

**Universidad de Palermo**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología  
Práctica y Habilitación Profesional

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

Un análisis de las actuaciones sobre la población de niños, niñas y adolescentes trans,  
asesorada en un organismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, perteneciente al  
Ministerio Público Tutelar

Alumna: Luz María Palma

Tutora: Natalia Da Silva

24 de Agosto de 2018

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	3
<b>2. Objetivos</b> .....	3
2.1. Objetivo general .....	3
2.2. Objetivos específicos: .....	4
<b>3. Marco teórico</b> .....	4
3.1. Conceptualización de la terminología relacionada al transgénero .....	4
3.2 Niño, Niña y Adolescente. Arqueología del poder y la norma. La Tutela.....	7
3.3. Infancia y adolescencia trans.....	11
3.4. Salud Mental, qué es y su relación con lo transgénero. ....	13
3.5. Los Modelos Médicos y la mirada patologizadora o despatologización de lo transgénero. Su repercusión en la salud trans. ....	15
3.6 Cambios legislativos y sociales, causas y consecuencias .....	18
3.7. El organismo de la Ciudad de Buenos Aires y su Equipo de Género .....	20
3.8. Políticas Públicas en relación a infancia y adolescencia trans y adultos trans con problemas de Salud Mental .....	23
<b>4. Metodología</b> .....	26
4.1 Tipo de estudio .....	26
4.2 Participantes .....	26
4.3 Instrumentos .....	26
4.4 Procedimiento.....	26
<b>5. Desarrollo</b> .....	27
5.1 Introducción .....	27
5.2. Describir cómo se trabaja desde este organismo, con diferentes instituciones a fin de recibir y realizar derivaciones asistidas y de realizar capacitaciones a las mismas .....	27
5.3. Describir cómo se trabaja en el acompañamiento desde el organismo con estas poblaciones en relación al derecho que se tiene al reconocimiento a la identidad de género .....	33
5.4. Describir cómo se trabaja desde el organismo con estas poblaciones a efectos de garantizar el derecho a la salud y atención integral. ....	36

5.5. Describir cómo se trabaja desde el organismo con estas poblaciones en lo referente a la promoción del fortalecimiento de la red familiar/afectiva para los mismos. ....	41
<b>6. Conclusiones</b> .....	43
<b>Referencias</b> .....	46

## **1. Introducción**

El presente Trabajo Final Integrador forma parte de la materia “Práctica y Habilitación Profesional” de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, la misma fue realizada en un organismo de la Ciudad de Buenos Aires, en la oficina central sita en el microcentro.

Este organismo fue creado por la Constitución de la Ciudad y es parte del Ministerio Público Fiscal conformando así parte del Poder Judicial. Es el órgano que vela por la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes y de adultos afectados en su salud mental, así como por correcta y oportuna aplicación de la ley. Siendo una de sus funciones medulares realizar investigaciones que aporten información en relación al trabajo y competencia de ese organismo.

Este trabajo es concebido en el marco de la experiencia de Práctica Profesional que fue llevado a cabo en un Organismo del Poder Judicial de C.A.B.A., específicamente en el Área de Género. Esta área fue creada a fines de 2014.

Las actividades desarrolladas en el mencionado equipo, consisten en recepcionar casos, ya sea por demanda espontánea como también por derivaciones, que tengan cuestiones de género como parte de su contenido, la labor consiste en iniciar actuaciones, establecer contacto, ya sea con el niño/a o adolescente o adulto con problema de salud mental, en su caso también con los padres o tutores o mayores a cargo, curadores, encargados de instituciones, médicos, instituciones educativas, y cualquier persona u organismo en el cual se desempeñe en su vida cotidiana, colaborar para que tenga toda la atención que les corresponde conforme al derecho vigente, verificar que se cumplan las leyes que lo protegen y velar por su desarrollo pleno.

En el marco de esas actuaciones es dable observar ciertos datos de interés.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Describir cómo se efectúa desde el organismo, la gestión de recursos y la articulación con diferentes organismos e instituciones (hospitales, escuelas, organismos gubernamentales, etc.) a fin de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes

trans; así como a adultos trans que padezcan problemas de salud mental, y la promoción del fortalecimiento de la red familiar/afectiva para ambas poblaciones.

## **2.2. Objetivos específicos:**

1. Describir cómo se trabaja desde el organismo con diferentes instituciones a fin de recibir y realizar derivaciones asistidas en forma correcta a niños, niñas, adolescentes trans y a adultos trans que padezcan problemas de salud mental, optimizando así la utilización de los recursos.

2. Describir cómo se trabaja en el acompañamiento desde el organismo con niños, niñas, adolescentes trans; y adultos trans que padezcan problemas de salud mental en relación al derecho que se tiene al reconocimiento a la identidad de género.

3. Describir cómo se trabaja desde el organismo con niños, niñas, adolescentes trans; y adultos trans que padezcan problemas de salud mental, en lo que se refiere a garantizar el derecho a la salud y atención integral.

4. Describir cómo se trabaja desde el organismo con niños, niñas, adolescentes trans; y adultos trans que padezcan problemas de salud mental, en lo que se refiere a la promoción del fortalecimiento de la red familiar/afectiva para los mismos.

## **3. Marco teórico**

### **3.1. Conceptualización de la terminología relacionada al transgénero**

Para definir la terminología relacionada a transgénero, es prudente diferenciar y conceptualizar términos como sexo, transgénero, identidad de género, orientación sexual, y conducta sexual entre otros.

Es pertinente referirse antes al término identidad del latín *identitas*, es el vocablo referido a la cualidad de lo idéntico o al conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás, o conciencia que tiene una persona de ser ella misma y distinta a las demás (RAE, 2004). Simultáneamente al definir identidad, se define la diferencia, eso que hace que divide el Yo del no Yo, el nosotros del nosotros o el nosotros del ellos. La identidad, ha sido medular en las ciencias sociales para dar respuesta sobre aquello que otorga estabilidad, unidad y coherencia a las personas y a los grupos. La identidad refiere a formas sociales con las cuales nos reconocemos, nos identificamos y

también por ende de aquellas de las que nos diferenciamos (Martínez Guzmán & Montenegro Martínez, 2011).

Una de entretantas de esas formas sería el sexo, el sexo asignado al nacer, el cual según la Asociación de Psicólogos Americana (2011), se refiere a la biología de una persona, lo que generalmente se clasifica como hombre, mujer o intersexual. Hace referencia a un número de indicadores de sexo biológico, cromosomas sexuales, gónadas, órganos reproductivos internos y genitales externo.

Las personas sienten, se perciben y se identifican con un determinado género, es lo que se llama Identidad de Género y puede corresponderse o no con el sexo biológico de las personas. Si la identidad de género se corresponde con su sexo biológico, se dice que esa persona es cisgénero o cisgénica. Pero si la identidad de género de una persona no se corresponde con su sexo biológico se dice que ellas son personas transgénero, transgénicas o simplemente, trans. Aparte de las aquí señaladas, existen otras formas de nombrar a las personas trans, pero generalmente se considera que estas tres incluyen a las demás (Ministerio de Salud, 2016)

Para la Asociación de Psicólogos Americana (2006) transgénero es un vocablo utilizado para describir a personas cuya identidad de género (su autopercepción como hombre o mujer) o expresión de género difiere de aquella que normalmente se asocia a su sexo de nacimiento. La mayoría viven parcial o totalmente como miembros del otro género. De manera global, cualquier persona cuya identidad, aspecto, o conducta caiga fuera de las normas de género convencionales se puede clasificar como transgénero. No obstante, no cualquier persona cuya apariencia o conducta sea atípica a su género se identificará a sí misma como transgénero.

La expresión de género, es la la forma de expresión u exteriorización de una persona, se diferencia de la identidad de género, ya que esta, no siempre es expresada o exteriorizada o en el sentido contrario, hay personas que en algunas circunstancias se expresan en un género diferente a su sexo biológico, sin ser personas transgénero (Ministerio de Salud, 2016).

Respecto a la orientación sexual, la Asociación de Psicólogos Americana (2011) establece que es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Existe a lo largo de un continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto. A las personas con una orientación homosexual se las denomina a veces gay (tanto hombres como mujeres) o lesbianas (sólo a las mujeres). Se distingue

fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (la autopercepción de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina). Las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas.

Retomando lo trans o transgénero, el término nos remite a un colectivo con el que la mayoría poblacional no se identifica, ya que según el estudio efectuado por Pruitt (2002) el 10% de la población se considera no heterosexual y no está de acuerdo con la identidad sexual. Una porción de este diez por ciento la compone el colectivo trans.

Butler (2009) se cuestiona qué tipo de perturbación implica en el campo del poder este colectivo que cuestiona el carácter dicotómico del género.

Desde el activismo de distintos grupos sociales, se ha cuestionado la visión binaria, bregado por un concepto más amplio del género, y luchando por una continua integración de las personas que no se ajustan al estereotipo binario tradicionalmente aceptado por la sociedad (Martínez Guzmán & Montenegro Martínez, 2010).

Kennedy y Hellen (2010) dicen que niños y niñas transgéneros son a menudo vistos como problemáticos porque ponen en tela de juicio una construcción de género muy arraigada en estas sociedades, la cual asimila una identidad de género con una genitalidad indicada al nacer. Su existencia, amenaza la visión de la infancia entendida como una etapa de la vida asexual. Esto sugiere que existe una invisibilización y negación de la diversidad de género en la primera infancia. Sin embargo, contrario a una amenaza, los niños transgéneros son parte de la diversidad humana, y evidencian cómo la identidad de género, más que una construcción estática y binaria, es un abanico de posibilidades (Malpas, 2011).

La transgeneridad, a pesar de lo que se piensa, no es producto de una crisis familiar, o causada por un abuso sexual, o por un estilo parental de tipo estricto o liberal, la transgeneridad es una realidad que atraviesa culturas, razas, religiones y épocas, distando mucho de ser una enfermedad, una fase o una elección voluntaria (Rosin, 2008). Para aquellos niños que expresan una diversidad de género de modo constante, es una expresión de la diversidad humana, y aunque no se saben las causas, es posible que la transgeneridad pueda ser comprendida desde la biología, más que por componentes sociales o por la historia de vida de una persona (Brill & Pepper, 2008). Aún así y a pesar de los progresos en cuanto a equidad de género, la animosidad de la sociedad que culpa a los niños y sus padres por no adaptarse a las tradicionales normas de género está aún vigente (Mallon & DeCrescenzo, 2006).

### **3.2 Niño, Niña y Adolescente. Arqueología del poder y la norma. La Tutela.**

Etimológicamente infancia deriva del latín *de in-fari*, que significa que no puede hablar, lo que insinúa a una infancia hablada y legitimada por otros, explicada, traducida descifrada por adultos, sin los cuales el niño no podría ser (Brasesco, 2011).

Al hablar de una infancia legitimada y descifrada por adultos, es dable reflexionar sobre dos procesos que tuvieron lugar en la modernidad, relevantes para comprender el papel de la infancia en Occidente, ellos son la consolidación del individualismo y la expansión del Estado. Como consecuencia de los cambios que provocáran los procesos de industrialización y urbanización, se produce el debilitamiento de la religión, de la familia rural extendida y con ello de la cultura tradicional, en cambio se fortaleció la identidad individual y la autonomía. Así mismo, el Estado se establece como autoridad y tendrá dentro de sus funciones, la de orientar el progreso nacional e individual, convirtiéndose en la fuente de identidad colectiva por antonomasia para los individuos, fortaleciendo el ideal de Nación (Vazquez de Prada, 2017). Se produce el descenso del número de hijos por familia, lo cual genera la posibilidad de idealización del niño al permitir centrar la atención en él, lo que se consolida en el siglo XIX, con el modelo de niño como centro de la familia, necesitado de protección y cuidado. Nacen las políticas de escolarización obligatoria, las que a su vez también cambian las políticas económicas de un país (Vázquez de Prada, 2017). En concordancia, Anderson (1970) en su estudio sobre la vida familiar del siglo XIX, sugiere que el niño pasa de ser visto como un activo para el trabajo, un medio de supervivencia, a alguien de quien los padres podrán eventualmente recibir afecto y apoyo emocional. Al mismo tiempo se desarrolla la pedagogía, dando cabida a un estatus ambiguo para el niño, quien no será tan dependiente de los adultos, pero continua siendo menor, sin responsabilidades, derechos o un rol bien definido. Lo que si ya es un hecho, es que durante la etapa escolar, el niño debe ser protegido, mantenido y aconsejado. Otro ingrediente que contribuyó a esta mirada de la niñez en el siglo XIX, fue el desarrollo de la contagiosas que eran las que tenían mayor incidencia en la mortalidad infantil (Satriano, 2008).

Respecto a la adolescencia no hay una definición universal de la misma (Lozano, 2014). Al no presentar características uniformes el concepto de adolescencia, tomará diferentes valores conforme lo qué se entienda por infancia y por estado joven adulto, lo que será propio de cada cultura. Es por ello que se presenta una gran dificultad para circunscribir la adolescencia a una etapa abstracta del desarrollo ontogenético. Para dar razón de la diversidad genérica de este concepto hay que tener en cuenta la variabilidad cultural y es



necesario disponer de una estructura efectiva en la que la adolescencia está ya organizada en esa cultura, ya sea a través de ritos o de pasos, recién allí se podrá acuñar un concepto funcional, como el período que comienza con la salida de la infancia (salida para cuyo análisis disponemos de un criterio objetivo: la pre pubertad y la pubertad) pero en el cual todavía no se ha alcanzado el estado de adultez (Bueno,1998).Otra forma de definir la adolescencia es utilizando una doble negación: ni niño, ni adulto (Marchesi et al., 1992). En su trabajo de la adolescencia Hall (1904) la denomina como el período de “tormenta y estrés”,dice que los cambios físicos ocurridos durante la adolescencia producen de igual forma cambios psicológicos. En su intento de adaptarse a estos cambios, el joven, procura vincularse a su grupo de pares, en donde siente seguridad y comprensión al compartir con personas que atraviesan por circunstancias similares.

Para visibilizar el rol del poder y la norma en la actualidad, se recapitulabrevemente. La modernidad efectúa un primer recorte, el de la niñez que será restituida a la sociedad con un estatus de segregación, incapacidad y vulnerabilidad. La burguesía en sus prácticas produce significaciones respecto a la niñez, como la de docilidad, inocencia, latencia y fragilidad. Su opuesto sería aquel invisibilizado niño de la calle, que al trabajar, realiza tareas para un adulto, borrándose así la diferencia simbólica con el adulto. Hubo dos piezas claves en la modernidad para sostener este recorte, la familia y la escuela. Durante 400 años se construyó esta infancia, las prácticas de conservación de los hijos, el higienismo, la filantropía y el control de la población dieron lugar a la familia burguesa. La escuela y el juzgado de menores también se ocuparon de los vástagos: la primera, educando la conciencia del hombre futuro, pero también alejando al niño de sus padres e interviniendo en su formación, el segundo promoviendo la figura del padre en el lugar de la ley, como sostén simbólico de la familia. En concordancia con lo vertido por Anderson, antes citado, la escuela trae de la mano a la pedagogía, la que genera conceptos generales relativos a la niñez y construye categorías concernientes al alumno distanciando así al niño de los adultos y concibe a la infancia como un nuevo cuerpo social (Satriano, 2008).

En concordancia con Satriano(2008), expresa Foucault (1992) que a través de la disciplina escolar, se procede a efectuar una manipulación del cuerpo infantil, el cual al ser dócil y maleable, permite un control minucioso del cuerpo del niño, un disciplinamiento. Hace ver así mismo que el nacimiento del sentimiento de infancia coincide con la multiplicación de los discursos normativos. Por lo tanto, no hay infancia si no es por la intervención práctica de un numeroso conjunto de instituciones modernas de resguardo, tutela y asistencia de la niñez. Hoy asistimos a un cambio profundo en el estatuto de la niñez, y

estas dos instituciones también están mutando y en este entramado entran además de las variables de poder, el ingreso vertiginoso de la tecnología y el fenómeno de la aptitud de los niños, niñas y adolescentes para apoderarse de esta herramienta y producir un quiebre en esta concepción de adulto que todo lo sabe y que enseña todo al niño/a que nada sabe (Satriano, 2008).

Teniendo al Estado como entidad para mantener el orden y la paz social, la concepción de niñez necesitada de tutela, imperó durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX en Argentina. Desde esa óptica en 1.919 se sanciona la ley del Patronato de la Infancia N° 10.903 llamada también Ley de Agote ya que fue impulsada por el Diputado conservador Luis Agote, el médico higienista (Firpo & Salazar, 2011). Esta ley no era inocente, obedece a ciertos discursos de poder de carácter conservador. Se crean figuras e instituciones de poder, las que ejercerán ese control, como ser el Juez de Menores, reformatorios, institutos de menores, casas cunas, etc. Con facultades para ejercer coerción física y psicológica, otorgadas por el cuerpo normativo. Nace aquí el paradigma de la situación irregular en relación a la niñez marginada y pobre (De la Iglesia, Velázquez & Piekartz, 2008).

En concordancia, García Méndez (2007) explica que estas prácticas sufren cambios con la Segunda Guerra Mundial, ya que la preocupación por la niñez se transforma en global para el mundo occidental y se retoma la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño, que postulaba en sus principios asegurar a todo niño las condiciones esenciales para el pleno desarrollo de su persona. De la Iglesia, Velázquez y Piekartz (2008) precisan el devenir histórico y dicen que, tras reimpulsarse la Declaración sobre los Derechos del Niño, en 1948 se aprueba la Declaración de Derechos del Hombre, en donde los derechos y libertades de los niños se hallarían incluidos de forma implícita, y en el Art. 25, Inc. 2, se estableció que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales. En el año 1959 se adopta en la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Declaración de los Derechos del Niño, compuesta por diez principios, pero aún se sostiene al niño como falto de madurez física y mental, necesitado de protección y cuidados especiales. En el transcurso de 1970 y 1980, va imponiéndose lentamente la noción del niño como sujeto de derecho, que puede percibir y pensar autónomamente, y no un incapaz representado por adultos, hasta que en 1989 se logra la sanción de la Convención sobre los Derechos del Niño. En este marco, la ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes propicia la participación social de los mismos y apunta a garantizar todas las oportunidades para su pleno desarrollo físico, psíquico, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad. En el mismo orden Vitale y Travník (2011) manifiestan que hay una

transformación de la perspectiva tutelar que tenía a los menores como objeto de tutela, paradigma de la Ley del Patronato de Menores, al enfoque actual de la Protección Integral en el que los niños, niñas y adolescentes son considerados como sujetos de derecho amparados por la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), Ley N° 114 del 1/12/1998, de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del 28/9/2005. Este es un punto clave para el estudio de la infancia trans y su tratamiento por el organismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

De la Iglesia, Velázquez y Piekarz (2008) refieren que este nuevo entramado de normas implicaría el pasaje de la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral, y que tiene por objeto dejar de considerar a la infancia como objeto de tutela para reconocerla como sujeto de pleno derecho. Principalmente la doctrina de la situación irregular plantea una división de la infancia: por un lado los menores, pobres, abandonados e incompatibles con las instituciones de la época, infractores o no; por otro los niños socialmente adaptados, esto presenta una dicotomía en el discurso de la doctrina de la protección integral ya que proclamaba la igualdad de todos los niños y niñas, cualquiera sea su sexo, religión, nacionalidad, posición socio-económica, color u otra condición. En el primer modelo, al Estado le cabía la tutela de los niños en situación de carencia o infracción, institucionalizándolos en establecimientos destinados a tal fin mientras que, en la actualidad, la institucionalización es el último recurso, se intenta no apartar a los niños de sus familias y se prioriza la asistencia estatal por medio de órganos específicos de niñez.

Se debe oír la opinión de los niños y niñas como sujetos de derecho y se debe considerar la opinión de familiares y allegados a los niños y niñas en función del interés superior de los mismos, esto es impensado en la primera doctrina, ya que ésta juzga a la infancia como incapaz para ejercer sus derechos, con una gradualidad de absolutos o relativos según su edad; para la segunda, la infancia debe ejercer sus derechos, contando con el derecho a la información, la orientación necesaria teniendo en cuenta la capacidad progresiva. Aunque la legislación marca este nuevo paradigma, la implementación está en proceso (De la Iglesia, Velázquez & Piekarz, 2008).

### **3.3. Infancia y adolescencia trans.**

Aún en este estado de cosas, la niñez trans ocupa un lugar difícil en la sociedad. Aunque las personas transgéneros han logrado salir a la luz pública, la existencia de niños y niñas que sienten, piensan, hablan y se comportan como niños, y niños que lo hacen cómo niñas, aún es un tema espinoso, incluso intolerable para algunos. Como si el ser transgénero fuera una transformación decidida en la vida adulta, aunque la literatura señala que las personas transgéneros se dan cuenta que su identidad de género difiere de su sexo biológico, generalmente en la primera infancia (Brill & Pepper, 2008; Kennedy & Hellen, 2010; Mallon & DeCrescenzo, 2006).

Se estima que 1 en 500 niños presenta diversidad de género, los niños transgéneros se encuentran dentro de este grupo (Brill & Pepper, 2008). La incongruencia con el género asignado al nacer se puede presentar desde la edad preescolar, aunque no se cuenta con estudios epidemiológicos confiables sobre la prevalencia de esta condición en la población infantil. Los estudios poblacionales más recientes han reportado una prevalencia de adolescentes que se identifican a sí mismos como transgénero entre el 1,2 y el 1,3 % y es similar entre personas de sexo femenino o masculino al nacer (Castilla-Peón, 2018). Sin embargo, no todos los niños que despliegan una diversidad de género llegan a ser adultos transgéneros (Rosin, 2008) o desarrollan una sensibilidad, concientización y un sentir con respecto a su género que es incongruente con su sexo biológico (Wester et al., 2010).

Pavan (2017) relata que, en el Área de Salud de la Comunidad Homosexual Argentina, reciben consultas no sólo de adultos, sino también de niños/as y adolescentes acompañados por sus familias. Pero lo habitual es que la persona comience con sus intentos de resolver por su cuenta y decisión las cuestiones identitarias, en la adolescencia o posteriormente en la juventud o ya de adultas. La realidad es que las incomodidades, extrañamientos y cuestionamiento respecto del “quién soy” y del “qué ven los otros en mí” aparecen ya en la más tierna infancia. Incluso antes del reconocimiento de la diferencia sexual anatómica, estas preguntas están presentes de una manera u otra.

A partir del reconocimiento de la diferencia sexual anatómica, en algunos casos comienzan las incomodidades genitales y relata ejemplos de niñas trans que ante la evidencia de su genitalidad, expresan que el pene o los testículos son feos o que van a desaparecer, y que sería mejor no tener pene. Orinan sentados, esconden sus genitales, sienten horror de los mismos, manifiestan la necesidad de que no estén. Aunque en general prevalece la idea de un futuro reparador mediante la articulación con la fantasía, de que a medida de que crezcan

seguirán convirtiendo mágicamente en las nenas que sienten que son. No se sienten cómodos con los atributos adjudicados a su rol, tienen rechazo por los juegos que la cultura asigna a su sexo asignado al nacer. También manifiestan intenso rechazo, por ejemplo, a la ropa femenina, vestidos, y todo lo que sea de color rosa. Es habitual que renuncien a participar de eventos sociales que impliquen una vestimenta más tradicional e incluso que se evite ir a la escuela para así no tener que utilizar el uniforme. Se sienten más cómodos con ropa de varón y llevando el pelo corto. A veces pueden ser confundidas por varones y piden ser llamadas con nombres masculinos o con algún apodo que no identifique el género. Sus héroes de las fantasías son masculinos y fuertes, prefieren compartir los juegos con varones, practicar con ellos deportes y participar de juegos rudos. Rechazan en oportunidades, con repugnancia, toda actividad vinculada a lo femenino. Algunas niñas orinan de pie negándose a hacerlo sentadas. En estos casos, también, se manejan hipótesis de un futuro reparador con la fantasía de que más adelante la genitalidad masculina va a crecer (Pavan, 2017).

Los niños transgénero experimentan una desconexión entre su sexo, el de su anatomía, y su género, el cual incluye conductas, roles y actividades (Park, 2011).

El malestar en relación con el sexo biológico se presenta de diferentes formas a lo largo de la vida; en los niños con una pronunciada molestia frente a su sexo, el travestirse atraviesa e interfiere en todo momento su cotidianidad. Hay fracaso en la relación vincular con otros niños/as, lo que implica imposibilidad de hacer amigos, y la imposibilidad de adquirir las habilidades del propio sexo, lo que genera que se produzca una vivencia de aislamiento. Es común que desistan de asistir a la escuela para no tener que ir vestidos con la ropa que se considera adecuada a su sexo, también por la falta de sensibilidad que presentan algunos educadores y por las burlas de sus compañeros/as (Pavan, 2017).

Si bien ser transgénero no es una enfermedad, las personas trans están expuestas a riesgos específicos para la salud, dentro de los cuales se ha reportado que la tasa de suicidios en mujeres transgénero es cinco veces mayor que la de la población general, y que los adolescentes sufren violencia física y emocional, en mayor frecuencia que sus pares. Además, presentan cuadros depresivos, ideación suicida, e intentos de suicidio con una frecuencia cuatro a cinco mayor, que los adolescentes cisgénero. Se exponen en mayor medida a conductas de riesgo para la salud como el consumo de drogas y de alcohol, inician más temprano, que los cisgénero, las relaciones sexuales, pueden padecer trastornos de la alimentación en un intento por modificar la forma del cuerpo. Es por ello que hay mucho que hacer para mejorar el bienestar y los desenlaces en salud de esta población. La atención debe empezar desde la edad pediátrica. Es fundamental la formación de profesionales de la salud

mental, que puedan desempeñar un papel importante en la atención de las personas trans (Castilla-Peón, 2017).

En Argentina, quien desarrollo el campo del psicoanálisis implicado, Alfredo Grande, tiene como campo de intervención, la identidad trans. El autor dice que cuando una Niña/o trans exige desde su deseo ser reconocida/o se está frente a un analizador teórico, político y también histórico de la forma que en que pensamos la identidad y la sexualidad infantil. Es teórico, porque obliga a pensar los mecanismos de construcción de la subjetividad y la sexualidad infantil. La subjetivación en el marco de una cultura represora, está rigurosamente vigilada. Si no es posible diferenciar mandato y deseo, ya sea porque estos están fusionados o porque el mandato ha capturado al deseo, estamos frente a la heterosexualidad. Pero cuando el ser, contraría al mandato, se está frente a una interpelación al binarismo de género, a la cultura imperante. Pero el deseo está. Desde lo profesional y lo personal, se puede ayudar a sostener una identidad contra la propia cultura deseante o funcional a la cultura represora hegemónica, por ejemplo los tratamientos correctivos, versus escuchar primero, acompañar después, y sostener los deseos del niño o niña (Grande, 2017).

### **3.4. Salud Mental, qué es y su relación con lo transgénero.**

El objetivo de las intervenciones en salud mental hoy, no son cambiar la identidad de género, sino ayudar a la persona transgénero o con incongruencia de género y a su familia a explorar su identidad, encontrar el rol y la expresión de género que le sea más cómoda, minimizando el malestar emocional asociado con este proceso (Castilla-Peón, 2017).

No siempre fue así y las distintas concepciones también tuvieron distintos impactos en la percepción de lo transgénero y de su patologización y despatologización (Pavan, 2017). Lo que se conoce actualmente como Salud Mental tiene sus orígenes en el desarrollo de la Salud Pública, en la psiquiatría clínica y en otras ramas del saber (Bertolote, 2006).

La Salud Pública y la psiquiatría están y han estado siempre bajo el peso de las determinaciones políticas y económicas de la ideología dominante en la teoría y la práctica sanitaria, en su organización y expresión clínica. La Salud Pública nace como higiene de las poblaciones en la Francia revolucionaria. Philippe Pinel (1745-1826), para los psiquiatras es padre de la psiquiatría y para los salubristas el promotor de la higiene pública francesa (Masset Campos & Sáez Gómez, 1997). Originó que naciera un nuevo proyecto político de la burguesía: una sociedad basada en la salud, el trabajo y la riqueza para todos. La relación

entre pobreza y enfermedad, en tanto que objetos de la caridad, se ha roto como resultado de la revolución. A comienzos del siglo XIX la salud, era un asunto público, un asunto de Estado, incide en la riqueza nacional. Se revisa la idea individual de higiene y de salud, empieza a concebirse que hay factores sociales y estilos de vida que inciden. Pinel habla en su tratado de costumbres favorecedoras o perjudiciales para la salud (Pinel, 1988). En este punto coincide con Kraepelin (1856-1926), alemán, biólogo y positivista, quien inicia una nueva etapa en la evolución de la psiquiatría, al efectuar la clasificación y la descripción de las enfermedades mentales, dividiendo a las enfermedades mentales en endógenas, o sea las de origen biológico (hereditarias, congénitas) y por lo tanto incurables; y las exógenas, es decir, las psicosis producidas como reacciones a acontecimientos o a situaciones traumáticas, como la psicosis carcelaria. En síntesis, tanto Pinel como Kraepelin introducen la idea de que se puede enfermar no hereditariamente, sino por algo de la relación del sujeto con el mundo, es decir, por algo adquirido (Desviat, 2001).

Testa (1990) expresa que en épocas de la posguerra, la Organización Mundial de la Salud realizó un enunciado de carácter político y de principios, destinado a ligar la salud a la responsabilidad de los Estados para que estos promovieran su desarrollo, definición que en su preámbulo rezaba así “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p 1), a pesar de lo que pueda criticarse de este concepto debe reconocerse que planteó una definición positiva de la salud diferenciándose de los conceptos existentes hasta entonces; que no la equiparaba a la simple negatividad de la enfermedad, en la misma intervenían componentes “sociales” y “psíquicos”. Esto dio pie a, que en 1978, la Declaración de Alma-Ata completara la definición, al considerarla un derecho humano fundamental, que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud (Tejada de Rivero, 2003).

La W.H.O. (2001) dedicó su informe anual a la salud mental empleando ese mismo año, en el Día Mundial de la Salud el lema «Sí a la atención, no a la exclusión», una declaración absolutamente política y que se relaciona indirectamente con la infancia trans y las personas adultas trans que padecen algún problema de salud mental. En la presentación del Informe mencionado, se resumen los tres principales campos de conocimiento que cubre el documento: a) eficacia de la prevención y el tratamiento, b) planificación y provisión de servicios y c) políticas para eliminar estigmas y discriminaciones, y subvenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento. La mayor diferencia entre estas dos plataformas políticas (higiene y salud) es el acento puesto en la mejora de la atención hospitalaria en la higiene, (única forma de tratamiento disponible en aquella época) y otra, el énfasis contemporáneo en

alejara la salud mental de los hospitales psiquiátricos para ubicarla en la comunidad (Bertolote, 2006).

En el 1950 además de tener en su constitución la definición antes mencionada, dice que salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (W.H.O. 2001).

### **3.5. Los Modelos Médicos y la mirada patologizadora o despatologización de lo transgénero. Su repercusión en la salud trans.**

No obstante estas nociones, en la práctica la atención a la enfermedad se establecía como lo que Menendez (1988) conceptualiza como el Modelo Médico Hegemónico (MMH), refiriéndose al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se concibe como medicina científica, que han conseguido identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Tanto en la atención de la enfermedad, como en la práctica epidemiológica y preventivista. Este Modelo Médico Hegemónico detenta parámetros o rasgos estructurales como ser el biologicismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la eficacia pragmática, la percepción de la salud como mercancía, una relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los consumidores de la salud, profesionalización formalizada, la racionalidad científica como criterio de exclusión de otros modelos, la tendencia al control social e ideológico y la tendencia inductora al consumo médico, lo que deviene en la medicalización de los problemas, la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos (Menéndez, 1988).

Dice Barragán Solís (2005) que Menéndez reconoce además del mencionado Modelo, otros, dentro de ellos, el modelo médico basado en la autoatención, el cual es estructural en todas las sociedades y supone el primer nivel real de atención. Reside en el diagnóstico y atención que lleva a cabo la propia persona enferma o las personas cercanas a ella, pertenecientes a su grupo familiar y/o comunal, allí no hay un curador profesional. En este modelo se agrupan las acciones conscientes encaminadas a la cura. Se caracteriza por conceptualizar la salud como bien de uso, en contraposición a la tendencia a percibir la



enfermedad como mercancía, la participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, una concepción basada en la empíria, propensión a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, inclinación sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos (Barragán Solis, 2005).

El MMH, se encuentra alineado a ciertos manuales médicos, los que tienen una perspectiva respecto de las personas que no se identifican con el sexo que les asignaron al nacer considerándolas enfermas mentales. Domínguez (2016) dice que el texto de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ICD 10, incluye a las personas transgénero en la misma gran categoría que la pedofilia y la cleptomanía. Como también lo hacia el DSM-IV, dice De Toro (2015), ya que hasta el año 2013, ser transgénero se vinculaba a la categoría de los trastornos sexuales y de la identidad sexual de acuerdo al Manual Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV). Al momento de presentar este trabajo las personas con incongruencia de género, que fueron excluidas del apartado de las afecciones mentales en el CIE 10 y ubicadas en una nueva clasificación de salud sexual, junto con otras condiciones como disfunciones y desórdenes(Suárez,2018).

Sin embargo aún hoy algunos especialistas como distinguen las variaciones en el género como una enfermedad mental, aunque un número cada vez más importante de especialistas Chen Hayes, (2001); Grossman yD'Augelli, (2007)plantean que los síntomas que presentan los niños transgénero, como ser: pobre imagen de sí mismo, baja autoestima, abuso de drogas e intentos suicidas, automutilación, son el resultado del rechazo de terceros, de las restricciones que viven, y de las estigmatizaciones por parte de sus familias y la sociedad (Conroy, 2010). Estas no serían características propias de la naturaleza de las personas transgénero (Mallon&DeCrescenzo, 2006). En esta en concordancia con lo referido en el punto anterior a lo planteado por Pinel y Kraepelinrespecto a que se puede enfermar no hereditariamente, sino por algo de la relación del sujeto con el mundo(Desviat, 2001).

Lo negativo de esta clasificación se encuentra además en la negación de la existencia de personas transgénero sanas y funcionales (Lev, 2005), genera además una forma negativa y perversa de comprender la diversidad de género impactando en las políticas y programas que apuntan a una mayor equidad de género. Estas discusiones son ahondadas por las autoras Martínez Guzmán y Montenegro (2010) para quienes el debate entre el modelo psiquiátrico y las teorías queers que son las que han visibilizado el carácter de construcción social de las identidades de género concebidas como naturales, ha generado tensiones, conflictos y acuerdos entre las distintas posiciones, todo ello en relación a un conjunto de “intereses políticos, estrategias de supervivencia y adaptación social, negociaciones y

reconfiguraciones”. De esta manera, para las autoras, el trastorno de la identidad sexual, visto desde una aproximación alternativa a la cuestión transgénero, que se escinde del modelo patológico y que enfatiza las múltiples y complejas posiciones sobre las identidades trans, es, despojado de su aura esencialista-estigmatizante, para quedar abierto a múltiples cuestionamientos y transfiguraciones pero respetando y teniendo en cuenta las perspectivas, los intereses y las vidas de quienes se relacionan con él en carne propia (Martínez-Guzmán & Montenegro, 2010).

En la última versión del Manual (DSM-V) se desestima la aparición del llamado trastorno de identidad sexual que tenía al ser transgénero por un desorden mental, y pasa a ser una categoría en sí misma, bajo el nombre de disforia de género, para referirse a un descontento cognitivo y afectivo con el género asignado al nacer y que aunque no todos los individuos tienen ese nivel de estrés como resultado de dicha incongruencia, de acuerdo al DSM-V muchos llegan a sentir ese descontento, si la posibilidad de una intervención física y por hormonas o por cirugía no está disponible (American Psychiatric Association, 2013).

En 1990, en la Declaración de Caracas se plantea que es necesaria la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico y propende a la permanencia del enfermo en su medio comunitario y que los cuidados y tratamientos provistos estén basados en criterios racionales y técnicamente adecuados, criterio que a partir de la segunda mitad del siglo XX, siguen la gran mayoría de los países desarrollados (Chiarvetti, 2008).

En Argentina, se agudizó la crítica al modelo de atención custodial, ya que nuestro país ha incorporado con rango constitucional Pactos y Tratados Internacionales sobre Derechos, a partir de la reforma de la Constitución Nacional en 1994 (Chiarvetti, 2008). Como consecuencia el 2010, se sancionó la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (LSM), convirtiéndose en la primera que da un marco nacional a las políticas en el área mencionada. Inaugura un período de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental. Esta Ley propone que las internaciones se conviertan en el último recurso terapéutico, que sean de carácter restrictivo, propone también el modelo de atención comunitaria, pone énfasis en la interdisciplina que debe caracterizar a las prácticas, crea un órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios (Hermosilla & Cataldo, 2012).

### **3.6 Cambios legislativos y sociales, causas y consecuencias**

Movimientos internacionales han abogado para modificar esta construcción heterónoma, normativa y binaria, ejemplo de ello son “Los Principios de Yogyakarta” del año 2007 (Observatorio de Género en la Justicia del Consejo de la Magistratura, 2015).

Históricamente, el sistema de salud no fue para nada inclusivo para las personas trans. El paradigma médico imperante emitía un discurso sobre la patologización de sus identidades y expresiones y con ello se logró la persecución institucional, policial, judicial y social, instalándose y naturalizándose la visión binaria de género (masculino o femenino), ligado al reconocimiento de dos tipos de “sexo”, en conformidad con la clasificación binaria de los sistemas genitales, borrando de este modo todas las singularidades de cada genitalidad bajo una agrupación taxativa que condiciona, en especial, la intervención médica compulsiva sobre personas intersex y/o trans (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Por ello, las personas trans aún hoy encuentran difícil concurrir a las instituciones de salud temiendo la discriminación, la estigmatización, los malos tratos, las vejaciones y el menoscabo de sus derechos. Ser llamadas públicamente por el nombre asignado al nacer y no por el nombre elegido, o ser internadas en pabellones distintos a los del género expresado, o que se condicione o niegue la atención debido a su identidad de género, genera una vulneración a sus derechos (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Tras una historia de políticas alineadas al paradigma médico hegemónico, a normativas religiosas heterónomas y dictaduras militares, Argentina sancionó una legislación de avanzada en materia de género, la Ley Nacional 26.743 en el año 2012.

En el mismo año, se creó el Observatorio de Género en la Justicia de la Ciudad de Buenos Aires, que tiene por finalidad investigar respecto a la equidad de género tanto desde el ámbito del poder judicial, como desde el punto de vista de las personas justiciables, todo ello a fin de poder otorgar las garantías de igualdad de oportunidades al acceso a la justicia (Observatorio de Género en la Justicia del Consejo de la Magistratura CABA, 2015).

La invisibilidad legal que las personas trans han vivido durante años, generó que tuvieran necesidades básicas no cubiertas y graves situaciones de discriminación, no solo por parte de la sociedad, sino también institucionales como por ejemplo del sistema de salud, de instituciones educativas, policiales y otras (Aristegui & Zalazar, 2014).

Este cambio llevó un largo camino, uno de los aportes a nivel nacional correspondió a un relevamiento efectuado en varias zonas del país, cinco años antes de la sanción de la Ley, el cual mostró la situación en que estaban las personas trans en Argentina. Respecto a la etapa

en que se asumió la identidad de género, un 35%, la asumió antes de los 13 años, y otro 51%, entre los 14 y los 18 años. Antes de los 18 años, el 86% ya había manifestado su identidad de género, demostrando la temprana edad en que se construyen la identidad. Respecto a la escolaridad, un 17,5% finalizó sus estudios primarios, mientras que un 16,7% los secundarios, presentando una alta deserción escolar. Este relevamiento señaló que, sólo el 12,5% de los encuestados se hallaba estudiando sin embargo un 84,7% anhelaba poder formarse. Impactantes fueron las cifras arrojadas en relación al promedio de vida que fue de 37 años, el VIH/ SIDA representó el 54,7% de las causas de muerte, seguido por un 16,6% de asesinatos por odio a las personas trans. En lo discursivo, muchos relatos expresan que utilizaban poco el sistema médico debido a la discriminación sufrida al intentar utilizar el sistema de salud, situación que se encuentra en franca mejoría luego de la sanción de la ley de género (Stryker& White, 2006).

Estos números expresan que la discriminación y el bullying son la principal causa de abandono escolar, ideación de muerte y suicidios. Cuando la mayoría de los niños, niñas o adolescentes definen sus identidades trans, son marginados, discriminados y muchas veces hasta expulsados de sus propias casas, escuelas y lugares de pertenencia. Lo que les queda es la calle, la prostitución, la marginalidad y es allí donde arman sus grupos de pertenencia (Stryker& White, 2006).

En lo que se refiere a trastornos de la salud mental, en una investigación en la que se utilizó una metodología de entrevista estructurada, cuya población estaba compuesta por 246 jóvenes LGB residentes en Chicago, que oscilaban entre los 16 y los 20 años, encontró que una tercera parte clasificó por algún criterio de trastorno mental, el 17% trastornos de conducta, el 15% depresión mayor y el 9% trastorno de estrés postraumático. Anorexia y bulimia fueron pocas, pero en cambio lo que apareció con frecuencia fueron los intentos de suicidio a lo largo de la vida (31%) (Mustanski et al, 2010).

Tanto en niñas, niños o adolescentes en transición, efectivamente apoyados en su identidad de género se apreciaron bajas tasas de internalización de psicopatologías, sugiriendo que ser transgénero no es sinónimo, ni el resultado directo de psicopatología en la infancia. Así mismo, los resultados proporcionaron evidencia clara de que los niños transgénero tienen niveles de ansiedad y depresión similares a sus hermanos y compañeros no transgénero (Olson, Durwood, DeMeules, & McLaughlin, 2016).

En el 2014, Aristegui y Zalazar, llevaron a cabo un relevamiento en el que se muestra que tan expuestos al riesgo de suicidio están los integrantes de este colectivo. El grupo de hombres trans, muestra una situación preocupante, situación que se advierte aún hoy después

de transcurridos 5 años de la sanción de la ley. La edad promedio en que se presenta el primer intento de suicidio es inferior en los hombres (13 años) que en las mujeres trans (16 años). Es probable en razón a la edad en que aparecen los primeros intentos, que esto estaría siendo influenciado por el momento en que aparecen los caracteres sexuales secundarios que se producen durante los cambios hormonales producidos en la pubertad. También surge que 5 de cada 10 hombres trans han tenido ideas suicidas y 4 de cada 10 de ellos han realizado algún intento de suicidio, a diferencia de las mujeres trans que solo un tercio sufrió ideaciones o intento de suicidio (Aristegui & Zalazar, 2014). Los cambios sociales no siempre acompañan los cambios legislativos, a veces son más lentos, hay en ellos, procesos que subyacen al estigma y la discriminación. Es allí donde hay que trabajar sensibilizando a la sociedad, volviendo visible aquellos sufrimientos generados por la discriminación, la agresión y la indiferencia (Montes Berges, 2008).

Pavan (2017), dice en su libro que al hablar de despatologización de las identidades trans, no solamente se refieren a la necesidad de desclasificar el trastorno de los manuales de psiquiatría, sino que, en aquellos tratamientos que las personas trans puedan necesitar o demandar, sean admitidas con capacidad para decidir sobre sí mismas. Hay que privilegiar la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios cuerpos. Hay que habilitar, de este modo, el espacio para un relato propio, poder reconocerse como individuos activos. Para dejar atrás el MMH, y para poner en marcha un modelo de atención no estigmatizante, es necesaria la reconceptualización del paradigma médico. El punto no sería la transexualidad, si no, la transfobia. El sistema sanitario aún no efectúa esta reflexión.

### **3.7. El organismo de la Ciudad de Buenos Aires y su Equipo de Género**

El Ministerio Público Tutelar es una institución que integra el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su misión principal es promover la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de niñas, niños y adolescentes y personas con padecimiento en su salud mental. El marco legislativo está dado por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la LEY N° 1.903, sancionada el 06/12/2005, ha sido subrogado por la ley 4891 la que en su Capítulo II, donde trata de la Composición e Integración, menciona en el Artículo 6° que el Ministerio Público está integrado por tres (3) ámbitos independientes entre sí: la

Fiscalía General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Defensoría General de la C.A.B.A. y finalmente la institución que nos ocupa, el organismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a cargo de un Asesor y los/las demás magistrados o funcionarios/as que se establecen en la mencionada Ley (Ley Orgánica del Ministerio Público N° 1.903, 1983)

Dicho organismo tiene entre sus funciones asegurar la necesaria intervención del Ministerio Público Tutelar en las cuestiones judiciales suscitadas ante los tribunales de las diferentes instancias, en toda oportunidad en que se encuentren comprometidos los derechos de las personas menores de edad o de los/las incapaces, emitiendo su dictamen. Asimismo deberá promover o intervenir en cualquier causa o asunto y requerir todas las medidas conducentes a la protección de los derechos de las personas menores de edad, de los/las incapaces o inhabilitados/as, de conformidad con las leyes respectivas cuando carecieren de asistencia o representación legal; fuere necesario suplir la inacción de sus asistentes o representantes legales, parientes o personas que los o las tuvieren a su cargo, o hubiere que controlar la gestión de estos/estas últimos/as. Y deberá requerir a las autoridades judiciales la adopción de medidas tendientes a resolver la situación de las personas menores de edad, incapaces e inhabilitados/as cuando tomen conocimiento de malos tratos, deficiencias u omisiones en la atención que deben dispensarles, tutores/as, curadores/as o las personas o instituciones a cuyo cuidado se encontraren. En su caso pueden, por sí solos, tomar medidas urgentes propias de la representación promiscua que ejercen. Deberá así mismo intervenir en los términos del artículo 59 del Código Civil en todo asunto judicial o extrajudicial que afectare los derechos de las personas menores de edad o de los/las incapaces, y entablar en defensa de estos/estas las acciones y recursos pertinentes, sea en forma autónoma o junto con sus representantes necesarios. Otra de sus funciones consiste en asesorar a personas menores de edad e incapaces, inhabilitados/as y penados/as bajo el régimen del artículo 12 del Código Penal, así como también a sus representantes necesarios, sus parientes y otras personas que pudieren resultar responsables por los actos de los/las incapaces, para la adopción de todas aquellas medidas vinculadas a la protección de estos/as. Es de su competencia concurrir con la autoridad judicial en el ejercicio de las funciones y deberes que les incumben de acuerdo con la Ley Nacional N° 26.657 y la Ley Local 448 (Salud Mental) sobre internación y externación de personas. Dentro de sus facultades está la de emitir dictamen en los asuntos en que sean consultados por los/las tutores/as o curadores/as públicos/as. Podrá citar y hacer comparecer a personas a sus despachos cuando, a su juicio, fuere necesario para pedir explicaciones o contestar los cargos que se les formulare, cuando se encontraren afectados los derechos de personas menores de edad o incapaces. También está dentro de sus funciones la

de inspeccionar periódicamente los establecimientos de internación, guarda, tratamiento y reeducación, sean públicos o privados, debiendo mantener informadas a las autoridades judiciales y, por la vía jerárquica correspondiente al Asesor o Asesora General Tutelar, sobre el desarrollo de las tareas educativas y de tratamiento social y médico propuestas para cada internado/a, así como respecto del cuidado y atención que se les otorgue. Y finalmente deberá dictaminar en las causas sometidas a fallo plenario cuando la cuestión se refiera al derecho de las personas menores de edad o de los/las incapaces (Ley Orgánica del Ministerio Público N° 1.903, 1983).

El Área de Género fue creada a fines de 2014 y las tareas concretas consisten en la gestión de recursos, la articulación con diferentes organismos (hospitales, escuelas, organismos gubernamentales, etc.) a fin de obtener turnos y recursos, el fortalecimiento de la red familiar/afectiva, el asesoramiento a instituciones públicas y privadas, derivaciones asistidas, etc. También tareas de capacitación a instituciones (Informe Final del Área de Género, 2017).

En el Informe Final del Área de Género, (2017) se encuentra el organigrama del equipode género, el que está conformado por dos abogados un psiquiatra y un trabajador social, y coordinado y liderado por uno de los abogados.

Al hablar del equipo de género, es necesario también referir a la dinámica interna, hablar en relación al liderazgo, considerándolo como transformacional, este puede generar recursos que prevengan, de forma proactiva, el estrés de los empleados. El liderazgo puede influir en las percepciones de los miembros del equipo y contribuir a la formación de un clima más o menos estresante en la organización. También pueden influir en las percepciones compartidas de estrés y en su conceptualización como clima amenazante o retador. El liderazgo contribuye a este proceso a través de varios mecanismos tales como la creación de sentido, el poder formal e informal, la socialización de los miembros, el uso de recompensas, y otras prácticas de liderazgo. Los líderes desempeñan un papel como ingenieros del clima afectivo, contribuyendo a la configuración de emociones y respuestas afectivas compartidas, e influenciando las respuestas emocionales del grupo mediante la interacción y los procesos de contagio. A través de diferentes conductas de liderazgo pueden contribuir, además, al desarrollo de las estrategias de afrontamiento co-activo y colectivo de su unidad de trabajo, departamento o la organización en su conjunto, Asimismo, pueden influir en las estrategias colectivas para afrontar el estrés. Recientes desarrollos han cuestionado la consideración del liderazgo como un fenómeno individual y han prestado atención al liderazgo compartido (Peiró& Rodríguez, 2008).

### **3.8. Políticas Públicas en relación a infancia y adolescencia trans y adultos trans con problemas de Salud Mental**

Al referirse a las Políticas Públicas, según Lahera (2004), se trata de aquellos cursos de acción y flujo de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado.

Durante el transcurso del año 2006, se suscribió la Carta Acuerdo entre el Hospital Durand y la Comunidad Homosexual Argentina (CHA) para la creación de un equipo interdisciplinario de profesionales a fin de atender los casos de la comunidad gay, lésbica, travesti, transexual y bisexual. La carta incluye a los departamentos del Hospital Durand y los/as profesionales del Área de Salud y del Área Jurídica de la CHA para facilitar el acceso a la salud de las personas sin discriminación por orientación sexual e identidad de género. Es el primer antecedente en Argentina y en Latinoamérica de un trabajo de Salud Pública focalizado a las personas travestis y transexuales (Mansilla 2014).

En 2010 se llevó a cabo en la C.A.B.A. la Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos, organizada por el Ministerio de Salud de la Nación, en la que participaron diversas organizaciones LGBT. En la misma se identificaron y señalaron, entre otras, las siguientes barreras de acceso a los servicios de salud: la falta de reconocimiento de la identidad de género de las personas trans; los procedimientos burocráticos y administrativos que dificultan el ingreso al sistema de salud; la presunción de heterosexualidad en la atención médica; los prejuicios, concepciones y creencias de los equipos de salud hacia la comunidad LGBT que pueden constituirse en prácticas discriminatorias y/o violencia directa; la falta de servicios capacitados en los cuidados y los derechos de la salud sexual y la salud reproductiva de las personas LGBT; la presunción del no deseo de maternidad y/o paternidad de las personas trans; la escasez de equipos capacitados a nivel nacional para realizar las intervenciones de modificación genital; la falta de conocimientos adecuados en relación con tratamientos hormonales, y las dificultades para la atención en los servicios de ginecología, urología y proctología (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).

El 24 de Mayo del 2012 finalmente la Ley de Identidad de Género (N° 26.743) es promulgada y publicada en el Boletín Oficial (Mansilla, 2014).



Conforme la misma, toda persona que solicite la rectificación registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, en virtud de la mencionada ley, podrá obtenerlo siempre y cuando cumpla con los requisitos allí establecidos. En su artículo 5 habla de lo concerniente a las personas menores de dieciocho (18) años de edad y dice que la solicitud del trámite deberá ser realizada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a. La persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño. Y explica cual es el procedimiento cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, en cuyo caso los jueces podrán resolver(Ley 26743 Identidad de género de las personas, 2012).

En relación con las iniciativas de la Comunidad Homosexual Argentina (CHA), con efecto de políticas públicas, cabe destacar la reglamentación existente que establece el cupo laboral para personas trans (Pavan, 2017).

En el año 2015, se creó la Guía para el abordaje sexual y de identidad de género para las instituciones educativas de la provincia de Buenos Aires (Pavan, 2017).

Las normativas que enmarcan las Políticas Públicas respecto a cuestiones de Diversidad de Género en la C.A.B.A.son: la Ley 5261 Contra la Discriminación, esta ley tiene por objetivo garantizar y promover el principio de igualdad y prevenir la discriminación a través de políticas públicas inclusivas. Además, se incorpora a la orientación sexual, la identidad de género, los grupos de adultos mayores y las personas con discapacidad; y por otro lado la Ley 26.743 De Identidad de Género, que permite que las personas trans (travestis, transexuales y transgéneros) puedan ser inscritas en sus documentos personales con el nombre y el género de elección, además de ordenar que todos los tratamientos médicos de adecuación a la expresión de género sean incluidos en el Programa Médico Obligatorio, lo que garantiza una cobertura de las prácticas en todo el sistema de salud, tanto público como privado (Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, 2013).

La Dirección General de Convivencia en la Diversidad de la Subsecretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, tiene como responsabilidades primarias trabajar en políticas públicas y espacios de promoción, prevención y protección para disminuir actos de discriminación y violencia hacia las personas de los diversos colectivos que comparten y cohabitan en la Ciudad de Buenos Aires (Convivencia en la Diversidad. Dirección General de Convivencia en la Diversidad de la Subsecretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018).

La C.A.B.A. posee diversos programas en curso: por ejemplo el de La Red Diversa (2017), como un espacio dentro del gobierno que promueve la diversidad en el ámbito laboral.

Con respecto a la educación, desde el 2011, comenzó a funcionar un bachillerato, conocido como Mocha Celis, no es exclusivo ni excluyente, arrancando las clases y en mayo del 2012, con titulación oficial: Perito Auxiliar en Desarrollo de Comunidades. (Chaher, 2015).

En relación a la salud médica, las personas trans tienen como único centro de referencia, el servicio de urología del Hospital Durand ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, donde se reciben consultas desde todo el país y países limítrofes, y el Hospital Rodríguez, en la provincia de Buenos Aires (Pavan 2017).

Desde la Dirección General de Convivencia en la Diversidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (D.G.C.D.) se diseñan e implementan políticas públicas para la protección y promoción de los derechos de la población LGBTIQ, lo que incluye a la población trans en todas sus etapas. Se trabaja en diversas áreas, por ejemplo se estableció la primera casa trans en la Argentina, que se perfila como un espacio de contención, sociabilidad y protección de los derechos orientado a la población trans, brindando servicios a toda la comunidad, ofreciendo capacitación en oficios, atención sanitaria, orientación jurídica y espacios recreativos. Respecto a la Salud la D.G.C.D. trabaja junto al Ministerio de Salud en pos de un efectivo acceso a la salud para toda la población LGBTIQ, donde se respete la identidad de las personas y garantizando el trato digno. En temas relacionados a la Educación la D.G.C.D. junto al Ministerio de Educación y establecimientos educativos, ofrecen asesoramiento integral y espacios de sensibilización sobre la temática LGBTIQ y brindando material de consulta para las bibliotecas escolares.

La D.G.C.D. tiene un plan integral de acceso al trabajo para personas trans, coordinando acciones con el sector público, el sector privado, Organizaciones No Gubernamentales y legisladores con el fin de generar programas y acciones tendientes a generar inclusión real de personas trans en espacios laborales y brindar posibilidad de desarrollar sus propios emprendimientos (Convivencia en la Diversidad, Dirección General de Convivencia en la Diversidad de la Subsecretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018).

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

Estudio de caso.

### **4.2 Participantes**

Los/as participantes, son los miembros del equipo de Género de del organismo, conformado por profesionales, cuyas edades oscilan entre 28 y 45 años, un psiquiatra, un trabajador social, una abogada, todos coordinados por un abogado y la población de menores de 18 años, o adultos trans con problemas de salud mental, atendidos por el Organismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires elegidos/as según los siguientes criterios de inclusión: 1) personas que se auto-identifiquen como, hombres y mujeres trans, 2) que sean menores de edad 3) o adultos trans con problemas de Salud Mental.

### **4.3 Instrumentos**

Se realizaron observaciones no participantes y algunos casos se realizaron observaciones participantes. También se recabó información de las actuaciones obrantes en el archivo Género de este organismo, desde Enero de 2013 hasta Diciembre de 2017 inclusive, haciendo constar que no se permitió la utilización de los mismos por parte de la institución, salvo aquello que pueda ser utilizado como información estadística.

### **4.4 Procedimiento**

Se realizaron observaciones no participantes, durante los días de concurrencia a la práctica, un promedio de tres días a la semana, de cuatro horas corridas en la oficina central de este organismo. Estas se daban en el marco de las reuniones de dos o más miembros del equipo, con personas que concurrían espontáneamente en algunos casos, o convocados en otros, en ocasiones eran los interesados en la demanda o sus familiares, tutores u instituciones. Las observaciones también se realizaron durante las reuniones de equipo, en su mayoría cada quince días y en ellas se procedía a actualizar todas las actuaciones activas.

Se realizó un estudio de las actuaciones obrantes en el organismo, a fin de tomar razón de las distintas acciones que efectuó el equipo de género en los diferentes casos.

Las observaciones participantes en su mayoría tuvieron lugar cuando se trabajó en el seguimiento de casos vía telefónica, interacción con instituciones a fin de conseguir un turno o una información relevante o simplemente para acompañar en el proceso a los requirentes

## **5. Desarrollo**

### **5.1 Introducción**

Los casos en este organismo ingresan por distintas vías: demanda espontánea por teléfono, correo electrónico o de manera presencial, derivación interna del M.P.T., efectores públicos y/o privados, derivación de otros organismos locales y/o nacionales, etc.

Ante cada caso que se recibe, se abre una actuación, se completa una planilla de datos personales diseñada específicamente para el área y se determinan las líneas de acción a seguir, las que se registran en la primera hoja del expediente, aquí denominado actuación.

Cada caso posee una estrategia individual, pensada de manera colectiva e interdisciplinaria en reuniones de equipo que se celebran en forma quincenal con ese fin.

Diariamente se mantienen reuniones de seguimiento de casos, de monitoreo de líneas de acciones determinadas, de cumplimiento de objetivos, etc.

### **5.2. Describir cómo se trabaja desde este organismo, con diferentes instituciones a fin de recibir y realizar derivaciones asistidas y de realizar capacitaciones a las mismas**

En el marco de esta práctica profesional, se observó que ante cada caso ingresado al equipo de género, ya sea que éste se produzca por demanda espontánea, teléfono, correo electrónico, derivación interna o externa, con posterioridad a completarse el formulario inicial, se determinan las líneas de acción. Esta determinación es clave, el coordinador se reúne con el equipo, o con parte del mismo, se trata de tomar contacto con la o las partes en cuestión, a través de reuniones o de visitas, y se evalúan los pasos a seguir, qué recursos son necesarios gestionar para ese caso en particular, de todo lo cual se deja constancia en la actuación, en su primera hoja, y desde ese momento se procede a la articulación con diferentes organismos (hospitales, escuelas, organismos gubernamentales, etc.) a fin de obtener turnos y recursos, el fortalecimiento de la red familiar/afectiva, el asesoramiento a instituciones públicas y privadas, derivaciones asistidas, etc. Todo este accionar se podría vincular con lo dicho por Vitale y Travnik (2011) referenciado en el Marco Teórico, respecto

de la importancia de la Protección Integral que se le debe prestar a los Niños, Niñas y Adolescentes, como sujetos de Derecho y que se debe intentar su participación, así como la escucha que se le presta a ellos, a sus padres, familiares o personas que los tienen a su cargo, en función del interés superior de estos Niños, Niñas y Adolescentes.

En muchos de los casos, se pudo recabar información por medio de la lectura de las actuaciones o por estar autorizada a estar presente en la reunión con el niño/niña/adolescente o persona a cargo, en calidad de observadora, o ver cómo el equipo resolvía una determinada situación planteada. En otros casos, cuando el Coordinador así lo requería, a través de la observación participante, se tomaba contacto con diferentes organismos por ejemplo a fin de obtener turnos para la rectificación de género en los registros correspondientes, coordinar reuniones con instituciones educativas, solicitar turnos en hospitales, ya sea que el demandante necesitare asistir a un médico, psicólogo, también hablar a las Fiscalías, ya sea para coordinar estrategias, informar situaciones o requerir información, etc. Tras lo cual, confeccionaba un acta registrando la actividad realizada y sus resultados agregándola luego a la actuación correspondiente.

Los letrados confeccionan oficios que llevan la firma del Secretario General de Gestión requiriendo todo aquello que, por vía ordinaria (llamado telefónico, concurrencia a la institución, etc.) no se lograra obtener en tiempo y forma.

También se pudo establecer contacto con familiares o personas a cargo del niño, niña o adolescente o de la persona adulta con problemas de salud mental y que por su identidad de género u orientación fueran derivadas al equipo de género. Este equipo por medio de su accionar, en línea con Malpas (2011), trata de dar visibilidad y protección desde lo público, al abanico de posibilidades que representa la identidad de género y no asumirlo como una construcción estática y binaria.

En los casos en que los niños, niñas, adolescentes o adultos presentaron un problema de salud mental, el trabajo y seguimiento se realiza en coordinación con el equipo de Salud Mental de este organismo. Éste se hace dando cumplimiento a la Ley de Salud Mental. Cabría articular aquí que las internaciones son el último recurso terapéutico, las que deben ser de carácter restrictivo (Hermosilla & Cataldo, 2012).

El organismo por medio de su equipo de Género, según funciones, referenciadas en el Marco Teórico al que remite, debe velar por cumplimiento de la Ley de Género, de la Ley de la Protección Integral en el que los niños, niñas y adolescentes, Ley N° 114 del 1/12/1998, de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de

Buenos Aires y Ley Nacional Nro. 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes del 28/9/2005.

El organismo se encuentra en interacción constante a través de su equipo de Género con un sinnúmero de otros organismos y organizaciones ya sea para relevar los recursos existentes en la temática y, por otro lado, establecer contactos institucionales para recibir y realizar derivaciones asistidas en forma correcta.

Se pudo tomar conocimiento a través de charlas con los miembros del equipo y lectura de Actas, de varias de ellas. Una de las reuniones se celebró con el Centro de Salud Mental “Ameghino” dependiente del G.C.A.B.A. El objetivo de la reunión fue establecer contacto con el grupo terapéutico para familiares de personas trans que funciona en dicha institución. Objetivo que podría vincularse con lo que pregona Montes Berges (2008) cuando dice que hay que trabajar sensibilizando a la sociedad, volviendo visibles aquellos sentimientos generados por la discriminación, la agresión y la indiferencia.

Otra reunión se celebró con el Grupo de Atención a Personas Transexuales (GAPET) del Hospital Durand (G.C.A.B.A.), ya que en este Hospital funciona un grupo interdisciplinario comprende endocrinólogos, cirujano plástico, urólogo, ginecólogo, pediatra y psiquiatra. Se creó el equipo GAPET Infancia Adolescencia que atiende a menores. Aquí, dice Pavan, (2017) se reciben consultas de todo el país y países limítrofes.

Con la Secretaría de Derechos Humanos del G.C.A.B.A. (Área de Diversidad Sexual) se participó por invitación de distintas instancias con las autoridades locales. También con la Secretaría de Derechos Humanos de la P.B.A. (Área de Diversidad Sexual) y con el Ministerio de Salud de la P.B.A. (Área de Diversidad Sexual), así como con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Nación.

Hay un permanente intercambio con el Observatorio de Género del Poder Judicial de la C.A.B.A.

Se verá más adelante que también hay interacción con Registro Civil de la C.A.B.A. Y en el marco de esta relación se participó de todas las instancias del programa “Dialogando BA”.

También se tiene una relación permanente con RENAPER, también con el Programa de Género del Ministerio Público de la Defensa de C.A.B.A. y con la Procuración Penitenciaria de la Nación (Área de Género) y con la Oficina de Género del Tribunal Superior de Justicia (T.S.J.) de la C.A.B.A.

El equipo de género realiza otra tarea, la de capacitación, vital para el cumplimiento de sus objetivos, como lo expresara en una oportunidad un miembro del equipo, esta actividad

es de formación y educación, ya que debe enseñar y hacer cumplir esta normativa, muchas veces desconocida por el personal de algunos organismos.

El equipo de género desde su creación, se ha caracterizado por la realización de eventos nacionales e internacionales. Un ejemplo de ello, extraído del Informe final del equipo de género (2017), fue el seminario realizado en 2016, llevado a cabo, en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires que contó con la presencia del experto australiano Morgan Carpenter. En el año 2017, durante el segundo semestre, se comenzó a documentar toda capacitación o jornada organizada por el área o que haya contado con la participación del equipo como disertantes. Se llevaron a cabo 13 eventos, tres de los cuales se realizaron en conjunto con otras áreas del organismo. En una oportunidad (11/9) se trató de un seminario internacional con aproximadamente 250 participantes, seminario al que se concurrió con invitación realizada por el equipo. En el Informe Final de 2017, entregado por el equipo de género, al Secretario General de Gestión, se dejó constancia de 12 capacitaciones a distintas instituciones, ya sean del Gobierno de la Ciudad, como también en ONG.

Las capacitaciones que competen al presente trabajo son aquellas capacitaciones que tratan temas relacionados con lo transgénero, un ejemplo de ello fue la de *Infancia Trans y Derechos de estos*, solicitada por Dr. Adrian Helien, Médico Coordinador del Grupo de Atención a Personas Transexuales (GAPET), División Urología del Hospital Durand, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para la formación del equipo de Urología de dicho Hospital.

Otra persona que solicitó capacitaciones al equipo, fue la Dra. Mirta Arévalo para Hogares/Institutos Penales, la Lic. Soledad Smith Estrada, Subgerente Operativa de Salud y Prevención Dirección General de Políticas de Juventud Vicejefatura de Gobierno para la Jefatura de Gobierno de la Ciudad.

En lo atinente a la identidad de género, el equipo parecería tratar de sostener en lo empírico, aquello a lo que hace referencia Martínez Guzmán y Montenegro (2010), se lucha por una continua integración de las personas que no se ajustan al estereotipo aceptado por la sociedad.

Se observó que el equipo de género, tiene particular cuidado y procura asistencia interdisciplinaria cuando se presentan casos de infancia y adolescencia trans. Hay una escucha, del niño/niña/ adolescente o/y de sus familiares o/y de personas que lo tiene a su cargo o cuidado, esta escucha, no es en el contexto de una asistencia psicológica, sino a fin de derivarlos a ella, si se considera pertinente, o a una atención médica o se interviene haciendo que se respeten derechos en caso de que estén siendo vulnerados ya sea por las instituciones

de salud, educativas o dentro de su propio núcleo familiar o afectivo. Envía, cuando lo considera pertinente, a parte de su equipo a estas instituciones a dar formación en relación a diversidad de género, dando talleres tanto a la parte directiva como a los menores integrantes de la misma. Se pudo asistir a una de ellas.

Se ha podido presenciar casos en los que familiares de menores trans con problemas de salud mental, traían inquietudes respecto al trato otorgado al paciente por el personal de hospitales. En un caso particular, se tomó conocimiento de como una adolescente trans con un problema de salud mental era internada en el área de varones y los familiares relataban los epítetos que le decía el enfermero de la sala. El organismo intervino a través de equipo de género, encontrando que el médico a cargo, exhibía la misma postura.

Estas denuncias se vinculan con actitudes del personal hospitalario, formado en el modelo médico hegemónico (M.M.H.) al que refería Domínguez (2016), alienado a ciertos manuales médicos que consideran enfermas mentales a las personas que no se identifican con el género asignado al nacer. Lo negativo de esta clasificación se encuentra en la negación de la existencia de personas transgéneros sanas y funcionales (Lev, 2005).

El accionar del equipo de género en concordancia con lo vertido por Martínez Guzmán y Montenegro (2010) tratasegún la norma y desde una aproximación alternativa a la cuestión transgénero, se escinde así del modelo patológico y que enfatiza las múltiples y complejas posiciones sobre las identidades trans, lo despoja de su aura esencialista-estigmatizante, tratando en todo momento de respetar y hacer respetar, las perspectivas, los intereses y las vidas de quienes se relacionan con la identidad trans en carne propia.

A las instituciones que no actúan desde este paradigma, por ende tampoco dentro del marco normativo, se las intima desde el organismo, a través de un oficio, para que rectifiquen su accionar, y cuando se considera que hay incumplimiento, en caso de persistir, se actúa a través de la vía judicial, ya fuera del ámbito del equipo de género.

Estas escuchas a la infancia trans, exteriorizan en su mayoría, puntos en común con lo vertido por la Licenciada Pavan (2017). En esta infancia, se presentan las incomodidades ante la evidencia de su genitalidad, expresan desagrado ante la misma, en los casos de genitalidad masculina e identidad de género trans, el pene o los testículos les resultan feos o fantasean que van a desaparecer y sienten que sería mejor no tener pene. Modifican conductas y comienzan a orinar sentados, a esconder sus genitales intentando que estos no estén. No se sienten cómodos con los atributos adjudicados a su rol, tienen rechazo por los juegos que la cultura asigna a su sexo asignado al nacer. En el caso de genitalidad femenina e identidad transgénero manifiestan rechazo a la vestimenta femenina típica, color rosa, volados, moños,



etc. Esto trae aparejado dificultad para participar en eventos sociales que impliquen una vestimenta más tradicional e incluso que eviten ir a la escuela, para así no tener que utilizar el uniforme. Se sienten más cómodos con ropa de varón y llevando el pelo corto. En ambos casos puede aparecer la solicitud de nombres acorde a sus identidades de género y el rechazo al nombre dado al nacer.

Se ha podido presenciar una reunión donde un adolescente por demanda espontánea, solicitaba tratamiento fonoaudiológico para adecuar la voz a su identidad de género, expresando que aunque estaba conforme con el tratamiento de hormonización que llevaba a cabo a través de su prepaga, ésta se negaba a costear el tratamiento fonoaudiológico. Se libró oficio a la prepaga desde el organismo. También tomó conocimiento de la notita escrita por una niña trans, en los primeros años de la primaria, que enfrentaba a su padre explicándole que no la obligara a usar ropa que no le gustaba. Y le pedía en la cartita, que la llamara por el nombre por ella elegido y que no actuara con violencia si usaba ropa con brillos.

En el último caso se citó a comparecer al progenitor a la oficina, citación que realizó la pasante, aunque no pudo asistir a la reunión por no suceder la misma dentro del horario de concurrencia a la pasantía, aunque posteriormente el Coordinador le informó que según estaba planteado el caso, éste se iba a judicializar.

El equipo de género ha manifestado en más de una oportunidad, que desde su accionar procura que el Estado proteja a este niño, niña o adolescente o adulto trans. Hay coincidencia con lo vertido por Castilla-Peón (2017) quien advierte que aunque ser transgénero no es una enfermedad, estas identidades están expuestas a riesgos específicos para la salud, y se ha reportado que la tasa de suicidios en mujeres transgénero es cinco veces mayor que la de la población general, y que los adolescentes trans sufren violencia física y emocional, en mayor medida que sus pares. Presentando además cuadros depresivos, ideación suicida, e intentos de suicidio con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor, que sus pares cisgénero. Se exponen en de modo más intenso y con mayor frecuencia a conductas de riesgo para la salud como la utilización de drogas y de alcohol, inician más temprano que los cisgénero las relaciones sexuales, pueden parecer trastornos de la alimentación en un intento por modificar la forma del cuerpo.

Se observa que desde este equipo se trabaja en interacción, no solo con organismos públicos, sino también con organizaciones no gubernamentales, profesionales de la salud, con todo aquel que pueda aportar una mejor calidad de atención a esta población, y es así que se pudo tomar conocimiento de consultas realizadas a la Licenciada Pavan, autora mencionada en este trabajo, al CHA y otros organismos. Se podría vincular el accionar de este organismo

público con aquello propuesto por Castilla-Peón (2017), quien dice que hay mucho que hacer para mejorar el bienestar y los desenlaces en salud, de esta población. La atención debe empezar desde edad temprana siendo fundamental la formación de profesionales de la salud, que puedan desempeñar un papel importante en la atención de las personas trans.

En este apartado se ha tratado de describir cómo se trabaja desde este organismo, en interacción con otras instituciones, ya sea relevando los recursos existentes, o a fin de recibir y realizar derivaciones asistidas. Tratando de capacitar a la mayor cantidad de instituciones posibles para que se refleje posteriormente en la atención otorgada a la población de referencia.

### **5.3. Describir cómo se trabaja en el acompañamiento desde el organismo con estas poblaciones en relación al derecho que se tiene al reconocimiento a la identidad de género**

Lo habitual es que la persona comience con intentos de resolver por su cuenta y decisión las cuestiones identitarias, en la adolescencia o posteriormente en la juventud o ya de adultas. La realidad es que las incomodidades, extrañamientos y cuestionamientos respecto del “quién soy” y del “que ven los otros en mí” aparece ya en la más tierna infancia. Incluso antes del reconocimiento de la diferencia sexual anatómica, estas preguntas están. (Pavan, 2017).

Esto que expresa Pavan respecto a la identidad, como su cuestionamiento y búsqueda, aparece ya en la infancia. Esto está contemplado en el cuerpo normativo de la República Argentina donde se establece qué tramites y cómo deben hacerse, para lograr un reconocimiento registral, es decir, obtener una nueva Partida de Nacimiento y un Documento Nacional de Identidad con el nombre elegido y la identidad de género auto percibida.

La Ley 26.061, establece que las personas menores de 18 años de edad, que quieran solicitar cambio en sus datos identitarios, deberán solicitar el trámite a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061, de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. La persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño. Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se

podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Cumplidos los requisitos establecidos el/ la oficial público procederá, sin necesidad de ningún trámite judicial o administrativo, a notificar de oficio la rectificación de sexo y cambio de nombre de pila al Registro Civil de la jurisdicción donde fue asentada el acta de nacimiento para que proceda a emitir una nueva partida de nacimiento ajustándola a dichos cambios, y a expedirle un nuevo documento nacional de identidad que refleje la rectificación registral del sexo y el nuevo nombre de pila y los efectos de la rectificación del sexo y el/los nombre/s de pila, realizados en virtud de la presente ley serán oponibles a terceros desde el momento de su inscripción en el/los registro/s (Ley 26743 Identidad de género de las personas, 2012).

Teniendo en cuenta este cuerpo normativo, se puede vincular y dar un sentido más acabado a lo expresado años atrás ante la sanción de la Convención sobre los Derechos del Niño por De la Iglesia, Velázquez y Piekarcz (2008). Al hablar sobre entramado de normas y que éste implicaría el pasaje de la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral, es decir dejar de considerar a la infancia como objeto de tutela para reconocerla como sujeto de pleno derecho.

Se tuvo la oportunidad de observar este proceso, enunciado en la ley, en una de las actuaciones, en ella se refiriere un caso llevado adelante por el equipo de género del organismo, donde en Julio de 2017 se realizó un acompañamiento al niño G. en coordinación con el Área de Género de la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires, en el trámite de rectificación registral realizado ante el Registro Civil de la localidad de Berazategui, provincia de Buenos Aires. Trámite en el que la familia fue asesorada y acompañada en todo momento por el organismo y que se resolvió con éxito. Estas actuaciones se podrían vincular también con la interacción que tiene el equipo de género con otros organismos tanto a nivel de capacitaciones, como de llevar a cabo trabajo de campo en conjunto.

Los Registros no solamente comprenden los Civiles, también los que registran las propiedades ya sea inmuebles, del automotor y todo aquel que tenga asientos nominales.

En otra oportunidad, durante la pasantía, concurrió una adulta trans, de nacionalidad argentina, la cual reside en Italia desde hace 20 años. Ingresó como demanda espontánea, requirió la ayuda del equipo de género para saber como cambiar la titularidad de unos inmuebles que sus padres le habían donado antes de que ella pudiera hacer la rectificación

registral de su nombre e identidad autopercibida. La actitud que pudo observarse en el equipo fue la de intentar solucionar el problema, aunque no era su competencia, ya que la requirente era una persona adulta sin ningún problema de salud mental. El Coordinador, aclarando que nadie tenía obligación, organizó entre todos, ya que todos estaban dispuestos distintas tareas: a la pasante se la encargó de las averiguaciones en el Colegio de Escribanos, luego con esta información, la abogada efectuó los oficios al Registro de la Propiedad Inmueble, etc. Este accionar se puede vincular al liderazgo transformacional, el que contribuye a este proceso a través de varios mecanismos tales como la creación de sentido, el poder formal e informal y la socialización de los miembros (Peiró, y Rodríguez, 2008).

Otra incursión en el área de los Registros Civiles que tuvo como finalidad ayudar a que se concrete el proceso de lograr que sea reconocida la identidad autopercibida de una persona, fue llevada a cabo por el equipo de género en agosto de 2017, cuando se realizó la revisión y comentario del documento “Personas travestis y trans y acceso a la justicia. Guía para operadores/as judiciales” realizado por el Observatorio de Género del Poder Judicial de la C.A.B.A., así como un folleto para los Registros Civiles confeccionado por la secretaria de DD.HH. de la provincia de Buenos Aires. También aquí se pudo observar una labor de capacitación de este equipo para con otros organismos.

También durante el transcurso de la pasantía, se colaboró con la redacción de una respuesta a un dictamen de la Asesoría General de Gobierno de la provincia de Buenos Aires vinculado a la desjudicialización de un trámite de rectificación registral de un niño, a solicitud de la Secretaría de DD.HH. de dicha jurisdicción.

Este tipo de intervenciones, como la mayoría, tienen múltiples miradas, está dentro de las interacciones que tiene el equipo de género con otros organismos, como también si se observa la finalidad de la misma, está vinculada con las acciones que se emprenden para lograr que sea reconocida la identidad auto percibida de un niño. Este reconocimiento tiene grandes implicancias en cuanto al ejercicio de sus derechos, como relatan Péchin, Aczel y Mallo, (2015). Estas personas dejarán de ser llamadas públicamente por el nombre asignado al nacer y no por el nombre elegido, o ser internadas en pabellones distintos a los del género expresado, que se condicione o niegue la atención debido a su identidad de género .

Se observaron diez actuaciones de rectificaciones registrales en coordinación con el equipo Público de Abogados/as del/a Niño/a del M.P.T. en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se pudo observar sin embargo, que las últimas solicitudes de rectificación registrales estaban siendo demoradas o negadas por algunos Registros Civiles. Esto estaba causando

preocupación, y presuponiendo cambios de criterios, según manifestaron los integrantes del equipo, en una de las reuniones quincenales. Al finalizar la pasantía el Coordinador y la abogada, se encontraban organizando reuniones en diferentes áreas tanto del organismo como con otros organismos y solicitando reuniones con autoridades registrales a fin de tratar el tema. Esto puede vincularse con lo que Peiró, y Rodríguez, (2008) denomina como un liderazgo compartido, que contribuye al desarrollo de las estrategias de afrontamiento co-activo y colectivo de su unidad de trabajo.

Respecto a los cambios de criterio antes comentados, se puede vincular con lo referenciado en el Marco Teórico respecto a que la niñez trans ocupa un lugar difícil en la sociedad, la existencia de niños y niñas trans, es un tema a veces intolerable para algunos. Como si el ser transgénero fuera una transformación decidida en la vida adulta (Brill&Pepper, 2008; Kennedy &Hellen, 2010; Mallon&DeCrescenzo, 2006).

No se ha podido observar en el trabajo un abordaje desde los alcances de la psicología, más allá de la psicoeducación o del recorte desde el cual el equipo trabaja, el cual presenta una postura clara, en referencia a lo expresado por Grande (2017) en cuanto a que este equipo presenta batalla frente a quienes presionan para que el Niño/atenga una identidad contra la propia cultura deseante, pero funcional a la cultura represora hegemónica, como ser la aplicación de los tratamientos correctivos. Luchan para que cada niño o niña o adolescente o persona con problema de salud mental sea escuchado primero, acompañado después, y sostenido en sus deseos (Grande, 2017).

El objetivo de este apartado ha sido describir lo observado durante la pasantía, en relación al trabajo del equipo de Género, tanto a la dinámica del equipo en si, como el trabajo de acompañamiento al reconocimiento a la identidad de género que tiene las poblaciones nombradas en este trabajo, todo lo que el equipo ha tenido que aportar para que se concrete el proceso de lograr que sea reconocida la identidad auto percibida de una persona, los cambios que se están gestando, y las respuestas activas del equipo de género.

#### **5.4. Describir cómo se trabaja desde el organismo con estas poblaciones a efectos de garantizar el derecho a la salud y atención integral.**

La W.H.O (1951), define en su constitución a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Más adelante, en el 2001 establece que la salud mental se define como un estado de bienestar

en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Si bien ya se había dicho en el marco de este trabajo que para la legislación Argentina, ser transgénero no es una enfermedad, no puede desconocerse que las personas trans como refiere Castilla-Peón, (2017), presentan riesgos específicos para la salud, inclusive la tasa de suicidios en mujeres transgénero es cinco veces mayor que la de la población general. En el caso de los adolescentes, los trans sufren más violencia física y emocional que los adolescentes cisgénero, presentan cuadros depresivos, ideación suicida, e intentos de suicidio, cuatro a cinco veces más que los adolescentes cisgénero. Se exponen más a conductas de riesgo para la salud como la ingesta o consumo de drogas y de alcohol, y las relaciones sexuales las inician más temprano que sus pares cisgénero, no siendo infrecuente que padezcan trastornos de la alimentación en un intento por modificar la forma del cuerpo.

Los niños, niñas y adolescentes trans y adultos con problemas de salud y/o salud mental concurren por los distintos medios ya mencionados en este trabajo, demanda espontánea, derivaciones, etc. al organismo. A veces son recepcionados por otros equipos quienes los derivan al de Género inmediatamente, también se da la situación que un caso puede tener varios componentes y corresponder a varios equipos a la vez, por ejemplo puede ser un adulto trans con esquizofrenia, en situación de calle, en este caso sería atendido por el equipo de Salud Mental, el equipo de Calle, y el de Género, se formaría una actuación en equipo de Calle que, luego de ingresado a algún lugar, pasaría al de Salud Mental, y éste notificaría al de Género quien abrirá una Actuación paralela pero dejando constancias de sus actos en la Actuación principal, que estará en el archivo de Salud Mental. Es la forma de trabajo coordinado de los diferentes equipos. Cabría relacionar esto con lo que dice Castilla-Peón, (2017), hay mucho que hacer para mejorar el bienestar y los desenlaces en salud de esta población, y que la atención debe empezar desde la edad pediátrica. Es fundamental la formación de profesionales de la salud mental, que puedan desempeñar un papel importante en la atención de las personas trans.

El equipo de género en más de una oportunidad realiza sin la ayuda de un/una psicólogo/a tareas de psicoeducación, no solo a través de capacitaciones, sino también en relación directa con la persona, su familia, o educadores. Se podría vincular esto con lo mencionado por Castilla-Peón, (2017), cuando expresa que la intervención en salud no sería para cambiar la identidad de género, y sí para ayudar a la persona transgénero o con incongruencia de género, como también a su familia a entender las posibilidades del abanico

de género, y también minimizar al malestar emocional asociado la cuestión social, digamos que este proceso se da en una trama social que todavía, pese a ley, discrimina, estigmatiza, maltrata, obstaculiza el acceso a derechos básicos, etc.

Vinculado a los conceptos de Salud y Salud Mental, en lo que se refiere a la ausencia de estas, se ha tenido oportunidad de observar cómo eran llevadas adelante las actuaciones en el caso de una adolescente trans que padecía de esquizofrenia, estaba a cargo una tutora legal, quien permanentemente estaba en contacto con el equipo de Género. En reiteradas oportunidades, en diferentes Hospitales no se le dio un trato digno; razón por la cual y actuando en conjunto los equipos de Género y de Salud Mental, se consiguió un buen lugar, cercano a la casa de su tutora, quien la veía de ese modo con mucha más frecuencia. Se gestionaban los turnos necesarios, se ayudaba a solicitar subsidios, y se controlaba qué tipo de tratamientos le estaban aplicando. También se la acompañó en la tramitación de su rectificación registral, la cual estaba en trámite. Se pudo observar en esta oportunidad, el respeto a la identidad de género, sin que los padecimientos de Salud Mental que sufre la joven impliquen desconocer y no respetar o no acompañar su deseo.

Se observó la interacción del equipo de Género con los distintos Hospitales. El equipo realizó el envío de distintos oficios a diferentes hospitales pediátricos de la C.A.B.A solicitando información sobre la forma de obtener un turno de atención de salud para niñas, niños y adolescentes travestis, transexuales y transgénero que consulten por cuestiones específicas relativas a su identidad de género, lo cual incluye la atención endocrinológica pediátrica. De ello respondió el Hospital Pedro de Elizalde. Se enviaron oficios reiteratorios dirigidos al Hospital de Pediatría Garrahan y al Hospital de Niños R. Gutiérrez los que no fueron respondidos. Por el contrario, con los Hospitales Elizalde y Durand se ha establecido un canal de comunicación y derivación continua. En virtud de ello, el equipo de Género se encuentra actualmente asesorando al área de endocrinología del Hospital Pedro de Elizalde en la confección de un modelo de consentimiento informado. La actitud de los diferentes Hospitales se puede vincular con los distintos Modelos a los que se hace referencia en el marco teórico de este trabajo, aquellos que detentan la perspectiva del M.M.H. respecto de las personas que no se identifican con el sexo que les asignaron al nacer considerándolas enfermas mentales. Domínguez (2016), serían quienes no dieron respuesta y otros que en línea con Chen Hayes, (2001); Grossman y D'Augelli, (2007), consideran que esta categorización es del todo controversial, pues si bien aún hoy algunos especialistas distinguen las variaciones en el género como una enfermedad mental, un número importante de especialistas plantea que los síntomas que presentan los niños transgéneros, como su pobre

imagen de sí mismo, baja autoestima, abuso de drogas e intentos suicidas, automutilación son el resultado del rechazo de terceros, las restricciones que viven, y las estigmatizaciones por parte de sus familias y la sociedad (Conroy, 2010) no serían características propias de la naturaleza de las personas transgénero (Mallon&DeCrescenzo, 2006).

Se podría vincular esta temática y las diferentes posturas en relación a los modelos, con un apartado del Informe del equipo de Género (2017), en el que se consigna la recepción ya sea por parte del equipo de Género o del de Salud Mental, de varios informes sobre niños, niñas o adolescentes elaborados por equipos profesionales basados en estereotipos de género o que contienen términos discriminatorios, algunos de los cuales se tuvo oportunidad de ver y también de ver como el equipo de Género, oficiaba rápidamente haciendo notar la situación, como se ilustra a continuación:

Informe de un equipo interdisciplinario del Hospital .... sobre una adolescente dirigido a la Dirección General de Salud Mental. Se consigna que la paciente presentaba en la evaluación psiquiátrica “(...) *aspecto varonil* (...)”.

- Informe remitido el .../17 elaborado por el equipo del Hospital de ..... de un adolescente de 15 años donde se consigna que el mismo presenta “*Vestimenta acorde a sexo,...*”
- Informe elaborado por equipo de Casa .... sobre la situación de salud de una adolescente. Se consigna que la misma “(...) *adopta una posición masculina y un aspecto varonil, despliega su elección sexual hacia sus compañeras mujeres, al mismo tiempo que lo utiliza como forma de transgredir las normas elementales de convivencia al respecto.*”
- Informe elaborado por equipo de internación del Hospital ..... sobre un adolescente en el que se lee que el mismo “(...) *se encuentra vestido acorde a sexo-edad*”.
- Informe remitido el .../17 por la institución ...SS... sobre la niña XX. de 17 años de edad (Actuación .../08) donde se consigna: “*Tiene una identificación con el sexo masculino en su actitud y vestimenta y se presume se encuentra en relación a la sospecha de abuso sexual por parte de su madre y vecina guardadora*”. “*Si bien se identifican conductas masculinas, no son rechazadas*”.



*por sus compañeras; lo que posibilita una buena adaptación de la joven en la dinámica del hogar sin conflictos”.*

- En fecha ... 2017 un equipo tratante del Hospital ....” suscribió una comunicación de alta de internación de la adolescente trans G.,G. (Actuación ... N° .../2012) dirigida a esta .... Allí hacen referencia de la joven como "*El Paciente*" en numerosas ocasiones.
- En fecha ....17 en el marco de la actuación ... N° .../2017, referida a la joven NN se informa desde la Subsecretaria de Fortalecimiento Familiar y Comunitario del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat lo siguiente: *“En el momento del encuentro la joven se presenta como A. C. Se observa a la joven vestida con una remera negra con estampa, (algo holgada) un jeans y zapatillas. A partir de su forma de vestir la joven no resalta cualidades femeninas. Sin embargo, ella adopta una identidad de género femenina. Teniendo en cuenta la representación que la joven posee de sí misma que la lleva a adoptar dicha identidad, y el historial de abuso y prostitución se considera la posibilidad que la joven sea alojada en el parador “nnnn”. Teniendo en cuenta que en un parador de hombres se podría generar violencia psicológica y esto podría desencadenar cierta descompensación psíquica.”*

Se podría relacionar estos informes y lo que se infiere de ellos, con lo dicho por las autoras Martínez Guzmán y Montenegro (2010) para quienes el debate entre el modelo psiquiátrico y las teorías queers, las cuales han visibilizado el carácter de construcción social de las identidades de género concebidas como naturales, ha generado tensiones, conflictos y acuerdos entre las distintas posiciones, todo ello en relación a un conjunto de intereses políticos, estrategias de supervivencia y adaptación social, negociaciones y reconfiguraciones.

Se ha tratado de reflejar en este apartado la observación realizada de como trabaja el organismo con estas poblaciones a efectos de garantizar el derecho a la salud y atención integral, describiendo tanto los organismos con los que interacciona como también las complejidades que estos presentan.

### **5.5. Describir cómo se trabaja desde el organismo con estas poblaciones en lo referente a la promoción del fortalecimiento de la red familiar/afectiva para los mismos.**

Se ha podido observar cómo desde el equipo de género se escuchó y se trató de dar apoyo y fortalecimiento a una madre con dos niños diagnosticados como asperger, uno de los cuales es trans. Se le buscó escuelas cerca de su casa, se trató, por diversos medios, de hacer que los niños asistieran. Aunque en este caso particular no dio resultado, y el caso hubo de ser derivado ante el incumplimiento de la madre en comprometerse con la asistencia a la escuela de los menores durante un año y medio.

En otra ocasión, un niño trans, ingresado por el equipo de calle, encontrado en compañía de adultos, con sospecha de haberse dedicado a la prostitución, se había fugado de la casa de su abuela, y que al ser preguntado por este equipo por las razones, relató haber sido discriminado y maltratado por el tío, quien vivía con su pareja también en la misma casa. No tenía padres presentes. Fue citada la abuela, quien pidió que fuera el equipo a su casa ya que le resultaba difícil trasladarse. Una vez allí, según registro de las actuaciones, la abuela escuchó sobre las identidades trans y sus derechos (psicoeducación) y el equipo a su vez escuchó su problemática. Relató que el tío se había ido pero y que tenía otros hijos que también iban y venían y que no aceptaban la identidad de género del nieto. El niño fue ingresado a un hogar, con acuerdo de ambos, pero se trabajó para que mantuviera el contacto con su abuela. Este caso podría vincularse con aquello que decían Stryker y White (2006) sobre que la discriminación y el bullying son la principal causa de abandono escolar, ideación de muerte y suicidios. Cuando la mayoría de los niños, niñas o adolescentes definen sus identidades trans, son marginados, discriminados y muchas veces hasta expulsados de sus propias casas, escuelas y lugares de pertenencia. Lo que les queda es la calle, la prostitución, la marginalidad y es allí donde arman sus grupos de pertenencia.

Otra observación se produjo al acceder a la lectura de unas actuaciones en curso, y donde también la pasante buscó turnos. Se trataba de un niño trans, que vive con su abuela y que no sabía si los padres vivían, ya que lo habían dejado con ella de bebé. Él solicitó ayuda para rectificar su DNI. Al entrevistarse el equipo con la abuela, con motivo del requerimiento de su nieto, relató que no sabía nada de los padres del niño y que la última vez que los vio, ambos tenían VIH/SIDA, luego aparecieron más, tal vez por ser adictos y enfermos, ella presumía que estaban muertos. No podía renovar el documento del niño y este además quería la rectificación de su D.N.I. Desde el equipo de género se realizaron los oficios necesarios

para la búsqueda de los padres, para otorgarle la guarda a la abuela y finalmente para renovar el documento, con la intención de realizar más adelante cuando toda la documental necesaria esté lista, la rectificación del mismo. En este caso la abuela expresaba su apoyo al nieto, el niño concurría a la escuela, hacia deporte y sus necesidades parecían ser escuchadas. Como decían Olson, Durwood, DeMeules, y McLaughlin (2016) en las niñas, niños y adolescentes en transición, efectivamente apoyados en su identidad de género se apreciaron bajas tasas de internalización de psicopatologías, sugiriendo que ser transgénero no es sinónimo, ni el resultado directo de psicopatología en la infancia. Así mismo, los resultados proporcionaron evidencia clara de que los niños transgénero tienen niveles de ansiedad y depresión similares a sus hermanos y compañeros no transgénero.

Otro caso que se pudo observar y en alguna medida participar, fue el de una madre con una nena trans, de escolaridad inicial, divorciada del padre de la niña, concurre a solicitar ayuda porque este no aceptaba la identidad de género de su hija. Se ponía violento cuando esta expresaba que quería ser tratada como nena y que se la llamara con el nombre por ella elegido. El equipo se reunió con la madre y la niña, quien expresaba con toda claridad su elección y con la Licenciada Pavan como invitada por el equipo, quien ya estaba al tanto del caso y sugirió que se tratara de hablar con el padre. Luego, se citó al padre, la reunión la tuvo con el Coordinador del equipo y otros integrantes un día que no tenía que concurrir a la pasantía. El Coordinador relató luego que no hubo posibilidad de reflexión con el padre, por lo que el caso se judicializó. Como bien expresara Montes Berges (2008) los cambios sociales no siempre acompañan los cambios legislativos, a veces son más lentos, hay en ellos procesos que subyacen al estigma y la discriminación.

Si bien ante una infancia o adolescencia trans, el entorno debe ajustarse y aprender una nueva realidad, algunos padres hablan de asistir al entierro de un hijo/a y al nacimiento de otro/a, desde el Área de Género propiamente dicha poco es lo que se puede hacer, más allá de la pequeña psicoeducación que es prestada, en cada caso por el equipo. En algunas ocasiones el equipo de género busca ayuda terapéutica para los familiares que tienen dificultades para aceptar la identidad de género trans de algún familiar, ya sea con psicólogos de hospitales o con el grupo terapéutico para familiares de personas trans que funciona en el Centro de Salud Mental "Ameghino" dependiente del G.C.A.B.A.

## 6. Conclusiones

El presente trabajo, realizado en un organismo público, donde según pude observar, se articulan el derecho, la salud pública y la escasa presencia de la psicología. Me he propuesto describir cómo se efectúa la gestión de recursos y la articulación con diferentes organismos (hospitales, escuelas, organismos gubernamentales, etc.) a fin de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes trans; así como a adultos trans que padezcan problemas de salud mental, y la promoción del fortalecimiento de la red familiar/afectiva para ambas poblaciones.

Describí cómo está compuesto el equipo y qué profesiones tienen sus integrantes, aclarando que no ejercen sus funciones en forma exclusiva, integran además la Oficina de Salud Mental y Derechos Humanos.

Se muestran los distintos niveles de trabajo y sus objetivos: a) A nivel instituciones, la interrelación con diferentes organismos, tendría por objeto relevar los recursos existentes para la temática, por otro lado, establecer contactos institucionales para recibir y realizar derivaciones asistidas en forma correcta y finalmente recibir formación y dar capacitaciones en donde por ejemplo, un tema que se trabaja es la despatologización de la identidad de género trans, en ocasiones con organismos a los que se derivan personas para que reciban distintos tratamientos, educación o alojamiento; b) Frente a la demanda, en cada caso se plantea una estrategia individual, pensada de manera colectiva e interdisciplinaria, en reuniones de equipo que se celebran en forma quincenal con ese fin. Vinculé esta dinámica de trabajo interna del equipo con la reflexión que realiza Peiró y Rodríguez, (2008) sobre liderazgo transformacional, y liderazgo compartido.

Pude observar en el campo, cómo el equipo de género trabaja en el acompañamiento de estas poblaciones, en relación al ejercicio del derecho que se tiene al reconocimiento a la identidad de género. Lo hace en dos niveles: a) A nivel institucional, esto se lleva a cabo a través de la Protección Integral tema que se desarrolla en el próximo párrafo. También el Área de Género, realiza la revisión documentos para otros organismos en relación al tema y folleto para los Registros Civiles confeccionado por la secretaría de DD.HH. de la provincia de Buenos Aires; b) A nivel de caso particular, el Área de Género trabaja con los Registros Civiles para que se lleve a cabo la rectificación de el Acta de Nacimiento de la persona, consignando su nombre elegido y su identidad de género auto percibida, conforme lo establecen la ley en el caso de adultos y de personas menores de 18 años. Se acompaña a personas en el trámite, paso a paso, en caso de ser necesario ante la falta de respuesta de los

Registros o su negativa, envía oficios urgiendo la misma o solicitando las correspondientes explicaciones para poder subsanar posteriormente. Ha habido casos en que los asistentes o representantes legales, parientes o personas que los tuvieran a cargo, acompañan pero solicitan el asesoramiento de este organismo y otros en los cuales debe suplirse la compañía del asistente o representante legal, pariente o persona que lo tuviere a cargo, siempre dentro del marco de la Ley de Identidad de Género.

Otra de las funciones que realiza el Área de Género a través de su equipo y que se relaciona con todas las funciones, es la de garantizar el derecho a la salud y atención integral de las poblaciones referenciadas en este trabajo. Relaté las observaciones que tuve oportunidad de hacer en campo y también en la lectura de actas, respecto del envío de oficios a los distintos hospitales pediátricos de la C.A.B.A para pedir información sobre cómo se realizaba la atención de salud para niñas, niños y adolescentes trans que consulten por cuestiones específicas relativas a su identidad de género. Tuve acceso a conocer sus respuestas y en algunos casos la falta de ella.

También se incluyen aquí, las tareas de psicoeducación que pude observar que realizan los miembros del equipo de género al recepcionar a población trans menor de 18 años, a sus familiares, o quienes tienen su guarda o los asisten. No observé la presencia de ningún psicólogo, que pudiera recepcionar en ese momento clave al niño, niña o adolescente trans, su familia, tutores o miembros de instituciones que los tienen a su cargo. Se describe el proceso de derivaciones, y de turnos con el objeto de otorgar los tratamientos médicos de adecuación a la expresión que tienen, asistencia psicológica a la persona y sus allegados, etc. Se intenta proveer de las herramientas necesarias para que esa persona se encuentre efectivamente apoyada en su identidad de género. Estas pueden consistir en conseguir el turno para tratamientos de salud, lugar en un club para jugar un deporte que le guste y así sacar al niño de su aislamiento, asistir a la escuela o instituto donde este se encuentre y dar capacitación a personal y directivos y/o talleres a los alumnos o compañeros. Esto lo relaciono con aquello que decía Pavan (2017) sobre que el punto no sería la transexualidad, sino las transfobia.

Describí, lo que pude observar en relación a cómo trabaja el Área de Género con niños, niñas, adolescentes trans; y adultos trans que padezcan problemas de salud mental, en lo que se refiere a la promoción del fortalecimiento de la red familiar/afectiva para los mismos. Narré algunos casos en los que pude participar y algunos que tomé conocimiento por medio de la lectura de actuaciones. Relaté cómo se procura darle apoyo a la red familiar y afectiva, de distintos modos, consiguiéndole turnos con equipos de psicólogos de otras instituciones, desde la contención que representa en algunos casos el trabajo que hace el

equipo para que ese niño, niña o adolescente reciba la atención necesaria si tiene algún problema de salud o para que reciba tratamientos médicos de adecuación a la expresión de género que tiene o para realizar toda la documentación de rectificación de actas de nacimiento y D.N.I.

Para tener una perspectiva crítica quisiera resaltar que en este organismo, en general la impronta observada es más jurídica y de salud pública habiendo poca o ninguna articulación con lo psicológico, y podría pensarse que se pierde un momento puntual de contención a quien demanda, generalmente con gran angustia y en lo que respecta al equipo, se lo carga con una tarea no a fin a sus competencias, lo que podría generarles un desgaste. Por ello podría pensarse en la inclusión de un psicólogo con las adecuadas competencias profesionales. Según Castro Solano (2004), para realizar entrevistas de diagnóstico, orientación psicológica a padres o entorno, para lograr una adecuada interiorización a una temática, y poder realizar, en caso de ser necesario, informes psicológicos, se debe incluir la adecuada formación en estas competencias, para trabajar con poblaciones de bajos recursos económicos o minorías, prestar asesoramiento a profesionales no psicólogos, poder realizar diseño de baterías de evaluación psicológica a medida y tener un conocimiento de las áreas nuevas de la psicología.

El equipo de género no es de dedicación exclusiva ya que también pertenecen al equipo de Salud Mental, y por ello, por ejemplo, el psiquiatra no siempre cuenta con tiempo o se le superponen actividades de los equipos. También y habiendo visto el trabajo que se realiza, y lo intenso del mismo podría pensarse que sería conveniente que el trabajador social, y la abogada trabajaran con dedicación exclusiva al área de género

En cuanto a la significación personal del presente trabajo, como cierre de la formación académica en esta carrera de grado, en primer lugar me resultó una oportunidad de reflexión respecto al lugar del terapeuta articulado con las instituciones. También me permitió valorar a la empatía en cuanto a dimensión de la comunicación. Identifiqué la importancia de la psicoeducación, como herramienta fundamental, para los abordajes terapéuticos. Y finalmente un enriquecimiento personal en la experiencia de haber trabajado en este equipo.

Esta experiencia me permite desarrollar futuras líneas de trabajo relacionadas con instituciones, ya sea en tareas de capacitación, de psicoeducación a instituciones públicas o privadas, ONG, Instituciones educativas, Hogares, y otros. Así como también en áreas donde pudiera aportar y profundizar conocimientos en lo referente a diversidad sexual, identidad de género, orientación sexual y sexo asignado al nacer. Trabajar en prevención de discriminación, sobre prejuicios, estereotipo transfobia como refiere Pavan (2017)

## Referencias

- Anderson, M. (1970). *Estructura familiar en el siglo XIX en Lancashire*. Londres. Cambridge Studies in Sociology
- Área de Género (2017) Informe Final del Área de Género de el organismo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. C.A.B.A.
- ArIstegui, I. & Zalazar, V. (2014) Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires: Buenos Aires: Fundación Huésped/ ONUSIDA
- Asociación de Psicólogos Americana (2006). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. Recuperado de [www.apa.org/topics/lgbt/transgenero.aspx](http://www.apa.org/topics/lgbt/transgenero.aspx)
- American Psychological Association (2011). Definition of terms: Sex, Gender Identity, Sexual Orientation. Washington DC:APA 2011. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexuality-definitions.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-V. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing
- Barragán Solís, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. *Cuicuilco*, 12 (33), 61-78.
- Bertolote J. (2006), Políticas de Salud Mental Raíces del concepto de salud mental, *World Psychiatry* (Ed Esp), 6 (2) 113-116.
- Brasero, M. (2011). Niños de la calle: Buenos Aires SXXI. *Ciencias Psicológicas* 5(1), 7-18.
- Brill, S y Pepper, R. (2008). *The Transgender Child: A Handbook for Families and Professionals*. San Francisco: Cleis Press Inc
- Bueno, G. (1998). Adolescencia: antropología comparada. J. Segovia De Arana y F. Mora Teruel (editores): *Sicopatología de la Adolescencia*. (pp. 23-56) Madrid: Farmaindustria.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321–336. <https://doi.org/10.11156/78>
- Castilla Peón M. (2018) Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 75, 7-14 <https://doi.org/10.24875/BMHIM.M18000003>

- Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Interdisciplinaria*, 21(2), 117-152. Recuperado en 07 de junio de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272004000200001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272004000200001&lng=es&tlng=es).
- Conroy, M. (2010). Treating Transgendered children: Clinical Methods and religious mythology, *Zygon, Journal of Religion and Science*, 45,(2), 301-316.
- Chaher, S. (2015). Mocha Celis: un bachillerato trans de puertas abiertas. Comunicar Igualdad. Recuperado de <http://www.comunicarigualdad.com.ar/mocha-celis-un-bachillerato-trans-de-puertas-abiertas/>
- Chen-Hayes, S. (2001). Counseling and Advocacy With Transgendered and Gender-Variant Persons in Schools and Families. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development* 40 (1), 34- 49.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 173-182.
- Dirección General de Convivencia en la Diversidad de la Subsecretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la C.A.B.A.(2018) Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/derechoshumanos/convivencia-en-la-diversidad>
- De la Iglesia, M, Velázquez, M.&Piekarz, W. (2008). Evolution of a change: from the children board to the boys, girls and adolescents integral protection rights. *Anuario de investigaciones*, 15 . Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862008000100032&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100032&lng=es&tlng=en).
- Desviat, M. (2001). Salud Pública y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 125-133. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100009&lng=es&tlng=es).
- De Toro, X. (2015). Niños y niñas transgéneros: ¿nacidos en el cuerpo equivocado o en una sociedad equivocada?. *Revista Punto Género*, 5, 109-128. doi:10.5354/0719-0417.2015.37666
- Domínguez, N. (2016). ¿Por qué la OMS considera a los transgénero enfermos mentales? *El País*. Recuperado de [https://elpais.com/elpais/2016/07/26/ciencia/1469530342\\_919740.html](https://elpais.com/elpais/2016/07/26/ciencia/1469530342_919740.html)



- Firpo I. & Salazar L. (2011). Estado, Política y Niñez. *Cuadernillo N° 1 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina*, 46. Recuperado de <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Estado-Pol--tica-y-Ni--ez1.pdf>
- Foucault, M. (1992). *La arqueología del saber*, Siglo XXI, México.
- García Méndez, E. (2007) Infancia, Ley y Democracia: una cuestión de justicia. *Justicia y derechos del niño*, 9, 27-48 recuperado de [http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc\\_wp/justicia%20\\_y\\_derechos\\_9.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/justicia%20_y_derechos_9.pdf)
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós
- Grande, A. (2017). Nuestra pequeña Lulú: de la identidad por mandato a la identidad por deseo. En V. Pavan, *Niñez Trans* (pp. 59-76). Buenos Aires, Ediciones:Ungs
- Grossman, A. y D'Augelli, A. (2007). Juventud transgénero y comportamientos que amenazan la vida. *Suicidio y comportamiento que amenaza la vida*, 37, 527-537. doi: [10.1521/suli.2007.37.5.527](https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527)
- Hermosilla, A. & Cataldo, R. (2012). Ley De Salud Mental 26.657. Antecedentes y Perspectivas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4, (2), 134-148.
- Hull G. (1904). *Adolescencia; su psicología y sus relaciones con la fisiología, la antropología, la sociología, el sexo, el crimen, la religión y la educación*. New York: D. Appleton and Company.
- Kennedy, N.&Hellen, M. (2010). Transgender children: more than a theoretical challenge. *Graduate Journal of Social Science*, 7, (2), 25 - 43. Recuperado de <http://itgl.lu/wp-content/uploads/2015/04/Kennedy-and-Hellen-Transgender-Children.pdf>
- Lahera, E. (2004). *Políticas y Políticas Públicas*. Santiago de Chile: Cepal.
- Lev, A. (2005). Disordering Gender Identity: Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 17, 35-69.
- Ley N° 1.903. Ley Orgánica del Ministerio Público. Boletín Oficial de la C.A.B.A. N° 2366, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 6 de Diciembre de 2005.
- Ley 26743. Ley de Identidad de Género de las personas. Boletín Oficial N° 32404, Argentina, 24 de Mayo 2012.
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última década*, (40), 11-36.

- L.T.9. (2017). Lanzan un inédito Servicio de acompañamiento para infancias Trans. Mayo 2018. Recuperado de <http://www.lt9.com.ar/881-lanzan-un-inedito-servicio-de-acompanamiento-para-infancias-trans>.
- Malpas, J. (2011). Entre rosa y azul: un enfoque familiar multidimensional para los niños no conformes con el género y sus familias. *FamilyProcess*, 50, 453- 470. doi: 10.1111 / j.1545-5300.2011.01371.x
- Mallon, G. y DeCrescenzo, T. (2006) Transgender Children and Youth: A Child Welfare Practice Perspective, *Child Welfare* 85 (2), 215-241. Recuperado de <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1074459491/transgender-children-and-youth-a-child-welfare-practice>
- Mansilla, G. (2014). *Yo nena, yo princesa*. Buenos Aires: Universidad Nacional General San Martín.
- Marchesi, A., Palacios, J. & Coll, C. (1992). *Desarrollo psicológico y educación: Vol. I. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Marset Campos, P. & Sáez Gómez, J., (1997). La evolución histórica de la Salud Pública. En: Martínez Navarro, F., Antó, J., Castellanos, P., Gili, M., Marset, P & Navarro, V (ed). *Salud Pública*. Madrid: Interamericana.
- Martínez Guzmán, A. & Montenegro, M. (2010). Narrativas en torno al Trastorno de Identidad Sexual. De la multiplicidad transgénero a la producción de trans-conocimientos. *Prisma Social* (4), 1-44. Recuperado de [http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/pdf/03\\_N4\\_PrismaSocial\\_antar\\_marisela.pdf](http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/pdf/03_N4_PrismaSocial_antar_marisela.pdf)
- Martínez, A., & Montenegro, M. (2011). El desafío trans. Consideraciones para un abordaje situado de las identidades de sexo/género. *Revista Sociedad y Equidad*, (2). doi:10.5354/0718-9990.2011.14659
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464 Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Serie Experiencias. Diversidad Sexual y Derechos Reproductivos. 2011. Recuperada de

- <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/comunicacion/files/2015/12/guia-diversidad-sexualidad-octubre-2015-liviano1.pdf>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación (2013). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicada en Boletín Oficial N° 32.041 el 3 de diciembre de 2010. Reglamentada el 28 de mayo de 2013 según Decreto 603/2013 en Defensoría General de la Nación Disponible en <http://www.mpd.gov.ar>
- Ministerio de Salud de la Nación (2015) Atención a la salud integral de las personas trans. Guía para equipos de Salud. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>
- Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación (2016). Guía básica sobre diversidad sexual. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07\\_guia-diversidad-sexual-2016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07_guia-diversidad-sexual-2016.pdf)
- Montes Berges, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a La Investigación. Revista Electrónica. Universidad de Jaén*, 3, 22–37.
- Mustanski, B., Garofalo, R., Emerson, E., (2010). Mental health disorder, psychological distress and suicidality in a diverse sample of lesbians, gay, bisexual and transgender youths. *American Journal of PublicHealth*, 100 (12). DOI: 10.2105 / AJP.2009.178319
- Observatorio de Género en la Justicia del Consejo de la Magistratura. (2015). *Principios de Yogyakarta: principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Jusbaire.
- Olson, K., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. (2016). Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 137(3), 1–8. <http://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Página 12. (2013). Una escuela para la inclusión. 2018-05-14 recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-218126-2013-04-16.html>
- Park, M. (2011). Niños transgénero, el difícil camino hacia su verdadera identidad. *Expansión en alianza con CNN*. Recuperado de <https://expansion.mx/salud/2011/09/29/ninos-transgenero-el-dificil-camino-hacia-su-verdadera-identidad>
- Pavan, V. (2017). Soy una nena, mamá, y mi nombre es Luana. En Pavan, V. *Niñez Trans, experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. pp 39-57. Ciudad Autónoma

- de Buenos Aires: Ungs.
- Peiró, J., & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 68-82.
- Pinel, P., (1988). *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*. Madrid: Nieva.
- Pruitt, M. (2002). El tamaño sí importa: una comparación de las estimaciones de organizaciones homosexuales y pro gay del tamaño de la población gay. *J Homosex*.42 (3): 21-9. Doi<http://doi.org/dwrz5v>
- Real Academia Española. (2017). Disquisición. En Diccionario de la lengua española (24.a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=KtmKMfe>
- Rosin, H. (2008). A boy's life. *The Atlantic*. U.S. Recuperado de <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2008/11/a-boys-life/307059/>
- Satriano, C.(2008).El lugar del niño y el concepto de infancia. *Extensión Digital*,3, 1-7. Recuperado de <https://yessicr.files.wordpress.com/2013/03/el-lugar-del-nic3b1o-y-de-la-infancia.pdf>
- Stryker, S., & Whittle, S. (2006). *The transgender studies reader*. New York: Routledge
- Stolkiner A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social /Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Suárez R. (2014).La nueva mirada de la OMS a la 'incongruencia de género'.*El Tiempo* Colombia. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/la-transexualidad-segun-la-clasificacion-internacional-de-enfermedades-232322>
- Ungaretti, J., Etchezahar, E., & Simkin, H. (2012). El estudio del prejuicio desde una perspectiva psicológica: cuatro períodos histórico-conceptuales para la comprensión del fenómeno. *Calidad de Vida*, 5 (2),3-30 Buenos Aires: Editorial Universidad de Flores.
- Tejada de Rivero, D. (2003). Alma-Ata 25 años después. *Perspectivas de Salud*,8 (2). Recuperado de [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_2.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_2.htm)
- Testa, M. (1990). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Vázquez de Prada, M. (2017). Los derechos del niño y su repercusión en la familia: Un desafío para la sociedad actual. En Arregui Zamorano, I., Rodríguez, M., Tavares D'Oliveira (Ed.). *Familia: Historia y Cultura*. (pp. 161-200). Madrid: Editorial Dykinson S.L

- Vitale, N., & Travnik, C. (2011). La Escuela Intramuros. En: *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Psicología Jurídica (pp. 42 - 46). Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.
- Wester, S., McDonough, T., Maureen, W., Vogel, D., & Taylor, L. (2010). Using Gender Role Conflict Theory in Counseling Male-to-Female Transgender Individuals. *Journal of Counseling and Development*, 88 (2), 214-219.
- World Health Organization. (1951). *Mental health: report on the second session of the Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization.(2001). The World Health Report 2001.Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WorldHealthOrganization, 2001.