en el acceso a derechos vinculados a su salud mental.

Por lo expuesto hasta aquí, es que nuestra pregunta de investigación se interroga por la vinculación de las percepciones sobre la atención por consumo problemático de sustancias en feminidades cis y trans en relación a sus experiencias con los discursos y las prácticas de lxs profesionales del área de salud mental de Tekoporá y Animí, en el periodo abril-octubre de 2022. A partir de dicho interrogante, nuestro objetivo principal es analizar, en clave de género, cómo los discursos y prácticas de lxs profesionales de la salud mental sobre mujeres trans y cis, repercuten en la construcción de la accesibilidad a tratamientos por consumo problemático de estas poblaciones.

En cuanto al marco teórico y las principales referencias conceptuales que han acompañado el análisis y las reflexiones de esta investigación, la tesis en su conjunto aborda el consumo de sustancias enmarcado y conceptualizado dentro del campo de la salud mental con perspectiva de género. Comprendemos que la noción de consumo no siempre implica la caracterización de problemático, sino que se trata de un proceso y una situación en particular. Tanto consumo de sustancias, salud mental y género son categorías que atraviesan toda la investigación. Respecto al campo de la salud mental, los aportes de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 sentaron las bases para poder direccionarnos y enfocarnos en la temática. Asimismo, nos resulta importante dar a entender de qué hablamos cuando hablamos de salud desde los aportes de Floreal Ferrara (1993) y Hugo Spinelli (2010), y de salud mental considerando principales autoras del campo de las ciencias sociales, en particular, como Silvia Faraone (2013) y Eugenia Bianchi (2018), entre otrxs.

Por otra parte, es menester mencionar que la noción del proceso de salud-atención-padecimiento es primordial para la investigación, el cual resulta de una construcción socio-

histórica situada, que opera de diferentes modos en lxs sujetxs y, específicamente, en el campo del consumo problemático de sustancias, construyendo diversas formas tanto de atención, como de padecimiento (Faraone, 2012). En relación a ello, hacemos mención al Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1985) y el Modelo de Salud Mental Comunitaria (Lodieu et al, 2012), que representó para nosotras la posibilidad de dar de las disputas de poder hoy en día en el campo de la salud mental, considerando la Ley 26.657 como legislación que propone un cambio de paradigma en relación a lxs sujetxs padecientes, modificando la mirada de “adictx” a sujetxs de derecho. En concordancia, los aportes de Graciela Touzé (2006) y Carlos Damin (2015), entre otrxs, resultaron relevantes para definir qué entendemos por consumo problemático y dar cuenta de los modelos de abordaje por parte de los Estados.

Finalmente, en cuanto a las referencias teóricas, la categoría género resulta un concepto clave que conduce la totalidad de nuestra investigación. Las contribuciones de Blas Radi (2014) y Victoria Fernández (2004), principalmente, han sido sumamente relevantes para nuestro marco conceptual y de inteligibilidad de las problemáticas a abarcar, logrando de este modo un análisis de las entrevistas que considere lo general y lo particular de ambas poblaciones.

El interés por la temática surgió, en primer lugar, al haber cursado en el año 2020 la materia electiva "Problemática de la Salud Mental en Argentina" de la cátedra Faraone, ofrecida por el Plan de Estudios de la carrera y, posteriormente, en el año 2022, la asignatura optativa "Debates actuales en torno a la Intervención ante el Consumo de Sustancias" de la cátedra de Goltzman, la cual fue de suma importancia para ahondar en la temática del consumo problemático. Ambas asignaturas abordan conceptualizaciones, teorías y discusiones acerca de la salud mental y el vínculo con la intervención del trabajo social, siendo de gran aporte para nuestro último tramo de la Licenciatura.

En segundo lugar, en el año 2020 una de las integrantes de este equipo de tesis, Ayelén Valentini, realizó las prácticas pre-profesionales de Taller IV en Tekoporá, por lo que nos resultó interesante abordar cuestiones referidas a la articulación entre salud mental y género, teniendo en cuenta que hay escasos estudios, aunque se encuentran en aumento, acerca de la accesibilidad al sistema de salud mental en población trans y cis. Sin embargo, cada una de las personas que escribimos la presente tesina tuvimos la oportunidad de realizar nuestras prácticas pre-profesionales en instituciones que trabajan específicamente con consumo problemático.

Tanto las experiencias en Tekoporá, Hospital Vélez Sarsfield y Hospital Neuropsiquiátrico Alvear, nos han contribuido a pensar y observar el rol del trabajo social y el trabajo interdisciplinario, así como también interesarnos por problematizar cuestiones que están vinculadas a la accesibilidad a tratamientos y al trato de lxs profesionales hacia la población

usuaria de dichos dispositivos. La decisión de agregar Casa Animí a la presente investigación se llevó a cabo en abril del 2022 en conjunto con lxs tutorxs temáticos, explicada con detenimiento en el próximo apartado. Dicha institución también fue clave en nuestra experiencia de reflexión e investigación.

Finalmente, nos resulta relevante hacer hincapié en que, a lo largo del presente trabajo, incorporamos una perspectiva de género integral, ya que destacamos que las desigualdades sociales, económicas, culturales, entre otras, siguen actuando como un vector de invisibilización y opresión a poblaciones en relación a su género, reproduciendo y reconfigurando diversas violencias. Es por ello, que nos parece importante recalcar nuestro posicionamiento epistemológico, teórico, político y ético con el cual realizamos la investigación y, especialmente, desde donde se enmarca la formación de nuestra profesión, acentuando la importancia que ocupa la presencia e intervención del trabajo social en el campo de la salud mental.

## **Obstáculos y facilitadores**

En este apartado nos detenemos específicamente en aquellos hechos o elementos que comprendemos como cambios y emergentes que se suscitaron en el desarrollo del campo y repercutieron en los inicios de la investigación. Para hacer más amena y ordenada la lectura, a continuación, enumeramos los obstáculos y facilitadores que se presentaron a lo largo del proceso exploratorio.

### Obstáculos

1. El **primer obstáculo** está relacionado con la población a entrevistar. La idea inicial de nuestra investigación era centrarnos únicamente en la Casa de Acompañamiento Comunitario “Tekoporá” y entrevistar población autopercebida como trans que haya realizado o que estuviera realizando en ese momento, tratamientos por consumo problemático. Al empezar a trabajar en las entrevistas en marzo de 2022, nos encontramos con que la mayoría de las mujeres trans no estaban asistiendo y participando de las actividades diarias con la misma frecuencia que lo hacían durante la pandemia por Covid 19. Aunque el dialogo con con lxs profesionales del dispositivo elegido fue ameno y constante, no podían brindarnos certezas acerca de la concurrencia al dispositivo por parte de alguna mujer trans para coordinar una entrevista y, de este modo, acceder a la población que había sido de interés para nosotras.

2. En línea con lo expuesto anteriormente, el **segundo obstáculo** estuvo relacionado a los tiempos institucionales de Tekoporá. Al inicio y durante aproximadamente un mes, cuando teníamos la intención de comenzar el campo, estuvimos en permanente contacto con lxs profesionalxs del dispositivo para coordinar encuentros y entrevistas. Sin embargo, no lográbamos obtener respuestas satisfactorias dado que, al resultar un dispositivo de bajo umbral, en múltiples oportunidades ellxs mismxs perdían el contacto con lxs sujetxs destinatarixs o les comunicaban que estaban realizando tratamientos o internaciones en otras instituciones. Si bien se comprende la complejidad de las demandas que atienden y las exigencias institucionales, esto impactaba en la planificación del campo y los plazos de entrega.

3. Como **tercera dificultad**, y producto de los dos obstáculos previos, nos vimos en la obligación de ampliar el campo y, por ende, adherimos un dispositivo más a la investigación, duplicando la muestra para que resuelva equitativo y resguardar los criterios metodológicos. Si bien coincidimos que las decisiones tomadas fueron acertadas, creemos necesario hacer hincapié en esta contingencia sin nombrarlo como “obstáculo”, sino como una dificultad que se convirtió en un desafío. Justamente para avanzar con la tesina y sostener nuestro diseño con los objetivos establecidos en una primera instancia de la TIF el título de la tesina, la pregunta-problema de investigación, el objetivo general, los objetivos específicos y las unidades de análisis, fueron rediseñados. Dichas reformulaciones implicaron tiempos más extensos para repensar, debatir, reflexionar, investigar y, finalmente, escribir, ya que consideramos que abarcar población de mujeres cis y trans requirió de un análisis aún más profundo y de un compromiso mayor en todas las dimensiones que implica una investigación.

### Facilitadores

1. En primer lugar, tanto el obstáculo n° 1 como el n° 2, fueron resueltos al decidir incorporar, en conjunto con lxs tutorxs, Casa Animí al campo de investigación. En este sentido, queremos mencionar como un **primer facilitador**, la conformación de redes que supimos tejer con lxs profesionales de Tekoporá, especialmente con la psiquiatra, quien nos facilitó el contacto de la directora de Casa Animí y quien nos recibió con gran predisposición.

2. Como **segundo facilitador** distinguimos el interés y la voluntad de cada una de las directoras y/o coordinadoras de los dispositivos investigados, como así también de la población que asiste a cada uno. La elaboración de la tesina no hubiese sido posible sin la presencia de mujeres trans y de las mujeres cis, protagonistas a lo largo de este proceso, que nos acompañaron y ayudaron con gran entusiasmo, predisposición y comprensión. Estas actitudes

hacia nuestra investigación se volvieron otros facilitadores

3. Finalmente, como **tercer facilitador** destacamos el acompañamiento y asesoramiento de lxs tutores para sortear la situación presentada. En todo este proceso de cambios y decisiones a tomar, distinguimos el acompañamiento que tuvimos de nuestrxs tutorxs, Milagros Oberti y Mariano Poblet Machado, como también de Eugenia Bianchi, quien nos concedió bibliografía pertinente para ahondar en la temática y enriquecer la tesina, brindándonos herramientas y diferentes opciones para enriquecer nuestro trabajo de investigación sin tener que alejarnos del diseño aprobado durante la materia TIF.

### **Estructura de la tesina**

La tesis se divide en dos partes que se desarrollan del siguiente modo: por un lado, una primera parte que implica el capítulo de introducción y otro dedicado al diseño metodológico que nos permitió desarrollar esta investigación y sortear los emergentes detallados en el anterior apartado y al cual luego se le adhiere el Capítulo I donde abordamos los principales campos teóricos y conceptos que estructuran a la tesina y con los que trabajamos mayormente, y que nos permitió esbozar una posición ética y política como estudiantes. La segunda parte se corresponde con el análisis de las entrevistas a partir de tres ejes principales que responden a nuestros objetivos específicos: trayectorias en consumo problemático, características de la intervención profesional con ambas poblaciones y la construcción de redes institucionales y vinculares. Resulta menester aclarar que tanto en el capítulo II, III y IV, decidimos, como escritoras de la investigación, aclarar por única vez y acompañado de la inicial de cada nombre, cuándo hacemos referencia a mujeres cis y cuándo a mujeres trans. La decisión no es de carácter comparativo, sino que consideramos que, al abarcar y analizar dos poblaciones diferentes, es necesario realizar este tipo de aclaraciones. A continuación, detallamos cómo se organizaron particularmente estos contenidos:

**Capítulo I:** abordamos las principales conceptualizaciones que enmarcan nuestra tesina. En primer lugar, lo que refiere al campo de la salud y la salud mental, introduciéndonos en los cambios en materia legislativa acompañado de una ruptura epistemológica acerca de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. En segundo término, realizamos una aproximación sobre qué comprendemos por las categorías de género e identidad trans y el vínculo con la accesibilidad en el sistema de salud mental, así como también desde qué perspectiva nos situamos para definir intervención e interdisciplina, considerando que ambas conceptualizaciones son sustanciales para analizar las entrevistas realizadas a lxs profesionales.

**Capítulo II:** nos centramos, en primer lugar, en caracterizar a las instituciones investigadas para luego dar inicio al análisis de las entrevistas. Posteriormente, definimos lo que entendemos por accesibilidad y trayectoria, y el vínculo entre ambos conceptos. De este modo pudimos caracterizar cada uno a través del análisis de las entrevistas de la población que asiste a Tekoporá y Animí.

**Capítulo III:** consideramos en este apartado la importancia que adquiere la interdisciplina en el campo de la salud mental, teniendo en cuenta los alcances y limitaciones que pueden surgir en la propia cotidianeidad profesional. Asimismo, analizamos fragmentos de entrevistas de lxs propixs trabajadorxs de las instituciones sobre el trabajo interdisciplinario y las modalidades de abordaje en torno al consumo problemático de sustancias psicoactivas, como también la especificidad de la intervención con población de mujeres cis y trans.

**Capítulo IV:** Focalizamos nuestra atención en describir la importancia que adquiere en la cotidianeidad profesional y colectiva la estrategia en red, tanto social como con otras instituciones afines, sobre todo aquellas que se construyen entre la población trans y cis que asiste a los dispositivos investigados. Nos interesa visibilizar también el rol que ocupa el trabajo social dentro de los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud mental y el papel esencial que desempeñan a la hora de intervenir con otrxs sujetxs.

Hacia el final, desarrollamos y enunciamos las **conclusiones**, reflexiones y futuras líneas de investigación que resultaron del proceso investigativo. Por un lado, nos dedicamos a dar cuenta, a partir de los objetivos específicos descritos, qué buscábamos responder en cada capítulo y los resultados que supimos alcanzar. Asimismo, reflexionamos las problemáticas identificadas a lo largo de la tesina considerando el rol del Trabajo Social como sustancial para el análisis y la perspectiva planteada en todo el recorrido, dando lugar, por último, a posibles líneas de investigación relacionadas a nuestra área de intervención y de interés, que podrían ser útiles y funcionales para dicho campo temático, favoreciendo y posibilitando el dar respuestas a interrogantes inconclusos aún en la actualidad.

## METODOLOGÍA

El presente capítulo tiene como finalidad exponer diferentes aspectos metodológicos de nuestra investigación. La utilización de la misma nos permitió abordar estratégicamente el problema, en relación al objetivo general y los objetivos específicos planteados desde un principio. A partir de los mismos, llevamos a cabo una investigación de tipo cualitativa, con el fin de captar la perspectiva de lxs actores involucradxs respecto al fenómeno a investigar, profundizando en el análisis de sus relatos. Tal como plantea Sampieri “los estudios cualitativos se fundamentan en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones” (2018, p. 9).

La herramienta principal para la recolección de datos primarios fue la entrevista semiestructurada, previamente confeccionada, realizada a mujeres cis y trans de entre 18 y 40 años que acuden a Tekoporá y Animí, por un lado, y a lxs profesionales de ambos dispositivos, por el otro. Para cada población, se diseñó una guía de preguntas específica. Quisiéramos detenernos mínimamente en ciertas decisiones metodológicas que tuvimos que tomar para poder continuar con nuestro estudio, lo cual fue posible gracias a la metodología flexible elegida que nos permitió captar emergentes y resolver ciertas dificultades.

Como se ha comentado previamente, en un comienzo, planificamos entrevistar únicamente a mujeres trans del dispositivo Tekoporá. Sin embargo, ante los obstáculos ya descritos particularmente en cuanto a la no participación en ese momento en el dispositivo de mujeres trans, y luego de debatir y buscar alternativas, se tomaron dos decisiones claves para avanzar con la investigación procurando no su transformación sustancial, sino su ampliación. De este modo, por un lado, decidimos ampliar la muestra a mujeres cis del dispositivo Tekoporá, para no modificar el dispositivo; y por el otro, decidimos adherir un dispositivo más para lograr entrevistas con mujeres trans y no perder nuestro objetivo inicial.

Consideramos que, si bien la población de interés inicial fue mujeres trans en uno de los dispositivos, haber tenido la posibilidad de entrevistar mujeres cis permitió visibilizar las desigualdades existentes aún en la actualidad hacia los colectivos vulnerados en los dispositivos de salud mental. Es por este motivo que hablamos de una amplitud nutricional para la investigación y no de una modificación sustancial de la misma que nos podría haber alejado de nuestros propósitos, intereses y objetivos.

El resultado de estas decisiones metodológicas, es decir, de incorporar a la investigación 3 entrevistas a mujeres cis y sumar Casa Animí al análisis, fue que la cantidad de trabajo de campo resultó mayor, abarcando un total de 16 entrevistas. Los encuentros se realizaron en el

horario de funcionamiento de los dispositivos y de manera presencial, en tiempos libres dentro del marco de las actividades diarias y de las mismas instalaciones; a excepción de la entrevista a la estudiante de trabajo social de Anímí quien, ante dificultades de coordinar un encuentro presencial, se acordó realizarla en forma virtual. Adherimos que, como fuente de recolección secundaria, y como una segunda técnica de investigación propicia, realizamos la lectura de registros y documentos generados en el marco de la asignatura de Taller IV.

Entendemos que la flexibilidad en el diseño de la investigación nos permitió adaptar el mismo ante las distintas situaciones que se nos fueron presentando en el transcurso de elaboración y que no habían sido consideradas al momento de planificar. En términos de Mendizabal, la flexibilidad en la investigación cualitativa posibilita advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas que puedan implicar cambios en los propósitos y preguntas elaboradas, así como también de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos (2006). La investigación cualitativa consta de un análisis que no es matemático, sino que trata de reflexionar sobre el significado de las acciones siempre a partir de la perspectiva de lxs sujetxs con quienes se trabaja. En este sentido, comprender los relatos y perspectivas de la población de interés en Tekoporá y Anímí es posible solo desde la propia voz de ese otrx, de su propia narrativa. En términos de Recorder (2020), la narrativa es “la forma a través de la cual la experiencia es representada, re-contada y comunicada” (p. 84). Si bien las experiencias tienen una dimensión singular y subjetiva, son fenómenos que se construyen colectivamente y de manera intersubjetiva.

Para finalizar, nos interesa remarcar la importancia del trabajo social en la investigación cualitativa. En palabras de Arias (2016), la especificidad de nuestra intervención refiere a que “si el otro es sólo víctima, hay que dirigir la mirada y las acciones hacia los que infligen el daño [...] hay que poder escuchar, mirar, reconocer, traducir y -fundamentalmente- pensar” (en Godoy, 2017, s/n). A lo largo de la investigación, intentamos posicionarnos a partir de estas ideas como estudiantes y futuras profesionales del trabajo social.

### **Problema de investigación y preguntas orientadoras**

La pregunta-problema que guía nuestra investigación, y delineó hacia dónde queríamos ir, a partir de los cambios realizados, es la siguiente: *¿Cómo se vinculan las percepciones sobre la atención por consumo problemático de sustancias en feminidades cis y trans en relación a sus experiencias con los discursos y las prácticas de lxs profesionales del área de Salud Mental de Tekoporá y Anímí?*

Para llegar a ella, elaboramos y tuvimos en cuenta una serie de elementos que fueron orientando y delimitando la temática en función de temas de interés, que luego resultaron útiles para construir la guía de preguntas a lxs distintxs actores, producto de una constante reflexión teniendo en cuenta a qué población estaban destinadas. Estos temas de interés se convirtieron en los núcleos clave de indagación, que nos permitirían acercarnos a las percepciones, discursos y prácticas que construían nuestra pregunta principal y objetivo. Cabe destacar que justamente la entrevista permite el “aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente” (Taylor y Borgan, 1994, p. 101). Por otro lado, en concordancia con los aportes de Cohen y Gómez Rojas (2003), la investigación es un acto que involucra la construcción de conocimiento, gestándose al interior del conocimiento ya existente pero insuficiente para responder determinadas preguntas que lxs investigadores se formulan acerca de una temática particular, surgiendo nuevas preguntas y dudas que no fueron convivientes o crean más dudas. A estas preguntas no respondidas, se las conciben como preguntas-problemas, cuestionando así el alcance del conocimiento.

Algunos núcleos que nos preocupaban al confeccionar las entrevistas referían a la identidad de la persona, su género autopercebido, redes existentes, etc, tales como: *¿de qué género te autopercibís? ¿contás con alguna red de acompañamiento como familia, amigxs profesionales, en todo el proceso?*

En segunda instancia, nos centramos en realizar preguntas que hacen a la trayectoria institucional de lxs sujetos y, sobre todo, del porqué transita este tipo de dispositivos. En relación a esto, priorizamos preguntar acerca de sus experiencias en las distintas instituciones a las cuales asistió la persona debido a su situación de consumo. Dicho esto, preguntas tales como *“¿cómo podrían describir la atención por parte de lxs profesionales que han conocido en su trayectoria por las instituciones de salud?”*, o *¿recordás alguna situación específica con profesionales, positiva o negativa?*, nos han dado respuesta y los recursos necesarios para poder alcanzar los objetivos propuestos. Sus opiniones y comentarios nos permitieron aproximarnos intersubjetivamente en sus ideas, sentimientos y vivencias atravesadas a lo largo de su vida.

En tercer lugar, nos interesaba conocer también las perspectivas y miradas que los equipos interdisciplinarios de las instituciones tenían acerca de las poblaciones de interés. Por eso nos pareció pertinente realizar preguntas que tengan que ver con la dinámica grupal, la división de tareas y al respecto de qué mirada prevalecía mayormente al momento de pensar una estrategia de intervención. Comenzamos por preguntar cuestiones como *¿qué profesionales componen el equipo de la institución Tekoporá/Animí? y ¿qué profesionales intervienen diariamente en el espacio?* Asimismo, y considerando que las poblaciones que asisten a ambos

dispositivos son mujeres cis y mujeres trans, nos pareció pertinente preguntar “¿Tienen/tuvieron formación sobre temáticas de género en su recorrido profesional?” *¿Encuentran diferencias en la intervención con mujeres cis y trans?*”. En lo que respecta a lxs profesionales de ambos dispositivos, nos resultó pertinente hacer mención en las entrevistas sobre las redes que sostenían, ya sea con otras instituciones o mismo con las familias de la población que asiste a Tekopora o Animí. Dicho esto, indagamos las siguientes cuestiones: *¿identifican objetivos compartidos con otras Instituciones y/o dispositivos?; ¿existen situaciones en las que deban derivar a otra institución? ¿de qué forma se realiza esa derivación?*

En cuarta instancia, consideramos importante hacer referencia a la intervención profesional en ambos dispositivos, interrogamos acerca de las principales demandas que se presentan, y específicamente cómo identifican las estrategias en torno a problemáticas vinculadas al consumo de sustancias. Es por ello que fue de gran ayuda preguntar/consultar por: *¿cuáles son las demandas que la población trans y cis presentan? y también ¿de qué forma se aborda una situación de consumo problemático en Animí/Tekoporá? ¿Qué estrategias y acciones se desarrollan desde la Institución?*

Las respuestas a los interrogantes mencionados sentaron las bases para poder analizar y cumplimentar el objetivo general y los específicos que presentaremos a continuación. Asimismo, en las entrevistas realizadas, surgieron preguntas nuevas, propias de la dinámica del campo, que no estaban planificadas, pero fueron sumamente enriquecedoras para aportar a la investigación.

### **Objetivo general y objetivos específicos**

A partir de los ejes planteados que guiaron a nuestras preguntas orientadoras, el objetivo general que construimos fue el siguiente: *Analizar, en clave de género, como los discursos y prácticas de lxs profesionales de la salud sobre mujeres trans y cis, repercuten en la construcción de la accesibilidad a tratamientos por consumo problemático.* De aquí se desprendieron los siguientes objetivos específicos:

1. Reconstruir la trayectoria de la población cis y trans en busca de atención por consumo problemático e identificar cómo lxs sujetxs construyen significados sobre lxs profesionales a partir de la misma.
2. Analizar la construcción de significados que lxs profesionales establecen sobre la población trans y cis.

3. Identificar cómo las redes de atención en salud mental actúan en el acceso a tratamientos por consumo problemático hacia la población cis y trans.

### **Unidades de análisis, muestras y criterios de selección**

Para poder ensayar y brindar una serie de respuestas a los intereses y propósitos aquí expuestos, desarrollamos nuestra investigación enfocándonos en dos unidades de análisis. Por un lado, mujeres cis y trans; dentro de un rango etario entre 18 a 40 años, que estén/hayan estado realizando un tratamiento por consumo problemático, y que, al momento de realizar las entrevistas concurrían a la institución Animí o a Tekoporá. Asimismo, se tuvo presente que hayan transitado por instituciones de salud mental previamente, para ampliar las diversas experiencias vivenciadas por problemáticas de consumo. Es menester resaltar que los criterios de selección de la población a entrevistar fueron previamente consultados a lxs profesionales de ambos dispositivos. De este modo, terminamos obteniendo 8 entrevistas: cuatro a población de Casa Animí, y cuatro a población de Tekoporá, distribuidas de la siguiente manera:

	<b>Tekoporá</b>	<b>Animí</b>
<b>Profesionales</b>	4 (cuatro)	4 (cuatro)
<b>Población asistente</b>	1 (una) mujer trans / 3 (tres) mujeres cis	4 (cuatro) mujeres trans.

En cuanto a lxs profesionales de ambas instituciones; se consideró que formen parte del equipo de trabajo y cumplan funciones distintas en el mismo. En concordancia, creímos pertinente entrevistar a aquellxs que acompañan cotidianamente a cada una de estas trayectorias y, en las cuales, es desde la interdisciplina que se establecen criterios de intervención. Dicho esto, las entrevistas obtenidas resultaron, como demuestra el cuadro, en cuatro a profesionales de Tekoporá y Animí y cuatro a población de cada dispositivo. En el anexo se incorpora una entrevista a una mujer trans de Casa Animí, y una entrevista a una profesional de Tekoporá.

Las profesionales que entrevistamos en Tekoporá fueron una trabajadora social, dos psicólogas y una psiquiatra. Con respecto a lxs trabajadorxs de Animí, entrevistamos a la directora, a la psicóloga, al subdirector de la institución y a una estudiante avanzada de la Licenciatura en Trabajo Social. Es importante destacar que, al momento de analizar las entrevistas, tuvimos en cuenta la diferencia que radica entre ser estudiante de una licenciatura

y ser Trabajador/a Social, ya que hay responsabilidades a efectuar del ejercicio profesional enmarcadas en la Ley Federal del Trabajo Social 27.072.

### **Técnicas de recolección de datos**

En cuanto a las técnicas de recolección de datos en relación a las fuentes primarias, optamos por realizar entrevistas semiestructuradas y observación participante. Hacemos hincapié que, en todo este proceso de investigación, consideramos útil dejar a un lado la perspectiva informal que unx posee en la cotidianeidad y, por el contrario, optar por una mirada crítica y situada de lo que se está observando, marcando un límite en la participación propia dentro del escenario de intervención.

Por un lado, el objetivo de los encuentros era poder obtener toda la información posible acerca de las condiciones y calidad de vida de la población que concurría a cada institución, sus percepciones, sentidos y significados, partiendo desde una perspectiva integral y, sobre todo, estableciendo entre las entrevistadoras y entrevistadxs, un vínculo horizontal. A su vez, cabe señalar que aquellas realizadas fueron abordadas priorizando y teniendo en cuenta la singularidad, en términos de Cazzaniga (2001) de cada persona entrevistada, entendiendo que cada unx de lxs sujetxs posee una determinada trayectoria de vida, distintas potencialidades y limitaciones.

Con respecto a ello, la flexibilidad que caracterizó nuestro diseño de investigación también se vio reflejada al momento de estar entrevistando junto a un otrx, ya que el diálogo siempre resultó fluido, y las preguntas podían ser adaptadas al contexto y/o a la situación particular que estuviera atravesando esa persona. Cabe destacar que para realización de esta técnica se utilizaron guías de entrevistas previamente elaboradas, destinadas tanto a la población trans y cis, como a lxs profesionales, las cuales sirvieron como pautas y recordatorios de las variables a tener en cuenta en el diálogo.

Por otra parte, la observación participante como técnica también fue tenida en cuenta, la cual como explica Serrano [...] (...) “permite recoger aquella información más numerosa, más directa, más rica, más profunda y más compleja. Con esto se pretende evitar en cierta medida la distorsión que se produce al aplicar instrumentos experimentales y de medición” (2013, p.96). En la realización de las entrevistas, pudimos ser partícipes y observar el vínculo entre la población que asistía a las diferentes instituciones y lxs profesionales, como también la propia rutina que caracterizaba a cada dispositivo.

Por último, como fuente secundaria, utilizamos la técnica documental, que consistió en

la lectura de registros institucionales de ambas instituciones y bibliografía relacionada a la temática. Se trató de un modo de complementar el estudio, no de una evidencia empírica documental, a partir de comprender que “la ciencia social se trata de problemas de biografía, historia y de sus intersecciones dentro de las estructuras sociales” (Valles, 1999, p. 110). De este modo, fue posible complementar perspectivas y responder con una metodología compleja que combina fuentes y técnicas, a un tema complejo como es los consumos en clave de género en el campo de la salud mental.

### **Procesamiento y análisis de la información**

Al finalizar las entrevistas, realizamos el pertinente análisis a través del proceso de codificación, utilizando el Método de Comparaciones Constantes. Esta forma de procesar los datos nos permitió obtener las categorías teóricas a partir de las cuales serían analizados los relatos obtenidos, analizadas, ya que codificar “supone leer y releer nuestros datos para descubrir relaciones, y en tal sentido codificar es ya comenzar a interpretar” (Soneira, 2006, p.156). Una vez recabada la respectiva información a partir de las técnicas elegidas y de las fuentes primarias y secundarias, definimos cuatro dimensiones de análisis: 1. Trayectoria de la población trans y cis en el Sistema de Salud; 2. Significaciones de feminidades trans y cis en relación a sus trayectorias en instituciones de salud mental; 3. Redes Institucionales, y; 4. Significaciones que lxs profesionales construyen sobre la población trans y cis.

A partir de la selección de dichas dimensiones de análisis, decodificamos las entrevistas en una matriz de datos, donde utilizamos los fragmentos proporcionados en los encuentros, los cuales están relacionados con cada una de las categorías abordadas. La elaboración de esta matriz tuvo como fin poder realizar una comparación y un análisis de lo recabado para poder realizar el proceso de investigación que se expondrá a continuación.

### **Resguardos éticos**

Para poder realizar el proceso de recolección de datos mencionados anteriormente, tuvimos en cuenta diferentes criterios éticos. Por un lado, consideramos de suma importancia preservar los datos personales de quienes participaron en el proceso de investigación, así como también informar a lxs mismxs sobre nuestros objetivos en el marco de la tesina. Por ende, tanto el nombre y apellido como cualquier otro dato personal de las personas entrevistadas, será preservado, utilizando sólo la inicial de su nombre para proteger la identidad de quienes participaron en la investigación. Al momento de realizar las entrevistas utilizamos el modelo

de consentimiento informado que nos proporcionó la cátedra, que expresa la conformidad de cada entrevistadx y asegura su anonimato.

Cabe agregar que al principio de cada encuentro que realizamos, les mencionamos a lxs sujetxs que, si alguna pregunta no lxs hacía sentir cómodxs o simplemente no querían contestar, podían optar por no hacerlo. Aseguramos que la mayoría de las entrevistas fueron realizadas en ambientes lo más aislados, en lo posible, con el fin de respetar la privacidad de cada entrevistadx y generar un vínculo más estrecho que posibilita profundizar en los interrogantes pautados. Luego de las aclaraciones metodológicas, el siguiente capítulo “El campo de la salud mental y el consumo problemático con perspectiva de género”, nos introduce y desarrolla el posicionamiento teórico y epistemológico desde el cual nos situamos para hablar de las principales categorías ya descritas con anterioridad.

## CAPÍTULO I

### **EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

En el presente capítulo abordaremos los principales conceptos que estructuran la tesina, transversales a la misma: salud, salud mental, consumo y consumo problemático, género e intervención profesional en salud mental. Sin embargo, se aclara que en cada capítulo se desplegarán otras categorías y conceptos pertinentes para el análisis en particular de las entrevistas realizadas, teniendo en cuenta los objetivos específicos que nos planteamos para la investigación.

Partimos por definir qué entendemos por salud y salud mental, para luego adentrarnos en un análisis histórico sobre el proceso de salud-padecimiento, que, en palabras de Menéndez, “constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda la sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (1994, p. 2). Particularmente, en la presente investigación nos enfocaremos en el análisis del consumo problemático de sustancias psicoactivas como “aquellas que actúan a nivel del sistema nervioso central y, por consiguiente, producen cambios en la conciencia, el humor y/o el pensamiento” (Touzé, 2010, p. 27). Si bien comprendemos que no todo consumo de sustancias psicoactivas se constituye como problemático, en la pesquisa nos centraremos en aquellos que sí se vuelven tales.

A lo largo de la investigación haremos hincapié en el cambio de paradigma a partir de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, realizando un breve recorrido histórico de la política en salud mental, abordando las principales conceptualizaciones y debates en torno a su implementación. Comprender a dicha legislación como un cambio significativo en materia de derechos humanos de lxs usuarixs del sistema de salud mental conlleva a analizar, entre otras cuestiones, el pasaje conceptual de enfermedad a padecimiento, retomando aspectos claves de la LNSM para poder adentrarnos a la inclusión del consumo problemático de sustancias en los términos de padecimiento.

Retomando lo dicho, el cambio de posición respecto al consumo de sustancias psicoactivas y su incorporación a la LNSM no solo propone una modificación en términos discursivos, sino que pretende garantizar el derecho de todas las personas a poder acceder a los servicios de salud desde una perspectiva integral. Esto entra en disputa con el Modelo Médico Hegemónico, que históricamente introduce a la medicina y la psiquiatría como únicas

disciplinas aptas para intervenir y tomar decisiones en torno al sufrimiento mental. A su vez, en el mismo instrumento jurídico se establece que los consumos problemáticos deben ser considerados como temáticas complejas a abordar desde el campo de la salud mental. A partir de ello, resulta primordial analizar los distintos modelos de abordaje del consumo problemático, ya que son un eje fundamental para identificar el trabajo interdisciplinario tanto en Tekoporá como en Animí respecto al mismo.

Luego de adentrarnos en el campo de la salud mental, deslizamos un apartado nombrado “¿De qué hablamos cuando hablamos de género?” interrogante tomado de los aportes de Radi (2014), que permite pensar sobre el concepto en cuestión y profundizar sobre la identidad trans, teniendo en cuenta el cambio epistemológico que generaron las nuevas representaciones existentes en torno al mismo (Nieto, 2008, en Farji Neer, s.f). Hacia el cierre del primer capítulo, nos interesa ahondar sobre el género y el vínculo con la salud mental, entendiendo al mismo como un posible determinante de la salud psíquica en mujeres cis y trans, que construye barreras en el acceso a la salud, vivienda, trabajo, etc. En esta línea, nos interesa aportar cómo el saber psiquiátrico históricamente operó y opera con la idea normativa de ser “mujer”, teniendo en cuenta que el mismo se inscribe desde una perspectiva binaria donde otras identidades no cabían. En ese sentido, Caponi afirma que el vínculo entre mujer y locura sigue vigente en el discurso psiquiátrico, transformando los sufrimientos de las mujeres en diagnósticos y terapéuticos de riesgo, que silencian las causas que generaron aquellos sufrimientos (como se citó en Miranda, 2019)

Considerando que en la presente tesis nos referimos a conceptos complejos, tales como salud mental y género, que se han correspondido a diversas teorías a lo largo de la historia y que su significado implica un amplio abanico de dimensiones que las definen, el primer capítulo nos sitúa no solo a nivel teórico, sino también crítico, ético político y epistemológico, para poder comprender y analizar en los apartados restantes las historias de vida de las personas entrevistadas, que se encuentran atravesadas por diferentes concepciones y modelos de abordaje en salud mental.

## **1.1 Salud mental: conceptualizaciones y normativas**

### **1.1.1 Al respecto de la salud y salud mental**

El campo de la salud mental representa para nuestra investigación uno de los principales ejes que ha moldeado nuestro proceso. Por lo tanto, expondremos cómo lo comprendemos y, por ende, cómo está conformado, junto a una serie de conceptos que se encuentran

estrechamente ligados entre sí. Tenerlos en cuenta y ahondar en ellos permitirá visibilizar desde donde nos posicionamos a la hora de realizar este proceso investigativo.

Nos resulta pertinente comenzar por distinguir el campo de la salud del de la salud mental en lo que respecta a los fines analíticos y académicos. Esto no quita que comprendemos ambos dominios como integrales en lo que respecta a la práctica y en la política pública, ya que disgregar la salud mental de la salud en general resulta utópico, salvo por finalidades operativas o de acción (Stolkiner y Ardila, 2012).

Adherimos al término “campo” en contraposición con el término de “sistema de salud”, ya que nos resulta una manera más pertinente, por implicar la complejidad, de abordar el mismo. En términos de Spinelli, el campo de la salud se entiende como “la convergencia de actores (a), recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” y “se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico [...], la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado [...] y el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo” (2010, p. 276). Siguiendo esta línea, Ferrara considera que la salud se mide por la resolución de conflictos, no por la ausencia de los mismos. Respecto a ello, piensa al concepto de “enfermedad” como desviación del orden socialmente establecido, como “postura individual y voluntarista de reparación de la función normalizadora” (1993, p.50).

En segundo lugar, nos referimos a la salud mental como un campo complejo, y multidimensional, el cual está atravesado por fuerzas en tensión y en disputa de poder, de sentidos y con diversos intereses. En relación a esto, Bourdieu (2000) lo comprende como un campo de fuerzas y luchas, que lo conservan y/o transforman. Asimismo, se caracteriza por su rasgo complejo, por estar aún en construcción (Galende, 1990) y ser proclive a la multidisciplinaria y la transversalidad (Faraone et al, 2019). Como menciona Bianchi (2019), su análisis no se limita a disciplinas clínicas, médicas o psicológicas, sino que otros saberes y recorridos están en condiciones de realizar contribuciones analíticas y reflexivas. Según la autora, existen multiplicidad de actores y fuerzas sociales involucradas, con estrategias que se rigen por lógicas contrapuestas o divergentes. Dicha complejidad se amplía a las diferentes instituciones, saberes, prácticas, tecnologías, dispositivos y profesionales que la convocan, en las cuales los conflictos complejos se encuentran en curso, por lo que el devenir de los mismos, su resolución o su agudización, no es del todo avizorable.

Además de adherir a lo dicho previamente, en la presente investigación, nos situamos desde la concepción que enuncia LNSM, la cual define a la salud mental en el Capítulo 3, Art.

3º, como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”.

En cuanto a lxs sujetxs padecientes, en términos de Poblet Machado y Martín (2016), las personas con problemáticas de salud mental suelen encontrarse en una fuerte situación de vulnerabilidad en varias dimensiones de su individualidad, que atraviesa tanto lo social como lo psíquico y que, en general, suelen poseer redes sociales frágiles. Asimismo, suelen enfrentar grandes dificultades económicas, las cuales generan que no puedan realizar un tratamiento prolongado y sostenido. En términos de los autores, la vulnerabilidad psíquica que padecen, termina produciendo obstáculos para insertarse en varias áreas que hacen a la vida cotidiana, generando consecuencias tanto mentales, físicas, como emocionales en lxs sujetxs. Dicha vulnerabilidad psíquica, se inscribe en los procesos de salud-enfermedad, que, según Faraone “están directamente relacionados con los contextos histórico-sociales y culturales. Esto requiere sostener una visión integral de la salud y superar aquellas perspectivas que se restringen al estudio de las enfermedades” (2013, p. 54). En base a ello, podemos decir que la especificidad en salud mental encuentra la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas.

En este sentido, si hablamos de la complejidad de dicho campo, se nos vuelve pertinente abordar las principales nociones que se encuentran en tensión, particularmente las que responden al modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC) y el Modelo Médico Hegemónico (MMH). En primer lugar, afirmamos que adherimos a la perspectiva de la medicina social/salud colectiva ya que propone una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad (Augsburger, 2004). Dicha perspectiva surge el pensamiento sociológico en el siglo XIX, como parte de la reforma psiquiátrica producto de cuestionamientos referidos al tratamiento de las personas con padecimiento mental luego de la segunda guerra mundial (Ardila, y Galende, 2011). Siguiendo a dichos autores, la concepción de Salud Mental Comunitaria tiene como eje central la participación activa de lxs sujetxs dentro de una comunidad, con unx otrx, y en una misma sociedad.

Por el contrario, el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por ser biologicista y hegemónico con las acciones que predica, teniendo como intermediarixs a lxs profesionales médicos, excluyendo los procesos históricos y los condicionantes socio-económicos, culturales e ideológicos respecto al desarrollo de los padecimientos. Menéndez lo entiende al mismo como

“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica” (1988, p.1), caracterizado por sostener prácticas individuales.

A diferencia del MMH que tiene un enfoque centrado en variables biológicas e individualizantes, la SMC propone una estrategia de abordaje que se oriente a la integración social del sujeto padeciente, en conjunto con sus redes vinculares, familiares y comunitarias, convocando a esfuerzos interdisciplinarios e intersectoriales para la comprensión e intervención en los procesos psicosociales que afectan la vida cotidiana de lxs sujetxs, los grupos y las instituciones e incluyendo varias dimensiones que se relacionan entre sí: la física, mental y social, que interactúan constantemente (Lodieu et al, 2012). La perspectiva de dicho modelo supone situarse necesariamente desde la complejidad que implican todos los atravesamientos que la componen, por lo que dar cuenta de las discusiones que se presentan en el campo de la salud mental resulta necesario para identificar y analizar las diferentes perspectivas acerca de estos modelos que se traducen en discursos y prácticas de intervención, teniendo en cuenta la población de interés de la tesina.

Por tal motivo, y considerando que los abordajes que caracterizan ambos modelos forman parte de un proceso extenso, caracterizaremos qué entendemos por el proceso de atención-salud-padecimiento e identificaremos cómo ha variado en los últimos tiempos y, concatenado a esto, cómo se construye la mirada social y cultural sobre lxs sujetxs padecientes.

### **1.1.2 Proceso de salud-padecimiento y atención en salud mental**

El proceso de salud-padecimiento podemos comprenderlo como una construcción histórico-social que varía según el lugar y la época en la que se establece. Como propone Menéndez (1994), podemos pensar al proceso de salud-enfermedad-atención como un universal que opera estructuralmente, aunque de formas diferenciadas en la totalidad de la sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. En torno a ello, comprendemos que los padecimientos son hechos continuos, inevitables y que afectan la cotidianeidad de los conjuntos sociales. Siguiendo al autor, el proceso salud-enfermedad-atención y sus significaciones, se han desarrollado en un proceso histórico en el cual se construyen las formas de atención, dolencias y los significados respecto de los mismos; y está caracterizado por relaciones de hegemonía/subalternidad que, según el autor, “opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos” (p.3).

El proceso de salud-enfermedad-atención resulta un fenómeno situado, en el cual se puede identificar, para los intereses ya aquí expuestos, de qué formas se manifiesta el consumo problemático en población cis y trans, que se encuentran alojadas en un contexto de múltiples

vulneraciones de derechos que condicionan su cotidianeidad. Retomando a Menéndez (1994), podemos pensar que los padecimientos y daños en la salud son parte de un proceso social del cual “se establece colectivamente la subjetividad” (p.71), donde el sujeto desde su nacimiento, se constituye a partir del proceso de salud-enfermedad-atención. Coincidiendo con Laurel (1986), la salud-enfermedad podemos entenderla no sólo como fenómenos biológicos, sino como una expresión de los procesos sociales.

Esta perspectiva inicia con la Medicina Social Latinoamericana a mediados de los sesenta en América Latina, a partir de la organización de investigadores y grupos académicos del campo de la salud que se unieron para manifestar su disconformidad frente a la crisis que atravesaba el sector de la salud, consecuencia de políticas implementadas en el modelo desarrollista (Iriart et al, 2002). A partir de aquel momento, se postula la necesidad de analizar la salud y enfermedad como fenómenos que forman parte de un contexto económico, político e ideológico particular, vinculadas principalmente a la resolución de problemas de las clases populares. De esta manera, podemos entender la salud-enfermedad como expresión de los procesos sociales, en el contexto del acontecer político, económico e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos (Laurell, 1986, p. 4).

Es importante destacar que el proceso salud-enfermedad-atención sufrió modificaciones que incorporan, principalmente, las categorías de padecimiento y cuidado, lo que genera una ruptura conceptual y teórica respecto a los términos salud-enfermedad. Aquella ruptura es resultado de un proceso de transformación político y económico que se produjo en el sector salud en América Latina a mediados de la década de 1990, y que implicó cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación a los procesos de salud-padecimiento-atención. El término padecimiento reemplaza el de enfermedad e incorpora la dimensión subjetiva e intersubjetiva por sobre lo que históricamente fue ligado a características biológicas, individuales y objetivas (Iriart, 2016).

Como mencionamos en la introducción de esta pesquisa, situarnos desde una perspectiva de género no binaria resulta un compromiso ético y político, como también una forma de hacer hincapié en la falta de efectivización de un modelo de salud mental que tenga en cuenta y considere políticas que respondan a las demandas concretas de los colectivos vulnerados en materia de derechos relacionados al género. Creemos que en estos abordajes resulta necesario una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otrxs en la heterogeneidad (Bang et al, 2020). Seguiremos profundizando en los siguientes subtítulos al respecto y a lo largo de la investigación.

Partiendo de esta conceptualización, consideramos en los próximos apartados analizar brevemente el cambio de paradigma en torno a la noción de padecimiento, destacando algunos artículos relevantes de la LNSM acerca del consumo problemático y en específico, de la intervención desde los equipos interdisciplinarios para con lxs sujetxs padecientes. Por otra parte, proponemos analizar las respuestas por parte de los Estados en torno a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas a partir de dos modelos de abordaje: el modelo prohibicionista y el modelo de reducción de daños, considerando sus posibles articulaciones y disentimientos.

## **1.2 Acerca de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657**

### **1.2.1 El consumo problemático y el campo interdisciplinario**

La LNSM generó un cambio de paradigma en la concepción y tratamiento de la salud mental y un reconocimiento de las personas con padecimientos como sujetxs de derechos y no como objetos de control y disciplinamiento. Actualmente, existen dos normativas que se enmarcan en la protección y atención de la salud mental: la Ley N°448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la LNSM. La primera normativa mencionada, sancionada en el año 2000, tiene como objetivo principal garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la CABA. La misma está sustentada en la Ley Básica de Salud N° 153, que incorpora en su Art. 3° y Art. 48°, Inc. c), “la noción de salud mental como un proceso en el que confluyen factores históricos, sociales, culturales y para lo cual su mejoramiento implica la concreción y la garantía de los derechos humanos de todas las personas”. Por otro lado, diez años después, se sanciona la LNSM que establece el Derecho a la Protección de la Salud Mental en todo el territorio nacional, derogando a la Ley N° 22.914, sancionada en el año 1983, la cual tenía por objeto regular la internación y el egreso de los establecimientos de salud mental. En el Art. 1° de la LNSM, define como principal objetivo “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional [...]” Podemos decir que la noción de padecimiento puso en disputa un debate epistemológico, dando a conocer desacuerdos sobre los diagnósticos y los procesos terapéuticos, en los cuales algunas fracciones de las organizaciones psiquiátricas, entre otros actores afines, plantearon el debate entre la definición de padecimiento con las de enfermedad y trastorno (Faraone, 2012).

Por consiguiente, pensar situaciones problemáticas planteadas desde una perspectiva del padecimiento como un proceso, nos ayuda a comprender la importancia de definir la salud

mental a partir de su multidimensionalidad, recuperando lo subjetivo, cultural, social, histórico, etc., generalmente obturado, que forma parte de las experiencias de mujeres cis y trans que se encuentran en situación de consumo problemático.

### **1.3 Modelos de abordaje: entre la culpabilización y la des-responsabilización.**

#### **Conceptualizaciones y debates posibles**

Para definir qué entendemos por consumo problemático de sustancias, es importante en principio definirlos desde su marco legal y comprender la importancia de la misma. En el Art. 4° de la LNSM se hace mención a los consumos de la siguiente forma: “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”. Por otra parte, el Art. 7° considera, entre otros, el derecho a: recibir atención sanitaria y social integral humanizada con acceso gratuito, igualitario y equitativo de las prestaciones e insumos necesarios; a conocer y preservar su identidad, y a recibir el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus libertades. Asimismo, el texto de la Ley N° 26.394 “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos” promulgada en 2014 (Plan IACOP), define en su art. 2° a los consumos problemáticos como “aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales”.

Siguiendo a Damín (2015), es importante diferenciar cuándo un consumo es problemático, cuando no lo es y cuáles son sus zonas grises desde una perspectiva relacional, debido a que lo determinante no es el producto en sí, sino más bien el vínculo y el contexto en el que se inscribe, dado que la “droga” no existe de manera aislada a las variadas y diferenciadas formas de consumo. Por esta razón, los que sí son determinados como problemáticos van generando ciertos deterioros a nivel físico, social y psíquico progresivamente y, además, se presentan dificultades al no poder dejar de consumir sustancias de forma permanente. En ese sentido, es importante pensar a qué nos referimos cuando hablamos de “drogas”, ya que considerando los aportes de Pawlowicz et al. (2013), la responsabilidad de lxs sujetxs en relación a su uso es importante comprenderla no sólo desde el campo de la salud mental, sino también del jurídico; ya que ciertos usos y sustancias están definidas socialmente como una enfermedad y/o concebidos como delito.

Considerando que nuestra tesina aborda la problemática del consumo de sustancias

psicoactivas, las respuestas por parte de los Estados según Menéndez (2012), podemos ubicarlas en dos modelos: el de base prohibicionista y el de reducción de daños. El primero se sostiene desde un enfoque moral, represivo y paternalista, considerando al sujeto como “dependiente” de una sustancia que determina su comportamiento y que, por lo tanto, necesita ser controlada. Desde esta perspectiva se va construyendo la idea del otro como un “enfermo”; concibiendo una enfermedad incurable y crónica, ocultando la heterogeneidad de las prácticas de los sujetos e invisibilizando, por lo tanto, cuestiones sociales, históricas y económicas. Dicha perspectiva se identifica no solo en el discurso de los profesionales acerca de la población, sino como forma en la que la misma población en situación de consumo se autopercibe.

Por otra parte, el modelo de reducción de daños genera la oportunidad de obtener mayor autonomía y desenvolvimiento personal y así, fortalecer y/o constituir redes sociales de protección y cuidado entre los usuarios. Según Touzé (2006), si bien resulta también una estrategia de control social, es más adecuado para atender la problemática de sustancias, dado que permite mejorar las condiciones de vida de las personas que consumen, dando lugar al sujeto como sujeto de derecho. La estrategia de reducción de daños, siguiendo los aportes de la autora, puede incluir varias técnicas: mejoras en el acceso a servicios de tratamientos, cambios en la conducta del usuario a través de la educación, cambios en la legislación sobre la temática, etc.

Con lo dicho, podemos aseverar que, en los tratamientos que abordan la problemática de interés, las lógicas de los dispositivos de atención van a depender de las características de cada institución, ya que la misma determina un encuadre particular de intervención, tanto a nivel simbólico como normativo, por lo que se “delimita un cerco que garantiza su integración y evita que sea contaminada o desvirtuada por fuerzas ajenas [...], separando el interior del exterior de la institución” (Pawlowicz et al, 2013, p.178). A partir de lo desarrollado, afirmamos enfáticamente la importancia que adquiere desde el mismo Estado, la sociedad y las instituciones, la forma en la cual se aborde la problemática del consumo. En relación a los fines de nuestra investigación, es importante en el próximo apartado, hacer mención desde donde nos situamos para hablar de género, el concepto de “cis” e identidad trans y la interacción con la salud mental, incorporando al análisis, las características que amparan sus derechos.

#### **1.4 Qué entendemos por género**

En la presente investigación, el abordaje de dos conceptos centrales como lo son el de género y salud mental, implica pensar que los procesos de salud-padecimiento -atención han

evidenciado al género como un condicionante de los padecimientos de mujeres cis y trans. Múltiples investigaciones dan cuenta que, históricamente las mujeres han ocupado un lugar subordinado en el ordenamiento patriarcal generando opresiones dentro de la estructura social que implican diversos sufrimientos. Las identidades no cis no son ajenas a estos efectos, es más, tienden a profundizarse. Respecto a la definición de una parte de nuestra población de indagación, de mujeres cis, nos resulta importante definir que “cis” es aquella persona que no es trans y/o que se identifica con el sexo/género que le fue impuesto al momento del nacimiento (Millet, 2020). Al incursionar en nuestra investigación y situándonos desde una perspectiva de género, creemos necesario aclarar que nos fue necesario cuestionarnos qué entendíamos por tal concepto y cuán necesario era pensar más allá de lo que el mismo engloba, ya que, como investigadoras, asumir una posición crítica en el recorrido de la tesina nos permite cuestionar las relaciones de poder y opresión de género.

Los aportes de Radi (2014) fueron de gran ayuda y lo tomamos como unx autx principal a destacar. Siguiendo sus ideas, podemos comprender que, en general, cuando se menciona la “perspectiva de género”, solo nos referimos a problemas que vivencian las mujeres cis, sin tener en cuenta las condiciones precarias de existencia de colectivos disidentes como el de mujeres trans. A raíz de ello, podemos pensar que esto sucede por lo que define como cissexismo, es decir, la creencia explícita y no explícita de que las personas que no se definen como trans, como lo son las personas cis, son más importantes y, por lo tanto, sus problemas más urgentes.

Con respecto a ello, Fernández (2004) define que el género binario conduce a razonar de dos formas: comprender el género como una relación mimética con el sexo (la supuesta existencia de dos sexos y dos géneros) o que el género es independiente del sexo y, por ende, puede diferenciarse lo “biológico” con la identidad elegida. Como menciona Barreda (2012), la categoría género puso en cuestión la concepción de lo “natural”, entendido como el resultado de la producción de normas culturales sobre el comportamiento de mujeres y varones, mediadas por la interacción de instituciones sociales, económicas, políticas, religiosas y jurídicas. En ese sentido, Pombo (2012) quien toma los aportes de Rubin (1986), sostiene que el género constituye un ordenador social que construye subjetividades a través de las normas, símbolos, prácticas y valores que prescriben diferentes expectativas basadas en la diferencia sexual.

En los últimos doce años se aprobaron dos leyes sustanciales que generaron un precedente en Latinoamérica, las cuales se centraban en la igualdad de género y el reconocimiento de derechos a personas con orientaciones sexuales y orientación de género no binarias: la Ley de Matrimonio Igualitario N°26.618, sancionada en 2010, y la Ley de Identidad de Género N° 26743, sancionada en 2012. En Art. 2° de la segunda normativa, se define a la

identidad de género 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”. También se establece el reconocimiento identitario, el libre desarrollo y el trato adecuado de la persona con su identidad elegida. En este sentido, crea la posibilidad de ser reconocidx en los instrumentos que acrediten su identidad (nombre/s de pila, imagen y sexo)

Asimismo, tomamos al género como una matriz ordenadora que atraviesa subjetividades con el fin de asignar y categorizar roles dentro del sistema social, generando modificaciones en el acceso a derechos y al pleno desarrollo social de lxs sujetxs. En esa relación, destacamos que pensar en identidades trans supone pensar en situaciones de vulnerabilidad a la que se encuentran expuestas (económicas, sociales, culturales) y que pueden resultar un agravante a su salud mental y a la accesibilidad a un sistema de salud que históricamente las ha segregado.

#### **1.4.1 Sobre identidad trans**

Nos resulta primordial comenzar este subapartado dando cuenta de donde nace el término de travestismo y su vínculo con la creciente estigmatización y criminalización. Jorge Salessi ya en 1995 refiere a los diversos propósitos que cumplieron las construcciones textuales, descripciones y ordenamientos taxonómicos de inversiones sexuales como la homosexualidad y el travestismo (citado en Fernández, 2004). Por un lado, se trataba de controlar, a través de mecanismos discriminatorios y criminalizadores, la cultura homosexual y travesti creciente y visible en Buenos Aires, definiéndolos como un mal que acechaba espacios de formación e instrucción del nuevo sujetx argentinx, como escuelas y ejércitos. Hablar de mujeres trans como colectividad, conlleva a pensarlas inmersas en un sistema desigual en el que sufren múltiples tipos de violencias y subordinación.

A partir de esto, comprendemos la identidad de acuerdo a Kenneth Gergen, quien la define como una construcción social permanente que ocupa un rol fundamental en un contexto sociocultural determinado, en tanto “establece los patrones a partir de los cuales las/os sujetas/os se hacen inteligibles frente a la sociedad” (citados en Cesar Godoy, 2015, p.2). En “La revolución de las mariposas” (Ministerio de la Defensa, Bachillerato Popular Trans Mocha Celis, 2017) comprenden que “la asunción de la identidad es un proceso complejo e implica distintos momentos en las trayectorias biográficas de las personas trans” (p.38). Las expresiones sobre identidad de género que hacemos referencia en la presente tesina, se tratan de mujeres trans -definidas de este modo por ellas mismas- es decir, personas que se reconocen en un

género diferente al que les asignaron al nacer. Las mujeres trans entrevistadas adoptaron un nombre propio con pronombres femeninos, aunque no todas han realizado el trámite del cambio de género en el DNI. Además, expresan su identidad con distintos rasgos culturalmente asociados a la feminidad, tales como el maquillaje, la vestimenta, su postura corporal y, en algunos casos, utilizando siliconas quirúrgicas o industriales o la administración de hormonas. En ese sentido, el activista Mauro Cabral, comprende que “la transgeneridad constituye un espacio por definición heterogéneo, en el cual conviven –en términos no sólo dispares, sino también enfrentados- un conjunto de narrativas de la carne, el cuerpo y la prótesis, el deseo y las prácticas sexuales” (2006, citado en Farji Neer, s.f. p.1).

Analizar las concepciones sobre identidad y género nos permite ahondar en la importancia que tiene realizar un análisis histórico y crítico sobre feminidades cis y trans y la salud mental. Es por ello que a continuación, haremos un breve recorrido en la intervención profesional en el campo de la salud mental, visibilizando nuestras ideas sobre dicha intervención y haciendo hincapié en el rol que desempeña el trabajo social en dicho campo.

#### **1.4.2 Interseccionalidad entre género y salud mental, accesibilidad y consumos.**

Para comprender el nexo entre género y salud mental, resulta menester introducir el concepto de interseccionalidad. Moira Pérez (2021), define a la misma como un recurso heurístico que permite comprender y abordar el interjuego entre las categorías de diferenciación social que atraviesan a sujetxs y prácticas sociales e institucionales que afectan a las experiencias y proyectos sociales de lxs mismxs. La interseccionalidad ofrece un marco multidimensional, no binarista y dinámico del funcionamiento de las relaciones sociales, de poder y distribución de la desigualdad de oportunidades y los diversos ejes de opresión evidenciándose tanto lo teórico como lo político. Por otra parte, Pombo (2021) la comprende como una categoría epistémica y política que intenta expresar las articulaciones que se producen entre los múltiples ejes de desigualdad, y en un determinado contexto histórico atravesado por relaciones de poder que produce efectos tanto a nivel individual como colectivo. Con respecto a ello, Fainsod y González del Cerro (2018) consideran que la perspectiva interseccional aporta no solo la multiplicidad de vivencias de un mismo grupo considerado oprimido, sino también el poder visibilizar el poder que las personas que suelen tener y que “no ven sus propias marcas porque encarnan ‘la norma’ misma, como la masculinidad, la heterosexualidad o la blanquitud” (p. 6).

De esta forma, y considerando que en la presente tesina caracterizamos dos tipos de poblaciones, la noción de interseccionalidad nos permite pensar cómo interactúan las

vulnerabilidades en ambas que, si bien difieren en sus vivencias y opresiones, resultan colectivos que históricamente han sido acompañados por una noción de normalidad que construye ideales hegemónicos en torno al rol de la mujer. Este recorrido conceptual se nos revela sumamente pertinente porque lo dicho supone, a fin de cuentas, una mayor desigualdad en la accesibilidad de derechos.

En cuanto al concepto de accesibilidad, es otras de las nociones vertebradoras para nuestra tesis. Alonso (2007), la define “imprescindible tanto para conseguir una igualdad de oportunidades efectiva para todas las personas, como para optimizar el diseño de un entorno, producto, o servicio” (p.3), que se conseguirá combinando las leyes y programas implementados, en sintonía con la coordinación de las administraciones responsables, y acompañadas de la formación profesional y la conciencia social. Si bien en el Capítulo II nos explayaremos más al respecto, lo ampliamos en los términos de Menéndez (2000) que no solo considera el acceso al sistema formal de atención, sino también las prácticas que las personas y comunidades implementan para su propio cuidado. Si nos remitimos al campo del consumo problemático, tradicionalmente se asume que el consumo de sustancias resulta una conducta de riesgo considerada del género masculino, en el cual el rol de la mujer consumidora estaba invisibilizado o se le atribuía mayor responsabilidad en torno a su consumo al ser relacionadas con su condición de madres. En palabras de Diez et al (2020), “por este motivo, son rechazadas y doblemente estigmatizadas: por romper con el modelo de ‘identidad femenina’ construida e idealizada que le fue asignada socialmente y por ser consumidoras de drogas” (p.3) En cuanto a la consideración de las disidencias sexuales tales como las mujeres trans, podemos decir que las mismas sufren vulneraciones específicas en lo que respecta la accesibilidad a derechos como educación, vivienda, trabajo y salud (An Millet, 2018). Es entonces que las lógicas binarias que se establecen, específicamente en el sistema de salud, producen formas jerarquizadas de poder en todas las dimensiones de la vida (políticas, sociales, económicas) de las mujeres y disidencias, estableciéndose ciertos privilegios de unxs sobre otrxs. Podemos inferir que existe una mirada hegemónica, donde se ocultan relaciones de desigualdad, refuerzan estereotipos y sustentan la existencia de una “normalidad” binaria.

En relación a esto, identificamos que el entrecruzamiento y la interseccionalidad del género con el campo de la salud mental, y con el MMH ha establecido y difundido discursos y estrategias para justificar binomios al respecto de lo normal y lo patológico. En base a lo expuesto, y en consonancia con lo que mencionamos en el presente capítulo, nos parece importante posicionarnos epistemológicamente. Es por esto que, en el próximo apartado, nos

enfocaremos en definir teóricamente los conceptos que son centrales para entender nuestra investigación.

### **1.5 Intervención profesional del trabajo social en salud mental y la importancia de la interdisciplina**

La intervención del trabajo social atraviesa en su totalidad a la presente investigación. Como estudiantes de la Licenciatura en la UBA, nos resulta primordial especificar brevemente qué entendemos por intervención desde dicho campo para poder luego, realizar los análisis pertinentes a las entrevistas realizadas. En este sentido y de acuerdo con Cazzaniga, sostenemos que la intervención profesional es la “puesta en acto de un trabajo o acciones a partir de una demanda social (solicitud de intervención) en el marco de una especificidad profesional” (2001, p.1). A partir de la temática que optamos para la tesina, nos resulta sustancial situarnos en la intervención del trabajo social desde las redes comunitarias y/o terapéuticas, ya que la misma, como menciona Madrigal, pretende lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de lxs sujetxs, con el fin de poder resignificar y superar el sufrimiento subjetivo o vencer con la repetitividad de su historia familiar, personal o comunitaria, en que éste se presenta como obstáculo (2007).

De manera que, pensar la intervención del trabajo social como una práctica política en términos de Méndez, implica dar cuenta de que a priori existe una construcción discursiva del otrx, al cual consideramos sujetx de intervención (2006). Asimismo, la formación y sensibilización constante de lxs profesionales al momento de intervenir ayudan a conocer y desnaturalizar las relaciones de poder, despatologizar la mirada y estereotipos, conocer los ejes de discriminación con perspectiva de género con el objetivo identificar y entender que existen situaciones estructurales que operan en todas las personas.

Cabe mencionar que la temática elegida requiere de la convergencia de diferentes saberes, de distintos conocimientos y técnicas, para poder trabajar en ella. Es por esto, que, desde la experiencia y rol de cada profesional dentro de un equipo interdisciplinario, se podría idear y llevar a cabo estrategias acordes a la singularidad del sujetx que lo requiera, y del propio equipo. La configuración de la interdisciplina en el campo de salud mental conforma una categoría sustancial para incorporar y analizar con lo expuesto sobre intervención, teniendo en cuenta la especificidad del campo que abarcamos en la presente investigación.

La LNSM conceptualiza a la interdisciplina como un elemento central en la intervención dentro del campo, agregando, a su vez, una perspectiva intersectorial. En su art. 8º, establece que la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, incluyendo

las áreas de psicología, psiquiatría y trabajo social, entre otras. A su vez, establece en su At. 13° que “los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones”. Estos postulados tienen como objetivo incorporar y legitimar a diferentes saberes profesionales en las intervenciones que se llevan a cabo en el campo de la salud mental, reconociendo la propia complejidad de estas problemáticas.

Como afirma Oberti, la interdisciplina se muestra como clave en lo que respecta al trabajo terapéutico dentro de los movimientos reformistas, ya que conforma y modula junto a otros saberes, poderes y modalidades de subjetivación, abarcando multiplicidad de profesionales, enfoques y disciplinas, así como también la participación de pacientes y sus redes vinculares en los tratamientos (2020). Aun cuando en el campo de la salud históricamente, y también en el presente, se consolida el discurso médico asistencialista como dominante, la interdisciplina entendida desde el trabajo social requiere interrogarnos respecto a los paradigmas desde los cuales nos situamos y que saberes construimos desde nuestra especificidad, ya que es necesario una continuidad y corresponsabilidad con otros campos disciplinares, que aporten una visión integral sobre la/s problemática/s a abordar.

## CAPÍTULO II

### **SOBRE LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD: ANÁLISIS EN TORNO A TRAYECTORIAS DE LA POBLACIÓN TRANS Y CIS**

El presente capítulo busca responder el objetivo N° 1, a saber: reconstruir la trayectoria de la población cis y trans en busca de atención por consumo problemático e identificar cómo lxs sujetxs construyen significados sobre lxs profesionales a partir de la misma. El mismo se encuentra dividido en dos partes: la primera consta de caracterizar los dispositivos Tekoporá y Casa Animí, ahondando en su modalidad de organización, marco normativo y caracterizando la población que asiste a ellos. En la segunda, definiremos qué entendemos por los conceptos de accesibilidad y trayectoria, a partir de analizar las entrevistas realizadas a la población que concurren a estos espacios. Sin embargo, se vuelve necesario señalar en este momento los aportes de Berkins y Fernández (2005) al momento de hablar de población trans. Ellas señalan que entre las barreras más significativas de los servicios de salud se encuentran las barreras burocráticas, como conseguir turno o largas horas de espera y en torno al trato hacia el colectivo por parte del personal de salud (profesionales y administrativxs). En mujeres cis, las dificultades respecto a la accesibilidad a tratamientos se relacionan con la doble estigmatización de, por un lado, ser consumidoras de sustancias y por el otro, el rol de mujer que, según los cánones heteronormativos del patriarcado, las mujeres deben cumplir (Arce et al, 2020).

Es por ello que nos resulta primordial ahondar en las barreras simbólicas, en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones constituyen las mismas y son considerables para entender el concepto de accesibilidad en su complejidad, incluyendo en su análisis su dimensión relacional.

#### **2.1. Características de los dispositivos**

##### **2.1.1 Tekoporá y Casa Animí: Modalidad de organización y población que asiste**

En Argentina, Sedronar (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina)<sup>1</sup> es el organismo rector en materia de políticas públicas sobre el consumo problemático de sustancias. Sus líneas de acción están enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento a través de distintos espacios que componen su red territorial y que se encuentran integrados por equipos interdisciplinarios. Entre sus políticas públicas, el ente cuenta con diversos programas de los cuales Tekopora y Animí forman parte: la creación

de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (en adelante, CAAC) y Casas Comunitaria Convivencial (en adelante, CCC). Las CAAC son espacios que funcionan como lugares de atención con horarios establecidos de apertura y cierre, que acompañan y asisten a personas que atraviesan un consumo problemático de sustancias, contando con equipos interdisciplinarios especializados en la temática. Por otra parte, las CCC brindan alojamiento, atención, acompañamiento y asistencia para personas que se encuentran transitando padecimientos asociados al consumo problemático de sustancias.

En lo que respecta a los dos dispositivos de indagación de la tesina, Tekoporá surge en el año 2018 en el marco de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario que forman parte de Sedronar desde el año 2019, las cuales nacen como política de descentralización y acción comunitaria a nivel local frente a la problemática de consumo de sustancias. El dispositivo se distingue por ser de bajo umbral, lo que quiere decir que no hay requisitos para ingresar y permanecer como así tampoco es necesario concurrir con regularidad, y su objetivo principal, entre otros, es acompañar a lxs sujetxs en sus proyectos de vida, facilitando el acceso a un dispositivo de asistencia a mujeres, lesbianas, travestis y trans que ven obstaculizados sus derechos por razones de género. Por su parte, la Casa Animí nació en el año 2010 y se ubica en el barrio porteño de Pompeya, siendo parte del Programa de CCC de Sedronar. Se caracteriza por ser un espacio que busca albergar, recibir, acompañar, capacitar e incluir a las mujeres trans que ya no se encuentran en situación de calle, buscando dar una respuesta integral a sus múltiples problemáticas. El dispositivo forma parte de la Federación Familia Grande Hogar de Cristo<sup>1</sup>, que tiene como objetivo institucional el de propiciar la inclusión de las mujeres trans en el tejido social y así, generar un contexto favorable al momento de albergarlas, proponiendo acompañamiento ocupacional y laboral de identidad transgénero.

Podemos decir que ambas instituciones tienen como propósitos centrales acompañar y alojar a mujeres cis y trans, con trayectorias similares al respecto del consumo de sustancias, en contexto de exclusión y vulnerabilidad social a través de programas y actividades comunitarias que generen autonomía en su cotidianidad.

### **2.1.2 Marco normativo de ambos dispositivos**

Con respecto a Casa Animí, los horarios de entrada y salida son establecidos de 8 hs a 21 hs aproximadamente. Al ser una casa de convivencia, y en torno a las entrevistas realizadas

---

<sup>1</sup> Federación que agrupa a los Centros Barriales que tienen como finalidad dar respuesta integral a situaciones de vulnerabilidad social y/o consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, poniendo en primer lugar a la persona y cualidades.

a profesionales de la institución, hay ciertas reglas que se deben cumplir: respetar los itinerarios, adquirir responsabilidades y buscar alguna actividad laboral. Esta serie de reglas, buscan que lxs sujetxs generen ciertos grados de autonomía. Por otra parte, Tekoporá, al caracterizarse por ser un dispositivo de bajo umbral, para participar solo es necesario acercarse y no es requisito excluyente ir regularmente, ya que lo principal para el espacio es acompañar el proceso de cada persona, articulando, si es necesario, con otros dispositivos comunitarios, territoriales y/u hospitales.

Considerando las entrevistas realizadas, comprendemos que las instituciones se enmarcan conceptual e ideológicamente en los lineamientos de la LNSM, IACOP y la LNDP (N° 26.529). Es por ello que podemos afirmar que comprenden al consumo problemático de sustancias como un fenómeno multidimensional y complejo, en tanto se configura en procesos históricos, económicos, sociales y culturales.

## **2.2 Sobre desigualdades en el acceso a tratamientos por consumo problemático**

### **2.2.1 ¿Qué entendemos por accesibilidad?**

En el presente capítulo, nos interesa plasmar la importancia que adquiere la accesibilidad en la cotidianidad de cada sujetx que ingresa a Tekoporá y Animí. Comprendemos la misma desde los aportes de Stolkiner y equipo, como aquella relación que se da entre los servicios y lxs sujetxs en la que tanto unxs como otrxs, contendrían en sí mismos, la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (2006). Según lxs autorxs, “este vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad que adquiere la utilización de los servicios” (p. 203). Por otra parte, Decca y Aquiles (2017) reconocen distintas inaccesibilidades a los espacios de asistencia y prevención en materia de salud, tales como: la geográfica, es decir, la dificultad para concurrir a una institución u organización por la distancia que hay entre el barrio y éstas; la económica, que representa la incapacidad financiera de solventar los gastos de un determinado tratamiento o los gastos que representa el transporte; la administrativa, concierne lo que tiene que ver con los trámites necesarios para acceder a las mencionadas medicaciones; la cultural, se refiere a las diferencias de usos y costumbres entre los equipos de salud y la población que asiste a la institución y por último; la simbólica, donde las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas.

En relación a las mujeres cis, nos parece importante analizar, y posteriormente reflexionar, respecto a su accesibilidad al sistema de salud. Esta población, y deteniéndonos principalmente en aquellas que consumen sustancias, se encuentra invisibilizada y oculta para dicho sistema. Las mujeres enfrentan dificultades específicas de acceso tanto en el desarrollo de acciones preventivas como en la necesidad de asistencia. Como mencionamos en el apartado 1.4 “¿Qué entendemos por género?”, existen una serie de condicionamientos asociados a las representaciones sociales que se espera que cada mujer cumpla según su condición de género. Esto se ve reflejado aún más en aquellas que maternan y están a cargo de niñxs, ya que, al padecer problemáticas asociadas al consumo de sustancias, se alejan de su rol idealizado de mujeres-madres, rompiendo con el modelo de “identidad femenina” asignado e impuesto socialmente. Es por esto que, en muchas situaciones aquellas que maternan y necesitan realizar tratamientos de salud mental, no encuentran ofertas de lugares aptos en relación a su condición de cuidadora. La existencia de instituciones de salud que cuenten con espacios para esta población, aún en la actualidad, son considerados un privilegio, negando así el cumplimiento de sus derechos.

Asimismo, es necesario pensar en la población trans y el vínculo que establece con los servicios de salud, en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población, dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Este vínculo que proponemos analizar se construye a partir de una combinación entre las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de lxs sujetxs, que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (Stolkiner et al, 2000). Es por esto que, en el siguiente apartado, ahondaremos más específicamente en las significaciones y vivencias transcurridas por parte del colectivo trans y mujeres cis en los establecimientos de salud mental. Según lo mencionado en el presente capítulo, nos parece adecuado visibilizar la accesibilidad (o no), cómo la explicamos anteriormente, que atravesaron a lo largo de sus recorridos en las instituciones.

### **2.2.2 Trayectoria en el consumo problemático de la población cis y trans: recuperando significados acerca de profesionales de la salud mental**

En el presente subcapítulo, nos interesa profundizar acerca de la noción de trayectorias desde una perspectiva singular, teniendo en cuenta las experiencias en el ámbito de la salud de la población de interés en la investigación. Considerando que trabajamos con dos dispositivos que difieren en sus modos de organización e intervención profesional, resulta primordial

visibilizar y analizar el recorrido lxs sujetxs padecientes en instituciones de salud, así como también sus experiencias con profesionales que allí se desempeñan.

El estudio de trayectorias institucionales nos permite conocer, de acuerdo a las diferentes posiciones de lxs sujetxs, el desarrollo y funcionamiento de las mismas. Según las condiciones sociales e históricas, la pertenencia de clase va a repercutir en dichos recorridos en los que se despliegan las biografías personales y sus demandas para así, permitir conocer cómo las políticas sociales inciden en la vida de lxs individu@s.

Según Litichever, la trayectoria es un recurso analítico útil para analizar cómo en determinados momentos de la misma, las personas toman decisiones, permitiendo revisar los acontecimientos y sus condicionantes sociales, políticos y económicos, considerándose las experiencias, restricciones y oportunidades a las que se vieron expuestxs a lo largo de su vida (2009). Podemos aseverar, siguiendo al autor, que las mismas se representan como espejo de la sociedad y a las narrativas sobre esas trayectorias, como las interpretaciones y significados sobre la propia vida en relación a la estructura social. Así, es posible captar la reconstrucción que lxs sujetxs realizan sobre su historia específica, contextualizada en la sociedad a la que pertenecen y en el tiempo y espacio en el que narran.

En primer lugar, nos interesa analizar las trayectorias de la población travesti-trans en el sistema de salud mental, tales como hospitales monovalentes, generales o comunidades terapéuticas. En segundo lugar, y considerando tales experiencias, analizamos la estigmatización y exclusión como categorías principales que nuclea los discursos de ambas poblaciones, para identificar cómo construyen discursos acerca de lxs profesionales de la salud. Como mencionamos a lo largo de la investigación, hablar de mujeres trans equivale hablar del colectivo que sufre más estigmatización en Argentina, ya que, entre otras barreras, el acceso al sistema de salud se muestra en muchas oportunidades, quebrantado, muchas veces, por la creciente discriminación que hay sobre dicha población. Precisamente, de las cuatro entrevistadas en Animí, dos de ellas nos comentaron situaciones similares en base a su trayectoria de vida. Tanto **K** como **A** nacieron en Perú y vinieron a sus quince años a Argentina a trabajar engañadas, según sus relatos, y fueron víctimas de la trata de personas<sup>2</sup>. En las entrevistas, cuentan cómo han salido de esa situación y que han ejercido la prostitución<sup>3</sup> como fuente de ingresos durante toda su vida.

---

<sup>2</sup> Según la Ley 26.364 “La trata de personas es una grave violación a los derechos humanos. Es captar, transportar y explotar a una persona con fines sexuales, trabajo forzoso o la esclavitud.”

<sup>3</sup> Teniendo en cuenta las discusiones acerca del trabajo sexual/prostitución, y que exceden nuestra presente investigación, nos referimos al término “prostitución” ya que fue el concepto que la población utilizó en las entrevistas.

Las autoras Fernández y Berkins (2005) resaltan la estigmatización del ejercicio de la prostitución callejera que presenta el colectivo travesti-trans, ya que esta actividad representa el 79.1 % de la fuente de ingresos del mismo. Ello coloca a esta población en una situación de mayores niveles de vulnerabilidad, ya que incorpora la exposición a enfermedades asociadas con la pobreza, a ser víctima de violencia institucional por parte del personal policial, a la dificultad de poder tener prácticas de cuidado preventivas, la alta exposición al contagio del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (2005). Retomando la noción de trayectorias institucionales, **K** y **A** (mujeres trans), nos comentaban lo siguiente:

*Me enfermé y me tuvieron que internar en el Muñiz y se hizo multirresistente mi TBC y he estado internada como un año, de ahí salí, no tomaba la medicación, me enfermé otra vez, otra vez me internaron y ahí no me iba a ver nadie [...] Patricia trabaja ahí en el Hospital también, vino y me presentó, le di mis datos, me ayudaba, me daban comida, me llevaba cosas de higiene, de ahí fui a Animí*

**K - Anímí**

*Estuve en una comunidad terapéutica, en El Reparo, estuve en el Muñiz internada, pero por temas de salud, y después en el Masantonio en Parque Patricios, ahí me daban medicación y dormía*

**A- Animí**

Si bien el consumo problemático es una de las aristas que tratan en la Casa Animí, lo que resaltan ambas entrevistadas es que la principal causa de internaciones previas a llegar allí, fueron a causa de la tuberculosis (TBC) y HIV/SIDA, y ambas mencionan haber estado internadas en el Hospital Muñiz.<sup>4</sup> Por otra parte, en Tekoporá la trayectoria institucional difiere en cada entrevistada, pero todas coinciden en que en dicho dispositivo las recibieron y acompañaron de buena manera. Las trayectorias de vida resultaron ser más variadas, ya que cada una ha estado en distintos dispositivos de atención y se conocieron asistiendo en la CAAC.

*He ido a varios lugares. Pero lo que pasa es que no funciona, no es el espacio, sino tu fuerza de voluntad, vos podés ir a cualquier lugar, yo le echaba antes la culpa al espacio*

**C- Tekoporá**

**C** (mujer cis) hizo hincapié, sobre todo, en las consecuencias que el consumo trajo a su vida y a sus relaciones de sentimentales, como también en las situaciones de violencia en las cuales fue protagonista tanto con sus parejas como con gente desconocida en la calle por encontrarse bajo los efectos del consumo, mencionándonos que ni ella se reconoció cuando se encontraba así. Destacamos que la idea de “fuerza de voluntad”, subyace como un concepto indicado para realizar un tratamiento que, si bien es necesaria, no podemos negar que los

---

<sup>4</sup> El Hospital de Infecciosas “Francisco Javier Muñiz” (en adelante Htal. Muñiz) es pionero en atender situaciones de VIH, el virus causado por la enfermedad del sida, y en relación a ello, se encarga de realizar talleres dirigidos a la comunidad transgénero, travestis y transexuales en Argentina, funcionando en el mismo los espacios “Transvivir” donde promotoras realizan rondas para visitar a las personas trans que se encuentran internadas con el fin de acompañarlas y asesorarlas.

dispositivos de salud mental deben otorgar espacios seguros que acompañen el padecimiento teniendo en cuenta las interrupciones y los cambios que caracterizan el proceso. Posiblemente, la idea de “fuerza de voluntad” puede dar cuenta de las características subjetivas de lxs sujetxs, y las posibilidades de reducir niveles de consumo y sus eventuales riesgos para sí o terceros en un momento determinado, lo que se vincula íntimamente con situaciones contextuales de lxs mismxs.

En cuanto a los distintos dispositivos e instituciones que trabajan en el consumo problemático, es importante destacar que la trayectoria de quienes asisten a Tekoporá, fueron diversas: desde internaciones prolongadas hasta tratamientos ambulatorios. En ese sentido, **A** (mujer trans) nos mencionaba lo siguiente:

*Yo hacía tratamiento en el Hospital Laura Bonaparte en Parque Patricios por consumo problemático de salud mental, tarde mucho en venir, nunca había estado en un lugar ambulatorio, ahora me siento como en mi casa [...] el primer Hospital que estuve fue el Cabrera, es un lugar muy feo, fui voluntariamente, pero no podés salir de la misma manera*

**A - Tekoporá**

**A** refirió vivenciar diferentes episodios caracterizados por situaciones de violencia familiar y de consumo de sustancias por parte de su progenitor. Además, nos detalló sus pasos en instituciones de salud mental, debido a los repetidos episodios de consumo problemático de sustancias. El Hospital Nacional en Red “Laura Bonaparte”, del cual hace mención en la entrevista, cuenta con atención a la demanda espontánea, servicio Ambulatorio, ambulatorio Intensivo e internaciones por razones de salud mental. Con respecto a lo que menciona del Hospital Municipal “Dr. Manuel Cabrera”, ubicado en Coronel Pringles, si bien menciona que concurrió a dicho espacio de manera voluntaria, su experiencia no resultó positiva para ella.

Una de las últimas entrevistas que realizamos en Tekoporá fue a **Y** (mujer cis), quien, pese a que dio su consentimiento a ser entrevistada, aclaró que no quería ahondar en algunos temas, como por ejemplo su relación con su hijx. Considerando su trayectoria de vida y de consumo, dicha entrevista demostró, de cierta manera, desde donde nos situamos no sólo como entrevistadoras, sino como futuras trabajadoras sociales. Escuchar su corporalidad, respetar sus tiempos, lo que no se dice en palabras, pero que se expresa en miradas, lo que emerge en ese encuentro, poder comprenderlo en clave social, nos resulta primordial. Respecto a su trayectoria institucional, **Y** nos comentó lo siguiente:

*Me interné tres años, acá en él \*nombre de espacio anonimizado\*, en el 2021, estaba bueno porque tomaba medicación, dormía, pero yo sufro mucho la depresión [...] en \*nombre de espacio anonimizado\* había médicos, psicólogos, psiquiatras, estaba muy bueno, era como acá, yo vengo a Tekoporá porque es un espacio donde me siento bien, yo las veo como mis hermanas.*

**Y - Tekoporá**

En la entrevista, **Y** destacaba la angustia que le generaba el estar lejos de sus dos hijxs más chicxs, que se encuentran viviendo lejos y sin poder visitarlx. Durante el encuentro, hizo mención a la maternidad refiriendo que no se sentía capacitada para ejercerla ante su situación de consumo desde los once años: “estoy más capacitada para drogarme que para estar con mis hijos”. Podríamos decir que el consumo de sustancias configura evaluaciones morales hacia las mujeres que maternan, ya que existe una doble penalización social del estereotipo de género que construye a una mujer sumisa, y el consumo de sustancias que “acarrea representaciones negativas en quienes las consumen” (Amorós, 2009, citado en Povedano, 2020, p.6)

La interacción entre consumo problemático y maternidad implica pensar en aquellas mujeres que se salen del ejercicio “normativo” de ser madre y representan una ruptura de lo que se espera de aquel rol. Por ello, es que podemos pensar que la situación de consumo de **Y** podría ser interpretada como un obstáculo para ejercer la maternidad por parte de los organismos del sistema proteccional de derechos de niños, niñas y adolescentes. En su narrativa, la entrevistada da a entender que tuvo dificultades para ejercer algunos aspectos de su rol como madre a causa de su propio deterioro que le generó el consumo de sustancias. Por otra parte, relata que actualmente vive con su hijx mayor (16 años) con quien comparte el hábito de fumar marihuana y quién, actualmente, realiza actividades que se encuentran en conflicto con la ley penal, mayoritariamente vinculados a delitos contra la propiedad.

Ante la situación descrita, podemos referenciar que existe una tensión entre los intereses de lxs niñxs (sujetos de derecho que el Estado tiene obligación de velar por su protección ante situaciones de vulnerabilidad social), y la madre (**Y**), que presenta una situación de consumo problemático, la cual podría influir en la decisión de estos organismos de imponer medidas que impidan su vinculación. Considerar la particularidad y singularidad en términos de Cavalleri (2008), permite dejar de lado la construcción social que hay acerca del rol materno y poder comprender las dinámicas singulares de cada maternidad. En esta línea, con respecto a su internación más prolongada en \*nombre de espacio anonimizado\*, **Y** refirió lo siguiente:

*No me dejaban salir, ver a mis hijos, no me ayudaban con un plan, nada. [...] estuve tres años encerrada ahí, tenía un patio nada más.*

**Y - Tekoporá**

Con lo dicho, identificamos que en ambos dispositivos las trayectorias en el sistema de salud han sido de larga data, en las cuales el consumo de sustancias problemático se trabaja de manera integral, considerando otras cuestiones tales como el acceso a una vivienda digna, a un trabajo, etc. Es en dicha trayectoria que lxs sujetxs construyen su subjetividad y al mismo tiempo, constituyen significados acerca de lxs profesionales que lxs atienden y acompañan en lxs tratamientos.

Por otra parte, y con respecto a Animí, se pone en manifiesto algo en particular: en general, las entrevistadas transitaron vivencias y expresaron discursos similares. La mayoría identificó la prostitución como eje principal en su trayectoria de vida y de consumo, así como también que su principal causa de internación estuvo asociada a enfermedades tales como la TBC y el HIV/SIDA. Con respecto a Tekoporá, la trayectoria institucional difiere en cada una de las entrevistas, pero todas coinciden que el dispositivo las supo alojar y acompañar. En sus discursos, subyace la problemática que viven muchas mujeres que ejercen su maternidad y tienen un vínculo complicado con alguna/s sustancia/s. En ese sentido, cuestionar el rol de la mujer que tiene un vínculo problemático con las sustancias resulta fundamental para pensar dicha interacción desde el concepto de interseccionalidad, que como bien mencionamos en el Capítulo I, permite comprender y abordar el interjuego entre las categorías de diferenciación social que atraviesan a sujetos y prácticas sociales e institucionales que afectan a las experiencias y proyectos sociales de lxs mismxs.

El análisis de la accesibilidad desde las instituciones y servicios de salud requiere de una articulación con el estudio de la subjetividad de quienes asisten principalmente, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende, las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas, ya que el grado de acceso dependerá del lugar que ocupan en el campo y de los capitales sociales, culturales, económicos y simbólicos que poseen quienes consumen (Bourdieu y Wacquant, 2005). Por tal motivo, es necesario plantear la complejidad que se entretiene en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho, ya que las representaciones sociales que se construyen sobre el colectivo cis y trans pueden operar de manera positiva o negativa en la accesibilidad al sistema de salud.

### **2.2.3 Consideraciones sobre la estigmatización en servicios de salud**

En relación a las trayectorias de la población cis y trans en ambos dispositivos, nos parece importante hacer mención a las situaciones de estigmatización y exclusión que padecen y analizar las entrevistas en torno a sus experiencias con lxs profesionales de la salud. En este sentido, Romaní afirma que “la estigmatización no es una variable independiente, sino que constituye la mediación necesaria en un proyecto de marginación, que tiene que ser activada por otros factores” (1999, p.119). Es decir que, según el autor, la estigmatización sucede cuando “hay una visibilidad social de la supuesta desviación inicial” (p.120).

Con respecto a la población trans de Animí, identificamos que la mayoría menciona no haber sufrido discriminación en su trayectoria por instituciones de salud ni de salud mental. Si bien no podemos obviar que ello llamó nuestra atención, podemos inferir que las experiencias positivas que refieren haber vivenciado tienen un estrecho vínculo con las instituciones a las cuales hacen mención y a lxs profesionales que allí se desempeñan. Por otra parte, este “llamado de atención” podemos relacionarlo con la construcción de estereotipos en relación con el género y los géneros. En ese sentido, coincidimos con Ponzano y Ross (2022), quienes sostienen que hay ciertos roles que se les asignan de manera “natural” a las mujeres, lo que establece comportamientos deseables y esperables desde ellas y generan, una desigualdad entre las relaciones de los géneros masculino-femenino, así como también la expulsión de aquellos que no se identifican con una pauta binaria.

En concordancia con ello, consideramos que los estereotipos vinculados a sujetxs padecientes y específicamente, mujeres cis y trans, construyen un imaginario social que repercute en diferentes dimensiones y experiencias en el sistema de salud mental. En las entrevistas realizadas, tanto **K**, **A** como **M** (mujeres trans), transitaron el Hospital Muñiz, y respecto a sus experiencias, nos respondieron lo siguiente:

*Yo siento un buen trato, me siento tratada agradable, aparte acá también la directora y el director que yo les digo mamá y papá, porque son como mis segundos padres que han estado conmigo, y Patricia me trata bien, en el trato me siento bien [...] la primera vez yo no sabía, cuando yo di mi nombre de hombre, los doctores me dijeron no, tú eres una chica, para nosotros es diferente, en Perú es Perú, para nosotros sos una mujer.*

**K- Tekoporá**

Resulta primordial destacar lo que **K** refiere acerca de la aceptación de su género más allá del nombre que dicta su documento de identidad. Recordemos que, según la Ley de Identidad de Género (26.743), el Art. N° 12 menciona que toda persona tiene derecho al trato digno y a respetarse la identidad de género adoptada por las personas que utilicen uno diferente al que figura en su DNI. Como afirma De Lauretis (1989) la construcción del género es el producto y el proceso de la representación y de la auto-representación. En este sentido, podemos pensar que las representaciones sociales asociadas a mujeres trans generan una ruptura con el orden establecido que normativiza los cuerpos, una ruptura en la matriz de inteligibilidad heterosexual, cuestionando la idea del género como construcción cultural derivado de la diferencia sexual anatómica (Fernández, 2004).

Siguiendo con los análisis respecto a las experiencias en dispositivos de salud, **M** (concurrente de Tekoporá) coincide en el buen trato que recibió, y resalta al Hospital Muñiz como un lugar en el cual se sintió muy bien recibida. Ante el interrogante acerca de si vivenció

situaciones de discriminación por parte de profesionales de la salud en su trayectoria institucional, **M** refería lo siguiente:

*Todo lo contrario, en los Hospitales que me atendí por mi enfermedad, siempre me atendieron excelente, sobre todo en el Muñiz, me respetaron y me trataron con la mejor siempre.*

**M- Animí**

Queremos resaltar a dicho hospital especializado en enfermedades infecciosas, ya que para la población trans representa un refugio, un lugar de acompañamiento y contención, tanto para paliar las consecuencias de enfermedades físicas como para acompañar las vivencias personales. Según lo que nos han dicho las entrevistadas, todo el personal de salud del Hospital Muñiz ha tenido siempre un trato digno y respetuoso, prevaleciendo la empatía y la atención eficiente.

Analizar la estigmatización en la población que es de nuestro interés, resulta primordial ya que como explica Millet, las personas trans forman parte de un grupo poblacional estigmatizado a nivel global, que ha sufrido y sufre aún de manera sistemática la expulsión de instituciones que deberían velar por la garantía de sus derechos y que, por lo contrario, terminan generando efectos y modificando sus trayectorias personales (2018). A modo de ejemplo de lo dicho, **C** (mujer trans) quien concurre a la institución Animí, nos menciona al respecto de su trayectoria en las instituciones de salud debido al consumo problemático lo siguiente:

*Estuve internada en Lobos por decisión mía, me fui a Sedronar porque mi hermano se asoció en el 2017 por VIH, yo dije si me hago un análisis y estoy bien de todo, dejó las drogas [...] Puedo decir que mi experiencia fue buena, porque ahí conocí a la chica que dio en la tecla de mandarme a este lugar, las personas que trabajaban ahí eran muy rigurosas, parte los que manejaban eran ex adictos y te trataban mal, los médicos eran gente que no entendían lo que es estar tirado en la calle o drogado.*

**C- Animí**

Nuevamente, podemos ver según lo que **C** relató cómo la falta de capacitación y de trato digno y respetuoso, influye directamente en la atención y en las trayectorias de lxs sujetxs que concurren a la institución. En relación a ello, podríamos decir que las situaciones vividas con las personas que trabajaban en el dispositivo al cual concurría, se encuadran en lo que Link y Phelan (2001) definen como “discriminación directa”, es decir, discriminación que es ejercida por sujetxs que reproducen una creencia estereotipada, como el rechazo hacia quienes consumen o hacia quienes están en situación de calle, situaciones que **C** relató en la entrevista.

La falta de empatía y el rechazo a la que hicieron mención lxs entrevistadxs, podría actuar como un obstaculizador para acceder, realizar o continuar un tratamiento en el sistema de salud, ya que colocan al sujetx en una situación de “dominadx” y al profesional con una supuesta jerarquía, sin tener en cuenta la singularidad de las personas con las que interviene, ni una escucha orientada a las necesidades a unx otrx. En términos de Goffman (2006), el estigma

supone imponer como un rasgo general de la sociedad roles denominados “normales” y “estigmatizados”, los cuales son parte de la misma trama; ya que denominan a la persona estigmatizada como desviada o anormal y ocultan una doble perspectiva para lxs sujetxs estigmatizadx: si su diferencia es conocida, o no, por quienes lxs rodean. En muchas situaciones, este estigma se convierte en un condicionamiento social, influyendo a la hora de relacionarse con otrxs, se trata de la “carga” de poseer un estigma. En relación a ello, según las entrevistas que realizamos en ambos dispositivos, pudimos dar cuenta de que en Tekoporá, a diferencia de Animí, las situaciones de discriminación y estigmatización en la trayectoria de lxs sujetxs que asisten allí han sido más recurrentes en sus experiencias en las instituciones de salud.

**A**, concurrente de Tekoporá, nos relata acerca de cómo fue su experiencia en un Hospital que se dedica especialmente a tratar la temática del consumo de sustancias y las diferencias que identifica respecto con el dispositivo mencionado:

*Hace unos tres meses yo estaba mal, había llegado un día tarde al turno, les dije que buscaba ayuda y me dijeron que no era el lugar, me largué a llorar y no les importó, fui a la fila para quejarme, me abruma mucho la cuestión de hablar con un psicólogo en un consultorio, con silencios incómodos. La terapia de acá es muy diferente, estoy tomando un mate y no me doy cuenta de todo lo que hablé, me sirve más esto.*

#### **A- Tekoporá**

Basándonos en su relato, podemos identificar como el rol de lxs profesionales y las formas de dirigirse a la población puede incidir de forma positiva o negativa en el acceso a servicios de salud y en la decisión de realizar un tratamiento. Por otra parte, **Y** quien concurre a Tekoporá actualmente, nos hizo referencia a sus experiencias atravesadas dentro de dos dispositivos de salud: En \*nombre de espacio anonimizado\*, donde estuvo internada tres años, y en una salita de su barrio:

*En \*nombre de espacio anonimizado\*: me decían que era lo que estaba haciendo acá, a una adicta no la pueden tener acá, por ejemplo, en la salita de mi barrio, me quería dar la vacuna y no se podía, porque decían que estaba enferma y así. En una salita de barrio: que no podían, no había turno y yo les decía vengo acá porque necesito hacerme atender porque yo estoy enferma de sífilis, viste y me sentía mal.*

#### **Y - Tekoporá**

Retomando a Link y Phelan sobre el concepto de “discriminación directa”, afirmamos que estas las situaciones que ha vivido **Y** en la salita de su barrio, se encuadran dentro de dicho concepto. La particularidad es que, en esta oportunidad, fue ejercida por parte de lxs profesionales, que por ser una catalogada como “adicta”, no podía ser atendida en este dispositivo. En este caso, también aparece el tipo de “discriminación estructural”, la cual persiste en grupos específicos como una manifestación que afecta la totalidad de la vida de lxs sujetxs y profundiza situaciones o problemáticas particulares (2001). En relación a la situación de **Y** podemos dar cuenta que el hecho de no querer atenderla atenta con sus derechos de acceder

al sistema de salud y poder realizar un tratamiento, sea por su situación de consumo y/o en relación a la ETS.

Con lo dicho, y gracias a los datos recabados en las entrevistas realizadas, podemos aseverar cómo el concepto de la estigmatización ha ido variando en las trayectorias de cada unx de lxs sujetos. Creemos interesante resaltar que según la información que nos brindaron en la gran mayoría de lxs entrevistxs, se identifica que en algún momento de su recorrido dentro del sistema de salud han vivenciado situaciones de rechazo y/o estigmatización, ya sea por su condición de género o por sus elecciones respecto al consumo de sustancias. En relación a esto, advertimos la importancia vital que adquiere el rol profesional en el recorrido institucional de cada unxs de lxs sujetos, ya sea de lxs entrevistadxs, como también de aquellas personas que transcurren situaciones similares, incidiendo de forma positiva o negativa en dichas trayectorias. Tales acciones u omisiones por parte de lxs profesionales, terminan convirtiéndose en obstaculizadores al acceso a tratamientos y al mismo sistema de salud, limitando y generando barreras en el acceso.

### **2.3 Observaciones finales y resumen de resultados: ¿Cómo se configura la accesibilidad de las personas cis y trans en el sistema de salud?**

Considerar la diversidad de aspectos que componen cada una de las situaciones reflejadas en las entrevistas nos permite acceder a totalidades más complejas. En esta multiplicidad de aristas que se ponen en juego, hay una coexistencia de aspectos subjetivos y objetivos que dan lugar a poder hablar de la particularidad (Cavallieri, 2008). En ese sentido, es importante pensar la accesibilidad como una construcción colectiva y eminentemente política que da cuenta de la salud de una población, y muestra de manera concreta la llegada de las políticas sanitarias a la población en general, y de algunos sectores en particular.

Aunque reconocemos que existen diferencias, y las entrevistas han dado pauta de ello, la precariedad de las condiciones de vida de muchas mujeres cis y trans conduce al sostenimiento de la vida cotidiana a través de estrategias de sobrevivencia individuales, que implican también nuevas visiones de lo corporal, del dolor y del padecimiento, que paulatinamente queda relegado (Carballeda, 2013).

Poder reconocer estas particularidades, dentro de un equipo de salud, se vuelve fundamental para el abordaje de las necesidades de estos grupos poblacionales en especial situación de vulnerabilidad. Es por ello que la importancia del rol del trabajo social y de los equipos interdisciplinarios resultan sustanciales. Principalmente, para dar lugar a la

corresponsabilidad por la salud de aquel otrx que padece múltiples vulneraciones, como también destacamos la problematización de algunas concepciones sobre quienes se intervienen y, a su vez, la importancia de la producción del conocimiento en conjunto con otrxs saberes. Todas estas acciones posibilitarán establecer estrategias de intervención acordes a las problemáticas de estos grupos poblaciones, y, a la vez, construir redes de cuidado que tengan en cuenta las particularidades dentro de la universalidad de unx sujetx concreto.

## CAPÍTULO III

### **LA POTENCIA DE LA PALABRA: ANALISIS DE LOS SIGNIFICADOS QUE LXS PROFESIONALES CONSTRUYEN SOBRE MUJERES CIS Y TRANS**

El presente capítulo intenta responder al objetivo N° 2: “analizar la construcción de significados que lxs profesionales establecen sobre la población trans y cis.” A fin de facilitar la lectura, será desarrollado en dos partes: en primer lugar, un breve análisis sobre cómo ha sido la intervención de ambos dispositivos en el contexto de la pandemia por Covid-19, considerando que tanto Tekoporá como Animí albergaron mujeres y disidencias durante el periodo de ASPO. En segundo lugar, haremos un análisis de las estrategias del rol laboral en ambos dispositivos, para luego introducirnos en el campo del consumo problemático y las prácticas profesionales que allí se despliegan.

Para ello, el capítulo será de tipo descriptivo, entrelazando teoría respecto a la temática con fragmentos de las entrevistas realizadas en ambos dispositivos a lxs trabajadorxs. En primer lugar, haremos una breve mención acerca de la pandemia por Covid-19: desde dónde nos situamos para analizar la misma y que significó dicho fenómeno para el campo de la salud mental, caracterizando la intervención profesional de ambos dispositivos en aquel contexto. En segundo término, analizamos la importancia de la interdisciplina y, en específico, del rol del trabajo social en ambas instituciones, identificando las principales características y diferencias de abordaje profesional. A partir de allí, nos proponemos analizar los modelos de abordaje del consumo problemático, en tanto problemática que integra distintas perspectivas acerca de cómo abordarla, así como también las limitaciones que identifican sobre la especificidad de su participación. En ese sentido, por último, nos enfocamos en fragmentos de entrevistas que intentan esbozar las diferencias de intervención entre mujeres cis y trans, identificando cómo construyen lxs profesionales significados acerca de ambas poblaciones.

### **3.1 Intervención profesional en Tekoporá y Animí**

#### **3.1.1 Las dos caras del Covid-19: contextualizando la intervención en la pandemia**

Creemos pertinente mencionar brevemente a la pandemia por Covid-19 como un factor que agudizó aún más las vulnerabilidades que padecen las mujeres cis y población travesti-trans, comprendiendo al mismo como un “hecho social total” que incluye fenómenos económicos, jurídicos, religiosos, y estéticos (Mauss, 195, como se citó en Santos et al, 2020).

En ese sentido, la pandemia podemos abordarla como un fenómeno no solo biomédico y psicosocial, sino también sociopolítico, económico, medioambiental y cultural, que acentuó en las desigualdades ya existentes, así como también generó nuevas problemáticas que caracterizan las dimensiones del sujeto. (Marolla, 2021)

En ese inédito contexto, surgieron nuevos desafíos en donde en ambos dispositivos se fueron ampliando y fortaleciendo sus redes de contención y atención territorial. En Tekoporá, como primera medida en la pandemia decidieron no cerrar las puertas, sino que se acompañó la sensación de incertidumbre desde la perspectiva del autocuidado y del cuidado colectivo, robusteciendo los puentes de accesibilidad que quizá en una institución monovalente no existían de manera integral. En Animí, según las entrevistas realizadas a lxs profesionales, en la pandemia se fortaleció el trabajo territorial para albergar, acompañar y capacitar a las mujeres trans, de las cuales muchas tuvieron la posibilidad de terminar la educación primaria y secundaria, y a cumplir metas y proyectos personales. Si bien mencionan que transitar la cuarentena resultó un desafío, el cuidado hacia lxs otrxs se mantuvo constantemente, no sólo en términos de un posible contagio, sino también a nivel personal y afectivo.

Al contexto que se dio por las medidas ASPO a causa del Covid-19, en términos de Carballada (2020), podemos pensarlo como una enfermedad social, ya que la mirada entre lo macro y micro social se hacen evidentes desde el diálogo con la vida cotidiana, la trama social, el contexto, y la reconfiguración de diferentes problemas sociales que impone la pandemia. No fue una cuestión meramente sanitaria. Este asunto se ve reflejado en términos de accesibilidad al sistema de salud, a las políticas sociales y a los sistemas de cuidado. En ese sentido, Colque y equipo mencionan que “la única manera de mejorar las condiciones de vida de esta población es implementar una intervención por parte del Estado que responda de manera integral a sus necesidades específicas” (2020, p.3).

Tal como comprendemos al fenómeno de la pandemia, entendemos que agravó mayormente las carencias y vulnerabilidades del colectivo trans y cis que atraviesan por experiencias de consumo de sustancias. Resulta primordial mencionar la importancia que obtuvieron las organizaciones sociales ya que se ocuparon de fortalecer redes de asistencia y contención, y es allí donde, coincidiendo con Faraone y Iriart (2020), la pandemia dejó en evidencia las desarticulaciones entre los niveles de atención de salud mental.

### **3.1.2 El trabajo interdisciplinario y la especificidad del trabajo social**

Los modos de intervención tanto en Tekoporá como en Casa Animí, las podemos enmarcar bajo la lógica del trabajo interdisciplinario, comprendiendo al mismo como una forma de dejar de analizar los problemas como objetos y pasar a analizarlos como demandas complejas y difusas, en las cuales cada disciplina puede aportar su mirada teniendo siempre presente los límites de cada una y centrándose en llevar adelante un trabajo de manera horizontal (Stolkiner, 1999). Para ejemplificar lo dicho, proponemos citar algunos fragmentos de entrevistas tanto de Animí como de Tekoporá, en los cuales explican la lógica de trabajo que caracteriza el dispositivo. Con respecto a Animí, **G** y **D** comentan lo siguiente:

*Tenemos un equipo pequeño, conformado por mi esposo y yo, él es contador, N. nuestra psicóloga especializada en diversidad. Teníamos una trabajadora social que es trans pero que ya no está viniendo, psicólogo que le falta una materia para recibirse, nuestra trabajadora social de tercer año M., y otra psicóloga más que se llama J., después vienen las operadoras, cuatro por la mañana y cuatro por la tarde.*

**G - profesional de Animí**

*No es mi rol sentarme a hacer terapia, mientras no estoy abocada a las tareas administrativas, mi intención es sentarme a conversar con ellas, acá nadie da cátedras de vida, todos tenemos algún rollo para trabajar, no importa si sos psicólogo, o lo que seas, lo importante es la amorosidad, acá sobran los abrazos y los oídos.*

**D- profesional de Animí**

En ese sentido, si bien en Animí cada unx cumple su rol particular, todxs mencionan como eje principal el “acompañamiento” a la población trans, lo cual no es un dato menor: desde quienes realizan trabajo administrativo hasta quienes ejercen el rol de psicólogxs/psiquiatras o trabajadorxs sociales, comparten la misma noción. De los relatos se desprende que, en ocasiones, hay espacio de diálogos e intercambios entre quienes concurren a los dispositivos con personas no profesionales que se desempeñan en la institución. Sin dejar de reconocer las incumbencias ni responsabilidades éticas, podemos indicar que estas intervenciones responden a lógicas de cuidado informales que se llevan a cabo en estos dispositivos. En caso de situaciones que posean un mayor nivel de complejidad, dichos operadores deberán dar intervención a los integrantes de los equipos técnicos. En ese sentido, Cazzaniga (2001) señala justamente que los campos en los que se implica el trabajo social son compartidos por otras profesiones, por lo que la interdisciplina permite construir intervenciones desde la totalidad y salir de las miradas particulares. Con respecto a ello, lxs profesionales de Tekoporá deslizan lo siguiente acerca de la interdisciplina:

*Tenemos un equipo interdisciplinario, una trabajadora social que soy yo, una psicóloga que tiene espacios terapéuticos individuales con quienes asisten, y una psiquiatra. A veces son personas que han transitado procesos de consumo y están en otra etapa o operadores territoriales, acá todos son todos profesionalizados y quienes no, son mujeres del barrio que realizaron el curso de operadoras socio-comunitarias con perspectiva de género, los jueves hay una médica ginecóloga y generalista.*

**L - profesional de Tekoporá**

*Cada profesión tiene su particularidad y especificidad, pero todas nos caracterizamos por la escucha que cada profesión tiene. Como psicóloga, cierta escucha particular construida desde una mirada particular, pero que se pone en diálogo con el resto, hay ciertos criterios que claramente tenemos en común y los venimos construyendo.*

**R - profesional de Tekoporá.**

Podemos identificar que lo que sucede tanto en Tekoporá y en Animí no es una yuxtaposición de disciplinas en términos de Stolkiner (1999), sino que el trabajo interdisciplinario requiere que se construya de forma colectiva el problema, la manera de intervención sobre el mismo y, por consiguiente, un marco de representaciones común.

En base a lo expuesto, inferimos que las posturas desplegadas por las trabajadoras sociales de ambos dispositivos frente a la temática de consumo problemático de sustancias desde el trabajo social se enfocan, en el vínculo que lxs sujetxs establecen con la sustancia, en un contexto determinado. Consideramos que el rol del trabajo social, interviene dentro de un equipo interdisciplinario, y desde su especificidad profesional frente a distintas expresiones de la cuestión social que implica pensar a ese “otrx” en una trama de complejidades que sugiere, de algún modo, revisar la trayectoria social del sujetx así como también situar su padecimiento para comprender la génesis y desarrollo de la situación problemática, con el fin de poder trascender aspectos que presenta la inmediatez de la intervención.

### **3.1.3 Sobre el rol del trabajo social**

Como mencionamos en el Capítulo I, es importante afirmar que entendemos a la interdisciplina como un elemento central en el abordaje de la salud mental. Para ello, destacamos la necesidad de que los equipos de profesionales incluyan disciplinas varias, tales como la psicología, psiquiatría y trabajo social, entre otros, como señala el Art. N° 8 de la LNSM. A su vez, dicho abordaje debe ser interdisciplinario e intersectorial, orientando el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Yolanda Guerra profundiza acerca del ejercicio de la profesión, aludiendo a que “las profesiones interventivas se colocan en un campo de mediaciones complejas, las cuales se profundizan y se agudizan con la complejización de la sociedad capitalista” (2013, p.7). Respecto a ello, y para iniciar a contextualizar las entrevistas, resulta pertinente dar a conocer el siguiente fragmento de la entrevista a **L**, profesional de Tekoporá:

*Parte de nuestro trabajo es estar acompañando la cotidianeidad, porque ahí surgen los elementos para la intervención. Quizá la especificidad de nuestra profesión es que podemos tener una mirada mucho más amplia de eso que surge en los discursos, y no quizá entrar en algo más clínico o psicoanalítico [...] Lo que aportamos es una mirada más amplia e integral de las problemáticas y de los atravesamientos.*

**L- profesional de Tekoporá**

En cuanto a la intervención de **L** como trabajadora social, creemos pertinente utilizar la categoría de suspensión del cotidiano de Gianna (2011), que da cuenta del rol que cumple lx trabajadorx social en el territorio. En este caso, aparecen signados varios problemas sociales que demandan atención a través de varias instituciones y que necesitan ser resueltas con inmediatez. En la entrevista con **L**, y en específico en dicho fragmento, aparece la idea de problematizar lo que a priori parecieran ser situaciones aisladas y normalizadas tanto para la población trans como para algunxs profesionales. La postura de **L** frente a la intervención del trabajo social permite pensar en esa permanente mediación entre lo particular y lo general, y viceversa. (Fuentes, 2001)

Si bien especificamos que la idea de la investigación no es hacer un análisis comparativo entre ambas instituciones, sino justamente ponerlas en diálogo, resulta interesante plasmar aquí lo que nos comentó **M** (estudiante de trabajo social) de su rol en Casa Animí:

*La trabajadora social que estaba, venía dos veces por semana y ahora a fin de mes se va, entonces yo estoy aprendiendo más lo que son trámites, informes, esas cosas. Un punto también es la demanda espontánea, no es algo propio del trabajo social, pero son cosas que no saben hacer o necesitan ayuda.*

**M - estudiante de trabajo social de Animí**

**M** menciona que la especificidad de su intervención como estudiante está vinculada a realizar informes, “ayudar” a la gestión de trámites, etc. Si bien dichas cuestiones suelen ser atribuidas a tareas que ejerce el trabajo social, **L** (profesional de Tekoporá), alude lo siguiente acerca de la especificidad de nuestra intervención:

*Tiene que ver con poder hacer emerger esos indicadores de cuestiones a trabajar, y cuando hay cuestiones concretas de gestión, quizá hay algunas cuestiones que tengo más en claro yo, pero igual tiendo a querer que todos lo puedan conocer, entonces no es que yo sola tengo el conocimiento de cómo gestionar una ciudadanía porteña y está en el Drive y cambia todo el tiempo.*

**L - profesional de Tekoporá**

Las situaciones problemáticas que abordan tanto Tekoporá como Animí, las entendemos desde Cavalleri (2008) como situaciones de carácter dinámicas en las cuales se manifiesta la cuestión social y que refieren a un proceso teórico-metodológico en el que el trabajo social interviene desde la perspectiva de la particularidad, en aquellas “problemáticas y atravesamientos” que menciona **L**. Además, creemos pertinente hacer una aclaración con respecto al término “ayudar” mencionado por **M**. Si bien, es verdad que la ayuda es importante e imprescindible para gestionar políticas sociales e intervenciones con lxs sujetxs, consideramos que esta idea de “ayudar” que señala la trabajadora de Animí, se vincula posiblemente con la noción de que la disciplina tiene un carácter caritativo. Creemos, como futuras profesionales, que esa ayuda no debe ser en clave filantrópica sino más bien en busca

de propiciar la protección y el ejercicio de los derechos humanos para hacer efectivas dichas políticas, ya que intervenir en cuestiones formales resulta una vía de entrada a una posible efectivización de derechos. Por otro lado, nos parece oportuno señalar que diferentes autores, tales como Caballero (2015), Iamamoto (1997), Mallardi (2004), entre otros, señalan que la intervención del trabajo social posee dos dimensiones: una material, la cual está relacionada con la provisión de recursos y servicios; y una socioeducativa, que puede incluir aspectos moralizantes, o, por lo contrario, puede promover la construcción de espacios críticos y problematizadores de la vida cotidianas. Consideramos que estas tensiones y concepciones, se ponen en juego en el relato que nos aporta **M**.

Con respecto a la intervención en situaciones complejas, Dillon et al, propone instaurar “un compás de espera, un espacio y un tiempo, en el cual las respuestas y acciones a ejecutar, puedan ser pensadas” (2012). En este sentido, nos interesa citar lo que **M** (profesional de Tekoporá), concibe sobre su intervención:

*Lo que está bueno es la inmediatez y la fluidez de eso que se labura en lo individual, enseguida poder trasladarlo a lo que tiene que ver con el espacio en general que de alguna manera fluye más ahí. Porque algo que sucede en instancia de lo grupal o con una compañera trabajadora de Teko, que acaba de suceder algo en otro espacio, enseguida eso en lo inmediato se trae y puede ser laburado en lo individual.*

**M- profesional de Tekoporá**

La inmediatez en dispositivos como Tekoporá surge como algo positivo, en la cual la problemática a trabajar en esa individualidad que propone el espacio terapéutico, se pueda pensar como partes constitutivas de una totalidad concreta (Lukacs, 1969, citado en Mallardi, 2013), con el fin de superar lo singular, aquello que se presenta como inmediato, lo que el autor llama “proceso de generalización”. Respecto a la intervención del trabajo social en situaciones complejas como las que abordan ambas instituciones, Martinelli refiere que podemos comprender que “las mediaciones son categorías instrumentales por las cuales se procesa la operacionalización de la acción profesional” (2001, citado en Bruni, 2012; p. 3). El autor define las mismas como instancias de pasaje de la teoría a la práctica. Es decir, la idea de “mediar” que comparte Martinelli, permite identificar aquella particularidad de cada persona que forma parte de los dispositivos. Respecto a ello, **N** (profesional de Animí) comenta lo siguiente:

*La particularidad es que tiene que ver con la parte más íntima de cada uno, la posibilidad de tener un espacio en el que se pueda hablar de la manera más profunda y cuáles son las angustias y dolores que te acompañan y te llevan a tomar decisiones buenas, no tan buenas y malas y tener esa posibilidad con ese espacio encuadrado y que no sea todo puesto en duda o juzgado y evaluado, eso hace una diferencia.*

**N- profesional de Animí**

Como menciona De Jong (2000), el trabajo social interviene en la reconstrucción y en la creación de vínculos en el mundo de la vida cotidiana y la búsqueda por recuperar la

condición humana en la formación de la sociedad. Analizando ambos dispositivos, es claro que no solo el área del trabajo social tiene dicha especificidad de intervención en términos de Jong, sino que entre todxs lxs profesionales coinciden en una misma perspectiva con respecto a la labor con la población trans y cis, compartiendo la idea de tejer estrategias en conjunto.

Con lo expuesto, distinguimos la importancia de la presencia y del acompañamiento del trabajo social en la cotidianidad de lxs sujetos. La compañía, escucha y predisposición de las profesionales representa un papel fundamental en la intervención de quienes asisten tanto a las instituciones investigadas, así como también la capacidad para complejizar las situaciones que atraviesan lxs entrevistadxs, las cuales en el relato parecen ser aisladas, pero se encuentran entrelazadas e interrelacionadas conjuntamente, con hechos que conforman a la cuestión social. Podemos dar cuenta según las entrevistas realizadas, cómo la intervención del trabajo social en conjunto con otras disciplinas, termina develando y haciendo emerger determinados indicadores que parecían invisibilizados y ocultos en la cotidianeidad de lxs sujetxs que asisten tanto a Tekoporá como Animí. Asimismo, en base a los relatos que las profesionales manifestaron, enfatizamos en el carácter integral de dicha disciplina y su capacidad de tejer redes tanto con otras instituciones como con otrxs profesionales, abordando las particularidades de lxs sujetxs, de forma singular e integral.

### **3.1.4 Estrategias de intervención en ambos dispositivos: Análisis de los modelos de abordaje sobre salud mental en Tekoporá y Casa Animí**

#### **Acerca de las significaciones**

Para introducirnos en este apartado, es pertinente definir qué entendemos por significados, ya que supone un concepto clave para dar cuenta del objetivo específico n° 2 que planteamos al inicio de la investigación, el cual es analizar la construcción de significados que lxs profesionales establecen sobre la población trans y cis.

En ese sentido, concordamos con Oberti (2020) al comprender, desde una perspectiva discursiva, a lxs sujetxs inmersos en una red de sentidos, donde son tanto productores y receptores de discursos. En estas redes que se constituyen, los significados (que incluyen representaciones, imaginarios, estereotipos, percepciones, etc.) que utilizan y reproducen lxs sujetxs no se mantienen estables, quietos o fijados a una sola significación de una vez y para siempre. En otras palabras, se comprende que un significado en un momento determinado de la historia puede implicar ciertas significaciones, explicaciones, metáforas y concepciones, y que posteriormente en otro tiempo histórico, puede implicar una transformación hacia otros

sentidos; como, por ejemplo, la misma noción de droga o consumos, o los imaginarios respecto a la población trans en la sociedad.

Con lo expuesto brevemente, consideramos de suma relevancia retomar la noción de significados para comprender cómo los mismos se construyen y reproducen entre lxs profesionales y de qué manera impactan en los abordajes. Afirmamos que las prácticas y los discursos en que se manifiestan dichos significados, entonces, tienen efectos subjetivos en otras personas, pudiendo transformar o profundizar las desigualdades y vulneraciones ya existentes. Es por esto que, en el presente capítulo, analizaremos relatos de lxs profesionales de ambos dispositivos, con el fin de indagar sobre los modos de significación, y con ello de intervención, al respecto del modelo abstencionista y el de reducción de riesgos y daños. En general, las propuestas de atención en salud y, específicamente, en consumo problemático, suelen caracterizar a los paradigmas existentes de forma excluyente, por lo que proponemos la posibilidad de pensar los mismos desde la complejidad que lo componen.

Por otro lado, nos proponemos analizar las limitaciones de lxs profesionales en su intervención, ya sea por falta de recursos y presupuesto o por aquellas de las mismas instituciones. Por último, de forma breve analizamos las diferencias de intervención entre mujeres cis y mujeres trans. Podemos decir que ambas poblaciones atraviesan situaciones de vulneración sobre sus derechos, y que en mujeres trans es aún más profundo, sino que ello se acrecienta por cuestiones de género al respecto de su elección identitaria.

### **3.1.5 Análisis de los modelos de abordaje sobre salud mental en Tekoporá y Casa Animí**

Considerando los paradigmas que sostienen ambos dispositivos, si pensamos en población travesti-trans, la complejidad es aún mayor ya que nos referimos a una población generalmente discriminada por su orientación sexual e identidad de género en el ámbito de la salud, como ya hemos argumentado. Si bien Tekoporá y Animí son dispositivos que trabajan, entre otras, con la problemática del consumo, y específicamente con población trans y mujeres cis, es preciso destacar que la noción acerca dicha temática y su abordaje en algunos casos, difiere y en otros, es compartido.

En lo que respecta al presente capítulo, analizaremos las respuestas en torno a los modos de intervención ante situaciones de consumo problemático. Con respecto a Animí, **G** y **D** nos comenta lo siguiente:

*La mayoría de nuestras chicas siempre estaban en la droga como consumidoras, el consumo nace porque la promiscuidad, las situaciones vertiginosas, muchas veces la gente las quiere para compañía de consumo, para que les provean el consumo, consumen juntos, juntas, se van degradando. La verdad es que el consumo es una de las partes de tantos años que van viviendo acá se pueden dar cuenta.*

### **G - profesional de Anímí.**

*El consumo se trabaja de manera individual, cada una tiene un plan hecho a medida, por ejemplo, hay una chica que le dicen “Petaca” por lo que tomaba, al principio veía la puerta abierta y se iba, con ella, la mejor estrategia era acordar una vez cada quince días que salga a Palermo, para otras, era alguna combinación de medicaciones que le recomendara la psiquiatra. Cuando es repetitiva cada recaída, ahí es cuando se labura con alguna internación, o algún tratamiento de seis meses en el cual nosotros vamos acompañando cada dos semanas.*

### **D - profesional de Anímí**

En ambos relatos se podría identificar una perspectiva más ligada al modelo de base prohibicionista, que piensa al sujeto como “dependiente” de aquella sustancia que lo lleva a tener cierto comportamiento por fuera de lo socialmente aceptado. El concepto de “recaída” que trae **D** en su respuesta, lo podríamos relacionar con la lógica que propone el MMH y el modelo prohibicionista, en los se “demonizan” las drogas y se plantea la concepción de la “rehabilitación” que reemplaza al castigo.

Por otra parte, si bien el concepto de “promiscuidad” que plantea **G** se puede relacionar a la idea del control y la estigmatización hacia las mujeres trans que son vistas, muchas veces, como sujetos que sugieren una “amenaza de perturbación a la moral” (Elizalde, 2011, citado en Napiarkorvski, 2012), es necesario aclarar que consideramos que la postura de la profesional sobre el colectivo trans no coincide con la perspectiva estigmatizante al que alude la autora. Por el contrario, podría ser pensada como una representación social hacia dicho colectivo que históricamente ha recibido formas de nombrarlas que potencian la segregación y exclusión del mismo.

En cuanto la intervención en consumo problemático, hay diferentes formas de pensar entre lxs profesionales, no solo por la especificidad de cada disciplina, sino también en cuanto al lugar en el que se posicionan para pensar la misma. **N** y **M** nos mencionaron lo siguiente:

*El denominador común viene del consumo problemático, pero también hay cuestiones previas, la mayoría de las personas que están acá ahora ya vienen con una experiencia de trabajo sobre ese tema, hacer el proceso de entender que viene a sustituir ese consumo y porque es problemático. De alguna manera es romper con la naturalización que muchos traen de que el consumo viene a llenar un agujero o una dificultad de tapar algo, no es para todos evidente eso.*

### **N - profesional de Anímí**

*Intervenimos hasta donde nos dejan intervenir, porque no sirve de nada decirle a la persona que se tiene que internar, si la persona no va a querer, va a durar un mes como mucho, tres semanas, lo que tratamos de hacer es como de a poco marcarlo más en las consecuencias.*

### **M - estudiante de trabajo social**

**N** nos comenta la intervención como “proceso” que posibilita identificar qué hay detrás de aquel consumo, y pensar en porqué es problemático. Es decir, por el contrario de percibir una idea fetichista de la sustancia, plantea qué vínculo establece la persona con la misma y cómo infiere en las aristas de su cotidianidad: trabajo, relaciones vinculares, etc. Cabe recordar

que según el Art. 14 de la Ley 26.657 “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. Con respecto a lo que menciona **M**, es importante resaltar la posición de la estudiante en torno a respetar los tiempos y las decisiones del otrx, de quien demanda atención pero que decide, por ejemplo, si quieren internarse o no. Si bien pareciera, a priori, algo “esperable”, históricamente las internaciones fueron la modalidad privilegiada para atender las problemáticas de salud mental (Poblet Machado et al, 2021).

Considerando el interrogante al respecto de todos hacemos reducción de daños, que plantea Romaní en Goltzman y Amorín (2013), es importante destacar dicho enfoque como un trabajo persistente que tiene como fin ir logrando cambios en ciertos entornos y contextos. Va más allá de revisar el prohibicionismo, sino también problematizar formas de intervención y las relaciones de poder jerarquizadas. A partir de las diferencias de ambos dispositivos, nos interesaba interrogar acerca de cómo definen las reglas y normas de convivencia dentro de Animi. Sobre ello, **N** y **D** comentaron lo siguiente:

*La regla principal de este lugar es el no consumo, por supuesto sucede que alguien consume afuera y nosotros sabemos que no puede sostener su tratamiento, pero acá no.*

**N - profesional de Animi**

*La regla de no consumir en esta casa es una regla de las más fuertes, es una violación grave esa, no están privadas de su libertad, pueden consumir por ahí y volver, pero a las nueve de la noche es el último horario laboral, si volviste más tarde, por una cuestión de menor peligro no podemos recibirlas.*

**D - profesional de Animi**

La prohibición del consumo dentro de Casa Animi constituye una regla principal para la convivencia, y sucede lo mismo en Tekoporá. Ante el interrogante de cómo abordar el consumo problemático, **M** nos comentó lo siguiente:

*Con seriedad, con respeto, es una casa de primer umbral, pero eso no significa que esto sea un cachivache, acá no se puede consumir, lo abordamos tratando de empatizar, con mucha ternura, pero también con mucha firmeza, esto es un problema circular, no es que tiene una solución concreta. Hay talleres, distintos enfoques según la persona. La intervención es siempre personal, acompañamos el consumo, no queda otra.*

**M - profesional de Tekoporá**

*Pensamos que el consumo problemático, no se labura ni desde el abstencionismo ni desde que tenga que solamente ser el eje de nuestra intervención, pensamos que se va viendo mientras laburamos la restitución de derecho desde el acompañamiento de esa persona en un montón instancias de su vida, el consumo problemático es de alguna más.*

**M - profesional de Tekoporá**

En ambas respuestas podemos identificar que la prohibición de consumir dentro de la institución se encuentra presente como regla principal. Pese a que las profesionales de Tekoporá

señalan que la estrategia de intervención profesional es la reducción de riesgos y daños, nos preguntamos ¿hasta qué punto la regla de no consumir no podría ser considerada como una perspectiva abstencionista?

Retomando lo que menciona **M** en la entrevista sobre cómo trabajan la problemática del consumo, Nery Filho (2016) remarca la importancia de una reducción de daños que precisa ser hecha a nivel político, entendiendo la misma como reducción o impedimento de actos públicos que producen mucho más daño que el propio uso de sustancias, lo que el autor entiende como una reducción de la vulnerabilidad y lo que la profesional menciona como “restitución de derecho”. En Tekoporá, si bien acuden mujeres cis y feminidades trans que atraviesan situaciones de consumo de sustancias, la mayoría de quienes asisten se encuentran con dificultades habitacionales, algunxs están en situación de calle y la mayoría vive en pensiones, hoteles, etc. En este sentido, ante la pregunta acerca de cómo abordan el consumo problemático, **L** nos comenta lo siguiente en relación al trabajo en Tekoporá:

*Cuando se acercan con una situación de consumo, primero es importante cómo se acerca la persona. Eso nos da una pauta de qué herramientas contamos o que estrategias ya se intentaron. Es ofrecerle que se acerque, que venga, que el espacio esté abierto, no siempre el consumo es explícito, a veces no saben por qué vienen, o vienen porque les dicen o no dicen que están en consumo, o no aparece problematizado y eso es parte del proceso.*

**L - profesional de Tekoporá**

*Hay una serie de preguntas dirigidas a saber si consumiste alguna vez, en que cantidad, pero lo que ponemos en juego en la integralidad de la intervención, son otras variables, entonces más allá de que te digan que no consumen o que sí, lo que nos va a dar la idea de urgencia, es si cuenta o no con redes, con referentes familiares, si ya quemó todas las referencias que había [...] tendemos a pensar integralmente, territorialmente y ambulatoriamente el consumo, entonces intentamos que sea integral.*

**L - profesional de Tekoporá**

Como menciona **L**, la perspectiva de “integralidad” permite justamente lo que **M** comenta en torno a trabajar desde el acompañamiento en todas las instancias de la vida, incorporando a lxs otrxs como parte de esa intervención e intentando generar mejoras en sus condiciones de vida, de acceder a derechos básicos como la alimentación, controles médicos, obtención del DNI, etc. En consonancia con Goltzman y Di Iorio (2013), la integralidad permite pensar en un conjunto de intervenciones parciales, reconociendo en la multiplicidad y diversidad, la unidad. El concepto de integralidad planteado por la autora podemos vincularlo con la “variable de capacidad autogestiva” que menciona Martinelli (Bruni, 2012), la cual refleja la importancia de pensar al sujetx en permanente relación con su grupo de pertenencia, sus relaciones con organizaciones y sujetxs en su territorio. Siguiendo los aportes del autor, visualizar las estrategias de resolución de sus conflictos y su nivel de conciencia, puede abrir el

campo de intervenciones que tiendan a no cronificar al usuarixs de salud mental y a pensar en la conquista de una mayor autonomía de las personas.

La noción de “hacer cuerpo” ante la complejidad de un caso particular resulta fundamental para dar ese primer paso de alojar o “hacer saber” que puede alojarse en el dispositivo. Como menciona L, son muchas las veces que no saben por qué vienen, por ende, es necesario generar un espacio seguro y cómodo que pueda abrir las puertas a sujetxs con diversas complejidades o bien, acompañar ese camino de comenzar a problematizar.

Ante lo analizado, podemos decir que en ambos dispositivos conviven ambos paradigmas de intervención. Si bien apostamos por pensarlo de forma dialéctica y aceptando las contradicciones que caracterizan el trabajo en territorio, algunas formas de abordar el consumo problemático difieren entre un dispositivo y otro. Con respecto a Animí, aún cuando trabajan con un equipo interdisciplinario y se ocupan de distintas problemáticas, en el discurso de algunxs profesionalxs prevalece una perspectiva más vinculada al modelo abstencionista, una idea del consumidor como “dependiente” de la sustancia, que en su trayectoria da cuenta de varias “recaídas”. Con respecto a Tekoporá, el modo de trabajar una problemática asociada al consumo de sustancias se asocia a una perspectiva integral, vinculada al abordaje de la SMC que supone, como mencionamos en el Capítulo I, una estrategia de abordaje que se orienta a la integración social del sujetx padeciente, en conjunto con sus redes vinculares, familiares y comunitarios.

Planteamos que en ambas instituciones incorporan la prohibición del consumo dentro de la misma, igualmente, creemos necesario aclarar que el funcionamiento de cada uno difiere, ya que Casa Animí alberga mujeres que viven allí, y en Tekoporá solo asisten en horarios determinados, los días de la semana que cada sujetx crea necesario. Por ende, la regla de “no consumir” impacta de diferentes formas, ya que al asistir esporádicamente o cierta irregularidad a una institución implica que los contextos sean diferentes. Para finalizar, destacamos que profesionales de ambos dispositivos dan cuenta de la importancia de pensar y trabajar el consumo desde la complejidad que lo caracteriza, considerando factores micro y macro sociales y estableciendo redes con otras instituciones que potencien las estrategias utilizadas.

### **3.2 Limitaciones en la intervención profesional**

A lo largo del proceso de investigación, nos surgió el interés en indagar acerca de las limitaciones en la intervención, tanto personales como institucionales en Animí y Tekoporá. Respecto a esto, N, comentaba lo siguiente:

*No me pasa ninguna limitación propia, si me pasó que en mi mundo teórico de la diversidad se habían pasado por alto un montón de cosas que vi que pasaban, por ejemplo, lo social, lo habitacional.*

**N - profesional de Animí**

Es interesante retomar la respuesta de **N** y pensarla desde Pontes (1997), quien plantea que, en el proceso de conocimiento, el sujeto ya que comprende los fenómenos sociales desde el paradigma de la complejidad y no como hechos aislados. Impregnarlas en esa complejidad conlleva a que estén en permanente tensión y contradicción, en permanente movimiento. Que **N** pueda dar cuenta de esto y nombrarlo en la entrevista, nos invita a pensar la necesidad como profesionales de no sólo incorporar conocimientos teóricos, sino también prácticos, territoriales. Por otra parte, **M**, quien cumple el rol de estudiante avanzada de trabajo social, ante el interrogante de las limitaciones en su intervención, comparte la duda sobre hasta qué punto como trabajadora en Animí, tiene “autonomía” para decidir/intervenir. En ese sentido, **M** comentaba:

*Cada institución tiene su particularidad, y te da el marco de trabajo, yo tengo una opinión y capaz que otros tengan otra, sí puedo dar una opinión y es escuchada y validada o no. Eso creo que sucede en cualquier institución*

**M - estudiante de trabajo social**

Si bien volvemos a recalcar la importancia de diferenciar el rol y responsabilidad de unx estudiante y unx profesional, lo que pone en manifiesto **M** refiere a que la autonomía relativa de un/a trabajador y/o profesional, se encuentra condicionada en cierto encuadre de trabajo, inserto en una institución con recursos y programas determinados que organiza y caracteriza el proceso de trabajo. Entendemos dicha autonomía como “el ejercicio responsable de la libertad [...] el recurso de la reflexión ética, en su doble movimiento, constituye una posibilidad para poner en juego la reflexividad moderna y promover el respeto y el reconocimiento de todos los involucrados.” (Heler, 2001, p.33). Por otro lado, con respecto a las profesionales de Tekoporá, **L** y **M** nos compartían lo siguiente:

*Hay muchas de las cuestiones que tienen que ver con lo quizás más asistencial, en cuanto a conexión con el Gobierno de la Ciudad, que está muy complejo, hay una limitación institucional que tiene que ver con los alcances que tenemos en este sentido*

**L - profesional de Tekoporá**

*En salud mental en general, hay cuestiones vinculadas a los recursos en relación al dispositivo, todo lo que plantea la Ley de Salud Mental, que yo creo excelente, pero también sabemos que cuesta que existan verdaderamente esos recursos y eso hace que, intervenciones o estrategias que podrían estar buenísimas en lo ideal, pensando en evitar una institucionalización o acompañamientos ambulatorios, hay recursos que no existen, que son limitados en relación a la población que los requeriría*

**M - profesional de Tekoporá**

*Obstáculos son para mí cosas que tienen que ver con derivar a un paciente a hacer una extracción de sangre y que el CESAC me hace lío, quieres que alguien vea a un clínico y el CESAC nos hace lío, por eso tuvimos que traer a nuestra médica generalista para acá*

### **M - profesional de Tekoporá**

Las profesionales traen a discusión las limitaciones en términos de redes institucionales, recursos, políticas sociales y las posibles soluciones. Por otra parte, **M** problematiza la falta de leyes en torno a la salud mental, dando alusión a la legislación. Lo que las profesionales plantean no gira en torno a dicha política en sí, sino a la necesidad de asumir la complejidad que resulta pensar en modos de intervención y efectivización de políticas públicas que den respuesta a los padecimientos psíquicos desde un posicionamiento integral en torno a las necesidades de, en este caso, la población cis y trans. En este sentido, es preciso destacar que para que pueda llevarse a cabo el modelo de atención que propone la LNSM, “es necesario que se tomen decisiones de políticas públicas que efectivamente impliquen cambios en los modelos de atención/cuidado” (Poblet Machado et al, 2021, p.229). En relación a lo dicho, al respecto de las limitaciones en la intervención, **M** también comparte una perspectiva interesante en torno a su intervención particular como profesional del campo de la salud mental:

*Trabajar como psiquiatra, con personas que están en calle no es tan fácil; por la adherencia al tratamiento, porque los tiempos son otros, porque el acceso al dispositivo es otro, o sea tienen que venir caminando y por ahí vos estás acá y ellos están parando en un Banco en el centro.*

### **M - profesional de Tekoporá**

Es importante detenerse en lo que **M** plantea acerca del límite de la intervención, ya que trae a reflexión la idea de “continuidad-discontinuidad” de los tratamientos por salud mental. Las mujeres cis y trans que acceden a Tekoporá, en general no realizan tratamientos prolongados, sino que transitan una lógica que se caracteriza por “entrar y salir” del dispositivo. Si bien puede resultar beneficioso para algunas, **M** suscribe que la problemática de la adherencia al procedimiento teniendo en cuenta que muchas de las mujeres cis y trans tienen problemas habitacionales. Con respecto a ello, nos resulta interesante lo que plantea Pawlowicz y equipo (2013) en torno a la idea de “discontinuidad” en tratamientos por salud mental. Las autoras consideran que los problemas relacionados al consumo de sustancias se caracterizan por desarrollarse en una “trayectoria con interrupciones, giros, reversibilidad del proceso” (p.183), en los cuales hay momentos en que dichos regímenes se sostienen y otros en los que no, teniendo en cuenta el contexto de heterogeneidad y vulnerabilidad en la que se inscriben las problemáticas mencionadas en el presente capítulo.

En torno a lo analizado, podemos decir que los condicionamientos que identifican lxs profesionales se vinculan más a cuestiones burocráticas y a la falta de recursos, o la inexistencia de algunos, para abordar diferentes problemáticas de salud mental. Asimismo, profesionales de Tekoporá reconocen limitaciones propias de la institución para abordar algunas situaciones. Por

otra parte, en Anímí se reconocen obstáculos personales sobre el conocimiento de cuestiones vinculadas a la diversidad y la falta de acceso a derechos universales para algunas poblaciones, particularmente las que no responden al estereotipo hetero-cis. Asimismo, dan cuenta de las barreras profesionales y del ejercicio de una posible autonomía dentro de un contexto y dispositivo determinado. En ese sentido, nos parece importante destacar que la implementación y legislación de políticas públicas que intervienen en cuestiones vinculadas al campo de la salud mental, representa para el funcionamiento de ambas instituciones y para el ejercicio profesional un eje central de discusión y reflexión.

### 3.2.1 Intervención con mujeres trans y cis

En este último apartado, quisiéramos detenernos brevemente a analizar algunos fragmentos de entrevistas que responden al interrogante acerca de si distinguen diferencias al intervenir con población cis y población trans. Con respecto a ello, **N** y **D**, profesionales de Anímí, nos comentaban lo siguiente:

*En las intervenciones no, todo se vive homogéneamente, las historias sí, pero todas son diferentes, existen denominadores en común pero que tienen que ver con la carencia de amor, historias de abuso y familias disfuncionales.*

**N- profesional de Animi**

*La vulnerabilidad, eso le toca a todas, en general refieren a lo habitacional, no puedo pagar el alquiler, cómo puedo juntar plata, falté toda la semana a trabajar, pero necesito cobrar igual el martes. Problemáticas que no tienen tanto que ver con la identidad de género, veo que la identidad de género queda a otro nivel.*

**M- estudiante de trabajo social**

En ambos discursos, podemos precisar que, al momento de intervenir, la identidad de género no resulta un obstáculo o limitación, pero sí se identifica un denominador común en las historias de ambas poblaciones: vulnerabilidad social, económica, habitacional; etc. Ambxs coinciden en que son aquellas vulnerabilidades un factor en común a trabajar, y no a la identificación de género en sí. Cabe preguntarse si estas vulnerabilidades que presentan ambos grupos poblacionales, parten por tener en común que se trata de identidades feminizadas. En ese sentido, respecto a las profesionales de Tekoporá, si bien tampoco resulta una limitación la identificación de género autopercebida de sus concurrentxs, respecto a ambas poblaciones, **L** y **R** nos comentaban lo siguiente:

*Por el hecho de ser una persona trans, tiene más dificultades para acceder de manera digna y saludable los espacios, más si se encuentra en situación de consumo, de calle o de precarización habitacional, difícil también que cuente con redes, muchas veces son expulsadas de sus familias o de sus instituciones, entonces cuesta gestionar o acompañar la construcción de redes.*

**L - profesional de Tekoporá**

*Hay otras barreras de accesibilidad, las mujeres están atravesadas por un montón de violencia, las personas trans están atravesadas por más violencia, hay situaciones que se generan con las mujeres y las disidencias que hace que sea más difícil, hay un montón de estigmas que atraviesan*

**R - profesional de Tekoporá**

En ambos relatos, hay una percepción sobre que ambas poblaciones tienen algo en común: están atravesadas por múltiples violencias que, a diferencia de los varones cis, se caracterizan por portar estigmas sociales que pueden llegar a ser una barrera de accesibilidad al ingresar o permanecer en un dispositivo. En ese sentido, según los relatos, recibir mujeres trans supone la necesidad de crear un ambiente aún más amigable, una red que pueda sostenerlas, ya que, a su vez, representan un acompañamiento y apoyo para las mujeres cis que concurren a las instituciones.

Con respecto a esta última población, remarcamos lo que plantean las profesionales de Tekoporá, ya que tal como han relatado en las entrevistas anteriormente señaladas, las mujeres cis no sólo cargan con los prejuicios de consumir, sino también con los de consumir mientras se materna. En ese sentido, **M** nos comentaba lo siguiente:

*El espacio está pensado para mujeres, personas trans, disidencias en general, porque sabemos que para esos colectivos, es difícil el acceso a dispositivos, a tratamientos vinculados al consumo, ser una mujer hétero cis, que carga mandatos vinculados a la maternidad, y los prejuicios en relación a si una mujer tiene una problemática de consumo, y deja a sus hijos, la persona trans tiene dificultades de acceso, porque ya de por sí tiene dificultades a un montón de cuestiones vinculadas a sus derechos.*

**M- profesional de Tekoporá**

Aun cuando lxs entrevistadxs señalan que ambos dispositivos reciben y acompañan mujeres y disidencias, podemos pensar que los significados que construyen acerca de ambas poblaciones difieren en términos de pensar la accesibilidad. Aun cuando es notorio que en esas construcciones la identidad de género no resulta una barrera para trabajar con disidencias, como menciona **M**, todx sujetx tiene su particularidad, la cual nos permite sospechar acerca de lo universal y natural, que justifica de alguna manera un espacio de poder y desigualdad que es necesario exponer en términos de garantizar sus derechos identitarios.

### **3.3 Reflexiones acerca de la práctica profesional en consumo problemático**

A modo de cierre, sostenemos que las asimetrías sociales y de género condicionan la forma de atención y tratamiento a las problemáticas de consumo y, por lo tanto, es necesario hacer hincapié en la importancia de construir una agenda de género que reconozca políticas públicas en salud. Para ello, se vuelve sumamente relevante que se tenga en cuenta las

determinaciones socio históricas que atraviesa la población, repensando e interviniendo desde el paradigma de integralidad.

Podemos deducir que la construcción de significados sobre ambas poblaciones se encuentra atravesada por las representaciones sociales que se le otorgan tanto a las poblaciones de personas trans como mujeres cis. Comprendemos las mismas como aquellas que “constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal” (Jodelet, 1986: p.474).

En tal sentido, identificamos que la construcción de significados se expresa de diferentes maneras en ambos dispositivos analizados. Por un lado, según lo que reflejan las profesionales de Tekoporá, se indica una diferenciación al trabajar con población de mujeres cis y trans, ya que éstas últimas incorporan una dificultad aún mayor en términos de accesibilidad, por causa de su identidad de género, la cual genera una expulsión no solo a nivel social, sino también en sus redes primarias de contención. Con respecto a la población cis, las profesionales identifican que la diferencia radica en que la misma carga con prejuicios sociales y culturales respecto a al ejercicio de la maternidad y la práctica de consumo. En el caso de Casa Animí, lxs profesionales refieren que ambas poblaciones están inmersas en un sistema desigual y vulnerable, pero que la identidad de género no resulta en este caso una divergencia en términos de intervención.

Para finalizar, nos parece fundamental argumentar a favor de la intervención con una perspectiva de reducción de riesgos y daños como también una perspectiva de género que incluya las disidencias, aunque creemos necesario seguir problematizando y cuestionando las formas de intervención, desnaturalizando ciertos discursos y prácticas y reflexionando conjuntamente con un otrx.

## CAPÍTULO IV

### **CONSTRUCCIÓN DE REDES SOCIALES EN CONTEXTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS**

El presente apartado indaga el objetivo específico N° 3, el cual tenía como fin identificar cómo las redes de atención en salud actúan en el acceso a tratamientos por consumo problemático hacia la población cis y trans. Nos proponemos visibilizar la importancia que se le asigna a la conformación estratégica de redes sociales en salud mental, y cómo influyen en dicha conformación las ideas y aportes del trabajo social como disciplina. Plantearemos las principales características que presentan las redes institucionales y sociales, y en cómo se manifiestan en la cotidianeidad de las instituciones investigadas.

Nos parece fundamental profundizar en la existencia y en la construcción de redes entre la misma población que asiste a los dispositivos investigados. Haciendo énfasis especialmente en las redes de las personas trans, que allí concurren, siendo un factor vital de reconstruir en torno a las múltiples vulnerabilidades que vivencia esta población.

#### **4.1 Acerca de las redes**

Para dar inicio a este capítulo, es pertinente adentrarnos en la categoría de redes. Estas, según los resultados arrojados por las entrevistas realizadas, resultan un concepto clave en nuestra investigación y más aún, en la cotidianeidad de la población entrevistada. Resulta significativo, destacar que ocupan un lugar primordial en la vida institucional y que su utilidad cumple un rol irremplazable en el quehacer profesional.

En tal sentido, Montero (2003) considera la red como una estructura social en la que los individuos encuentran protección y apoyo para la satisfacción de necesidades gracias al soporte ofrecido en el contacto con el otro. Las redes involucran, por tanto, un patrón de intercambio de recursos que se da entre una serie de individuos unidos directa o indirectamente mediante diversas interacciones y comunicaciones que se instauran de forma espontánea o intencional (Light y Keller, 2000).

Por otra parte, Dabas y Perrone (1999) definen la red como un sistema abierto que implica el ingreso y egreso de singularidades, así como también la posibilidad de cambios en las funciones que las mismas desempeñan. Si pensamos en recursos metodológicos para implementar estrategias de trabajo en red, es importante reconocer su preexistencia a nuestra

mirada, para poder promover y potenciar la gestión de la misma.

Utilizando los conceptos de Chadi (2000) nos parece importante aclarar los distintos niveles existentes dentro de las redes: primarias y secundarias. Las primeras son conformadas por las relaciones significativas e íntimas de los individuos, podemos ubicar a la familia, la familia ampliada o extensa, lxs amigxs y el vecindario. Estos grupos sociales participan activamente en los procesos de socialización de lxs sujetxs y representan una parte fundamental de sus vínculos afectivos. Las redes secundarias, por su parte, están conformadas por relaciones cercanas que también inciden en la formación y en la identidad de lxs sujetxs pero no son tan significativas las redes primarias. Se incluyen las relaciones construidas en grupos recreativos, comunitarios, religiosos, laborales y educativos.

En relación a esto, podemos tomar los aportes de Dabas y Perrone, quienes hacen mención a que la red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Podemos tomar los aportes de Dabas y Perrone (1999), quienes hacen mención a que la red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. En términos de lxs autorxs, las redes representan un sistema abierto, multicéntrico, donde través del intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.

En base a lo expuesto anteriormente, podríamos decir que a lo largo de nuestro proceso investigativo y gracias a las técnicas utilizadas, pudimos advertir la importancia que adquieren las redes sociales e institucionales en la cotidianeidad profesional, y más importante aún, cómo se manifiestan en las vidas personales de lxs usarixs. Es por esto que, en las siguientes partes que conforman a la investigación, ahondaremos en la importancia que se le asigna al recurso de las redes, como también a las redes sociales que se conforman entre lxs sujetxs.

#### **4.2 El recurso de la institucionalidad en red**

En este apartado nos interesa analizar las redes institucionales, su vinculación con otras y la funcionalidad que adquiere su planificación y conformación en la práctica cotidiana, en la vida organizacional y profesional tanto de Tekoporá como de Animí. A lo largo del proceso de investigación pudimos dar cuenta de que la articulación es un importante sostén para el funcionamiento y la intervención en ambos establecimientos analizados. Esto se debe a que frente a los obstáculos y limitaciones que irrumpen en la cotidianeidad de las mismas, una de las alternativas para intentar superarlos es articular y generar diálogos entre diferentes

instituciones, lógicas y representantes organizacionales. Retomamos dos comentarios al respecto de esto, por un lado, de **G**, de Animí, y por el otro, **N** de Tekoporá. Nos mencionan lo siguiente:

*“Todo esto se llama Familia Hogar de Cristo o Federación de los Hogares de Cristo, con el SEDRONAR como te dije, el CESAC, nosotros nos manejamos mucho con el Hospital Muñiz, también otro lugar donde van a encontrar chicas trans, es en el Hospital Fernández, el Argerich, el Bonaparte es de salud mental y Adicciones, estos serían los principales por la zona. Pero a su vez trabajamos con el Durán, también articulamos mucho con la comisaría también de la zona, aparte trabajamos en red con el dispositivo Masantonio”*

**G.- profesional de Animí**

*“Uno de los dispositivos con los que trabajamos en red es Masantonio, ellos tienen un infectólogo, que es como el doctor de cabecera, ellos responden al día a día a medida que van surgiendo cosas con los chicos o las chicas, tienen controles periódicos, porque la mayoría de los que están acá tiene HIV, entonces nosotros llevamos un control de que estén llevando bien la medicación, se le da mucha importancia y se las acompaña.”*

**N - profesional de Tekoporá**

Por otro lado, para Tekoporá la articulación también representa un recurso óptimo e irremplazable en las intervenciones diarias, aunque en algunos casos se presentan obstáculos que funcionan como barreras o limitaciones burocráticas y/o institucionales. Según nos mencionaba **R**, profesional de la institución:

*Laburamos un montón la articulación con los centros de salud, institucionalmente en Ciudad traba mucho esa accesibilidad [...] el lugar que más vínculo tenemos es con el Bonaparte, es un hospital bastante amigable con el cual podemos acudir bastante, después, sí, algunos profesionales amigables en los centros de salud, principalmente, pero tienen muchas trabas institucionales, pueden tener la mejor predisposición del mundo, pero hay muchas barreras y burocracia.*

**R - profesional de Tekoporá**

En base a lo expuesto, podemos ver cómo debido a la complejidad de las situaciones que se presentan en los espacios, lxs profesionales de Tekoporá y de Animí, mencionan la importancia de la articulación y/o derivación organizacional. Frente a las trabas institucionales que refieren lxs profesionales en Tekoporá, las mismas forman parte de las limitaciones profesionales que se distinguen en el capítulo anterior. En ese sentido, Tonon (2001) menciona el concepto derivación refiriéndose a generar una nueva instancia para lxs sujetxs en la cual puedan recibir un abordaje más apropiado, adecuado, es decir que, se trata que la persona derivada reciba el servicio gestionado y se encuentre dentro de un espacio que pueda responder a las necesidades de la misma.

Cabe agregar que en las entrevistas realizadas a lxs distintxs profesionales, nos han mencionado que, dependiendo la situación de la persona, las articulaciones en red se pueden generar a partir de lo personal, trabajando conjuntamente con la familia, en caso que exista. El trabajo en red es pensado e implementado como una estrategia vinculatoria, de articulación e

intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. El vínculo que se establece de esta forma tiene carácter horizontal, de relación entre pares, aunque implícitamente se tienen en cuenta los acuerdos normativos que entre lxs profesionales se establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas organizaciones en las que se desempeñan. Para la generación de una red es imprescindible que exista una finalidad explícita, de interés para los establecimientos y las personas que lo componen.

En esta línea, nos preguntamos hasta qué punto es necesario que sea compartida una perspectiva teórica, epistemológica y ética sobre las problemáticas y sobre los sujetxs con los que se intervienen. Al respecto de ello, **M**, nos mencionó lo siguiente:

*Se trabaja mucho con otras organizaciones del barrio, de la comunidad, organizaciones sociales, con los CESAC, donde de hecho hay alguna compañera que es promotora de Tekoporá y trabaja en algún CESAC, trabajamos con otras CAAC, que por una cuestión de que funcionan en horarios complementarios al nuestro, y por cercanía, las personas que asisten por la tarde acá, asisten por la mañana, muchas veces varias personas, en común, asisten también al otro espacio, se intenta como laburar en conjunto.*

**M - profesional de Tekoporá**

Es por esto, que como mencionamos anteriormente, la articulación es imprescindible e irremplazable en las intervenciones profesionales, ya que como mencionaba **M**, existen obstáculos burocráticos y que hacen a las instituciones, como por ejemplo el horario, que obliga a realizar las coordinaciones y/o derivaciones necesarias, como estrategia que permita un abordaje óptimo, y, sobre todo, para intentar dar una respuesta a aquelx sujetx que demanda de la intervención profesional. **L** quien también trabaja en Tekoporá, menciona en relación a lo expuesto:

*En cuanto a la derivación a otra institución quizá hay situaciones en las que nuestra posibilidad es limitada, hay algo de nuestro espacio y la decisión del otro, por un lado, puede ser que la otra persona no quiera venir más a este espacio, por algo en particular, también hay un límite de la institución, que tiene que ver que es de bajo umbral y que podemos alertar, pero no podemos ni internar ni ir contra el deseo, nosotros podemos acompañar internaciones voluntarias, como con el Bonaparte.*

**L - profesional de Tekoporá**

Tanto Animí como Tekoporá, poseen la ventaja de contar con un recorrido e historia de trabajo, lo cual le permite tener identificados instituciones, dispositivos, efectores y/o profesionales puntuales con los cuales es posible solicitar orientación y/o asistencia en las situaciones que crean necesarias lxs profesionales, dada la propia complejidad de las mismas. Sin embargo, en las entrevistas realizadas se hace hincapié que más allá de la derivación, profesionales de ambos espacios remarcan que pueden seguir contando con el apoyo de los dispositivos, así como también de solicitar el acompañamiento y las demandas que crean necesarias ante cualquier dificultad que se les presente. Podemos afirmar que, a lo largo de las

entrevistas realizadas en ambos sitios, lxs profesionales le recalcan a cada persona que asiste allí, la importancia del fortalecimiento de sus vínculos, de continuar en espacios de aprendizaje y de exigir por sus derechos.

#### **4.2.1 Sobre las redes de atención en salud mental: aportes del trabajo social**

La conformación e importancia que adquiere la formación de redes nos parece importante que sea analizada a través de la disciplina del trabajo social, en cómo cada profesional de cada institución en la cual se desempeñan, interviene de forma interdisciplinaria, con su determinada especialidad, especificidad y valores. En este apartado, ejemplificaremos en detalle su labor, ya que “desde la acción de trabajo social, trabajar con y desde redes es esencial para impulsar los cambios. Las redes implican importantes propuestas, vínculos, fuerzas, movimientos de acción social” (Carvajal, 2020: p.57). En términos de la autora, en el trabajo social el constructo de red social es parte del lenguaje diario en la acción, ya que no se permite estar desvinculado de las concepciones de la realidad social. Es por ello que, la interacción con lxs sujetxs está mediada justamente por redes. El abordaje de las situaciones problemáticas que se presentan en la labor profesional, requiere de recursos internos, externos, expresión de relación entre las personas, la familia y el entorno.

La accesibilidad requerirá de la implementación y fortalecimiento de redes, ya sea sociales o en muchos casos institucionales, sin embargo, en algunas situaciones esto puede verse obstaculizado, como bien menciona la Lic. **L.** de Tekoporá:

*Quizás el obstáculo tiene que ver con que son redes que hay que ir articulándolas, tejiéndolas en lo fino, y quizá por la dinámica no termina siendo prioridad, esas cosas se van articulando y después lo que vamos de a poco queriendo incluir tiene que ver con las referencias más individuales y singulares, ya sea familiares o comunitarias, e ir poniéndolas en juego para ir sosteniendo lo que se va pensando con cada una.*

**L - profesional de Tekoporá**

Considerando los aportes de Rodríguez (2014) en cuanto a las funciones que posee el rol del trabajo social, entendemos que la acogida, la orientación y el acompañamiento continúan siendo instrumentos relevantes para la intervención social. Respecto del abordaje en redes sociales, la autora menciona que lx trabajadorx social tiene entre sus funciones identificar el tejido relacional y conocer los recursos existentes en la comunidad, examinar junto con lx sujetx y en algunos casos la familia, las redes de apoyo a las que puede acceder. En relación a esto, es importante el contribuir al desarrollo y evaluación de dichas redes, ya que deben potencializar y acompañar al sujetx.

También podemos agregar el actuar como mediadorx en las interacciones conflictivas

de las redes, como por ejemplo para facilitar el acercamiento a sus familias y sus redes de apoyo.

Cabe agregar lo que menciona **L**:

*Parte de nuestro trabajo es estar acompañando la cotidianeidad, porque ahí surgen los elementos para la intervención, quizá la especificidad de nuestra profesión es que podemos tener una mirada mucho más amplia de eso que surge en los discursos, y no quizá entrar en algo más clínico o psicoanalítico, lo que aportamos es una mirada más amplia e integral de las problemáticas y de los atravesamientos.*

**L - profesional de Tekoporá**

En base a lo expuesto, podemos decir que las trabajadoras sociales, tanto en Animí como en Tekoporá personifican facilitadores para la vida de las personas que asisten a ambas instituciones. Su rol profesional posibilita y potencia la transformación en su cotidianeidad y rutina diaria, promoviendo las herramientas necesarias para su autonomía, siempre poniendo en primer lugar, la singularidad de lxs sujetxs. Para Chadi (2000), esta disciplina cuenta con una visión macrosistémica de la realidad y es capaz de comprender al ser humano como ser social. El profundizar e interiorizarse en el estudio, planificación y abordaje de las redes sociales plantea la posibilidad de apostarle a la praxis profesional por medio de perspectivas post desarrollistas coherentes con los derechos, la dignidad y la justicia social, considerando como fin el bienestar integral de lxs sujetxs que requieren de una intervención situada en contextos actuales que potencien su autonomía, sus capacidades, y que influyan en sus lazos vinculares y afectivos.

### **4.3 Construcción de redes de la población trans y cis en situaciones de vulnerabilidad**

En este apartado, nos interesa profundizar exclusivamente en cómo se han construido redes entre lxs mismxs sujetxs que asisten a los dispositivos investigados. Creemos importante visibilizar desde sus protagonistas cómo perciben, sienten y piensan, la construcción de estos lazos, como caracterizarían sus redes primarias y su influencia en su presente. Asimismo, nos parece importante reflejar su perspectiva en relación a cómo ven y de qué forma se sienten parte tanto de Animí como de Tekoporá. Dicho esto, nos interesa enfocarnos en aquellas redes que ambas poblaciones van conformando con aquellas mujeres cis y trans que se encuentran en una misma situación de vulnerabilidad, ya que supone no solo compartir una dinámica cotidiana, sino un sostenimiento emocional en sus trayectorias institucionales, constituyendo una herramienta fundamental de autocuidado en su salud mental.

#### **4.3.1 Representaciones en torno a lo afectivo: “Yo las veo como mis hermanas”**

Considerando la diferenciación mencionada en el primer apartado en relación a las redes

primarias y secundarias, podríamos decir que, en base a las entrevistas y observaciones realizadas, identificamos que en la mayoría de las situaciones refieren contar con una red social muy debilitada cuando comentan de su entorno familiar o de sus amigxs. Varias entrevistadas han referido que no mantienen contacto o lo hacen de forma muy poco frecuente. Sin embargo, pese a que la red primaria se encuentre debilitada, pudimos dar cuenta del lugar central que le otorgan a las redes que construyen dentro de las instituciones, ya sea Animí o Tekoporá, donde son sus propias compañeras con quienes mantienen un vínculo más sólido, frecuente y fortalecido, ya que entre ellas comparten el día a día, las actividades cotidianas, y no solo eso, sino que poseen también sentidos y significaciones, debido a las situaciones similares que han tenido que atravesar. En relación a ello, coincidimos con Carrá y Fonticelli, de no hablar de un proceso de “ruptura” de las redes, sino de una transformación y modificación de las mismas (2022)

Consideramos que este grupo de compañeras, de pares, formarían parte de su red social primaria en tanto ocupan un rol significativo en sus hábitos cotidianos, como menciona **C** (mujer trans) que asiste a Animí y como remarca **Y** (mujer cis), en el caso de Tekoporá:

*En relación a mi familia, G nos volvió a vincular, nos vemos los fines de semana, me quedó a dormir en la casa de mis papas, salimos a pasear [...] en relación con Animí, destaco la hermandad que hay entre todas*

**C - Concorre a Animí**

*Acá lo que tiene que me gusta de Tekoporá, que yo vengo acá porque es un espacio donde me siento bien, yo las veo como mis hermanas.*

**Y - Concorre a Tekoporá**

Apreciamos que lxs entrevistadxs le otorgan un valor y un sentido importante a las redes que se construyen dentro de estas instituciones, el tener el sentimiento de “hermandad” como bien menciona la entrevistada, habla de sentirse parte, de compartir una intersubjetividad propia entre ellas. Da cuenta que comparten una dinámica cotidiana propia de la convivencia, lo cual termina generando involucrarse en tareas y actividades mediante las que intercambian pensamientos, discursos y recursos de distintos tipos, tanto materiales como simbólicos. Coincidimos en afirmar que el compartir sentimientos, pensamientos y haber atravesado problemas similares, sumado a la necesidad de expresar cómo se sienten al respecto y ser escuchadxs, son situaciones básicas para mantener la autoestima y el equilibrio en cada sujetx (Campos Vidal, 1996).

Como mencionamos anteriormente, aunque ninguna situación sea igual que la otra entre las personas que asisten a ambos dispositivos, compartir la trayectoria de vida y situaciones vivenciadas genera entre ellas una sensación de “reflejo”, generando un sentimiento de confianza, sintiéndose “como unx” y sosteniéndose emocionalmente, generando un

fortalecimiento en su subjetividad.

El vínculo que establecen con otras personas dentro del dispositivo va a depender de cuánto se conocen, como llegaron a la institución, que cosas tienen en común, etc. En base a ello, se establecen distintos grados de “cercanía” o “lejanía” de acuerdo al tipo de vínculo que se establezca entre ellxs. A continuación, retomamos dos fragmentos para ejemplificar lo dicho. Por un lado, **M** (mujer trans), que asiste a Animí y, por el otro, **Y** de Tekoporá, que expresa el nivel de confianza y de comodidad que sentía en la institución, especialmente con algunas profesionales y sus compañeras:

*Y las chicas de acá también son un gran sostén, tengo la mejor, yo soy la corriente de la casa, la electricidad, venir acá, fue mi retiro espiritual, me equilibre emocional, afectiva y psicológicamente.*

**M - Concorre a Animí**

*Me dan mucha contención, yo hago de todo, cocino, me muevo como si fuera mi casa no tengo palabras, a mí me gusta mucho estar con Romi y Eva, con Solcito, me siento como si fueran unas hermanas.*

**Y- Concorre a Tekoporá**

A partir de la información recabada, reflexionamos acerca de la existencia de una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud, sobre todo teniendo en cuenta en nuestro caso, de que las personas que asisten tanto a Animí como a Tekoporá, son personas que se encuentran en su mayoría en una situación de consumo problemático actualmente, o en su pasado, debieron ingresar a alguna de estas dos instituciones. Según lo conversado, damos cuenta, que no solo su red personal se vio favorecida al ingresar a uno de estos dispositivos, sino su salud física y mental. Como menciona A, (mujer trans) que asiste a Tekoporá:

*Mi vínculo acá es más afectivo que médico, yo siempre tuve muchas carencias afectivas y me apegué mucho, convivo con mi abuelo y mi papá que es adicto al alcohol*

**A- Concorre a Tekoporá**

Este relato da cuenta que la permanencia a un grupo y la conformación de una red afectiva, termina siendo positiva para su bienestar personal, aspecto destacado desde una concepción de SMC, que propone una estrategia de abordaje orientada a la integración social del sujetx padeciente, fortaleciendo sus redes vinculares, familiares y comunitarias. Por otro lado, **M**, menciona cómo cambió su vínculo familiar una vez ingresada en Animí, y las herramientas que le proporcionaron para el fortalecimiento de sus vínculos familiares y socio-afectivos:

*Estoy mejor que antes con mi familia, en un momento me había apartado por el consumo, siempre estuvieron, pero ahora les hablo por teléfono y eso.*

**M - Concorre a Animí**

En el recorte destacado podemos analizar y afirmar que la construcción de redes entre las mujeres cis y trans contribuye no solo a el desarrollo de la dinámica cotidiana, sino que favorece el vínculo con sus familias que, en muchos casos, fue alterado por situaciones vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por decisión propia o de sus familiares, generando un distanciamiento de sus redes primarias. Podemos deducir, entonces, que el ingreso a Tekoporá y Animí produjo algún cambio en la vida cotidiana de las poblaciones analizadas. Reconocemos, a partir de las entrevistas que realizamos, que las mismas han modificado sus maneras de pensar, sentir y relacionar con otrxs, incorporando la presencia de sus compañeras, como también de algunos profesionales, como sustancial en sus trayectorias personales e institucionales.

#### **4.3.2 Las redes en la cotidianeidad institucional: observaciones finales**

En la rutina diaria, las redes significan una fuente de recursos a tener en cuenta a la hora de elaborar estrategias de forma conjunta y colectiva, posibilitando el sostenimiento de prácticas que ayudan a la cotidianeidad de lxs sujetxs que allí asisten de manera planificada, con valores, ideales y paradigmas similares que propongan el bienestar de las personas.

Los relatos de las entrevistadas relacionados con la seguridad que les genera sentirse acompañadxs por otrxs, consideramos que es para destacar, particularmente si entendemos a los procesos de salud no solamente como la ausencia de enfermedad, ya que estas redes posibilitan que se puedan generar lazos de solidaridad que exceden los objetivos de los propios dispositivos donde lxs usuarixs se encuentran y conocen. Ocasionalmente pueden funcionar como catalizadores de proyectos personales (como compartir viviendas), laborales, entre otros.

En caso de que alguna de las instituciones analizadas vea limitada su propia intervención, identificamos en los diálogos con profesionales que el trabajo en red resulta una fundamental, como también la derivación en casos que requieran otro tipo de atención. Si bien las redes son necesarias en el proceso que cada sujetx vivencia con respecto a su padecimiento, es importante que la construcción de las mismas se sostenga con un acompañamiento adecuado de profesionales que puedan potenciar las mismas, haciendo efectivo el cumplimiento de sus derechos y considerando la integralidad de las problemáticas que se abordan en ambos dispositivos como parte constitutiva de la salud mental.

## CONCLUSIONES

Para finalizar esta investigación, revisaremos el recorrido realizado hasta aquí, para luego identificar los resultados y hallazgos a los que fuimos arribando, así como ciertas conclusiones, sin dejar de interrogarnos y reflexionar al respecto del camino que nos condujo hasta aquí. Para ello, nos parece preciso retomar nuestra pregunta de investigación que refiere a cómo se vinculan las percepciones sobre la atención por consumo problemático de sustancias en feminidades cis y trans, en relación a sus experiencias con los profesionales del área de salud mental de Tekoporá y Animí, en el periodo entre Abril y Octubre de 2022, como también el objetivo general que motivó y direccionó la presente investigación, para utilizarlo como organizador de las ideas y reflexiones con las que pretendemos concluir, que consta de analizar, en clave de género, como los discursos y prácticas de lxs profesionales de la salud sobre mujeres trans y cis, repercuten en la construcción de la accesibilidad a tratamientos por consumo problemático.

En primer lugar, partimos por buscar la bibliografía oportuna, con la que nos identificáramos en los aspectos éticos, epistemológicos y políticos. En relación a esto, cabe destacar que la elaboración de la investigación resultó de un largo proceso, no solo debido a los obstáculos previamente ubicados, sino porque también en cada entrevista nos surgía la necesidad y obligación, como futuras profesionales del trabajo social, de interiorizarnos aún más en el tema seleccionado, abarcando así una extensa bibliografía.

En el primer capítulo, decidimos centrarnos en la elaboración de un cuerpo teórico, que le permita a la persona lectora entender desde dónde partimos para investigar la relación entre el campo de la salud mental y el género, retomando autores como Spinelli, Ferrara, Faraone y Bianchi, entre otrxs. Entendemos que el campo de la salud mental se caracteriza por su complejidad y en donde se disputan diversos sentidos e intereses. Por otra parte, como bien mencionamos, la problemática que abordamos en la investigación está vinculada al consumo de sustancias psicoactivas, principalmente aquel consumo que resulta problemático. En ese sentido, utilizamos los aportes de Damin, Touzé y Menéndez, entre otros.

En los capítulos II, III y IV nos propusimos hacer un análisis de las entrevistas considerando los objetivos específicos planteados, recapitulamos en cada capítulo las búsquedas, incluyendo los resultados al respecto. En el capítulo II ubicamos dos conceptos claves: accesibilidad y trayectorias, analizando fragmentos de entrevistas que permitan identificar cómo han transitado sus experiencias en instituciones de salud, y retomando aspectos claves como lo son la estigmatización y discriminación en salud mental. En este apartado nos

detuvimos especialmente ya que las respuestas a algunas indagaciones resultaron ser contradictorias a lo que conjeturamos. Como mencionamos en la investigación, el colectivo trans resulta ser el colectivo que más vulnerabilidades sufre a lo largo de su vida, ya que se existen multiplicidad de barreras de accesibilidad: económica, habitacional, laboral, de salud, etc. En ese sentido, y a partir del análisis de las entrevistas, pudimos identificar que la mayoría de las entrevistadas en Casa Animí no refirió a sentir algún tipo de discriminación con respecto a su género, como tampoco barreras para acceder a los dispositivos de salud; por el contrario, en general las han respetado y brindado la atención necesaria en sus trayectorias institucionales. Si bien estas coincidencias nos asombraron, queremos dar lugar a problematizar las perspectivas de lxs sujetxs, ya que consideramos que la violencia simbólica invisibiliza formas estigmatizantes que se encuentran naturalizadas y habitan en el sistema de salud.

A diferencia de Animí, en Tekoporá las entrevistadas han coincidido en sufrir algún tipo de discriminación, sobre todo las referidas al consumo. En general, la estigmatización estaba relacionada con ser mujer cis ejerciendo la maternidad y siendo usuaria de drogas, lo cual es producto de la normativa social y cultural que implica ser “mujer” y “ser madre”. Sin embargo, cabe destacar que cada entrevistada aportó una perspectiva singular de contar su proceso, sus vivencias. A su vez, consideramos oportuno señalar que, si bien pueden existir similitudes en los relatos de las mujeres cis y las personas trans, resulta importante resaltar la importancia de no generalizar conclusiones para ambos colectivos. Esto se debe a que específicamente la población trans, conforma un colectivo que tiene su trayectoria política e histórica particular en su conformación, pero que está impregnado también por distinciones entre quienes lo conforman.

Por otra parte, en ambos dispositivos identificamos que el consumo se relaciona con situaciones de extrema vulnerabilidad, que resultan ser una vía de “escape” a las dificultades que presenta la cotidianeidad. En ese sentido, resaltamos no solo el trabajo de ambos dispositivos de brindar apoyo ante dichas situaciones, sino también de lxs sujetxs de encontrar tiempo y ganas de llevar a cabo tratamientos ante su situación de consumo, con la dificultad que ello presenta. Posiblemente esto último se debe a un posicionamiento subjetivo frente a la problemática del consumo, reconociendo como esta ha afectado negativamente diferentes aspectos de su vida. La idea de “fuerza de voluntad” que señalaron lxs entrevistadxs, puede dar cuenta de ello.

En lo que respecta al capítulo III, procuramos analizar, a partir del análisis del trabajo interdisciplinario en ambos dispositivos, como así también las modalidades de abordaje, las potencialidades y limitaciones laborales, considerando que las mismas se encuentran signadas

por la construcción de significados en torno a las poblaciones de interés, así como también de la diferencia entre las mismas que lxs profesionales plantean. En ese sentido, creemos que ambas instituciones coinciden en abordar las múltiples problemáticas desde el trabajo interdisciplinario, aunque sus modos en algunos casos difieran. El proceso que proponen no tiene como objetivo principal “dejar el consumo” en su totalidad, sino de trabajar el mismo en consonancia con las demás problemáticas que padecen lxs sujetxs: habitacionales, económicas, laborales, afectivas. En ese sentido, tanto Tekopora como Animi coinciden en que es requisito la prohibición de consumo dentro de la institución. Por lo que, en ambas instituciones, coexisten (no libre de conflictos) estrategias y acciones relacionadas al paradigma de reducción de daños y abstencionista.

Por otra parte, en este capítulo abordamos las limitaciones de lxs profesionales acerca de su intervención. A partir de lo analizado, sostenemos que aquellas limitaciones se podrían vincular con algunas particularidades de la formación de grado para pensar la intervención de forma interdisciplinaria, es decir, que la teoría no esté limitada en el sujetx sino en una perspectiva integral, que dé cuenta, a partir de la particularidad de cada unx, de su universo y su contexto. Identificamos que, si bien en ambos dispositivos es notable la trayectoria de trabajo con sujetxs en contextos de vulnerabilidad, queremos destacar lo importante que resulta que lxs profesionales que trabajan con temáticas referidas al consumo problemático estén al tanto de las legislaciones que encuadran la intervención, ya que las mismas hacen referencia a derechos otorgados a lxs usuarios y resultan primordiales socializar.

En algunxs de lxs profesionales de Animi identificamos discursos vinculados al consumo como un padecimiento crónico y constante, en el que la “recaída” aparece como una amenaza posible y en el cual el consumo en población trans se relaciona con el ejercicio prostitución, y de las “malas juntas”. En Tekoporá, los discursos de lxs profesionales se vinculan más a pensar el consumo a partir de problematizar, de pensar más allá de la sustancia en sí, de desfeticizar la misma y de militar espacios como las CAACS que proponen otros tipos de intervención por fuera del manicomio u otros dispositivos que posean lógicas manicomiales, es decir, sin perspectiva de derechos.

Asimismo, destacamos que en relación a la población con la que ambos dispositivos trabajan, en general profesionales de Casa Animi, refieren a que no existe distinción al momento de abordar ciertas problemáticas por el género autopercibido de lxs sujetxs. De lo contrario, Tekoporá asume que, si bien tanto mujeres cis como trans resultan ser vulneradas en lo que respecta al ejercicio de sus derechos, reconocen que el colectivo trans además sufre la carga de

ser expulsadas de su entorno familiar y de contención, como también dificultades al momento de acceder a tratamientos de salud vinculados a modificaciones corporales.

Finalmente, en el capítulo IV, en base a la información que nos brindaron desde ambos dispositivos, inferimos que la construcción de redes representa para ambas instituciones una estrategia y recurso fundamental en la intervención con lxs sujetxs. También consideramos que en muchas situaciones que se presentan en los dispositivos, la injerencia de lxs profesionales termina viéndose limitada para actuar, por lo que necesariamente, el recurso de la red termina funcionando como una herramienta irremplazable. Creemos que ambos dispositivos, si bien cada uno con su determinada lógica disciplinar y desde diferentes paradigmas, poseen el mismo objetivo a la hora de trabajar junto al otrx, y es el de transmitir el afecto, la seguridad y la contención en el acompañamiento de su cotidianeidad. Por otro lado, nos parece válido indagar en futuras investigaciones, qué ocurre cuando éstas redes se encuentran debilitadas.

Asimismo, en base a los relatos de las entrevistadas, pudimos dar cuenta del valor que le asignan a la formación de redes entre sus mismas compañeras, como también a la elaboración de estrategias de autocuidado entre ellas mismas. Es por ello que podemos concluir que el acompañamiento y la presencia de otrx sujetx, mediante acciones construidas colectivamente, potencia la autonomía individual y promueve mejoras en sus trayectorias personales.

Como reflexión en cuanto a lo investigado y observado, inferimos que el rol del trabajo social ocupa un lugar central y estratégico al momento de intervenir en situaciones de consumo problemático. Del mismo modo, consideramos que el trabajo interdisciplinario es crucial para poder abordar las situaciones en su complejidad y totalidad, pero es necesario que lxs profesionales que lo componen se formen, interesen y reflexionen acerca de las propias particularidades del campo de la salud mental. En ese sentido, destacamos el abordaje y perspectiva territorial desde las cuales las trabajadoras sociales que entrevistamos se sitúan, como también su capacidad de generar redes y de intervenir con las personas, destacando una perspectiva de derechos humanos, comunitaria y feminista. Consideramos que la inclusión y participación del trabajo social en Tekoporá y Animí, reivindica en su abordaje la singularidad de cada uno de lxs sujetxs que concurren a los dispositivos sin perder la perspectiva de totalidad e integralidad de las problemáticas.

Luego de realizar el abordaje investigativo que implicó realizar la presente tesis, nos parece importante hacer mención a aquellas líneas de estudio futuras, que, a nuestro parecer, serán enriquecedoras de diversas temáticas. Considerando la coyuntura y la complejización de la temática elegida para la presente investigación, reflexionamos que en la actualidad no se ha investigado en profundidad el campo de la salud mental vinculado. Especialmente, en la

accesibilidad a tratamientos por consumo problemático de sustancias de la población trans. En general, identificamos que las investigaciones proponen una perspectiva de género que excluye aquellas identidades, centrándose solo en mujeres cis. Si bien no son excluyentes, consideramos que la dialéctica salud mental-colectivo trans es sumamente enriquecedora y necesaria para investigar, sobre todo en lo que respecta el ámbito de las Ciencias Sociales y en específico, la mirada que el trabajo social puede aportar. Por otra parte, también creemos imprescindible que se impulse y valore la importancia de investigaciones escritas por disidencias sexuales. Dar visibilidad a estas investigaciones no solo genera una ruptura en términos epistemológicos y brinda recursos a quienes estamos en constante formación, sino que rompe con el esquema de acudir siempre a lxs mismxs autorxs, que, en su mayoría, responden a un patrón hetero-cis normativo.

Ante el avance significativo en materia legislativa en salud mental, constituyendo una política de transformación y territorialización, creemos preciso pensar en cómo las prácticas profesionales se van modificando en menor o mayor medida, y cómo esas prácticas se inscriben en un contexto en el cual hay decisiones políticas que evidencian sostener políticas manicomial-centrada. Es por ello que resaltamos la importancia que adquiere el posicionamiento ético y político profesional al momento de intervenir en situaciones complejas relacionadas al consumo, como también de las contradicciones que se pueden dar en algunos posicionamientos, considerando las mismas como parte constitutiva del sujetx y de la intervención profesional.

En base a lo expuesto, es preciso no solo contar con un Estado que legisle y de cuenta de las políticas legislativas existentes, sino también de profesionales que se formen y pongan el cuerpo, que problematicen en efectivizar los derechos humanos de sujetxs padecientes que los dispositivos adeudan históricamente. Por último, destacamos la importancia que tiene involucrarse en la lucha por una mejoría en el acceso a la atención en salud mental, que respete a lxs sujetxs y proponga espacios de contención que no perpetúen la lógica de encierro manicomial que históricamente ha perjudicado a nivel físico y mental a mujeres y disidencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abril, V; Decca E., Mercado M.C. Consumo problemático de drogas, un abordaje desde redes comunitarias. Contribuciones, 2019.
- Alonso, F. Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. Universidad de Barcelona, 2007.
- Arce, M; Boccardi, P; y Decca, E. Perspectiva de géneros en abordajes por consumo problemático de sustancias. En revista CONCienciaSocial. Vol. 4 Núm. 8, 2021.
- Ardila, S., & Galende, E. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. En revista Salud Mental y Comunidad, 1(1), 2011: pp. 39-50.
- Azzerboni y Espindola. Patriarcado y encierro manicomial (la negación de la sexualidad y del derecho a maternar de las “locas”) Argentina, (s.f)
- Barreda, Victoria. Género en el debate en: Derecho a la Identidad de Género. Ley N. 26.743. Coordinadora C, Von Opiela. Ed. la Ley, Buenos Aires; 2012: pp. 99-106
- Basaglia, F. La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Buenos Aires: Barral, 1972.
- Basaglia, F. Poder y violencia en el hospital psiquiátrico y Represión y enfermedad mental. En La condena de ser loco y pobre. Buenos Aires: Topia, 2008.
- Berkins,L. La gesta del nombre propio :informe sobre la situación de la comunidad travesti en Argentina. 2da edición, 1972. Madres de Plaza de Mayo.
- Bianchi, Eugenia. “Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación.” En revista Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús. Argentina, 2019.
- Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc. Una invitación a la sociología reflexiva . Buenos Aires. Siglo XXI, 2005.
- Bruni, M. La Parte Social. Sobre la cosificación del registro de Trabajo Social en la guardia hospitalaria.” En revista Margen, Vol. 66, 2012. Recuperado de: [La Parte Social. Sobre la cosificación del registro de trabajo social en la guardia hospitalaria](#)
- Butler, J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Editorial Paidós, 2007.
- Campos Vidal, J. F. Redes y Trabajo Social. Ejemplar dedicado a: Problemática de la Societat del benestar ), págs. 29-38. Universidad de La Rioja, 1996.
- Carrá, D. Fonticelli, C. Un estudio sobre el aporte que realizan las redes sociales a la construcción de autonomía de las mujeres que se encuentran en el Centro de Inclusión Social “Azucena Villaflor”. 2022
- Caballero, A. G. Estrategias de enseñanza en la formación específica de trabajadores sociales en la Universidad de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, 2015.
- Carballeda, A. La accesibilidad y las políticas de salud, 2013. Recuperado de [https://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02\\_01.pdf](https://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid01/apunte02_01.pdf)
- Carballeda, A. Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. La Intervención en lo Social en Tiempos de Pandemia. Margen, En: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 2020. <https://elaboraciones.sociales.unc.edu.ar/wp-content/blogs.dir/64/files/sites/64/2020/07/carballeda2020.pdf>
- Carvajal, J. Trabajo de redes. Sentidos y significados desde el Trabajo Social. En: Revista Cuaderno de Trabajo Social, 2020.
- Cavalleri, Maria Silvina. Repensando el concepto de problemas sociales, La noción de situaciones problemáticas. En “Compartiendo notas, el Trabajo Social en la Contemporaneidad.” Universidad Nacional de Lanús, 2008.
- Cazzaniga, Susana. El abordaje desde la singularidad. Desde el fondo. Cuadernillo temático N° 22. Julio, 2001. Recuperado de [:http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde\\_el\\_fondo/pdf/Nro\\_22/2%20Cazzaniga%2022.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_22/2%20Cazzaniga%2022.pdf)
- Cazzaniga, Susana. Intervención profesional en el Trabajo Social - Facultad de Trabajo Social, Universidad de Entre Ríos, Argentina, 2009.
- Cesar Godoy, Gabriel. La Ley de Identidad de Género y la construcción de identidades trans.

- Quaderns de Psicologia | 2015, Vol. 17, No 3. Argentina, 2015.
- Chadi, M. Redes Sociales en el Trabajo Social. Buenos Aires. Espacio Editorial, 2000.
  - Cohen, N y Gomez Rojas, G. Los objetivos, El Marco conceptual y la Estrategia Teórica Metodológica, 2003.
  - Dabas, E y Perrone, N. Redes en Salud, 1999. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>
  - De Jong, E. Cuestión social, familia y Trabajo Social. En: Revista Margen, 18, 2000.
  - Dabas, E.; Casserly, P.; Lemus, J. Ministerio de Salud de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 9. Salud y Redes. Buenos Aires, 2010.
  - Damin, C. Consumo problemático de sustancias: cuando es un problema. En: Revista “Voces en el fenix”, 2015. Recuperado de <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/consumo-de-sustancias-psicoactivas-cuando-es-un-problema/>
  - De Lauretis, Teresa. Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction, London, Macmillan Press, págs. 1-30, 1989.
  - Diez, M.; Pawlowicz, M. P.; Vissicchio, F.; Amendolaro, R.; Barla, J.C.; Muñiz, A.; Arrúa, L. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. Revista “Salud colectiva”. vol.16. Lanús, 2020.
  - Dillon, C.; Melamed, G.; González, M. Abordaje interdisciplinario en salud mental en el servicio de guardia de un hospital general. , 2012. Recuperado: <http://www.psicosocialyemergencias.com/abordaje-interdisciplinario-en-salud-mental-en-el-servicio-de-guardia-de-un-hospital-general>
  - Fabritius, A. L. Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. Rev. mex. cienc. polít.soc vol.60 no.225 Ciudad de México, 2015.
  - Faraone, S. El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. En: Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” Año 2, 2012-Nro. 4.
  - Faraone, S. Salud mental y comunidad. UNLa. Buenos Aires, Argentina, 2013.
  - Faraone, S. Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. Salud Mental y Comunidad-UNLa, 3. 29-40, 2013.
  - Faraone, S, Barcala, A. Reformas de Salud Mental en Buenos Aires, Argentina, 2023.
  - Faraone, S.; Bianchi E.; Giráldez, S. Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657. Facultad de Ciencias Sociales UBA, 2015.
  - Faraone, S y Iriart, C . Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista “Debate Público, Reflexión de Trabajo Social.” 2020.
  - Faraone, S y Iriart, C . El campo de la salud mental en pandemia (y post pandemia). Una investigación en el espacio manicomial-asilar, los hospitales generales y los abordajes comunitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.
  - Farji Neer, A. El paradigma del derecho humano a la identidad de género. Teseopress, s.f.
  - Fernández Lisso, Cecilia “Artículo Salud Trans.” Instituto de Estudios en Salud (IDEP), s.f. Extraído de: <https://idepsalud.org/salud-trans/>
  - Fernandez, J. Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género. Cap. 5. IDAES, Buenos Aires; 159-181, 2004.
  - Ferrara, F . Teoría política y salud - tomo segundo: abordando la salud. Buenos Aires: Catálogos, 1993.
  - Florito, J y Camisas. 40 años menos de vida: el precio de ser una misma. CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) Argentina, 2020.
  - Flory, A., Schubert, J. y Yujnovsky, N. Capítulo «Un dispositivo para cada sujeto». En Flory, A. y Montini, A. (comps.). Trazar con otros. Experiencias en Hospital de Día. Hospital Escuela de Salud Mental (pp. 137-149). Paraná: Fundación La Hendija, 2012.
  - Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina e Incorporación del Hospital a la tecnología moderna en La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Editorial Altamira, 1996.

- Fuentes, M. P. Lo que el viento no se llevó... El registro de campo y su importancia en el proceso de intervención profesional del Trabajo Social. UBA, 2001.
- Fuentes, M.P y Cruz, V. Lo metodológico en Trabajo Social: Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social. Facultad de Trabajo Social - Universidad de la Plata-Editorial de la Universidad de la Plata (EDULP), 2014.
- Galende, E. Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica, 1990.
- Galloni, L. Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud: la experiencia del Centro de Salud N°4. Virgen de Fátima. Rafaela. Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud Centro de Estudios Interdisciplinarios Universidad Nacional de Rosario, 2017.
- García Godoy, Barbara. Desafíos y estrategias del Trabajo Social en tiempos de avanzada neoliberal. En Entredichos, intervenciones y debates en Trabajo Social Facultad de Trabajo Social, Universidad de La Plata, 2017. Recuperado de: <https://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2017/12/10/desafios-estrategias-del-trabajo-social-tiempos-avanzada-neoliberal/>
- Gianna, Sergio. (2011): Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional. La Plata. Revista Cátedra Paralela No 8. Pág 48 a 68.
- Gil Rios A. M. Redes Sociales en el Trabajo Social: Apuntes para la praxis profesional. En: Revista Eleuthera. Vol. 12, enero-junio, 2015, pp. 181-196. Universidad de Caldas.
- Goffman, E. Estigma: la identidad deteriorada. 2006
- Goltzman y Amorin. Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión y vuelta. 1°Ed. Intercambios. Buenos Aires, 2013.
- Guerra, Yolanda. El proyecto profesional crítico: estrategia de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional. - 1a ed. - La Plata: Dynamis, 2013.
- Heler, Mario. "La toma de decisiones responsables en la práctica del Trabajo Social: la reflexión ética como recurso". En Conciencia Social, Año 1, N° 1. Editorial Nueva Época, Córdoba, 2001.
- Iamamoto, M. Servicio social y división del trabajo. Un análisis crítico de sus fundamentos. San Pablo, Brasil: Cortez Editora, 1997.
- Iriart, C. "Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención". Ponencia presentada en las Jornadas de la UNLP, 2016.
- Iriart, C; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A. y Mehry, E. "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos". Revist. Panam. Salud Pública, 12(2), 2002; pp.128-136.
- Jodelet, D. La representación social: fenómeno, conceptos y teorías. En S.Moscovici (Ed) *Psicología Social II*. (pp. 13-20). Barcelona, Paidós, 1986.
- King, David. Confusiones de género: concepciones psiquiátricas y psicológicas sobre el travestismo y la transexualidad. En J.A. Nieto (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*: 123-156. Madrid: Talasa, 1998.
- Madrigal, C. Intervención terapéutica en el Trabajo Social Costarricense; un análisis de su surgimiento y desarrollo en cuatro instituciones pioneras. Universidad de Costa Rica, 2007.
- Mallardi, M. W. (2004, diciembre). La Entrevista en los procesos de intervención Profesional del Trabajo Social. Diálogos con la Filosofía Bajtiniana. Boletín Electrónico Surá, (101). San José, Costa Rica. Recuperado mayo 24, 2021, a partir de <https://bit.ly/3xBj6Bf>
- Mallardi, Manuel Waldemar. Informe social y relaciones familiares: categorías en disputa. Editado por Mario Eduardo Gambandé; prólogo de Walter Giribuela. - 1a edición para el profesor. - Tandil : Mario Eduardo Gambandé, 2018.
- Marolla, M. E. (2021). Consultas por consumo de sustancias a la línea telefónica nacional de la Sedronar en período de aislamientos social preventivo y obligatorio por COVID-19. [Tesis de maestría no publicada]. Universidad del Salvador, Facultad de Medicina, Instituto de prevención de las adicciones.
- Maruzza, C. (Des) patologización trans\* en la formación de psicología. Teseo Press. Investigación e intervención en salud, 2020.
- Mendez R. R. El discurso sobre el poder en la intervención profesional: otro caso de la colonización del trabajo social por el régimen de verdad de las ciencias sociales. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata, 2006.
- Mendizabal, Nora. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. V. De Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa, 2006.

- Menéndez, Eduardo L. Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médico Sociales N° 33. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1985. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>
- Menéndez, Eduardo L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, 1988.
- Menéndez, Eduardo L. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades 4 (7):71, 1994.
- Menéndez, Eduardo L. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(1):9-24, 2012.
- Menéndez, Eduardo L. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Editorial Lugar, Buenos Aires, 2020.
- Miranda, Marisa Adriana Las locas : miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental /- la ed . - La Plata: EDULP, 2019.
- Millet, An. Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias., 2018.
- Miranda, M. A. Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental. La Plata: EDULP, 2019.
- Montero, M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Buenos Aires. Ed: Paidós, 2003.
- Napiarkovski, Federico. Vulnerabilidad de derechos en personas trans. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012.
- Nery Filho, A. Reducción de daños, reducción de la vulnerabilidad. En Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017, 2016.
- Laurell, A. C. “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. Cuadernos Médico Sociales, 37, pp. 1-10, 1986. En: [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el\\_estudio\\_social\\_del\\_proceso\\_salud\\_enfermedad\\_en\\_america\\_latina\\_autora\\_asa\\_cristina\\_laurell.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina_autora_asa_cristina_laurell.pdf)
- Light D. y Keller S. Sociología. Madrid: España. 5ta ed, 2000.
- Litichever, C. Trayectoria institucional y Ciudadanía de Chicos y Chicas con Experiencia de vida en Calle FLACSO-Argentina, 2009.
- Lodieu, M.T.; Longo, R.; Nabergoi, M.; Sopransi M.B. “Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias”. Departamento de Salud Comunitaria UNLa. Virtual / Universidad Nacional de Lanús, 2012.
- Oberti, M. El dispositivo de salud mental : análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10. 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires . Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA. Carrera Ciencias de la Comunicación, 2020.
- Pastorini, A. ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría concesión- conquista. En: Serviço Social & Sociedade n. 53. Sao Paulo, Cortez. San Pablo, Cortez Editora, 1997.
- Pawlowicz, María Pía, Zunino Singh, Dhan, Rossi, Diana, Galante, Araceli, Goltzman, Paula y Touze, Graciela. “El vínculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud.” En VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales - UBA. Buenos Aires: Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, 2009. UBA.Dirección estable: <https://www.academica.org/maria.pia.pawlowicz/127>
- Pawlowicz, M. P., Galante, A. Paula, Rossi, D., Cymerman, P. y Touze G. Dispositivos de atención para usuarios de drogas; heterogeneidad y nudos problemáticos. En Panorámicas de Salud Mental: a un año de la sanción de la Ley Nacional n° 26.657. (Argentina). Eudeba, 2013.
- Peluso y Var. Diferencia y reconocimiento. Apuntes para deconstruir la ideología de la normalidad. Área de Estudios Sordos Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Universidad de la República, Uruguay, 2020.
- Pérez, Moira. Interseccionalidad. En Susana B. Gamba y Tania Diz. Nuevo diccionario de estudios de género y feminismos. Buenos Aires (Argentina): Biblos, 2021.

- Poblet Machado, M. y Martín E. Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas, 2016.
- Poblet Machado, M., Oberti, M., Faraone S. y Bianchi, E. Derribando Mitos. Una contribución a la problematización en torno a la ley nacional de salud mental. En: Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 22, pp. 221-232, 2022.
- Pombo, M. Gabriela . La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales “Margen”. 2012. Disponible en: [https://www.margen.org/suscri/margen66/06\\_pombo.pdf](https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf)
- Pombo, G. “Perspectivas feministas interseccionales: Pregnanacias, cancelaciones y potencialidades articulatorias”. Revista Debate Público, reflexión de Trabajo Social. N°22. 2021; pp. 47-61. En: [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/12/08\\_Pombo.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/12/08_Pombo.pdf)
- Ponzano, Daniela S. Ross B, Andrea M. Representaciones sociales de género y su relación con el proceso de intervención profesional en salud mental : aportes del Trabajo Social desde una perspectiva feminista. Tesina de Grado de Trabajo Social. Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. 2022
- Povedano, S. Maternidades y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: reflexiones desde el trabajo social. Con Ciencia Social. En: Revista digital de Trabajo Social. Vol. 4 (2020) Nro. 7, 2020. - ISSN 2591-5339 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- Programa de Género y Diversidad Sexual del Min. Ministerio de la Defensa CABA, Bachillerato Popular Trans Mocha Celis. La revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio. Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, 2017.
- Radi, Blas. ¿De qué no hablamos cuando hablamos de género? 12º Simposio Internacional SIDA 2014 y 2º Simposio Internacional Hepatitis 2014. Fundación Huésped, Buenos Aires, 2014.
- Ramirez R., Diaz A., & cia. Salud mental, comunidad y Derechos Humanos. Editorial Psicolibros, 2017.
- Recorder, M. L. Experiencia de enfermedad y narrativa:. Papeles De Trabajo. Centro De Estudios Interdisciplinarios En Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural, (21), 80-98, 2020. [Disponible en: <https://papelesdetrabajo.unr.edu.ar/index.php/revista/artic111e/view/109/102>
- Rodi, A; Tais Riva, C y Valentini, A. Sistematizaciones y reflexiones sobre las prácticas pre-profesionales en Tekoporá. Trabajo Grupal. Primer Cuatrimestre. Facultad de Ciencias Sociales, Taller IV, Carrera de Trabajo Social, 2021.
- Rodríguez, M. D. La intervención del trabajador social desde las redes sociales en Trabajo Social comunitario: fundamentos, dimensiones y competencias. Zerbitzuan 6. Madrid, España, 2014.
- Rubin, G. “El tráfico de mujeres. Notas sobre una economía política del sexo” En Nueva Antropología, Vol. VIII. N.º 30, (pp.95-145). 1986. México: UNAM.
- Santos, Ventura R.; Pontes, A.L.; Coimbra Jr, Carlos E. A. Un “hecho social total”: COVID-19 y pueblos indígenas en Brasil. Editorial Escolha Das Editoras. 2020
- Samper, M. Redes sociales y comunicación entre experimentadores campesinos en Puriscal, Costa Rica. En: Revista de Ciencias Sociales. 143-163, 2004.
- Sampieri, R. Metodología de la investigación. Quinta Edición, 2018.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública. Presidencia de la Nación. Argentina, 2019.
- Serrano, R. La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de resultados. FLACSO. Mexico, 2013.
- Sibilia, P. Biopoder en: El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. Fondo de Cultura Económica. Bs. As; 147- 168, 2013.
- Slapak, S. y Grigoravicius, M. Consumo de drogas: la construcción de un problema social. Anuario de investigación, Facultad de Psicología. Vol. XIV, f/d, 2006.

- Stolkiner A. La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. En: El Campo Psi, 1999.
- Stolkiner A. y Cia. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV , 2006. [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes\\_accesibilidad.Accesibilidad..v14a19.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes_accesibilidad.Accesibilidad..v14a19.pdf)
- Soneira, A. La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Irene Vasilachis (Ed.), Estrategias de investigación cualitativa (pp. 153 - 173). España: Gedisa, 2006.
- Spinelli, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud colectiva vol.6 no.3 Lanús, 2010.
- Taylor, S.J., Borgan, J. (1994). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós.
- Touzé, G. Parte I: Discursos, Políticas y prácticas. En Touzé, G.(organizadora) Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas. Buenos Aires, 2006.
- Touzé, Graciela. Prevención del consumo problemático de drogas: Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Troquel, 2010.
- Valles, Miguel S. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Vazquez A.,Stolkiner A. Atención primaria de la salud y uso de drogas: accesibilidad a servicios de salud de usuarios de drogas y drogadependientes. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2009.

### **Fuente documental:**

- Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153. Recuperado de <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>, 1999.
- Ley de prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas. Ley 26.364 Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Buenos Aires. 2008
- Ley de Salud Mental 26.657. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. 2010
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448. Recuperado de <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley448>. 2010
- Ley de Identidad de Género 26.743. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Buenos Aires, 2012.
- Ley Federal del Trabajo Social n° 27072. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Buenos Aires, 2014
- Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. Ley 26.934. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Buenos Aires, 2014.

### **Páginas Web:**

- AUPA. Proyecto Casa Animi. (s/f) . *Acompañamiento ocupacional y laboral de identidad de género*. Recuperado de <https://www.sin-paco.org/index.php/proyecto-animi/>
- Familia Grande Hogar de Cristo. ¿Qué es la FGHC?. <https://hogardecristo.org.ar/about-us/que-es-lafghc/>

## ANEXOS

### ENTREVISTA A K (MUJER TRANS-ANIMÍ)

**Fecha:** 19/09/2022

**Entrevistada:** K - asiste y vive en Casa Animí

**Entrevistadora:** Lara Fermín

**Lara:** Hola K, primero agradecerte por aceptar la entrevista y de poder grabarla. Si te parece, decirme tu nombre y edad por favor.

**K:** De nada, soy K\*\*\*\* y tengo treinta y ocho años.

**Lara:** ¿Cuál es tu ocupación actualmente?

**K:** Acá en la cocina, me dedico a la cocina. Soy peruana, hago todo lo que es comida peruana, cocino para las chicas y a veces por la tarde o por la noche... Es mi enfoque...

**Lara:** ¿Y cómo conociste Casa Animí?

**K:** —Bueno, te voy a contar lo siguiente. Yo vine acá cuando tenía treinta años, porque en Perú no me querían dar el tratamiento del VIH. Yo tuve VIH en Perú, yo no consumía, no tenía drogas ni nada... Tuve mi pareja de la edad de quince años hasta los treinta años... Tuve una reacción alérgica con motivo de venir acá... Una amiga me trajo acá a Argentina para hacer el tratamiento, porque en Perú todo es un caos, si no tienes plata no te atienden en un hospital y yo estaba casi que moría, flaquita, vomitaba... Mi amiga se enteró, me dijo que no había pasajes, agarré mi pasaporte y me vine a vivir acá a Argentina... La primera vez que vine, me fui a vivir a La Plata, ella tuvo que viajar a Francia, me dejó en la casa de una señora y no me querían atender en el hospital de La Plata, porque era un trámite y le dijeron que me traigan a capital al Hospital Muñiz, ahí me van a atender rápido. Al día siguiente que llegué me llevaron al hospital de La Plata, no pasó nada, y al tercer día tuvo que traerme acá con su empleada...Y ahí en guardia me atendieron, me sacaron orina, sangre y ahí salió que tengo VIH y lamentablemente me interné, estuve internada casi un año... Ah no, estuve casi tres meses internada y ya me habían dado el tratamiento para el VIH. Otra vez me han venido a retirar de La Plata para regresara allá... Lo que pasaba es que yo para venir a retirar la medicación acá a capital no conocía, como vivía con una señora, yo no sabía que carro agarrar. Me contacté con una amiga de Francia por teléfono, le dije lo que me estaba pasando y le dije no tendrás una amiga en capital, que quiere alguien para que le lave la ropa, que le cocine, todo eso, porque no puedo venir a la capital, desde La Plata no conozco... Me recomendó a una chica por Constitución, en Tacuarí, pero me recomendaron una mala persona... Era trata de persona, me mandó con ellos... Al día siguiente hice mi maleta y me vine en Remis, la trata de persona me pagó el carro, todo eso, y me daba de todo, vendía droga hecha... Me daba de todo, me compraba mi ropa, todo por interés, y yo atendía, vendía por gramos y ahí aprendí por primera vez a consumir...

**Lara:** ¿Y eso en qué año fue más o menos?

**K:** —En 2016... Ahí aprendí a consumir, a hacer esas cosas...

**Lara:** ¿Qué consumías, te acordás?

**K:** —Las primeras veces me enseñaron a fumar crack y ahí me empezó a gustar... Y ahí yo les decía que no me paguen, que me paguen droga. Me trataban mal, me pegaba porque él también se drogaba y su fantasía era que quería tener relaciones con su pareja, yo no quería y me pegaba... Los vecinos me vieron, una chica trans, me salvaron, me dijeron venga a vivir conmigo, pagaron por mi y me fui a vivir con ellos...

**Lara:** ¿Y cuánto tiempo estuviste ahí?

**K:** Y habré estado tres o cuatro meses ahí... Pero ahí no me controlaba, sí tomaba mis antirretrovirales, hasta que me llevo la otra persona... Peor me trataba que me llevaba a trabajar a la avenida...

**Lara:** ¿Esta amiga, es la que vos comentas que te llevó con otra persona...?

**K:** La que me rescató, yo no sabía que vendía ella también y de vuelta me mandaba a vender, a trabajar en Constitución... Yo tenía miedo, la primera vez la Policía me vio por cámara que estaba vendiendo, tuve que botar toda esa cosa y ahí deje de vender... Trabajaba para ella, era su empleada, todo para la droga, hasta que me enfermé y me tuvieron que internar de nuevo en el Muñiz y se hizo multirresistente mi TBC y he estado internada en el Muñiz como un año, de ahí salí, me fui a vivir otra vez ahí mismo... Otra vez me tentaba la droga...

**Lara:** ¿Y cuándo estabas internada en el Muñiz, contabas con la visita de alguien, familiares/amigos?—

**K:** —No, estaba sola... Y ahí otra vez se me hizo... No tomaba la medicación, me enfermé otra vez... Otra vez me internaron y ahí no me iba a ver nadie. Conocí a una chica de acá que se dedica a hacer carteras, vivía antes acá ahora ya no vive aquí. Yo le conté que yo no tengo nadie quien me visite y me dijo yo conozco un hogar que ayudan y apoyan todo eso, conozco a las chicas trans, se llama Animí, y es por aquí por Parque Patricios, te van a ayudar ellos me dice... Preséntame le dije yo y me presentó a Patricia, Patricia trabaja ahí en el Hospital también. Vino y me presentó, le di mis datos, me ayudaba, me daban comida, me llevaba cosas de higiene y todo eso. De ahí vine... A veces salía, me iba a encontrar con personas, estaba mal el camino otra vez... Tenía miedo que otra vez me tuvieran que internar porque abandoné el tratamiento... Me tuve que internar, ahí conocí a una persona que era de Cuba, me enamoré y ya no vine acá. Yo salí primero de alta que él y vine acá, les dije que me den mi tarjeta y me fui a alquilar en Constitución en otro lado... Pero no ha llegamos a bien, el chico consumía, teníamos problemas...

**Lara:** —¿Y hace cuánto vivís acá?

**K:** Vine acá en el 2017. De ahí otra vez me llevaron a internar y ahí dije no, basta...

**Lara:** ¿Por qué te internaron?

**K:** Porque no tomaba mi pastilla de la TBC, la del VIH estaba al día...

**Lara:** ¿Y cómo fue tu experiencia en esas internaciones?

**K:** A lo último cuando me internaron en este último, me dio miedo porque me daba convulsiones, no respiraba, andaba con oxígeno como cuatro meses, con puro oxígeno, estaba mal, me agarró la TBC en los pulmones y en los intestinos, en las dos cosas, y eso me dio miedo y recapacité, dije no tengo que hacer estas cosas, no quería saber más nada con las drogas, ni de enamorarme de nadie más. Y terminé el alta, otra vez me vine acá, el año pasado, me vine acá y desde el año pasado estoy acá...

**Lara:** Osea entre el 2016, 2017 y 2021, fuiste y viniste entre internaciones y Animí, ¿es así?

**K:** Si, y en 2021, ya vine acá, salí de alta en diciembre... Ahí todo bien, tranquila, no salía, salía pero me veía con amistades y solamente tomar cerveza nada más, pero no consumir...—

**Lara:** Y por lo que me comentas del consumo, ¿hiciste algún tratamiento específico para para tratarlo?

**K:** No, ya no... No me nace...

**Lara:** ¿Lo dejaste sin realizar ningún tratamiento?

**K:** (asiente con la cabeza)...Tengo miedo, porque la doctora me dijo que si tu vuelves a consumir, ya no te vas a salvar... Porque tengo el pulmón medio mal, y ahora gracias a Dios, como estoy haciendo las cosas bien, mi pulmón están adaptados, se han empezado a formar...

**Lara:** Y cuándo estuviste internada por lo del TBC; los médicos o quienes estaban ahí con vos, ¿te ayudaban con el tema del consumo? ¿Tenías acompañamiento profesional?

**K:** Tenía un tratamiento...

**Lara:** ¿Cómo era?

**K:** —Psiquiatría...

**Lara:** Atención psicológica, psiquiátrica...

**K:** Si, me veía mi psicóloga de lunes a viernes y los sábados un psicólogo...

**Lara:** ¿Eso fue en tu última internación?

**K:** En la última internación...

**Lara:** ¿Y cómo eran esos momentos, esa atención?

**K:** A veces me sentía deprimida, les contaba mis problemas, quería llorar, me venía a veces y soñaba tonterías de la droga y yo le contaba eso a mi doctor, que me estaba pasando y lamentablemente me dio una medicación que tenía que tomar en la noche, Lorazepam, eso me calmó, me calmaba...

**Lara:** —Entonces, vos tomabas medicación por TBC y medicación psiquiátrica...

**K:** —Psiquiátrica no he llegado a tomar, porque la primera vez que tomé me hizo mal y el psiquiatra me dijo que no estoy apta para tomar eso...—

**Lara:** ¿Y por el consumo, te dieron a tomar alguna indicación?

**K:** Solamente el Lorazepam nada más...

**Lara:** ¿Y por cuánto tiempo lo tomaste?

**K:** —Lo tomo desde que salí... desde el 2021, en diciembre del año pasado lo estoy tomando hasta ahorita. En la noche tomo una pastilla y una de la TBC...

**Lara:** ¿Y en qué sentís que te toca tomar eso?

**K:** Me hace sentir bien, duermo tranquila...

**Lara:** ¿Y hoy, cómo me podrías describir tu relación con el consumo?

**K:** No... Ahora que estoy de novia, conocí ayer, antes de ayer cumplimos un mes, trabaja con el hogar, se llama Gustavo Otero. Lo conocí y él no consume nada, es una persona... Estoy bien, tranquila, me siento protegida de él. Viene los viernes a llevarme para su casa, salimos, comemos, me presentó a su familia, le pidió la mano a la directora para ser mi pareja, toda esa cosa... Viene todas las noches a comer después de salir del trabajo, viene todo así, de lunes a viernes... Y viernes y domingo o lunes estoy regresando otra vez para trabajar

**Lara:** Y con respecto a tus internacionales y varios momentos que estuviste en el Muñiz, ¿sentiste algún trato especial por ser mujer trans? Tratos buenos o malos, o distintos a que si fueras mujer heterosexual.

**K:** Yo me siento un buen trato, me siento tratada agradable, él me trata super bien como una mujer, no me trata como una chica trans, me trata como una mujer. Aparte acá también la directora y el director que yo les digo mamá y papá, porque son como mis segundos padres que han estado conmigo, y Patricia me trata bien. En el trato me siento bien

**Lara:** ¿Y en el hospital?

**K:** Sí, los doctores me trataron bien. La primera vez yo no sabía, cuando yo di mi nombre de hombre, los doctores me dijeron no, tú eres una chica, para nosotros es diferente, en Perú es Perú, para nosotros sos una mujer...

**Lara:** ¿Te hiciste el cambio de identidad en el DNI?

**K:** Gracias a Dios, me han hecho la permanente, antes tenía la precaria... Pero no me hice el cambio por el motivo de que tengo que volver a cambiar la tarjeta y todo eso y no lo hice...

**Lara:** —¿Y cómo podés describir un día acá en Casa Animí? ¿Cómo podés describir tu relación con las chicas que están acá, los directores, con las que trabajan? ¿Cómo es el vínculo con ellos?

**K:** Bueno súper bien, respeto, nos llevamos bien, como no somos muchas...

**Lara:** ¿Cuántas son?

**K:** Somos 3 chicas que viven acá... Las demás son chicas mujeres, cinco chicas y tres chicas trans que convivimos acá

**Lara:** ¿Y acá cómo es tu día? Te levantás y que hacés...

**K:** Yo me levanto a las 8 de la mañana, miro mi noticiero y a las 9 ya me estoy levantando a lavarme los dientes, bajo antes del límite porque acá el desayuno se toma hasta las 9:30, todas tienen que tomar el desayuno, a las 10 yo ya cierro la puerta de la cocina y ya nadie entra a tomarse el desayuno, hay códigos acá...

**Lara:** Y acá por ejemplo, con las mujeres trans que capaz algunas tuvieron una experiencia parecida a la tuya o han estado en situaciones de consumo, ¿han formado algún grupo o se han identificado con esa situación, charlan sobre eso?

**K:** —Sí, cuando viene una psicóloga, los jueves...

**Lara:** ¿Cuándo son esas reuniones?

**K:** Sí, vienen y nos reunimos, a veces vienen chicas de afuera...

**Lara:** Tienen espacios terapéuticos acá...

**K:** Si

**Lara:** ¿Y cómo son?

**K:** Contamos su vida, ha veces que se han ido de recaídas, eso queda para ellos, les contamos nuestros problemas, ellos también cuentan que consumieron, fumaron, se portaron mal, y así compartimos la conversación sobre el consumo.

**Lara:** ¿Hacen alguna junta por fuera de Casa Animí, talleres, van a alguna marcha, evento...?

**K:** Los miércoles hacemos talleres, vienen dos chicas, nos enseñan a dibujar, a pintar, hacer cosas, a identificarnos, manualidades, a qué se identifica esto...

**Lara:** ¿Qué otros talleres tienen acá?

**K:** Eso, los miércoles tenemos taller, y hoy día tenemos eso que contamos, que compartimos sobre el consumo, como has estado, cómo te sientes, si te has ido, cómo has pasado la semana, tu relación... De miércoles a jueves y de lunes a viernes tenemos psicólogas que vienen todos los días, Noelia se llama...

**Lara:** ¿Vos pasaste la pandemia acá? ¿La cuarentena? ¿En su momento estabas acá?

**K:** No, estaba alquilando y ahí pasé la cuarentena y otra parte en el hospital

**Lara:** Claro, una parte de la pandemia la pasaste internada...

**K:** Sí, una parte estaba alquilando y la última parte de la cuarentena la pasé internada en el hospital

**Lara:** ¿Y con respecto al consumo te cambió algo? ¿Fue lo mismo? El hecho de estar encerrada...

**K:** No, me cambió bastante. Antes tenía inquietudes de querer salir e irme a tomar, a consumir, me cambió bastante, gracias a Dios ahora ya no tengo ese problema.

**Lara:** ¿Y hoy en día cómo te sientes, tenés algún proyecto, algo que quieras compartir?

**K:** Que mi propósito de mí, es estar acá hasta fin de año, ya terminé mi tratamiento de la TBC, no me quiero ir a alquilar porque me siento bien, porque me hace mal, me hace mal estar sola. No voy a estar pendiente de mi medicación o mis pastillas, en cambio acá me siento bien, protegida. A las 8 de la mañana, ya están al día dándome la medicación, hay una de las chicas que está encargada, que es médica y a las 8 ya me la están dando. A las 4 tomo otra y a la noche que tomo lo otro, me siento protegida, cuidada. Ese es mi propósito, terminar mi tratamiento porque no quiero otra vez abandonar e irme a alquilar, y estar otra vez en el consumo o irme al hospital, ya lo sufrí y para mí acá estoy bien, mejor. Si es que llegó, de mi relación que te conté, si él me espera, él sabe, me espera hasta fin de año, después ya voy a convivir con él.

**Lara:** Ah, buenísimo. ¿Dónde vive, cómo es su relación?

**K:** Nos llevamos re bien, él vive en Barracas, por ahí. Si no llego a estar con él, voy a estar acá tranquila, porque me siento bien y protegida

**Lara:** Muchas gracias por el momento y la entrevista.

## ENTREVISTA A L (LIC. EN TRABAJO SOCIAL - TEKOPORÁ)

**Fecha:** 12/08/2022

**Entrevistada:** L- profesional de Tekoporá

**Entrevistadoras:** E1: Ayelen Valentini - E.2 Agustina Sosa

**E1:** Hola, antes que nada gracias por aceptar esta entrevista y este encuentro. Si te parece, comentanos tu nombre, tu edad, ocupación y las instituciones en las que trabajás.

**L:** Bueno mi nombre es L\*\*\*\*. Soy Trabajadora Social, me recibí hace nueve años, tengo 33 años. Desde que me recibí trabajé durante un tiempo, durante esos nueve años en Matanza, me especializo en niñez y adolescencia, en protección y promoción y hace dos años, casi tres estoy trabajando en Casa Tekoporã, que es un centro de salud feminista y comunitario, específicamente en la CAAC. También trabajo ahora actualmente, no trabajo más en Matanza, y trabajo en un Hogar para niñas, en Parque Avellaneda también y en Cáritas Nacional en los convenios a nivel nacional con lo que es inclusión socio-urbana

**E1:** En relación a lo institucional, queríamos saber, ¿qué profesionales componen el equipo de esta institución?

**L:** La CAAC, que es Centro de Atención y Acompañamiento Comunitaria, que depende de la SEDRONAR, es parte de la Casa Tekoporã, que tiene varias líneas de intervención. Específicamente la CAAC, tiene un equipo interdisciplinario, una trabajadora social que soy yo, una psicóloga, que realiza las tareas de psicóloga, es decir tiene espacios terapéuticos individuales con quienes asisten, y una psiquiatra que tiene los espacios con las personas que asisten. Después todo el equipo de acompañantes también son psicólogas o estudiantes de psicología, que quizá no es lo que siempre pasa en las CAAC. A veces son personas que han transitado procesos de consumo y están en otra etapa o operadores territoriales, acá todos son todos profesionalizados y quienes no, son mujeres del barrio que realizaron el curso de operadoras socio-comunitarias con perspectiva de género. Los jueves hay una médica ginecóloga y generalista, realiza PAP y realiza cualquier control general de chequeo de salud a adultos y niñas. Consideramos que ella es parte de la CAAC, porque es un recurso con el que contamos. No participa de las reuniones, pero es parte del espacio

**E2:** ¿Cuál es la dinámica del equipo de trabajo? En el día a día...

**L:** Nosotros abrimos lunes, martes, miércoles y viernes de 16 a 20hs. Los jueves está el espacio de esta médica que les comentaba entonces funciona como consultorio de alguna manera. De 16 a 20 siempre hay este grupo de acompañantes u operadoras que acompañan la cotidianidad del espacio. Muchas veces con talleres específicos y otras veces con la merienda, ordenar la ducha o el uso del espacio. Martes y viernes se centra en mujeres y disidencias el espacio, entonces está enfocado mayormente en esa población y ahí es donde se centra la atención psicológica. M\*\*\*, que es la psicóloga viene martes y viernes, porque la idea es que en algún momento, el espacio de psicología sea para la población con la que queremos referenciarlos, que es mujeres y disidencias. Y sabemos que es algo que se demanda mucho, entonces eso es la puerta de entrada al espacio; entonces intentamos que la puerta de entrada para mujeres y disidencias sea el mismo día que esté la psicóloga. Como no hacemos ingresos de varones nuevos, se prioriza eso. Yo estoy viniendo dos veces a la semana, miércoles y viernes. Los viernes por lo mismo, porque es el día que nos especializamos o trabajamos exclusivamente con mujeres y disidencias, y miércoles porque quizá es un día que transita la mayor cantidad de gente, entonces está bueno tener por si alguna necesita algún acompañamiento específico de la profesión.- Después una vez al mes, tenemos reunión de equipo, los jueves a la tarde-noche. Se va pasando por diferentes lados, generalmente es más alguna cuestión organizativa o de repensar algunos espacios o más como de orden, pero también intentamos que sea de trabajo en conjunto. Por ejemplo ayer, que fue la reunión del mes, hicimos como un trabajo de seguimientos individuales, cada una de las chicas que son acompañantes, como para diferenciarlas de las operadoras, acompañantes y que son psicólogas, siguen a un grupito de las que participan en el espacio. Entonces trabajamos que implica un seguimiento, que implica pensar en la trayectoria y el proyecto de vida de cada unx, como acompañar, como pensar estrategias, y lo laburamos desde algunos conceptos, etc. Ellas después aprovechan el espacio en el que están, ya sea que se vaya un ratito con alguno individual con cada unx, o que los acompañen a hacer alguna cuestión concreta en torno a su seguimiento. En este momento siguen tanto varones como mujeres y disidencias. en algún futuro no, la idea es que... Se está abriendo el espacio de Flores, que va a recibir mujeres, varones y disidencias, pero la idea es que puedan ir que hasta el momento vienen acá y que allá puedan decirle a las mujeres y disidencias que se acerquen a este espacio

**E2:** ¿Y vos creés que prima alguna intervención sobre otra al momento de tomar una decisión

particular?

**L:** No, yo creo que no es que prime alguna profesión, sí quizá me parece quizá en la demanda de quién se acerca, prima como esa demanda tiene según una lógica más simplista o más del sentido común, tiene una profesión asociada. Entonces si hace mucho no se hacen un chequeo, vienen a ver a la médica, si creen que su problemática se soluciona, vienen a pedir psicóloga...

**A:** Y si es vivienda...

**E1:** Si es de vivienda, ver que puedo hacer yo con el subsidio habitacional. la realidad es que ahora hay muchas de las cuestiones que tienen que ver con lo quizás más asistencial, en cuanto a conexión con el Gobierno de la Ciudad, que es muy complejo. Por ejemplo, ya no aceptan prácticamente informes que no sean del BAP, mi informe ya no tiene la validez que tenía años anteriores, entonces quizá en eso se ve un poco limitado lo que pueden venir a pedir acá en términos de acompañamiento habitacional, que es más acompañamiento. Hago una gestión concreta... Pero la realidad es que la construcción de la estrategia la vamos haciendo en conjunto. Las chicas quizá lo hacen más desde el acompañamiento cuerpo a cuerpo, yo quizá más de aportando la especificidad del trabajo social y M\*\*\* desde lo que implica una mirada más clínica... Territorial pero clínica. Me olvidé antes cuando decíamos quienes participamos me olvidé de que está R\*\*\*, que es la coordinadora del espacio, que es psicóloga, y que también busca la integralidad y que sea una mirada interdisciplinaria. Sí quizás por la falta de espacios para conseguir turnos en psicología o psiquiatría, son espacios mucho más demandados. A la vez también un poco hegemónicamente, considerados como claves en cualquier tipo de tratamiento en salud mental. También teniendo en cuenta que hay muchxs de lxs que vienen acá que tienen una problemática de consumo, pero también tienen una patología de base en salud mental... Entonces necesariamente, el espacio de psicología o psiquiatría aparece como necesario para poder sostener otras intervenciones

**E2:** En relación a lo profesional que decías, hoy en día tu trabajo, ¿nos podrías describir cómo es un día en tu trabajo?

**L:** No existen los días normales, todos los días pasa algo... Acá creo que todos, parte de nuestro trabajo es estar acompañando la cotidianidad, porque ahí surgen los elementos para la intervención. Quizá la especificidad de nuestra profesión es que podemos tener una mirada mucho más amplia de eso que surge en los discursos, y no quizá entrar en algo más clínico o psicoanalítico... Entonces muchas veces, mi participación cuando no es específicamente de acompañar... Bueno recién una de las chicas me decía, me decís los requisitos para la pensión por VIH, y quizá tiene que ver con poder hacer emerger esos indicadores de cuestiones a trabajar... Quizá tiene que ver específicamente con eso... Cómo podría hacer resurgir en los seguimientos que hacemos más institucionales diarios, que es un Drive que vamos llenando, quien puede va llenando el seguimiento individual y a veces, lo que voy viendo, es que muchas veces la lectura, de qué quiere decir eso que se da en la conversación en la mesa, o qué de eso se puede aprovechar en una intervención, surge más de nuestra especificidad de decir, che acá hay algo para laburar, que de otra profesión que quizá es más en el espacio. Eso por un lado, y después cuando hay cuestiones concretas de gestión, quizá hay algunas cuestiones que tengo más en claro yo, pero igual yo tiendo a querer que todos lo puedan conocer, entonces no es que yo sola tengo el conocimiento de cómo gestionar una ciudadanía porteña y está en el Drive y cambia todo el tiempo. En realidad puede acceder cualquiera, a la gestión concreta, lo que aportamos es una mirada más amplia integral de las problemáticas y de los atravesamientos...

**E1:** Ahora vamos un poco con todo eso... ¿Cuáles son las demandas que la población trans o las disidencias, presentan en Teko?

**L:** Creo que ahí depende mucho de varias cuestiones. Una si están atravesadas por el consumo o situación de calle, quizá la problemática que aparece complejizada por su identidad y lo que eso conlleva, no tanto en ellxs, sino socialmente, las dificultades aún mayores que tienen para acceder a un alquiler, a un tratamiento y no sentirse expulsadxs... En ese sentido quizá la demanda es la misma que mujeres y varones cis, pero no por eso no se entiende que tiene otra complejidad. También depende un poco de qué momento de su proceso estén, si ya están en un momento en donde ya tuvieron un acompañamiento en todo su proceso de identidad, entonces ya tramitaron el DNI, ya empezaron con su proceso de hormonización, entonces quizá lo que necesitan es un espacio para sentirse alojadxs, que no

son los más comunes. Y quizá tiene que ver más con su situación de consumo o de situación de calle o vulnerabilidad habitacional; no necesariamente de calle en sí. Pero también hay algunxs que arrancan o están en una etapa específica de su proceso de identificación, entonces necesitan algún acompañamiento mayor, ya que sea que se están empezando a identificar con un género y están definiendo si su deseo pasa por definirse como trans o no. O por ejemplo estamos acompañando a un chico trans, que va a hacer su operación de cambio de género, está trabajando en blanco, no está en una situación de precariedad, si bien si de precariedad en sus vínculos, y quizá el acompañamiento pasa por ir viendo cómo generarle red que pueda sostener su espacio. Lo que conlleva una operación de un cambio de género... Como poniéndolo un poco en discusión ni siquiera generarle la red, sino poner a dialogar que no puede atravesar solo ese proceso, o ningún proceso en realidad todxs. En especial, eso que no te podés mover, como realmente necesitás a alguien. La demanda depende de si tiene que ver específicamente con su proceso de identificación, depende del momento en el que se encuentra esa persona, y sino, normalmente tiene que ver con el consumo o con la situación de vulnerabilidad habitacional, complejizada por su identidad trans que hace que sea más excluyente de cualquier tipo de sistema en sí. Si bien, existen otras herramientas, está la Secretaría de la Mujer. El otro día, buscamos a ver si existía un subsidio, mandamos un mail, todavía no nos contestaron... Algunas veces se considera como una variable de mayor vulnerabilidad, entonces tienen cierta prioridad o mayor monto en el subsidio habitacional, ahora no está muy claro eso, pero bueno se podría intentar por ese lado, como que hay algunas cuestiones que podrían creerse que facilitan. La realidad es que tampoco son tan accesibles sin un acompañamiento institucional. Muchxs ya vienen con un acompañamiento, entonces se acercaron acá porque ya pasaron por varios espacios que los acercaron a esas posibilidad y otrxs no, entonces hay que ir generando el acercamiento a estas herramientas que hay, pero que no son de tan fácil acceso autogestionado

**E1:** ¿De qué forma se aborda una situación de consumo problemático en Tekoporá? ¿Qué estrategias y acciones se desarrollan desde la Institución?

**L:** Cuando se acerca alguien con una situación de consumo, en primera instancia... A ver todo esto que voy a decir, ordenado, pasa en el medio de la dinámica habitual, entonces no es todo tan lineal... Digo como pongo en juego eso que hasta sin querer, sin saberlo o sin en ese momento nombrarlo, lo estamos haciendo. En primera instancia, siempre para nosotrxs es importante cómo se acerca la persona, porque eso nos da una pauta de qué herramientas contamos o qué estrategias ya se intentaron. No es lo mismo alguien que se acerca porque fue derivadx del Bonaparte, porque quieren probar otro tipo de acompañamiento, a alguien que se acerca porque lx encontraron en una recorrida, o tal le dijo qué, entonces acá ya hay alguien de confianza, no es lo mismo alguien que viene obligado prácticamente por la Defensoría para recuperar a sus hijxs, porque abre qué posibilidad tenemos y con qué herramientas por lo menos en un principio contamos. A partir de ahí, primero es ofrecerle que se acerque, que venga y que el espacio esté abierto. Como para volver un segundito, no siempre el consumo es explícito, a veces no saben por qué vienen, o vienen porque les dicen o no dicen que están en consumo, o no aparece problematizado y eso es parte del proceso. Hay otras personas que te dicen: “necesito arrancar un tratamiento” o te dicen “necesito un espacio” y hay otrxs con los que se va construyendo que parte de la problemática está atrevesada por el consumo. En muchxs no es lo que les hace venir a demandar, pero sí es parte de su problemática y aparece después. Pero no es la demanda por la que se acercan. En torno a eso, nosotras primero intentamos que sea un espacio de confianza, donde se sientan comodxs, en esto de que hablábamos que es un espacio de bajo umbral, donde la primera vez venís, te bañas, merendás y te vas y que si lo hacés así por un tiempo, no hay ningún problema, en algún momento vamos a intentar darle un encuadre y hacer una ficha de primer contacto, donde obviamente por la particularidad del espacio, está orientado a consumo. Hay una serie de preguntas dirigidas a saber si consumiste alguna vez, en qué cantidad, pero a la vez, lo que ponemos en juego en la integralidad de la intervención, son otras variables, entonces más allá de que te digan que no consumen o que consumen una banda, lo que nos va a dar la idea de urgencia, de qué estrategias pensar van a ser otras cuestiones: si cuenta o no con redes, con referentes familiares, si ya quemó todas las referencias que había, si está insertx en otros circuitos (si va a algún comedor o a tal espacio), si ya tampoco va a ninguno, si tiene

algún lugar que frecuenta, si está o no en situación de calle y por qué (si lx echaron o no tiene cómo pagar un alquiler), si está naturalizada su situación de calle, si lo “elige” o no, eso que considera una elección, pero en realidad realmente creemos que tiene que ver con otras cosas, si fue expulsadx de los paradores... Ir viendo por donde está atravesadx, su situación económica desde lo laboral y desde lo económico, si recibe algún tipo de acompañamiento social (AUH, ciudadanía porteña, Potenciar, subsidio habitacional o nada), la situación de identidad... Un montón de cosas, que da la pauta de qué tipo de estrategias podemos pensar, y también ir desarmando un poco con qué expectativas viene, si solo viene a un tratamiento psicológico, si viene a que lo ayudemos a internarse, ir desarmando ahí y en esa primera entrevista de primer contacto se intenta pensar una estrategia, como que querés del espacio, venir a terapia, pero qué más... Querés que te acompañamos a recomponer sus vínculos familiares, buscar trabajo y ahí en más ir construyendo los objetivos que van cambiando... En población trans, quizá tiene que ver con lo concreto del cambio de identidad o DNI, de comenzar o continuar con la hormonización, de continuar con algún tratamiento de salud específico o realizarse controles... Viendo que trae cada unx al espacio...

**E2:** ¿De qué manera orientan su práctica para lograr los objetivos? ¿Consideran que existen obstáculos en el abordaje que se realiza desde la institución para el cumplimiento de los mismos? Si es así, ¿cuáles? ¿y algún facilitador/es? ¿Cuál/es?

**L:** En cuanto a lo de orientar, va por lo menos a mí, es mi perspectiva, la perspectiva del espacio, lo que intento llevar acá y en otros trabajos, me parece que lo principal es saber que el aporte de la profesión o de la especificidad de la profesión no tiene que ver con un recorte que te llamen porque tenes que firmar un subsidio, ahora... Ya les digo hace un montón que no hago informes, porque piden tanto requisitos que nadie llega a pedirme un informe, y en realidad es poder poner en juego en lo que uno como profesional puede aportar en lo cotidiano, en el diálogo con el otro, en generar vínculo, es decir che se puede ir por acá. Entonces es constantemente poner en juego che si intentamos esto, está viniendo a terapia, está haciendo tal cosa, si buscamos potenciar tal cosa, o no dar por hecho que no va a conseguir trabajo o volver a poner en juego todo el tiempo lo de la red y contactar con otros, como que me parece que va por ahí, todo el tiempo poner en juego... Osea ni decir yo solo hago informes ni decir solo doy merienda, todo el tiempo poner en juego que la escucha es otra y se complementa con la de los otros profesionales. En cuanto a limitaciones, hay una limitación institucional que tiene que ver con los alcances que tenemos en este sentido, de que si desde el Gobierno de la Ciudad solo aceptan el informe social que hace el BAP, y por más de mil amores le quiera hacer a todxs, no sirve. Quizá una limitación que tiene que ver, ahora un poco menos porque vengo dos veces, pero también con el horario, es que quizá se podrían pensar articulaciones institucionales y me pasa que o no llegó por la cotidianeidad, también por las dificultades de la pandemia... Nosotros habíamos empezado a crear una vinculación con la Defensoría Zonal 9, que cerró por la pandemia y todo como que se centraliza en Flores. Recuperar esos vínculos institucionales en pos de que quizás algo pueda ser tenido en cuenta o algún circuito facilitar para las personas que vengan acá, es una idea que en algunos casos lo vamos logrando... Tenemos algún contacto que trabaja en ANSES y nos va pasando tipo info, y nos dice mirá que ahora cambió el modo del subsidio... Pero quizás el obstáculo tiene que ver con que son redes que hay que ir articulándolas, tejiéndolas en lo fino, y quizá por la dinámica no termina siendo prioridad. No es que yo me siento acá y digo voy a hacer llamados de articulación y tampoco estoy en el horario de la Defensoría... Quizá eso es algo que institucionalmente cuesta, muchas veces lo termina haciendo R\*\*\* que es la coordinadora, siempre en articulación conmigo, pero quizás tiene que ver con lo difícil que es la lógica del Gobierno de la Ciudad con la propia lógica institucional que a veces te pone la emergencia, la demanda, la escucha... Bueno antes cuando no había llegado, me había ido a comprar pollo con una de las chicas porque quería hablar, antes estuve haciendo lo del acompañante par con un acompañante par, entonces nada el tiempo va pasando y las cuestiones institucionales se van alargando un poco...

**E2:** Te va haciendo correr el foco...

**L:** Claro, quizá terminás estando ahí y no tenés el tiempo de construir un espacio. Si a veces, esto que

les contaba de la reunión de equipo de ayer, fue una demanda que a los seguimientos como una vuelta de rosca en el espacio... Con R\*\* estamos pensando en un espacio, en un taller con referentes o familiares de personas en consumo, como para ver que les va costando de acompañar a un familiar que consume y brindar otra escucha e ir generando redes para los familiares. Son cosas que se van tejiendo cuando un día estás más tranquila y puedes pensar un poco más o te levantaste con una idea, sino te termina pasando eso, que al ser trabajadora social tengo tres trabajos, a los cuales les voy dedicando el tiempo que puedo a cada uno, no es que uno tiene la cabeza, digo parte de lo que tiene que ver con la precariedad laboral que implica ser monotributista, si bien este es un buen sueldo, también impacta, una está repartida, no es que a la mañana yo estoy en mi casa y puedo dedicarle a Teko aunque no venga...

**E1:** El tiempo es solamente cuando podés venir o tenés que venir...

**L:** O algún mensajito... Hoy trabajo de 8 a 8, estuve hasta las 3 en el hogar y después me vine para acá a las 8 de la noche... Entonces sí, me mensajeo un toque, si nos sirven para eso los seguimientos individuales, porque como vamos anotando día a día lo que pasa acá, pero hacemos hincapié en cada una... Recién hable con K\*\* sobre el acompañante por, lo que charlamos con cada uno de cada unx, después lo anoto en el seguimiento porque así las chicas pueden leerlo...

**E1:** Es un registro que tienen todas...

**L:** Si, lo que pasa en cada día, tenemos el compromiso de que alguien lo anote. Escribe tal y después pones en color si vos agregas, y eso te sirve porque quizá alguien pone C\*\*\* necesita la pensión por VIH, entonces yo ya me lo anoto y se que el viernes tengo que buscar eso. Entonces quizá... O no tenemos ningún lugar para que vaya tal, entonces bueno de última yo recojo esa pregunta e intento buscar en el grupo de la comuna si alguien conoce un espacio para... Bueno, ahí vamos intentando saldar esos obstáculos que tienen que ver con la organización y con la demanda que quema...

**E2:** Bueno esto quizá ya lo charlamos... Recién lo mencionabas, ¿con qué tipo de redes se apela para el funcionamiento y calidad de la gestión? ¿Con quienes articulan?

**L:** Nosotrxs tratamos siempre de articular con otrx, participamos del grupo de la comuna, entonces ahí tenemos un listadito de todos los recursos que hay en la Comuna. Si algunx necesita algo concreto tenemos ese contacto, el hecho de que acá sea no solo la CAAC, también esto que les decía... Ya es red de por sí, porque tenemos un espacio de salud comunitaria, entonces los turnos se solucionan de otra manera, tenemos operadoras que trabajan en CESAC... Esas cosas se van articulando y después lo que vamos de a poco queriendo incluir tiene que ver con las referencias más individuales y singulares... Ya sea familiares o comunitarias, e ir poniéndolas en juego para ir sosteniendo lo que se va pensando con cada unx...

**E1:** ¿Identificas diferencias al intervenir con población trans y con mujeres cis? Si es así, ¿cuáles y por qué?

**L:** Si, creo que esto que les decía antes... Que se complejiza un poco más por el hecho de que nosotras ubicamos y por eso la especificidad del espacio, que los varones en consumo o en situación de calle o vulnerabilidad habitacional, arman circuitos con mayor facilidad que las mujeres y luego que las personas trans, porque de alguna manera está más socialmente, no quiero decir mejor visto porque no, pero aceptado un varón cis en situación de calle, que una mujer, con toda la carga que eso implica de mayor estigma, porque seguramente se considera que es madre y no se cuidó a sus hijos, que está en consumo y por eso carga con ser mala madre, con mucha más estigma en que esté sucia, y una persona trans, ya de por sí, por el hecho de ser una persona trans, tiene muchas más dificultades para acceder de una manera digna y saludable a un montón de espacios, más si se encuentra en situación de consumo, de calle o de precarización habitacional, más difícil también que cuente con redes, muchas veces son expulsades de sus familias o de sus instituciones, entonces cuesta mucho más gestionar o acompañar la construcción de redes. Es como una aclaración más que hay que hacer, para generar un espacio amigable y una red. Y porque también tienen otros acompañamientos o gestiones que se les suman, a ver si una persona que está atravesando el proceso de identificación, necesita el DNI y hay un montón de pasos previos igual que otra persona que necesita el DNI, entonces ya de por sí se complejiza un montón más. Sumado a sus tratamientos de salud...

**A:** Sí creo yo también, que dentro de los espacios tampoco sé si hay muchas capacitación de género, ni

siquiera de lxs profesionales mismxs, sobre la población que recibe... Eso también es algo clave como algo expulsivo, ya uno llega y te miran mal, te están observando, uno se va...

**L:** Mismo, en los espacios que son para personas que consumen o tienen precariedad habitacional, lxs otrxs que participan, ni hablar de los equipos, pero aunque los equipos sean un diez en género, la realidad es que si son todos varones cis, con la particularidad que tiene transitar la calle y lo que muchas veces eso implica desde un posicionamiento de la masculinidad, es muy difícil expresar tu identidad... Nos pasa acá con una chica trans, que está empezando su proceso y determinó su nombre con el que se identifica, y cuesta un montón que le digan por el nombre con el que se identifica y no por su nombre masculino. No lo hacen ni a propósito, sino porque están acostumbradxs, entonces alguien que no tiene tanta estructura subjetiva fuerte, se siente totalmente expulsadxs porque tres veces le dijeron Omar, entonces no viene más. Eso cuesta un montón, alguien que está transitando un proceso de identificación, encontrarse totalmente ajeno de lo que está pasando, por eso la especificidad del espacio, para que sea un espacio mucho más accesible y sepan que acá hay dos días que nadie las va a juzgar porque estamos en la misma

**E2:** ¿Identificás alguna particularidad que adquiriera su práctica sobre la temática de consumo problemático? ¿Cuál/cuáles?

**L:** Esto que les decía recién, que trabajamos principalmente con mujeres y con población disidente, entonces eso hace que quizá algunos espacios no deriven personas específicamente e identifican como mujer o población disidente para acompañarla, que somos un espacio comunitario entonces tendemos a pensar integralmente, territorialmente y ambulatoriamente el consumo, entonces no nos centramos en el tratamiento o en la internación o en tal cosas, sino que intentamos que sea integral. A veces es más difícil porque no sabes por donde empezar, está muy instalado que hay que internarse o esto no sirve o es más difícil de sostener, los procesos son más invisibles y más a largo plazo, entonces quizá tiene otra complejidad la construcción de ese espacio de acompañamiento de consumo y particularmente la especificidad que la ponemos en que somos un espacio feminista y que acompaña a mujeres y disidencias

**E1:** ¿Identifican prácticas de cuidado en torno al consumo problemático de sustancias en la población trans? Si es así, ¿podrías describirlas?

**L:** Yo creo que en algunas son muy similares a cualquier población de consumo que veamos, que tiene que ver con intentar no ranchar solxs, que cuesta mucho más, porque normalmente por esta estigmatización y exclusión, terminan muchas veces atravesadxs por la prostitución, entonces si se quiere salir de ese espacio, muchas veces quedan solxs en su acompañamiento diario, no de estar solxs en la calle. Que a veces termina siendo una práctica de cuidado, el mantenerse en el circuito o lógica de la prostitución, termina siendo un modo menos inseguro de vivir, en términos de que no están solxs, transitan la calle con otrxs, no duermen en la calle, porque duermen normalmente con el cliente, entonces muchas veces termina siendo el arma de doble filo que es riesgoso, pero a la vez es peor dormir en la calle o no dormir. Creo que tiene que ver con eso, y después me parece que es más difícil construir lógicas de cuidado, porque es esto, a veces son expulsadxs de hasta de... No es lo mismo ranchar en un grupo de varones o una mujer que por lo general se rodea de varones, que saben que las van a cuidar y que son piolas en eso, que una persona trans o disidente, que probablemente le cueste más encontrar un grupo que sea inclusivo en ese sentido aún en calle. Ahí la unión de estar en calle o en consumo, medio que se rompe, porque hay algo que es el género que es más fuerte y más difícil que entre en juego. La lógica de la ranchada, queda más dispersa y pasa a ser esto, la ranchada termina siendo si te prostituí o si tenés algún otro tipo de herramienta. Nosotrxs acompañamos a algunas mujeres trans o varones trans que tienen algún otro tipo de herramientas, o que estudiaron o estuvieron rodeadxs azarosamente de algunas instituciones que permitieron otro transitó por su situación de identidad. Pero creo que complejiza mucho más armar prácticas de cuidado, que seguro las hay, pero son de mucha más complejidad en el armado. Muchas veces es, volver siempre al mismo lugar. Por ejemplo una de las chicas que acompañamos, termina constantemente internada en Bonaparte o en lo de su papá donde sufre violencia, pero es como bueno un círculo, viene acá obvio, pero son los únicos tres espacios donde se siente un poco cuidada, va y viene

**E2:** La llaman aparte... Constantemente están pendientes...

**L:** —Si, es eso. Son algunos espacios donde alguna vez te sentiste cuidado. Cuesta un poco más crear nuevos circuitos, quizá esa es la complejidad y también de la invisibilización que hay, excepto que de casualidad se hayan acercado a algún espacio, ya sea el Bonaparte, de casualidad o necesidad...

Alguna organización, comedor, CESAC, no es que vos caminás en Cildañez y te encontrás chicas trans, que quizá si te encontras personas en consumo, no es que vas a Plaza Flores y encontrás pibas trans en consumo o en calle, están aún más ocultas que las mujeres, más ocultas que los varones. Y quizá esa es una práctica de cuidado si lo vemos en esos términos... Las prácticas de cuidado terminan siendo más expulsivas o más riesgosas porque la invisibilización termina siendo lamentablemente por lo expulsivo del sistema, una práctica de cuidado

**E1:** Si bien cada profesional tiene un rol determinado al momento de intervenir. ¿Qué postura/criterio suele predominar al momento de tomar una decisión con respecto a un tratamiento? ¿Qué otras posturas o criterios quedan desplazados? ¿Podrían contarnos alguna situación donde hubo distintas posturas y cómo se resolvió?

**L:** La diferencia quizá es que en realidad predomina las herramientas que hay disponibles más que la mirada profesional. Esto que decíamos antes, quizá todxs podemos estar de acuerdo y en eso compartimos todxs les que trabajamos acá que el consumo y la precariedad habitacional, es algo integral y es una problemática integral que no se soluciona dejando de consumir ni teniendo una vivienda o un subsidio habitacional. Lo que puede pasar es que quizá haya una demanda más concreta en algo que tenga que ver con una gestión social, a la que no pueda dar respuesta por una cuestión que excede. Entonces ahí prima la supuesta solución social, que no existe. O lo mismo puede pasar al revés, que yo considere que en realidad es necesario trabajar esto con esa persona, y el proceso terapéutico lleva otro ritmo, entonces por más de que yo diga que con esta persona hay que trabajar, pongo un ejemplo... Hay una persona que viene al espacio, que es una chica trans que le cuesta mucho sostener un alquiler, un trabajo, sostener acá vínculos porque todo el tiempo recae en sentirse excluida, expulsada o maltratada. Y muchas veces no es así, pero se le arma con cualquier cosa que va por ahí, que la expulsan, que la miran mal, no como si ya estuviera su subjetividad formateada en que soy trans y me van a tratar mal... Después de determinado tiempo...

**E1:** Estoy condenada a determinada situación...

**L:** Tal cuál... Como que después de determinado tiempo, había conseguido un trabajo... Lo que ella trae es que se sentía como acosada laboralmente por su situación de género. La realidad es que no por dudar de ella, pero es algo que se viene repitiendo esto... Creemos que tiene más que ver con el lugar, por ejemplo había faltado y no avisó, entonces es porque te "portaste mal" como empleada... A mí me hubiesen dicho lo mismo, a un varón cis le hubiesen dicho lo mismo... Pero es como que no hay forma de correrla de ese lugar subjetivo. Entonces quizá la demanda de otras profesiones puede ser... Che no hay nada para ofrecerle un subsidio por trans, y yo es tipo no se puede trabajar más rápido que deje de auto expulsarse... Pero la realidad es que en el diálogo, porque realmente hablamos un montón y entendemos las limitaciones que tiene cualquier acompañamiento, vamos viendo que en realidad es un poco y un poco... Vamos a buscar en este mail, en el Ministerio de Mujeres, si hay algo, pero vos seguí trabajando por este lado y sigamos pensando... Pero quizá tiene que ver más con que en un momento uno piensa que la solución está en otro espacio y en realidad no, que es un proceso y quizá la estrategia sea arrancar por algo que nada que ver...

**E2:** Vamos con las últimas así ya te liberamos... ¿Creés que existen situaciones que deban derivar a otra institución? ¿Y de qué forma se realiza esa derivación?

**L:** Si, quizá como para diferenciar, quizá hay situaciones en las que nuestra posibilidad... Hay algo de nuestro espacio y la decisión del otrx. Por un lado puede ser que la otra persona no quiera venir más a este espacio, por algo en particular... Recién hablamos con K\*\*\*, una chica que como acá le ponemos límites y quiere ir a otro espacio que es mucho más relajado y que si ella pide un fideo se lo dan, y acá es en la semana que se da mercadería o no. En realidad es la semana que se da mercadería si venís, porque no somos un comedor o un bolsón de alimentos. Pero el límite también como parte de la intervención, en algunos casos funciona, otros no, en este caso no, pero bueno la propuesta... Es

una persona que cobra el Potenciar, con K\*\*\*... Es que busque articular con el otro espacio al que sí quiere ir, para que cumpla con algunas cuestiones. Ahí hay algo de la decisión del otrx de no querer o no poder participar. El chico trans que trabaja en Migraciones, no puede venir porque su horario de trabajo no se lo permite, y no dejamos de acompañarlx... Hay que crearle la red para que se haga la operación. Venimos acompañando desde otra perspectiva, que no implica intervenir. Pero también puede pasar que el dispositivo ambulatorio de bajo umbral esté agotado, ya sea que nosotros lo veamos y lo trabajamos con esa persona o que la otra persona lo demande. Hace poco acompañamos la internación de una mujer que participa del espacio, que fue una demanda de ella y también un poco de su familia y de sus hijxs, entonces bueno más trabajándolo con la Defensoría, con su familia, fuimos como alojando esa demanda y fuimos acompañando la intervención y ahora está internada en un espacio, no una comunidad terapéutica, sino un espacio comunitario, una CAAC que tiene hogar, internación. Entonces ahí sí, A\*\*\* que es la chica trans que viene del Bonapate, está nuevamente internada en el Bonaparte por riesgo de vida, que ahí también hay un límite de la institución, que tiene que ver que es de bajo umbral y que podemos alertar, pero no podemos ni internar ni ir contra el deseo. Nosotrxs podemos acompañar internaciones voluntarias, el Bonaparte tiene otra cuestión que tiene que ver con evaluar que hay riesgo de vida para sí o para terceros, al ser un hospital puede lograr y acompañar otra internación desde ese lugar...

**E2:** La última... En relación a la pandemia COVID-19 ¿identificaron cambios en su intervención? ¿Cuáles? ¿Qué aspectos vieron modificados en la población que asiste a la institución?

**L:** Sí, mayor precariedad. Quizá los que sostenían trabajos informales o los perdieron o les cuesta mucho más conseguir. Algo que no sé si es positivo la palabra, es que empeoró al terminarse la pandemia, fue que muchxs que no podían estar en calle, tenían que estar sí o sí en un parador, se ordenaron un montón, en un montón de cosas, porque estaban todo el tiempo acompañadxs, y ahora que el parador no tiene por qué tenerlos, vuelven a estar en calle o en un consumo más problemático, como que la pandemia en un punto, el encierro obligatorio, organizó de alguna manera que sí o sí tengan que estar con su familia o en instituciones o hasta que sea más fáciles, porque no te pedían ni siquiera recibos en el subsidio habitacional, algunxs seguían alquilando, seguían cobrando y usaban ese alquiler para un lugar que no era el que habían denunciado en un su momento en el subsidio y ahora se cortó todo, porque tienen que presentar los recibos... Están haciendo visitas, si no están ahí, les cortan el subsidio, los paradores empiezan con esta lógica de que si te querés ir andate, muy expulsiva, ya no tan cuidada, porque sino quedan en falta ellos. Ahí, comienza a ver otras cuestiones que en el 2020 y 2021, estuvieron más ordenadas, pero a la vez, mucha más precariedad en cuanto a sostenimiento económico. Ahora en este momento, eso se me viene, como que siento que ahora...

**E1:** Sí, como que antes era mucho más cuidado, también no sé si vas a fumar, no tenés que compartir la pipa...Todas esas cosas...

**L:** Exacto. Ahora es como que la generación de todo...Hay muchxs que volvieron con un consumo muy problemático, que volvimos a no poder contactarlx, como un montón de cosas, que antes sostenían algún parador o si ese parador no les gustaba se tenían que ir a otro. Estar en calle era más peligroso que estar en un parador, entonces elegían el parador y lo sostenían y ahora se disuelve eso. Algunas cosas se hicieron mucho más simples, trámites y ahora en este mix... Que no sabés porque de repente en el subsidio habitacional necesitás turno y de repente no... Para ANSES necesitás turno... A veces es bueno y otras no, porque te dan turno dentro de dos meses. Esta cosa medio virtual medio presencial, para algunas cosas las aprovechamos y nos sirven y para otras te complican más...

**E1:** Si, a veces viste que vos nos contabas, que había que tener CBU... ciertas cosas que no tienen el mismo manejo...

**L:** Sí... Yo no venía en ese momento ninguna política pública, excepto que existan estos espacios comunitarios y territoriales, está realmente no está pensadas para personas que están en la situación de vulnerabilidad, que está una persona que está en consumo y estar en calle...Por ejemplo el IFE, yo no venía porque era población de riesgo y acá seguía todo abierto, pero yo no podía venir y me la pasaba haciendo IFE, buscando donde iban a poder cobrarlo, porque no tenían y había que sacarle una cuenta o ver en qué cajero había que ir, y acompañarlx, porque sino no iban a poder cobrar o se la

llevaban toda y había que ver que quede una plata acá. Ninguna realmente está pensada... Ni el subsidio, ni la cantidad de requisitos que piden, piden hasta la negativa, hay que sacar un turno en ANSES. Me parece que ninguna política pública excepto ahora que hay un acompañamiento para que vuelva a haber nuevos ingresos pero sí. Eso siempre implica que haya una institucionalidad, no hay políticas públicas pensadas, sobre todo en CABA, en buscar a las personas en calle y en consumo, en todas las CAACS de SEDRONAR...

**E2:** Bueno L\*\*\* gracias por tu tiempo, y por recibirnos.

**L:** ¡De nada, chicas! Espero le sirva