

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Carrera de Psicología**

**Trabajo Final Integrador**

**Descripción de las percepciones y experiencias acerca del empoderamiento en  
promotores/as de salud trans**

**Alumna: Silvina Acosta**

**Tutora: Ines Aristegui**

**Buenos Aires , 19 de junio 2018**

## Índice

<b>1. Introduccion.</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivo General</b>	<b>3</b>
2.1 Objetivos especificos	3
<b>3. Marco Teórico</b>	<b>3</b>
3.1 Transgénero	3
3.1.1 Paradigma de la enfermedad	4
3.1.2 Salud trans	8
3.1.3 Legislación	9
3.2 Psicología comunitaria y promoción de la salud	13
3.2.1 Empoderamiento	15
3.2.2 Componentes del empoderamiento.	16
3.2.3 Empoderamiento y población trans.	19
<b>4. Metodología</b>	<b>21</b>
4.1 Tipo de estudio.	21
4.2 Participantes.	21
4.3 Instrumentos.	21
4.4 Procedimiento	22
<b>5 Desarrollo</b>	<b>22</b>
5.1 Objetivo 1	22
5.2 Objetivo 2	26
5.3 Objetivo 3	34
5.4 Objetivo 4	38
<b>6 Conclusiones</b>	<b>43</b>
<b>7. Referencias Bibliográficas</b>	<b>48</b>
<b>8. Anexos</b>	<b>56</b>

## **1. Introducción**

En el marco de la práctica de habilitación profesional de la carrera de grado de Licenciatura en Psicología, se asistió a una fundación ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, organización argentina que trabaja en áreas de salud pública, desde una perspectiva de derechos humanos centrada en la prevención, detección y tratamiento en VIH/sida, otras enfermedades de transmisión sexual, así como la salud sexual y reproductiva. Con un abordaje integral y a nivel regional, desarrollan diferentes áreas de formación, comunicación e investigación. En la Dirección de Investigaciones se realizaron las actividades de la práctica. Existen en ella múltiples proyectos para población trans, ya que se ha definido como población clave prioritaria debido a la alta vulnerabilidad y carga de enfermedad que presentan.

Las actividades realizadas fueron: la administración de cuestionarios y carga de los mismos en base de datos para un estudio que busca determinar la retención en la atención de salud de las mujeres trans con VIH, bajo un tratamiento de dos drogas asociadas, previo entrenamiento y acompañamiento de las profesionales. También la actualización de información en un recuadro de servicios para la población trans, averiguando e integrando los distintos servicios y consultorios amigables para la diversidad sexual en CABA, conurbano de la provincia de Buenos Aires y demás provincias de la República Argentina. Por último, se participó, con búsqueda y sistematización de material, de un grupo de apoyo entre pares y adquisición de recursos para promotores/as de salud trans. En el marco de esta última investigación es que se pretende en el presente trabajo describir y analizar el empoderamiento en promotores/as de salud y derechos trans.

## **2. Objetivo general**

Describir las percepciones y experiencias acerca del empoderamiento en promotores/as de salud trans, determinando sus componentes y posibles diferencias según género, edad y cambio de DNI según Ley de Identidad de Género.

### **2.1. Objetivos específicos**

1- Indagar que entienden por el concepto de empoderamiento los/las promotores/as de salud y derechos.

2- Identificar y describir los diferentes componentes (sentido de control, autoeficacia, participación social) en las experiencias de empoderamiento de los/las promotores/as de salud y derechos.

3- Determinar si existen diferencias en la percepción de empoderamiento antes y después de la implementación de la Ley de Identidad de Género para los/las promotores/as de salud y derechos.

4- Determinar si existen diferencias en la percepción de empoderamiento según edad y género en los/las promotores/as de salud y derechos.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. Transgénero**

*Transgénero o trans* refiere a aquellas personas cuya identidad de género difiere con su sexo asignado al nacer (Connolly, Zervos, Barone, Johnson & Joseph, 2016). La definición entonces del sexo/género de una persona va más allá de la apreciación visual de sus órganos genitales externos en el momento del nacimiento, por lo que no es un concepto puramente biológico, sino psicosocial como estableció el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el 2002 (Sanz-Caballero, 2014). Butler (2007) refiere que el género es también el medio discursivo cultural, entendiendo al género como mandato de

la matriz heterosexual dominante en la cual se articula una lógica relación entre el sexo, género y el deseo sexual en torno a estas dos categorías de sexos opuestos, que a su vez regulan la orientación de los deseos de los individuos.

Al alejarnos del sistema binario es posible encontrar diversas identidades de género, tales como travesti, intersexuales, mujer trans, hombre trans, entre otras, entendiendo de igual modo que estos son términos dinámicos y van evolucionado según los contextos (Eisenberg et al., 2017). Algunas de estas identidades, como la identidad transgénero, actualmente, cuentan con reconocimiento cultural y jurídico. Otros, como por ejemplo, el término transexual, representan un momento histórico o una disciplina. El mismo fue utilizado por primera vez en 1923, de forma genérica por el endocrinólogo Hirschfeld en su estudio *Die intersexuelle konstitution*, pero es el psiquiatra Harry Benjamín, quien en 1953 describió la transexualidad como la asociación entre la normalidad biológica y la convicción de pertenecer a otro sexo. Ya en 1966, Benjamin escribió sobre el fenómeno transexual, planteando la posibilidad de adaptar el cuerpo a la mente. La activista Virginia Prince acuñó el término transgénero (a mediados de la década de 1970) para nombrar a quienes vivían en el género opuesto al asignado al momento de su nacimiento, sin recurrir a cirugías de reconstrucción genital. Aquellas identidades que implican movimientos en el género serán incluidos dentro de esta campana semántica del término transgénero pero su propia especificidad semántica hace preferible un progresivo reemplazo por el término *trans* como concepto inclusor.

### 3.1.1 . Paradigma de la enfermedad

Una manera de realizar un análisis del paradigma de la enfermedad de la identidad de género, podría ser mediante la genealogía que realiza Foucault (1976), en su libro *Historia de la sexualidad* en su primer volumen, *La voluntad del saber*, en donde plantea un estudio de los diferentes discursos que construyen el dispositivo de la sexualidad, como es la ciencia médica. Esto le permite a esta posicionarse como aparato productor de verdad sobre la sexualidad , por medio de instituciones y autoridades que establecen un discurso científico sobre la existencia natural del género binario y su correspondiente deseo y expresión. En relación a lo transgénero, Harry Benjamin, en

1979, publica el primer protocolo para el tratamiento de la reasignación de género, llamado Estandares de Cuidado para los Desórdenes de la Identidad de Género (SOC). Este protocolo es utilizado para el diagnóstico, por los psiquiatras -en tanto se trata de un trastorno mental- y profundiza en cómo debe ser el tratamiento psiquiátrico, endocrinológico y quirúrgico de la persona transgénero que lo solicita. Este protocolo de atención para la transexualidad tal como se conocía en esa época, luego se difundiría por Europa y América Latina, estableciéndose unidades especializadas de atención y diagnóstico en los servicios de salud que trabajan con esta perspectiva patologizadora (Sempol, Calvo, Rocha & Schenck, 2016)

A partir de 1980, la *transexualidad* como término utilizado para definir a aquellas personas que se identificaban con el sexo opuesto es incluida por primera vez en la 3ra edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). En la versión del *DSM-IV* (APA, 1994), se incluye como Trastorno de Identidad de Género las personas que quieren vivir en un género diferente al asignado al nacer. Esta patologización tuvo consecuencias en el sistema de salud y también en el ámbito jurídico. En algunos países se exige como requisito obligatorio el diagnóstico psiquiátrico de disforia de género para acceder al cambio de nombre en los documentos identitarios.

La disforia de género es, según el DSM-5 (APA, 2013), el malestar que puede acompañar la incongruencia entre el género experimentado o expresado por la persona y el género asignado al nacer, aclarando que no todas las personas presentan dicho malestar como consecuencia de la incongruencia, pero que sí muchos presentan malestar si no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas y/o cirugía deseada. Este malestar debe provocar, durante al menos seis meses, un sufrimiento significativo o un deterioro en lo social, escolar o laboral o cualquier otra área de importancia en el funcionamiento. Este término del DSM-5 (APA, 2013) se considera más descriptivo y por tanto el término diagnóstico, trastorno de identidad de género ha sido retirado del manual. El énfasis está ahora en la angustia causada por la incongruencia de género y no la identidad de género en sí misma, ya que aclaran que las identidades transgénero no son patológicas (Austin & Craig, 2015). Esto no trae un cambio sustancial en la concepción del fenómeno trans pero sumado a estos cambios, se incluyen nuevos criterios diagnósticos, diferenciados. Estos son en función de la edad, o

sea niños, niñas, adolescentes y adultos/as, en los que también se pueden llegar a incluir a personas diagnosticadas con *Disorder of Sexual Development* (DSD), nombradas en ocasiones como intersex (Pons Rabasa & Garosi, 2016).

Sin embargo, el término trastorno de identidad sexual, y el transexualismo incluido en esa categoría sigue figurando como patología en las principales clasificaciones de enfermedades como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992). No existe un consenso general con respecto a la despatologización (Coll Planas & Misseé, 2010) ya que numerosos sectores creen en la importancia de sostenerlo como un diagnóstico para poder así facilitar el acceso a la salud, así como al cambio de identidad en los documentos registrales.

De acuerdo a la legislación existente en cada país, la patologización puede ser usada de manera estratégica, para la obtención de recursos tanto públicos como privados, que les permiten financiar sus tratamientos médicos y las operaciones de reasignación de sexo (Coll Planas & Misseé, 2010).

Por otro lado, se encuentran aquellos grupos que interpelan considerar la expresión de identidad de género como una enfermedad o trastorno, y subscriben que la existencia del trastorno mental, tomando en cuenta el poder y el saber que ejerce la APA en la atención clínica psiquiátrica, tiene implicaciones simbólicas, produciendo discriminación, estigmatización y violencia (Bouman, Bauer, Richards & Coleman, 2010). Ante la coyuntura de la quinta edición del manual DSM, en 2012 se organizaron campañas y movimientos internacionales por la despatologización de las identidades trans, como por ejemplo, *Stop Trans Pathologization 2012*, que proponía eliminar la categoría disforia de género del DSM y la categoría trastornos de la identidad de género del CIE-11 (Winter, et al., 2016).

A diferencia de la falta de cambios sustanciales en el DSM, la Asociación Mundial Profesional de la Salud para las Personas Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) realizó modificaciones en 2012 a la séptima publicación de sus normas de atención para la salud de las personas trans y con variabilidad de género (SOC-7). En esta publicación sí se modificó radicalmente el lenguaje y se incluyeron nuevas categorías que antes no estaban contempladas como, por ejemplo, la variabilidad de género y la categoría trans, en lugar de transexual o transgénero (Fernandez Rodriguez,

Guerra Mora & García Vega, 2014). La introducción de una nueva forma conceptual de concebir a las personas trans dentro del SOC-7 sigue partiendo de una relación intrínseca con el diagnóstico de disforia de género, que el propio DSM-5 (APA, 2013) define como una condición de incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género expresada y el sexo que se le asigna a las personas al nacer. La séptima versión mantiene el planteamiento de la sexta versión estableciendo que los adolescentes pueden ser elegibles para recibir hormonas que demoran la pubertad tan pronto como empiezan los cambios de la misma. El SOC, aunque mantiene como norma general los 18 años como punto de corte para iniciar el tratamiento hormonal que induce a características del sexo opuesto, contempla excepciones para la administración de hormonas antes de los 16 años, es decir, antes de la segunda fase. En la sexta y séptima versión, la excepción se ha convertido en la norma y establece que los adolescentes pueden ser elegibles para comenzar tratamiento hormonal cruzado cuando tienen 16 años, preferiblemente con consentimiento paterno (Fernandez Rodriguez et al., 2014).

En la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2013, realiza un informe sobre los elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans para sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Posteriormente, en el 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla un documento sobre salud sexual y derechos humanos en donde establece los estándares de atención, en cuanto a que requieren la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información de salud, incluyendo en el documento a las personas transgénero y de género, indicando que todos los que buscan servicios deben ser tratados con respeto y dignidad, sin discriminación, considerando las necesidades específicas de las personas transgénero en el desarrollo de planes nacionales de salud, incluida la prevención del suicidio.

Aún con estas modificaciones en los distintos manuales de diagnóstico, clasificación y protocolos, los profesionales de la salud desconocen las mismas y se las somete a formas de normalización corporales taxativas bajo presupuestos binarios, patologizadores y epidemiológicos estigmatizadores (Sempol et al., 2016). Varios estudios han demostrado que la población transgénero experimenta serias disparidades de salud en comparación con las *personas cisgénero*, aquellas cuya identidad de género



y género biológico coinciden, por lo que es necesario implementar programas de intervención para enfrentar esta desigualdad (Reisner et al., 2015).

### 3.1.2. Salud trans

En la actualidad numerosas investigaciones están relacionadas con la salud de las personas transgénero, documentando una alta prevalencia de resultados de salud negativos, entre ellos infecciones de transmisión sexual, angustia de la salud mental y uso y abuso de sustancias. Dichos estudios han crecido enormemente en un intento de comprender mejor su salud física, mental y emocional, siendo deficitario aún el enfoque integral en un marco de salud pública (Connolly et al., 2016; Reisner et al., 2016). El informe histórico del Institute of Medicine (IOM) publicado en 2011 da cuenta de ello, el mismo se titula *La salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT): construyendo una base para una mejor comprensión*. Si bien las poblaciones LGBT se unen como una entidad única para fines de investigación, las experiencias y necesidades propias de salud específicas no son uniformes y están determinadas por diversos factores como la raza, el nivel socioeconómico, ubicación geográfica y edad.

La IOM (2011) concluye que es necesaria la investigación en franjas etarias adultas mayores, para explorar las realidades demográficas del envejecimiento LGBT en un marco interseccional y de ecología social. Casi no existe investigación publicada sobre poblaciones LGBT de 85 años o más, particularmente poco existe sobre población transgénero o bisexual, que permitan lograr una comprensión de los mecanismos de riesgo y resiliencia en este grupo, e identificar intervenciones apropiadas para trabajar eficazmente. En estudios cuyos participantes representan un amplio rango de edades, raramente se considera la edad como un factor. Por ejemplo, se necesitan estudios para identificar y probar intervenciones efectivas de reducir la falta de vivienda entre los jóvenes LGBT, así como formas de llegar a las personas trans en riesgo de infección por VIH, o reducir en jóvenes transgénero los altos índices de depresión, tendencias suicidas y autolesiones, y trastornos de la alimentación (Spack et al., 2012).

La mayoría de las evaluaciones de riesgo en salud basada en la población general, en los Estados Unidos no abordan la identidad de género (Connolly et al., 2016). En el 2015, Diemer et al. examinaron los datos de la American College Health

Association National College Health Assessment II, siendo estas encuestas completadas por 289.024 estudiantes de 233 universidades de EE. UU. Incluyendo la pregunta “¿Cuál es su género?” Con las opciones de respuesta “femenino”, “masculino” y “transgénero”. La proporción de estudiantes que se identificaron como trans en la muestra basada en la universidad fue menor a la proporción obtenida en la escuela secundaria. Esto podría reflejar cómo el estigma previo y la discriminación en el entorno escolar dificultan que los jóvenes transgénero asistan a la universidad y, por lo tanto, las muestras universitarias no reflejan con exactitud distribución de población joven en edad universitaria (Graham et al., 2014).

El principal obstáculo de las investigaciones es la construcción multidimensional de la identidad de género en un cuestionario. Evaluar con precisión, surge a medida que se realizan esfuerzos para recopilar datos de la población en cuestión (Conron, Landers, Reisner & Sell, 2014). Incluir información en el registro médico electrónico sobre la orientación sexual y la identidad de género, en las instituciones de salud, facilitaría no solo la investigación necesaria sobre los resultados de salud para los jóvenes pertenecientes a minorías de género, sino que también permitiría una mayor información para la atención clínica (Connolly et al., 2016). En un estudio realizado en EE UU se encontró que el estigma social se asoció positivamente con la angustia psicológica, así como encontraron que la autoaceptación, el orgullo de identidad y el apoyo entre pares actúan como factores protectores que moderan la relación entre sentir estigma y angustia psicológica según se halló en una muestra diversa geográficamente en ese país (Bockting et al., 2013).

### 3.1.3. Legislación

En todas las regiones hay personas que sufren violencia o discriminación debido a su orientación sexual o identidad de género poniendo a las personas en situación de riesgo, vulnerando sus derechos (Carrol & Mendos, 2017). Son 72 los países con leyes utilizadas para criminalizar a las personas por su orientación sexual o identidad de género. La respuesta internacional a las violaciones de derechos humanos basadas en la orientación sexual y la identidad de género ha sido fragmentada e inconsistente. Los

órganos de tratados de derechos humanos han confirmado que los Estados tienen la obligación de proteger a todas las personas de la discriminación por razón de su orientación sexual o la identidad de género (en su Resolución 17/19 del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas en 2011). En particular, la Comisión Internacional de Juristas y el Servicio Internacional para los Derechos Humanos desarrolló en Indonesia en 2006 los *Principios de Yogyakarta*, sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. Los mismos constituyen una serie de principios jurídicos internacionales sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos a las violaciones basadas en la orientación sexual y la identidad de género, con el fin de una mayor claridad y coherencia a las obligaciones estatales en materia de derechos humanos. Establece que no deben desarrollarse en el sistema de salud abordajes sobre la población trans que consideren explícita o implícitamente la identidad de género como una enfermedad que debe ser curada, reivindicando así una perspectiva de derechos humanos y despatologizadora de estas identidades.

A nivel mundial, a partir de los años 70 se vienen sancionando leyes que reconoce el derecho a la identidad de la población trans, como ser Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982), Holanda (1985), Australia (1988), Turquía (1988), Nueva Zelanda (1995), Finlandia (2002), Sudáfrica (2003), Reino Unido (2005), España (2007), Bélgica (2007), Uruguay (2009) Portugal (2011), Argentina (2012) India (2014), México (2015), Colombia (2015), Perú (2016) y Bolivia (2016), entre otras. En algunos países la legislación exige el diagnóstico de disforia de género y tratamientos hormonales como paso previo al acceso de una identidad acorde con la identidad autopercibida. En los países en los que la legislación nacional no exige el diagnóstico de disforia de género ni hormonización previa, la persona se ve obligada a exponer su vida y justificar su trayectoria biográfica ante un grupo de especialistas a efectos de acceder a su derecho a la identidad, pasando por una comisión compuesta entre otros por técnicos de la salud, emitiendo estos un informe técnico favorable sobre la/el postulante, o iniciar un proceso judicial para lograr el reconocimiento de su identidad. A su vez, algunos países han comenzado a reconocer que la persona puede no identificarse con ningún género, como es el caso de Australia, Nueva Zelanda y Nepal (Sempol et al., 2016).

La Argentina, con la Ley 26.743 Identidad de Género, sancionada el 9 de mayo del 2012, está a la vanguardia en las leyes de igualdad de derechos a nivel mundial, ya que sólo exige la expresión de voluntad de la rectificación registral del sexo y el cambio de nombre de pila, cuando no coincida con su identidad de género, siempre que sea libre de su voluntad. En caso de menores de edad, a través de sus representantes legales y conformidad del menor, teniendo en cuenta la evolución de las capacidades y el interés superior del niño en concordancia con la Convención de Derechos del Niño. Esta Ley es la segunda de este tipo en la región, después de nuestro país vecino, Uruguay (Ley N° 18.620, 2009).

También se contempla en la ley el derecho de todas las personas trans a solicitar el acceso a tratamientos integrales hormonales así como las intervenciones quirúrgicas totales, incluida su genitalidad, quedando incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), asegurando así el acceso tanto en el sistema público como en el privado. Sin la necesidad de diagnóstico psicológico o psiquiátrico de ningún tipo, ni el requerimiento de autorizaciones judiciales, la legislación vuelve el cambio de nombre en un mero trámite administrativo, reconociendo a las/os usuarios del servicio de salud como sujetos autónomos, abandonando por completo el paradigma patologizador biomédico. En mayo del 2015 se realizó la reglamentación vía decreto (Decreto 903/2015) del artículo 11 de la Ley de Identidad de Género, especificándose las operaciones que son cubiertas entendiéndose a las intervenciones parciales o totales a todas aquellas que ayuden a adecuar el cuerpo a la identidad autopercebida así como los tratamientos hormonales para cambiar los caracteres secundarios. Luego se publicó la guía para equipos de salud, *Atención de la salud integral de la población Trans*, donde luego de una síntesis del marco normativo, se ofrece información específica para los equipos médicos a efectos de facilitar un abordaje integral de la población trans. La necesidad de formar y sensibilizar al personal de salud es el foco principal. De esta manera, las prestaciones públicas y privadas se adecuaron efectivamente y así la/el usuario evita la judicialización para lograr la prestación, situación que se venía dando desde la aprobación de la norma por el incumplimiento de los servicios sanitarios (Sempol et al., 2012)

La ley de identidad de género se concretó luego de algunos cambios legales impulsados por la comunidad LGBT en Argentina, generadas inicialmente por activistas

y organizaciones transgénero para promover sus derechos. Este debate generó un cambio de paradigma y un ámbito favorable propiciando una conciencia social de las cuestiones de diversidad sexual entre los responsables de las políticas y la sociedad en general. Como Aristegui et al., (2017) explican, la salud pública es un derecho básico y de libre acceso universal para todos en el territorio nacional, incluyendo residentes no permanentes y visitantes ocasionales, tal como dice la Constitución Nacional de Argentina, por lo que se infiere está acorde a lo que se promulga en la Ley de Identidad de Género.

En la primera investigación que se realizó en Argentina en el 2013 sobre el impacto de la Ley de Identidad de Género luego de su promulgación, donde se evalúa la implementación y el impacto en mujeres transgénero, se encontraron principalmente que los participantes percibieron, en general, cambios positivos. Se puede inferir un efecto de empoderamiento general en la comunidad (Aristegui et al., 2017) .

Las investigaciones de las disparidades en la calidad de la atención en la salud han revelado que están influenciadas por características individuales como género, raza, etnia, educación o ingresos entre otros factores, así como también han examinado el impacto de los marcos legales en la salud y sus beneficios (Clancy, Uchendu & Jones, 2014). Los factores externos como las condiciones políticas y las normas socioculturales pueden tener un impacto negativo en la salud de las personas produciendo un estrés crónico, basado en el modelo de estrés minoritario de Meyer (2003). Por todo esto, los cambios legales tienen un papel fundamental en la limitación de la discriminación, reducción de estigmatización y desmantelamiento de los prejuicios sociales teniendo un efecto positivo en la calidad de vida de las personas transgénero (Socias et al., 2014). La Ley de Identidad de Género Argentina es una herramienta para reducir la marginación y la exclusión como consecuencia de la transfobia sobre las personas transgénero. (Aristegui et al., 2017). El efecto empoderador y las mejoras logradas brindan información preliminar sobre la importancia de adoptar este tipo de política.

### 3.2. Psicología comunitaria y promoción de la salud

La psicología comunitaria es definida por Rappaport (1987) como la búsqueda de alternativas a las normas sociales establecidas, reconociendo así una orientación evidentemente social en la promoción de condiciones saludables de vida y un rol muy activo tanto al psicólogo, como al hombre en su comunidad (Buelga, 2007). Montero (1984) la define como la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los agobian y lograr cambios en esos ambientes y en su estructura social. Así, desde la psicología comunitaria, desarrollar o potenciar sistemas de ayuda natural representan uno de los recursos más valiosos y, por tanto, es donde toma relevancia el enfoque del empoderamiento.

En 1986, se celebró en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en la cual se emite el objetivo propuesto de "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud (Jané-Llopis, 2006).

La promoción de la salud, como indica la OMS (1986) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud. Su objetivo es alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social de un individuo o grupo y para ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Entonces, la salud ya no se percibe solo como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Por lo tanto, se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Los factores políticos, de esta manera, podrán intervenir a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud (OMS, 1986).

En julio de 1997, en Yakarta, Indonesia, se celebró la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, constituyendo un paso más en este sentido e incluyendo la salud sexual. Según la OMS (1997) para lograr y conservar la salud sexual, se debe respetar, proteger y cumplir los derechos sexuales de todas las personas. Así, se hace necesario abordar elementos psicológicos y sociales que puedan favorecer a un cambio de las actitudes relacionadas con la prevención de la salud sexual con énfasis en las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y el VIH/sida (Carvalho, 2008). En el documento elaborado en dicha conferencia, se promueve el entrenamiento y la práctica de los conocimientos de liderazgo en cada localidad, con el fin de apoyar las actividades de promoción de la salud. También, ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y preparación de informes de proyectos para mejorar el trabajo de planificación, ejecución y evaluación. (Budhwani et al., 2017).

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2018) define al promotor comunitario en salud como un actor social que promueve la participación comunitaria y supone la obtención de información y el consecuente fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención, desempeñando actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, por medio de acciones educativas, así como también contribuyen a la detección de la demanda oculta y a la especificación de la demanda espontánea, favoreciendo el acceso de la población a los servicios de salud, promoción social y construcción ciudadana.

En esta línea en un informe presentado en el 2017 por Fundación Huesped y el Instituto Germani (Universidad de Buenos Aires-CONICET) son los/as referentes de las organizaciones sociales, en tanto actores sociales como promotores de salud y derechos, los que conocen las dificultades que enfrenta la comunidad en la vida cotidiana, aportando su visión sobre accesibilidad y atención de la salud para la población LGBTI en los servicios llamados inclusivos o amigables en cinco regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.. En el mismo señalan que la búsqueda de la salud integral excede específicamente a las necesidades de salud, sino que incluye problemáticas generales de la población LGBTI, mas allá de las políticas llevadas a cabo desde las instancias sanitarias del Estado. Esta contribución está en sintonía con las recomendaciones de las prácticas de promoción de la salud, focalizadas no solo en lo

biomédico sino que se combine el abordaje promocional con las personas y sus experiencias en salud y cuidados fomentando la participación de los individuos (Carvalho, 2008).

### 3.2.1. Empoderamiento

El papel que desempeñan los factores protectores, como el *empoderamiento*, en la calidad de vida de una comunidad, han sido de gran interés y ha recibido gran atención creciente (Altman & Feighery, 2004). El empoderamiento como lo define Rappaport (1984) es un proceso, un mecanismo por el cual las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren dominio sobre sus vidas. De una manera más amplia, esta definición se basa en el entendimiento de que el empoderamiento está ecológicamente integrado, es un fenómeno dinámico y contextualizado. Es una construcción que vincula fortalezas y competencias individuales, con sistemas de ayuda naturales y comportamientos proactivos hacia cuestiones de política social y cambio. El empoderamiento es, entonces, un proceso mediante el cual los individuos adquieren dominio o control sobre sus propias vidas y participación democrática en la vida de su comunidad (Zimmerman, 1988).

Basado en un estudio de casos sobre una comunidad de mujeres en Honduras, Rowlands (1997) concluye que el empoderamiento no solo es un problema de las mujeres, sino un problema de clase, de raza, y una cuestión de género, de acuerdo con las diversas y cambiantes identidades que las personas tienen. Este autor conceptualiza el empoderamiento, basado en el establecimiento de relaciones sociales más democráticas y el impulso de poder compartido, que implicaría un significado distinto en cuanto a que no es “poder sobre” sino “poder para”, “poder con”, “poder desde dentro”. Esta conceptualización está alineada con la noción de empoderamiento de la educación de Freire (1997), que plantea algo similar cuando refiere a la relación educador-educando, como una diada al mismo nivel, situando al educador como persona que debe escuchar y hablar con el educando y no posicionarse desde arriba hacia abajo, infiriendo poder.



El empoderamiento es considerado fundamentalmente como una vía por la cual alcanzar el desarrollo y la transformación de las comunidades (Montero, 2006). Esta perspectiva entiende al sujeto como actor responsable de su propia conducta, como un participante activo y creador de ambientes que mejore su calidad de vida y su bienestar (Buelga, 2007). Por lo tanto, el empoderamiento no solo es la necesidad de adoptar una visión ecológica y potenciadora de recursos, sino que también es el derecho de las personas a ser diferentes. Al incorporar nuevos actores sociales, se incluye así, la noción de diversidad. Según Soler, Planas, Ciraso Calí y Ribot (2014), el incrementar el control de los recursos materiales y simbólicos, el empoderamiento fortalece la autonomía de las personas y de las comunidades, generando así un cambio social.

Por su parte, Zimmerman (2000) se focaliza en la relación entre resiliencia y empoderamiento, entendiéndolos como factores protectores. Define el empoderamiento como un proceso, una construcción de tipo comunitaria que sostiene crecimiento y desarrolla autoestima e identidad y, por otro lado, define la resiliencia como una característica más individual que se centra en la adaptación a los factores de riesgo, y es expresada por la capacidad de recuperarse de la adversidad.

### 3.2.2. Componentes del empoderamiento

Zimmerman (1995), como ya se ha referido, afirma que así como el empoderamiento es una construcción multinivel que se puede aplicar a organizaciones, comunidades y políticas sociales, el empoderamiento psicológico es la expresión de esta construcción a nivel individual de personas.

El empoderamiento psicológico opera a través de componentes intrapersonales, interaccionales y conductuales (Zimmerman & Zahiniser, 1991). El *componente intrapersonal*, refieren a la manera en que los individuos piensan sobre sí, incluyendo conceptos como control percibido, motivaciones para el control, autoeficacia y competencia percibida. Dentro de este marco, el control percibido se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella (Rotter, 1966). Bandura (1977) plantea con respecto a la motivación, que la percepción de su dominio sobre la tarea determinará sus expectativas de éxito, su persistencia en la

ejecución y la cantidad de esfuerzo invertido en dicha tarea. El saberse capaz de lograr lo propuesto y obtener un resultado positivo influirá en la motivación, como voluntad de realizar una conducta, que según las recompensas internas y externas regularán el comportamiento. La autoeficacia es entendida como la creencia, en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones (Bandura, 1977). En cuanto a la competencia percibida Wallston (1992) refiere que es la creencia acerca del control que un individuo dispone a través de su propio comportamiento sobre el entorno. El *componente interaccional* está relacionado a cómo las personas entienden y se relacionan con su entorno social y las características de esta interacción, abordando la capacidad para desarrollar una comprensión crítica de las fuerzas y el conocimiento de los recursos necesarios y los métodos para acceder a ellos para producir un cambio social (Kieffer, 1984; Zimmerman, 1995). El *componente conductual*, depende del contexto, y varía desde individuos que se ajustan a situaciones adversas y que no son maleables para hacer cambios, hasta individuos que trabajan en organizaciones voluntarias junto a otros para alterar la distribución de recursos de la comunidad (Zimmerman, 1995). En concordancia con Kieffer (1984), Zimmerman (1995) y Zimmerman y Zanhiser (1991), Speer (2000) explica que dentro del componente intrapersonal se encuentra el sentido personal de control y eficacia, así como dentro del componente interaccional el entendimiento intelectual de los individuos sobre el poder y el cambio social. Estos tipos de empoderamiento no siempre se presentan juntos, por ejemplo, las personas pueden sentirse empoderadas sin entender cómo actuar sobre ese sentimiento para hacer cambios en las condiciones de sus comunidades. De igual manera, las personas pueden tener una comprensión de los métodos necesarios para crear el cambio social, pero carecen de la sensación personal de eficacia necesaria para actuar en este entendimiento. Debido a esto, es que algunos estudios enfatizan la naturaleza interactiva del empoderamiento, mostrando que el grado de control que adquiere el individuo depende de las relaciones que le unen a los miembros de la comunidad (Christens, Peterson & Speer, 2011).

En esta línea, a partir de un estudio de entrevistas en profundidad a líderes locales en organizaciones civiles, ya en 1984, Kieffer había mencionado que el empoderamiento psicológico entre los activistas políticos, comprendía tres tipos de

elementos: eficacia percibida, autoestima y sentido de importancia causal. Zimmerman (1995) sobre la naturaleza individual del empoderamiento psicológico ha explicado tres supuestos subyacentes. Primero, toma diferentes formas para diferentes personas, las características de los individuos influirán en el proceso y el significado del empoderamiento psicológico. Segundo, varía según el contexto, ya que las configuraciones y los entornos en los que vive la gente modifican la forma que tomará el empoderamiento en esos contextos. Por último, varía con el tiempo como fenómeno fluido.

Para realizar un nuevo estudio sobre empoderamiento psicológico, Speer (2000), en una revisión bibliográfica de investigaciones llega a la conclusión de que la mayoría de las medidas de empoderamiento psicológico en la psicología comunitaria se han centrado en la participación ciudadana en contextos comunitarios. En este posterior estudio se encontró que las personas con mayores niveles de empoderamiento intrapersonal y empoderamiento interaccional, tienden a participar en actividades comunitarias con mayor frecuencia que las personas con niveles más bajos de empoderamiento psicológico. Estos hallazgos representan evidencia adicional que respalda la relación entre el empoderamiento psicológico y los comportamientos participativos en una comunidad como se articula en la concepto central de empoderamiento psicológico (Zimmerman, 1995).

En el empoderamiento convergen el sentimiento de control personal y el interés por la influencia social, el poder político y los derechos legales (Rappaport, 1987). Un esfuerzo consistente por ejercer cierto control sobre el entorno social. Son las acciones conductuales que llevan a los individuos a implicarse en organizaciones o actividades de la comunidad como las asociaciones de vecinos, sindicatos o grupos de autoayuda que dan cuenta de ello y que son representativas en este sentido (Buelga, 2007, Musitu & Buelga, 2004). El impacto de este tipo de comportamiento proactivo es un mayor sentido de competencia y de control personal y una disminución del sentimiento de alienación (Montero, 2004).

La participación ciudadana en organizaciones voluntarias es un contexto natural para estudiar el empoderamiento ya que brinda oportunidades para que el investigador examine la psicología de quienes desarrollan un sentido de eficacia en el contexto de un entorno social y político (Zimmerman & Rappaport, 1988). Dada la naturaleza

contextual del fenómeno del empoderamiento, las medidas globales pueden no ser apropiadas y la mayoría de las medidas se han centralizado en la participación ciudadana en contextos humanitarios (Peterson, Lowe, Hughey, Reid, Zimmerman & Speer, 2006). Algunos autores, como Zimmerman y Zahiniser (1991) han tratado de dar respuesta a esto, desarrollando instrumentos como la Escala de Control Sociopolítico (SPCS), que mide el componente intrapersonal del empoderamiento, al evaluar las creencias de los individuos sobre sus capacidades en los sistemas sociales y políticos.

### 3.2.3. Empoderamiento y población trans

Las personas transgénero pueden experimentar altos niveles de estigma social y violencia contra ellas, por lo que necesitan desarrollar estrategias psicológicas funcionales para contrarrestar los efectos negativos de la opresión (Aristegui et al, 2017; Zeeman, Aranda, Sherriff, & Cocking, 2017). Dentro de las diversas perspectivas acerca de cómo abordar la estigmatización, Oyserman y Swim (2001) proponen dos modelos para dar cuenta de las consecuencias de la adopción de estas estrategias de protección y desarrollo de la resiliencia. El primer modelo es el de afrontamiento. Los modelos de afrontamiento proponen que los individuos estigmatizados adopten estrategias para hacer frente al estigma para evitar sus efectos nocivos sobre la autoestima y la autoeficacia, adoptando una perspectiva de prevención (Corrigan & Watson, 2002). Las personas buscan activamente evitar consecuencias negativas en lugar de crear las positivas, por lo que es un proceso agotador de reposición. El segundo modelo es de empoderamiento. Los individuos estigmatizados ya no como objetos pasivos de prejuicios que se enfocan solo en evitar resultados negativos, sino más bien como participantes activos en la sociedad que buscan entender su mundo social y crear resultados positivos y un proceso de enriquecimiento (Shih, 2004).

Según Meyer (2003) el estigma experimentado por los miembros de los grupos de minorías de género es visto como un estresor crónico e indicó que por ello, los mismos, recurren a recursos personales y grupales para hacer frente al estigma y al estrés de las minorías (Aristegui et al., 2017). Este modelo ha sido estudiado para el

desarrollo de la resiliencia como recurso personal (Austin & Craig, 2015). La resiliencia de las personas se pueden usar para moderar los efectos del estrés y para promover el ajuste social, recurriendo a los recursos internos de un individuo (Harvey, 2007) El vínculo con otras personas de la comunidades transgénero parece ser efectiva para reducir los resultados negativos de la transfobia social e internalizada (Amodeo, Picariello, Valerio & Scandurra, 2017; Aristegui et al., 2017)

En esta línea se han realizado estudios en base a la teoría del empoderamiento dirigido a la población trans. Algunos de ellos, como Life Skills realizan intervenciones basada en dicha teoría. Una de ellas está dirigida específicamente a mujeres trans jóvenes para la reducción del riesgo sexual, por ser la subpoblación con mayor tasa de incidencia de VIH en los Estados Unidos (Kuhns, Mimiaga, Reisner, Biello & Garófalo, 2017). En otro estudio sobre empoderamiento en jóvenes LGBT, realizado en Italia, particularmente contra la violencia que jóvenes transgénero experimentaron en episodios transfóbicos, se señala la importancia de identificar una metodología capaz de actuar en esas dimensiones (Amodeo et al., 2017). La intervención utilizada en esta investigación fue un enfoque metodológico basado en el empoderamiento, que tenía como objetivo mejorar la resiliencia. En él se ha observado que los programas de empoderamiento realizados con un enfoque afirmativo por profesionales de la salud pueden ayudar a las personas transgénero a desarrollar y/o mejorar las estrategias de resiliencia funcional (Amodeo et al., 2017).

En la Argentina, la situación de los derechos humanos de las personas travestis y transgénero, a pesar de los avances normativos, siguen siendo objeto de discriminación en la salud, el trabajo, el acceso a la justicia, entre otros (Socias et al., 2014). Las investigaciones en el país se desarrollan con la participación activa de la población trans, realizando las mismas "con" y no "en" (Reisner et al., 2016). Una investigación estadística realizada en el país da cuenta que la expectativa de vida de esta población es de 35 años en mujeres trans en la Argentina, por lo que se impone el abordaje de estos problemas (Berkins et al., 2007). El activismo en la comunidad transgénero se convierte así en un recurso para avanzar, identificándose con un colectivo y luchando por los derechos del mismo, desarrollando un sentido de autocompetencia y generando un fuerte compromiso personal y social. La Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires (2018) instituyó por este compromiso el 18 de marzo el Día de la Promoción de los

Derechos de las personas trans (INADI, 2018). Este activismo a su vez, les permite alcanzar un nuevo estatus social en cuanto a la posibilidad de un trabajo formal reconocido por la sociedad, como lo es un funcionario político en las organizaciones gubernamentales, generando así su inclusión social (Aristegui et al., 2017). El empoderamiento está positivamente asociado con la participación en actividades comunitarias, lo que puede considerarse como un indicador de bienestar social (Christens, Peterson & Speer, 2011).

Por lo dicho aquí es que se espera en este estudio indagar y describir las percepciones y experiencias acerca del empoderamiento en promotores/as de salud trans, en tanto activistas en la comunidad trans, determinando tanto sus componentes como las posibles diferencias según género y edad. Así como también las diferencias percibidas antes y después de la Ley de Identidad de Género.

#### **4. Metodología**

##### 4.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo cualitativo descriptivo.

##### 4.2. Participantes

Los participantes fueron ocho personas trans, cuatro hombres trans y cuatro mujeres trans. Las mismas se seleccionaron según los siguientes criterios de inclusión: 1) personas que se autoidentifiquen como hombres y mujeres. 2) que sean divididos en dos grupos de edad, jóvenes en la década de los 20 años y adultos en la década de los 40 años. 3) que sean promotores/as de salud derechos trans pertenecientes a una organización de la sociedad civil dirigida a población trans.

##### 4.3. Instrumento

Se realizaron entrevistas semi estructuradas mediante un cuestionario diseñado ad hoc de acuerdo a los ejes a desarrollar abordando los diferentes aspecto del empoderamiento. Los ejes que se tuvieron en cuenta para las entrevistas fueron los mismos para todos los participantes: El concepto empoderamiento; Percepción de control personal sobre su vida; Autoeficacia percibida; Acción participativa; Factores

influyentes ( edad, género, implementación de la Ley de Identidad de género). Las preguntas se detallan en el anexo A.

#### 4.4. Procedimiento

Se llevaron a cabo ocho entrevistas (duración aproximada de 45 a 60 minutos cada una) en la Ciudad de Bs As, en un ámbito privado y de modo individual para resguardar la confidencialidad de los/las participantes. Luego de la firma del consentimiento informado las entrevistas fueron grabadas. Luego terminada cada una de ellas se procedió a la transcripción del material grabado, para su posterior análisis.

### 5. Desarrollo

Con el propósito de responder a los objetivos planteados, se trabajó a partir de las entrevistas realizadas correspondientes a cuatro promotores y cuatro promotoras trans de salud y derechos, dividiéndolos en franjas etarias. Por ello llamaremos a las promotoras de edad comprendida en la década de los 20 años, *Mujer Joven* (MJ) y a las comprendidas en la década de los 40 años, *Mujer Adulta* (MA). Los promotores, divididos de igual modo, se los denominará *Hombre Joven* (HJ) y *Hombre Adulto* (HA) respectivamente ya que todos los participantes son promotores/as de salud trans. Se utilizarán fragmentos de las entrevistas semiestructuradas para dar cuenta de los objetivos a desarrollar.

5.1 Indagar que entienden por el concepto de empoderamiento los/las promotores/as de salud y derechos.

Cuando se preguntó a los participantes acerca del concepto del empoderamiento, sus respuestas fueron en su mayoría positivas. A continuación se detalla lo que entienden por empoderamiento los ocho promotores/as de salud.

Comenzando por HJ, explica que “Son herramientas que te van a ayudar a fortalecerte para hacerte fuerte y valiente. Para defenderte, y defender a mis pares”. coincidiendo con lo afirmado por Rappaport (1981) en cuanto a que las personas no son solo ciudadanos con derechos que deben ser defendidos por un agente externo sino que

son seres humanos integrales con necesidades y derechos, siendo capaces de tomar el control de sus propias vidas, en esa misma línea HJ agrega “ Por qué nunca te enseñan a defenderte por vos mismo siempre te dicen que te va ayudar otro. Y en realidad somos nosotros mismos los que nos tenemos que defender, para ayudarte a vos y poder ayudar a los demás. Yo pienso que el empoderamiento te da independencia, te da fuerza para no bajar los brazos”. Por su parte HA relató que “ El empoderamiento es lo principal, es lo fundamental para mí, porque es pelear por nuestros derechos, estar informados y luchar por nuestros derechos continuamente. pelear con todo, llegar con todo” . Tal como postula Zimmerman (1995) para muchas personas es más beneficioso luchar por sus derechos participando activamente con los demás que esperar pasivamente la acción política.

Para la mayoría de los participantes los derechos y la promoción de la salud son conceptos íntimamente ligados al empoderamiento como relata MJ, “El empoderamiento para mí es hoy ser promotora de salud y derechos... tener conocimiento sobre la salud. Yo antes, como trabajadora sexual, no tenía conocimientos de los peligros que corríamos por no usar profilácticos o estar parada en una esquina tomando frío. El tener conocimiento en cuanto a la existencia de la identidad de género y de los otros derechos, el acceso a la salud integral como personas trans, eso es empoderamiento” . Como se ha referenciado en el marco teórico, el empoderamiento surge desde la psicología comunitaria (Rappaport, 1981), siendo los promotores de salud los que se desempeñan como actores sociales promotores de la participación comunitaria en salud para la obtención de información y el consecuente fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención (Ministerio de Salud de la Nación, 2018). Al respecto MA afirma “Yo creo que la promoción de salud, todo esto de ir transmitiendo los derechos, los cuidados de la salud, lo que nosotras transmitimos es eso, para que tengan otras perspectivas, para empoderarlas”, como es analizado en la Carta de Otawa (1986) en cuanto a que el concepto de la salud trasciende la forma de vida sana y al sector sanitario exclusivamente, sino que ha sido señalado como una de las vías fundamentales para el desarrollo y la transformación de las comunidades (Montero, 2003).

En tal sentido MA, describe una vivencia de su tarea diaria “Desde que tengo más información a mi, como promotora ya no me atropellan... como me pasó en el



hospital (un hospital público en CABA) el otro día con una chica trans, que el médico decía que no era una chica trans sino que era un homosexual a la persona que acompañó a la chica... Entonces yo entré, porque estaba esperando afuera del consultorio, y hablé con el médico y le dije que había una Ley de Identidad de Género y que como profesional no podía tratarla así, que su nombre era Bianca y que no era un homosexual. El médico me escuchó y me miró muy enojado pero no me pudo decir nada y la tuvo que atender con su nombre. Ahí me sentí empoderada”. Esta situación descripta representa un proceso potenciador no solo a nivel individual en cuanto al dominio asertivo de la misma, sino en cuanto a sus pares. Desde distintos niveles, específicamente desde un nivel individual a uno comunitario como proceso de empoderamiento (Musitu & Buelga, 2004).

Para HA “ La experiencia entre pares para ser promotor de salud es muy gratificante todos los días aprendés de las compañeras. Ser promotor de salud fue sin proponérmelo pero a la vez, a medida que me fui capacitando y fui entendiendo, no podía dejar de serlo”, que coincide con lo que indica la OMS (1986) en cuanto a que la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen, proporcionando el empoderamiento para la salud del individuo y de la comunidad. Y continúa: “El empoderamiento que tienen las mujeres trans en todos los ámbitos, en el escenario de una charla o en una capacitación cuando las escuchas, con las experiencias de vida que tuvieron, con las situaciones que pasaron, te transmiten ese empoderamiento y te guían para los que estamos en este proceso de aprender día a día , es muy gratificante escuchar a las compañeras empoderadas”. Los hombres trans entrevistados mencionan como parte de su empoderamiento la observación a las compañeras de organizaciones mediante el cual se produce el aprendizaje vicario (Bandura, 1977). Además la ayuda mutua es hasta más beneficiosa para mejorar su bienestar, que una ayuda profesional que desde una posición externa intenta satisfacer sus necesidades tal como refiere Zimmerman (1995).

Zimmerman (2000) y Rappaport (1988) afirman que el empoderamiento es un constructo que relaciona fortalezas individuales y capacidades, en tanto competencias, de los sistemas naturales de ayuda y conductas proactivas para el cambio social y de la política social. Y lo reafirma HJ cuando expresa “ Para mí el empoderamiento es que

pude hablar desde con un ministro hasta con mi madre y hacerles entender que nosotros no somos otra cosa que seres humanos que tenemos los mismos derechos que todos y todas. Poder sentarme a debatir. A quererme a mí mismo, porque yo sé de lo que estoy hablando y cuando uno sabe de lo que está hablando no te pasan por encima, yo creo que el empoderamiento es la herramienta número uno”. En sus relatos utilizan el término empoderar, empoderado/a o empoderamiento en relación a los derechos y la salud para el mejoramiento de la calidad de vida de manera familiar y descriptiva, como términos positivos cotidianos. En diferentes programas la teoría de empoderamiento es utilizado como estrategia de intervención para promover ambientes y comportamientos saludables (Altman & Feighery, 2004).

En las distintas entrevistas, como lo describieron anteriormente, los participantes valoran la actividad realizada como promotores/as al proceso de empoderamiento tal como lo describe MJ “ Ser promotora de salud...el activismo me hace sentir empoderada... el tener voz y voto...Hablar por compañeras de mi misma edad que no se animan a defender sus derechos. Motivarlas a que no se intimiden... cuando las acompaño directamente a una fiscalía, porque en la comisaría te maltratan...Y tener ideas, decirlas, ser escuchada y hacerlas, me hacen sentir empoderada”. Desde el acompañamiento entre pares es que se debe tratar de analizar, explicar y fomentar estos procesos, entendiéndolo como un mecanismo activo, vinculando el conjunto de condiciones personales y sociales que hacen posible la participación con el bienestar de las personas (Buelga, 2007).

La mayoría destaca la capacitación como una de las principales fuentes de empoderamiento. Al respecto HA cuenta; “Estar empoderado es tener información y capacitación. Considero que la falta de información o la ignorancia de las cosas es lo peor ...es importante que sepamos los derechos informarnos de todo y pedir como corresponde. Es importante en el ámbito de lo social, en el trabajo.... en todos los ámbitos. No nos saben tratar cuando vas hacer un trámite... para eso es importante estar empoderado”. HJ, en esta misma línea expresa que el empoderamiento es; “ ...cuando voy hablar con un médico y me piden certificado yo les digo –“ no, usted no me puede pedir un certificado, no me puede tratar así, no me puede discriminar... yo acá tengo el protocolo del Ministerio...”. Estos temas que emergen recurrentemente en las entrevistas refieren tanto a como las personas trans pueden aprovechar los recursos

internos y externos para aumentar sus estrategias de empoderamiento (Amodeo et al., 2017) y como se impone la intervención en la capacitación de los profesionales de la salud y la sociedad toda para disminuir el estigma estratificado para lograr el concomitante empoderamiento de la población trans.

Por último MA dice “Para mí el empoderamiento es como tener conciencia de nuestros derechos. Es tener un conocimiento, un aprendizaje de lo que son nuestros derechos. Estar fortalecidas desde un discurso... desde saber la ley que nos ampara, que tenemos derechos y hacerlos valer. Estar empoderada es hacer valer nuestros derechos”. Como fue descrito por Rappaport (1984) el empoderamiento podría energizar y orientar las políticas sociales de salud mental como concepto combinado con el estudio de los sistemas de ayuda naturales. Como modelo de política en el campo de la intervención social y comunitaria.

5.1.2 Identificar y describir los diferentes componentes (sentido de control, autoeficacia, participación social) en las experiencias de empoderamiento de los/las promotores/as de salud y derechos.

Luego del desarrollo del concepto del empoderamiento a un nivel más amplio, a nivel individual se refiere a la potenciación psicológica, denominado empoderamiento psicológico por Zimmerman (2000) tal como fue referenciado. En él se incluye creencias acerca del sentido de control, autoeficacia y su participación social, como componentes intrapersonal e interpersonal respectivamente (Speer, 2000).

Comenzando por el sentido de control, MJ describe que es “ El haber decidido ser lo que quiero ser...Antes no sabía como ser lo que soy...Entonces ahora siento que mi vida es mia, que yo soy lo que soy....el año pasado dejé la calle, para mí la prostitución es violencia y muerte ”. Como lo detallan los participantes en sus entrevistas, el empoderamiento psicológico implica la determinación individual de cada uno sobre su propia vida y de ahí el sentimiento de control personal (Musitu & Buelga, 2004). Conforme a ello HA relata que percibió el sentido de control de su vida “... cuando pude decir quién era. Cómo decir quién era yo...ni yo mismo entendía y sabía quién era. Para el hombre trans fue muy difícil porque había menos información y menos visibilización. Falta mucho aún, aunque ahora ponés la palabra trans en Google y

te aparece en cualquier lado...Entonces hoy se puede hablar de identidad, de orientación, de construcción de género. Creo que todo eso fue haciendo al control de mi vida". En los relatos en general aparecen la construcción y aceptación de identidad como parte del sentido de control, siendo en el caso de los hombres la posibilidad del reconocimiento de la identidad, mientras que para las mujeres ese control llega luego de dejar el trabajo sexual y tener un trabajo formal como en el caso de MA en donde expone que "Así como la construcción de identidad de género no me modificó la percepción del control de mi vida, porque solo me sirvió para poder ser trabajadora sexual, ser promotora de salud y adquirir conocimientos sí me dio el sentir del control de mi vida...Yo antes ante una situación como la que me sucedió en el hospital (hospital público de CABA) de que no quisieran atender a mi compañera por su nombre, hubiese hecho un escándalo no me hubiese sentido con el control de manejar esa situación y manejar mi bronca". En esta situación MA pudo regular su emoción ante el sentido de control que le otorgaba el amparo legal respecto a la identidad de género autopercibida. Lo importante en sí no es tener control y dominio sobre el entorno, el ambiente o los recursos, sino saber cómo acceder a éstos, cómo utilizarlos para tener capacidad para influir y controlar sus vidas (Musitu & Buelga, 2004).

En esta línea MJ describe que "...cuando pude empezar a salir sin miedo. El control de mi vida no lo sentí apenas hice mi construcción de identidad porque tenía miedo de que mi familia no me acepte como soy. Entonces decidí no regresar a mi provincia, para que no me vean y me vine a Buenos Aires... Cuando llegue volví a ser trabajadora sexual de nuevo. Era lo único que sabía hacer, no sabía de la existencia de las asociaciones que defienden nuestros derechos. Yo tenía mucho miedo de salir a la calle, del que dirá la gente, si me iban a mirar. Hasta que un día, luego de ir a algunas reuniones en la organización que te digo, me empecé a animar a salir con mi amiga al banco. Ella decía -"¿Viste que nadie nos mira? Que nadie dice "ahí va el trava"-... Y de a poco empecé a salir". En el relato de MJ y en concordancia con las demás entrevistas, se puede observar que la identidad de género autopercibida aceptada por la propia persona, el entorno familiar y el entorno social, infieren en el sentido de control de sus vidas (Amodeo et al., 2017). En ese sentido HJ coincide relatando que "Cuando te reconoces a vos mismo y te podés nombrar a vos mismo. Desde ahí sentí el control de mi vida... identificarse con un concepto, porque aunque no tuviera el DNI yo sé que soy

trans igual”. La autoaceptación y la aceptación del contexto resulta como una herramienta para enfrentar la estigmatización, la cual ayuda a evitar situaciones de autoexclusión, aumentando la sensación de control que tienen sobre sus vidas (Aristegui et al., 2017). En diferentes relatos los temas se reiteran como cuando MA expresa que “...Sentí que me hice dueña de mi vida cuando me operé. Cuando me hice la reasignación de sexo, fue la libertad toda... a los 36 años. De jovencita ni siquiera lo soñaba. Recién lo pude imaginar cuando vi un programa de HBO donde había una chica que contaba que había sido operada y que la familia la apoyaba. ..nacé después de mi operación. Fue un antes y un después ... Y con el cambio de DNI. Son cosas que no tienen nombre...”. Poseer sentido de control personal es dotar de “poder para” empoderar a la persona con la idea de reevaluar su autoconcepto y de esta forma crear nuevas formas de ser y actuar (Rowland, 1997). Coincide también HJ mencionando que “ Me cambió la vida el poder ponerle nombre a lo que me pasaba, el tener avalado lo que me pasaba. No sólo el Estado, sino la gente que me rodeaba, entonces no era un loco que decía -Hola me llamo XXX-”. Si bien es importante el sentido de control personal, no menos importante es también la comprensión del entorno sociopolítico. La estigmatización como factor de riesgo, genera una pérdida del control de tu vida, la mayoría además no tiene el reconocimiento de su identidad por parte de su familia, como red primaria de apoyo con la que ha cortado la relación (Amodeo et al., 2017). En esta misma línea MA explica que decidió evitar que su familia la rechace, abandonando su ciudad de origen y que “Estaba todo el día vestida como mujer, pero si los tenía que ver me vestía de hombre. Hasta que me vine a vivir a Buenos Aires y no tuve más contacto con ellos”. El sentido de control desde esta perspectiva es entendido para lograr un determinado objetivo o para evitar una situación indeseable como convicción de que se puede influir en los resultados (Musitu & Buelga, 2004; Rotter, 1966). HJ coincide en tanto que “ No sentía el control de mí mismo antes ... fue cuando me pude llamar por mi propio nombre. Antes no me identificaba a mí mismo porque no sabía quién era. No quería estudiar, no quería tener una pareja, no quería hacer nada de mi vida, porque no me sentía parte de mí mismo”. En el mismo sentido que relata su experiencia HJ el asumir su identidad, permite tomar el control de su vida tal cual es (Aristegui et al., 2017). La capacidad de la persona para tomar decisiones y resolver por

sí misma problemas que afectan a su propia vida implica, por tanto, desde el empoderamiento psicológico, el desarrollo del sentido de control personal .

En cuanto a la autoeficacia la sensación de control personal por sí sola puede no ser suficiente para obligar a la persona a entrar en acción, también debe tener confianza en que la acción puede ser exitosa (Musitu & Buelga, 2004). Así lo refiere MJ en su relato; “Me siento autoeficaz cuando logro mis metas, como capacitarme y convencer a las chicas de dejar la prostitución. Entonces por ejemplo me fui a hacer un curso de informática en la AMIA, y como dieron cupo para cinco chicas trans, yo las convencí de que vinieran conmigo. Ahí nos trataron muy bien, nos enseñaron como armar un currículum, un Excel, un Power Point y presentarnos en un trabajo. Nos daban hasta merienda, todo gratuito.”, mientras exhibe en su celular el currículum realizado, exponiendo su logro con entusiasmo. La autoeficacia puede determinar en qué actividades participan las personas, cuánto esfuerzo gastarán para lograr las metas y cuánto tiempo perseverarán frente a la adversidad (Bandura, 1977). La mayoría desde su lugar de promoción de la salud, menciona sentirse autoeficáz en comunicarse y convocar a los compañeros/as como MJ, la cual relata que desde su función “ las incentivamos a tener una vida saludable, estable. Más allá de saber que estamos lejos de nuestras familias... O que no somos aceptadas la mayoría... que sepan que no están solas, les hacemos saber que para eso estamos si lo necesitan”. En los relatos se infiere que por el resultado obtenido con sus pares los promotores/as repiten las tareas. Esto aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia y en consecuencia la motivación por el dominio que perciben sobre la tarea. Esta expectativa de éxito es lo que produce la persistencia en la ejecución y el grado de esfuerzo invertido en la misma (Bandura, 1977). En tal sentido HJ cuenta que “inspirar a mis compañeros motiva, conmueve y cuando te conmueve te da ganas de hacer, porque cobra sentido. Convenzo a mis pares para lograr acceso, mediante la política pública a una vida mejor. Yo les cuento mi historia a mis compañeros para que vean que se puede lograr un montón de cosas. A mí no me boludean más en la vida con todo lo que aprendí... igual voy a seguir aprendiendo un montón”. En esta línea MJ relata que “Primero fui observando a mis compañeras, viendo lo que ellas hacían en cuanto a la población, ayudando a las compañeras que se acercaban, asesorándolas, entregando prevención y a la vez explicándoles que si no usaban protección se podían transmitir cualquier enfermedad”.

La experiencia vicaria también involucra las comparaciones sociales que el individuo realiza entre sus propias capacidades y las de los otros. Estas comparaciones pueden transformarse en poderosas influencias en el desarrollo de autopercepciones de eficacia, para enfrentar el estigma y generar sentimientos de bienestar (Aristegui et al., 2017). Los participantes como ya se ha detallado en los anteriores relatos, han utilizado como fuente de autoeficacia la experiencia vicaria, utilizada como herramienta para ser eficaz, observando a sus pares o contándoles sus historias. Como sostiene Bandura (1977) mediante la observación de los logros de otros, el individuo se compara y puede llegar a creer que puede poseer las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Y también MA coincide en esta dirección al relatar que “Un día me dije; si tenemos una ley identidad de género, si tengo amigas que están trabajando en distintos lugares ¿por qué yo no? Yo también puedo trabajar. Y ahí empecé a buscar y buscar hasta entrar acá. Entonces yo les digo a ellas que si yo pude ellas también van a poder”. Es importante señalar que cuando se habla de la autoeficacia se refiere a los juicios que uno tiene sobre lo que puede o no hacer con estos recursos y no a los recursos en sí (Bandura, 1977) por lo que estas comparaciones con sus pares juegan un papel fundamental en la percepción y desarrollo de la autoeficacia.

En su entrevista relata HA; “ Soy eficaz como promotor de salud. Yo tengo la suerte de tener este trabajo y de tener trabajo. La diferencia es que lo sos las 24 horas, con cualquier compañero que necesite ayuda en cualquier momento. No sólo tratamos de visibilizar nuestra población y nuestros derechos sino que ayudamos a los vecinos o en la calle, contando nuestras propias experiencias a cualquiera que lo necesite”. La percepción de autoeficacia en los promotores/as determinaría el esfuerzo necesario para lograr los objetivos deseados y del tiempo que se está dispuesto a mantener ese esfuerzo.

En otros casos el no sentirse autoeficaz no es excluyente del esfuerzo a invertir, como cuenta MA; “me cuesta ver en que soy eficaz...Hoy mi marido me lo marcó, me decía – “vos no te das cuenta lo que hacés... vos decís que la organización logró que 60 chicas estén en tratamiento y fuiste vos la que las convenció” - y yo creo que solo es porque tengo buena llegada con ellas”. Sin mencionar así mismo, su matrimonio al cual hizo referencia en otros momentos de la entrevista, como resultado de un objetivo deseado y sentimiento de autoeficacia, una persona puede estar realizando acciones,

percibiendo resultados empoderadores a nivel de sus sentimientos, y no percibirlos a nivel de hechos (Zimmerman, 2000). Esto adquiere particular relevancia en los casos en los cuales los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades (Bandura, 1977).

En relación a la participación social desde la perspectiva de los participantes a resultado de gran importancia en el proceso de empoderamiento psicológico, tal como lo refiere Rappaport (1981) en cuanto a los entornos de encuentro entre las personas. Cabe destacar algunas de las actividades que realizan como promotores/as para dar cuenta de ello. Como lo destaca HJ en su relato; “ Yo coordino provincia de Buenos Aires y me ocupo de empoderar a los chicos. Informar y preparar. Me ocupo más de las políticas públicas, más en lo que podemos conquistar y acceder, a un derecho como el trabajo y la salud. El año pasado me enfoqué mucho en el cupo municipal laboral trans, del 1% de la planta municipal, para que se genere en los municipios la adhesión al cupo laboral trans, porque cada municipio según la ley de cupo tiene la libertad de adherirse o no. Entonces yo voy reclutando chicos que me acompañan a pelear la adhesión. Fuimos y se aprobó en Mar del Plata, Campana, Azul, Chivilcoy, entre otros”. En coincidencia con lo relatado por los participantes, la participación social representa para la teoría del empoderamiento el mecanismo básico de adquisición de dominio y de control que se asocia con la posibilidad de influir en el entorno, como determinante empoderador.

Desde esta perspectiva, Zimmerman y Rappaport (1988) consideran que la participación proporciona oportunidades para aprender, perfeccionar y poner en práctica habilidades relacionadas con la toma de decisiones y la solución de problemas, tal como se refleja en las tareas realizadas por los promotores/as. Se verifica así en otro relato en el cual HJ narra; “ Soy el coordinador de la Ciudad de Buenos Aires de los chicos trans... Las chicas trans tienen más autoridad porque han movido una rueda que no se niega... Cada compañero que te cuenta que logró su tratamiento hormonal, que viene a la organización y cuenta que se siente cómodo porque uno lo acompañó... porque uno le dió algún dato en especial... Me hace sentir bien conmigo mismo y con los demás, sentir que vamos todos para un mismo lado, porque tenemos que ir juntos, es una gratificación incomparable. Es importante que los compañeros logren lo que vienen a buscar y que después transmitan eso mismo a otros porque esto es algo que se tiene que multiplicar. Tenemos que estar todos juntos para salir adelante. No nos tenemos que



olvidar en donde estuvimos”. Es en esta participación donde la mayoría se perciben fortalecidos y fortalecedores, en un proceso que va de lo individual a lo comunitario con gratificaciones y con muchos obstáculos que superar.

La participación se produce cuando los miembros de una institución o grupo a través de sus acciones ejercen poder en los procesos de la vida institucional por medio de sus acciones pero en la que se logra una posición crítica y consciente de las fuerzas sociales (Montero, 2004). En esta línea HA de la misma organización relata en cuanto a las mujeres trans que “El empoderamiento que tienen las compañeras y lo que vas aprendiendo cada día te va empoderando más. Es una experiencia muy gratificante escuchar y tenerlas, porque el empoderamiento que tienen ellas en todos los ámbitos, en un escenario, en una capacitación, cuando las escuchas con las experiencias de vida que tuvieron, con las situaciones que pasaron, te transmiten ese empoderamiento y te guían para los que estamos en este proceso de aprender día a día, es muy gratificante escuchar a las compañeras empoderadas”. En el relato de cada participante se reitera el concepto de empoderamiento, a modo de reafirmación, y de uso común en estos referentes, más aún cuando desarrollan sus participaciones sociales como activistas, referentes o promotores/as de salud y derechos.

El apoyo entre pares juega un papel central para todas las personas que pertenecen a cualquier grupo minoritario de género (Amodeo et al., 2017). Así mismo HA relata que por vivir con VIH se autodiscriminó excluyéndose de la vida social durante años y que la participación social desde el activismo fue; “ lo que me volvió a la vida...ser útil y ser parte de una organización... ayudar a todos los chicos... necesito transmitirles a mis compañeros que no cometan el mismo error que yo...” la ayuda mutua en el que se comparten experiencias, sentimientos o problemas comunes, no solo ayuda a reducir el aislamiento social al que este colectivo frecuentemente se ve expuesto sino también se convierte en una fuente valiosa de información que puede ayudarles a tomar decisiones y resolver problemas específicos de acceso a los derechos económicos, sociales y culturales (Zeeman et al., 2017). Tal es el caso de HJ que trabajó junto a otros en “ instalar culturalmente el 18 de marzo que es el Día de Promoción de los Derechos de las Personas Trans”. Esta entrevista fue realizada en noviembre del año 2017, a principios del 2018 la Legislatura de la Ciudad de Bs As, instituye el 18 de marzo como Día de la Promoción de los Derechos de las Personas Trans, en homenaje a

una activista destacada en su lucha en el año 2012 (INADI, 2018). La visibilidad pública, los medios de comunicación y el reconocimiento parece ser un recurso valioso para reducir el estigma y la discriminación, en las comunidades gay y trans. Esto colaboraría en desmantelar estereotipos y lograr cambios en las construcciones sociales y culturales (Aristegui et al., 2017).

La participación social de los promotores/as se replica dentro de las diferentes tareas que efectúan, tal como MJ ejemplifica, “Asesoramiento en documentación, en el acceso al tratamiento de hormonización, prevención, subsidio habitacional para las compañeras en situación de calle, ayudarles a buscar un parador, turnos en el hospital, acompañándolas en eso, o en el cambio registral” . Otra participante MJ dijo que “ Hago tarea de asistencia a la salud. Acompañarlas a las compañeras en estado de enfermedad, como tuberculosis, VIH...Ayudarlas me hace sentir bien al corazón... Cuando les conté a mi papá y mi mamá se pusieron muy orgullosos de mí”. Tal como se referenció, el activismo en la comunidad transgénero se infiere les permitió alcanzar un nuevo estatus social, una posibilidad de desarrollo, lograr un trabajo formal y reconocido por la sociedad, como un funcionario político en las organizaciones gubernamentales. convirtiéndose en un medio para ser respetado y escuchado, generando así la posibilidad de inclusión social (Aristegui et al., 2017).

MA describe su participación: “ Desde la organización nuestra tarea es la de contener a todas las chicas, asesorarlas, acompañarlas desde mis propias experiencias que me fueron empoderando....mi trabajo más importante en ellas es que entiendan la importancia de la salud y después empoderarnos en cuanto a los derechos... Vuelvo con el tema del estudio y el trabajo... que tengan metas, objetivos, que busquen , que no se queden. Que acá estamos y se puede...Donde las veo me siento al lado, voy y les hablo ...Que no sientan esa soledad que a veces sentí yo, que es tñ fuerte... entonces les agarró la mano y las llevo conmigo”. Desde los espacios institucionalizados se intenta fomentar y enriquecer la participación ciudadana para que los ciudadanos dispongan de más control sobre lo que ocurre en la esfera social. Esta favorece el desarrollo del empoderamiento con el sentido del control personal, el conocimiento crítico y el conocimiento de conductas que resultan apropiadas para alcanzar objetivos comunes, que se oponen al desarraigo personal y a la desintegración sociocultural (Musitu & Buelga, 2004; Zimmerman , 2000).

5.1.3. Determinar si existen diferencias en la percepción de empoderamiento antes y después de la implementación de la Ley de Identidad de Género para los/las promotores/as de salud y derechos.

Cuando se preguntó a los participantes si percibían diferencias acerca del empoderamiento antes y después de la implementación de la Ley de Identidad de Género, sus respuestas fueron mayormente positivas en sus relatos. HJ expresó que “ ¡Si! a mí esta ley me cambió la vida...veo la vida de otra manera, me enseñó que hay cosas que no se pueden comprar con plata... Y que colectivamente y organizados, luchar por un bien común, te hace trascender. Te empodera”. Se observa el reconocimiento a la lucha de pares como agente potencialmente empoderador por los resultados obtenidos para la comunidad. El vínculo con grupo de pares trans puede jugar un papel fundamental en el establecimiento de identidad positiva y en la mejora de estrategias de resiliencia y empoderamiento (Amodeo et al., 2017). La visibilidad como activistas a su vez los responsabiliza a reconocer y a actuar sobre las consecuencias negativas del estigma internalizado y el comportamiento discriminatorio de la comunidad (Aristegui et al., 2017). Como la mayoría de los entrevistados, cuenta MJ; “ La ley es algo muy grande... gracias a las compañeras que hicieron todo para que salga hoy en día tenemos acceso a la salud gratuita, a no poder ser discriminada en los centros de salud ...Y poder tener nuestra propia identidad de género en un DNI... nuestra propia construcción también por medio de los tratamientos hormonales y de las cirugías.... Antes nos teníamos que hormonizar solas, sin una endocrinóloga que nos indique cómo hacerlo y lo controle”. Tal como lo refieren los/las participantes antes de la Ley 26.743 (2012) la norma era la proliferación de tratamientos clandestinos para la transformación corporal, acentuando el estigma y la discriminación (Sempol et al., 2016). Este derecho en cuanto a los tratamientos integrales e intervenciones quirúrgicas totales y /o parciales han quedado reglamentadas por decreto (903/2015) e incluido en el Plan Médico Oblitario (PMO) como se ha referenciado, gracias a la lucha de activistas que monitorean y denuncian las dificultades y las trabas que padecen hasta el momento tal como mencionan en distintos momentos de las entrevistas. Tales acciones las expresan como parte de las experiencias empoderadoras. También en ese sentido relata HA que “ Antes para el sistema tenía una identidad con la cual no me identificaba. Me abrió

muchas puertas primero con lo del documento que expresa lo que yo soy... me hace sentir libre con el mismo acceso que tienen los demás, y eso ahora me empodera”. En general se menciona el reconocimiento legal, la aceptación social como una expresión de libertad, y la consecuente disminución de las consecuencias psicosociales del prejuicio y la estigmatización. (Oyserman & Swim, 2001).

Como reconocimiento del derecho a la identidad expresa HJ que, “La ley le marca el territorio a la sociedad, le dice hasta acá llegaste...No se resolvió la discriminación, ni los asesinatos. Pero sí ahora el Estado te reconoce como sujeto de derecho. Antes éramos un fantasma caminando por la sociedad...Una ley es lo más importante que tiene una sociedad. Nosotros tenemos la mejor ley de identidad de género del mundo”. La ley es valorada por los participantes y en otros estudios realizados en Argentina como la primera en reconocer la identidad de género de una persona sin condiciones previas, respetando los derechos humanos que reconoce nuestra propia Constitución Nacional en cuanto a que garantiza el derecho humano básico a la salud y a su acceso universal a la atención de salud pública para todos, incluso residentes no permanentes y visitantes ocasionales en el territorio nacional (Aristegui et al., 2017; Berkins et al., 2007; Socias et al., 2014)). De acuerdo a lo dicho afirma HA que “ Tenemos una población que logró una ley de identidad de género que es la mejor del mundo, que no patologiza, con un artículo reglamentado de la salud integral” . Y otro HJ agrega; “...eso le marca a la sociedad una ruptura, no es lo que decías vos psicólogo o psicóloga, médicos, psiquiatras e intereses religiosos... A mí la ley me hizo sentir un ser humano, que me reconozcan y me llamen por mi nombre”. Cuando los participantes refieren a la patologización, como experiencia alienante anterior a la promulgación de la ley, defienden la despatologización como experiencia empoderadora capaz de percibir el dominio de sus vidas, que reivindica su autonomía y deja de lado a los médicos, como anteriores productores de saber sobre cuerpos binarios (Missé & Coll-Planas, 2011). En coincidencia con esto reflexiona HJ al respecto que “ En todo cambió esa percepción, me siento empoderado porque no solamente es una ley que hace que el Estado me reconozca como soy, sino que son mis pares y la sociedad toda que va evolucionando”.

A pesar del derecho reconocido en la ley y que los estudios realizados en la Argentina luego de la implementación de la misma señalen una disminución de casos de

discriminación de las mujeres trans y travestis al sistema de salud (Fundación Huesped & ATTTA, 2014) los entrevistados como HJ indican que ... “ La ley argentina está pero hay amenaza de no cumplirla y hay que hacer valer los derechos. Por ejemplo nuestra ley es despatologizadora pero se están volviendo a pedir para operarte un certificado de diagnóstico de disforia., están pidiendo de volver a ir al psicólogo o acompañamiento de los padres con chicos mayores de 18 años”. Si bien la ley ha promovido el empoderamiento de las personas transgénero al ser facilitador y fortalecedor del acceso general a la atención de la salud integral, los promotores/as refieren constantes dificultades en torno al acceso para adquirir un turno adecuado, como de profesionales competentes y sensibles. Estos indican la falta de conocimiento y entrenamiento entre los profesionales y servidores públicos para la población trans a pesar del requerimiento (Aristegui et al., 2017; Austin, 2015). En concordancia con la situación anteriormente descrita otro entrevistado HA detalla; “...Yo fui y le toqué la puerta a la Dirección de Diversidad que se encarga de este tipo de problemas y te contestan que tengo que tener paciencia que es todo un cambio cultural... a lo que yo le contestó que no, que ellos son el órgano responsable de hacer cumplir la ley porque son ellos los que les tiene que exigir al hospital público que cumpla con la ley. No pueden pedir certificado médico, ni el DNI con cambio de nombre”. Como se deduce de los relatos, los promotores/as tienen pleno dominio del alcance de la nueva ley nacional en cuanto a que garantiza servicios de salud integrales, y el libre acceso a los mismos, pero también se desprende la necesidad que tienen de eliminar los patrones institucionales de discriminación y violencia de género (Berkins et al., 2007). El empoderamiento en los promotores/as se infiere en este tipo de relatos, así como también en los referidos a las fuerzas de seguridad ante las cuales ha permitido adquirir cierto control para actuar sobre su propio estigma internalizado y el comportamiento discriminatorio dentro de la comunidad (Aristegui et al., 2017) como describe MJ; “... me dio la posibilidad de tener mi DNI y dejar de tener miedo a la policía por ejemplo antes era muy maltratada por la policía, y ahora cuando lo intentan me paro de otra manera y les explico yo cuáles son mis derechos porque ellos todavía no lo tienen incorporado”.

Pese a los avances normativos, deconstruir la discriminación estructural continua siendo un obstáculo para el acceso a sus derechos adquiridos, infringiendo los Principios de Yogyakarta (2006), como se referenció en cuanto a las cuestiones de

orientación sexual e identidad de género tal como relata MJ “ Luego que salió la ley de identidad de género yo noto cambios en lo que es Capital Federal y provincia de Buenos Aires, pero no veo cambios en las provincias como Salta, Jujuy, Tucumán... es como si hubiese salido la ley pero no existiera. En Salta por ejemplo por solamente estar caminando a la noche vestida como vos querés te llevan detenida y te dejan ocho horas esperando hasta que ellos decidan que salgas”. Si bien se han registrado modificaciones importantes en relación a los derechos políticos y sociales, y los relatos coinciden en una mayor libertad de expresión en las calles, transportes públicos, en el ámbito de la educación o del trabajo (Aristegui et al., 2017). También manifiestan que falta visibilización y empoderamiento del colectivo luego de la implementación de la ley, así como la federalización de la misma, en cuanto a su advenimiento. Al respecto lo relata HA; “ Hace seis años que tenemos la ley y todavía hay personas que no saben cómo hacer su cambio de DNI, una rectificación de partida de nacimiento...Nos falta mucho a todos, por eso tenemos que seguir vicibilizándola”. Y también MA afirma que “No sentí grandes cambios luego de la ley, porque cambié mi DNI pero la sociedad no cambió del todo su trato y algunos te siguen tratando y discriminando como hombre cuando sos una mujer”. Tal como lo describen los participantes la implementación total de la ley experimenta resistencia en las provincias más conservadoras así como en los profesionales que también se resisten a los cambios o a la capacitación correspondiente. Para compensar estas deficiencias es necesario que los activistas, referentes de cada región continúen con el monitoreo para asegurar la aplicación de la ley en cada localidad (Aristegui et al., 2017).

MJ narra que “Los cambios internos hacen que me sienta empoderada. Porque son la seguridad de poder moverme y saber cómo se respetan mis derechos, conocerlos y si no los conocen yo se los voy a enseñar”. Para describir en una vivencia la percepción del antes y después de la ley en cuanto al empoderamiento, en tanto aumento de fortaleza y control de sus vidas cuenta MA que “ El otro día vi en una charla en un salón lleno de docentes a una mujer trans artista plástica con su hijito de siete años y yo pensaba... si lo de la ley hubiese sido antes a mí me hubiese gustado tener un hijo y ser madre. Ese es un cambio, porque antes yo tendría que haber escondido ese hijo para que no me lo quiten por degenerado... Hay presidentas de organizaciones que tuvieron que hacer eso para poder conservar a sus hijos a su lado, esconderlos durante años... Y ella

podía estar ahí, en primera fila con su hijo dándole una gaseosa y pensé; eso es un cambio. Eso fue muy emocionante” concluye llorando. El proceso de empoderamiento es diferente para cada persona ya que cada quien tiene una experiencia única y propia de la vida, así como hay cambios y aspectos que impulsan o inhiben el proceso del mismo (Rowland, 1997). En este caso se podría inferir que la implementación de una ley influye en el proceso y resultado de la percepción de empoderamiento en cuanto a la maternidad de una mujer trans.

La mayoría reconoce la visibilización que le otorga el marco de una ley, y la aceptación social que la misma implica. Si bien sigue siendo muy dispar las reacciones familiares, los participantes mencionan en algunos casos que la ley le permitió poner un nombre a los padres respecto de lo que eran sus hijos/as. Al respecto cuenta HJ que “para mis padres fue un alivio porque hasta la ley ellos no sabían que tenían, si un hijo o una hija, sabían que una nena no era, pero tampoco podían decir que tenían un hijo varón... Ahora sí”.

También refieren a los cambios respecto al trabajo y al cupo laboral como impacto de la ley. Más allá de estos promotores/as entrevistados, muchos de ellos ocupan actualmente un puesto en organizaciones gubernamentales que se centran en los derechos humanos o la diversidad sexual (Aristegui et al., 2017). Para HA “Es un proceso que va del empoderamiento interno al empoderamiento externo porque todo esto se ve reflejado en la sociedad...Todas las personas trans a partir de esta ley tenemos una herramienta muy valiosa...La posibilidad de tener por ley la felicidad de tener la identidad autopercebida. Y visibilizarla con las demás personas es muy gratificante en el día día”.

Estos relatos dan cuenta del efecto empoderador de la ley en cuanto a la dimensión colectiva, donde las personas trabajan conjuntamente para lograr un mayor impacto del que podrían ejercer individualmente (Rowland, 1997).

5.1.4 Determinar si existen diferencias en la percepción de empoderamiento según edad y género en los/las promotores/as de salud y derechos.

De acuerdo a los participantes, varios factores fueron relevantes en cuanto al empoderamiento según la edad. La mayoría mencionan la construcción de la identidad, la autoaceptación, la información general y visibilización de la sociedad, en cuanto a la diversidad, como temas centrales.

Tal como relata HJ que “Cuando era más joven yo sentía que mi voz no tenía valor...hubo un momento en que me empecé a meter para adentro, por qué para afuera hacía daño a los que tenía mi alrededor. Intentaba no ser tan masculino para no hacerles daño pero no me salía... Hoy tengo 29 años y soy un hombre y soy leído como tal, aunque eso también te coloca en una situación de categoría. Pero siento validez de mi palabra y lo que soy. Lo cierto es que yo no sabía que me podía nombrar como hombre con este cuerpo. Recién ahora puedo tener metas, porque era horrible vivir así. Yo llegué a mi identidad en el último respiro. Pero el empoderamiento mayor que siento es ese reconocimiento...reconocerme yo y que me reconozcan los demás”. La vulnerabilidad social puede conducir a una alta prevalencia de uso y abuso de sustancias, angustia psicológica e intentos de suicidio, así como mayor riesgo de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual ante la necesidad de cubrir las necesidades básicas participando de actividades de alto riesgo como el trabajo sexual (Reisner et al., 2016; Socias et al., 2014).

También en las entrevistas de participantes adultos como HA cuenta que “Cuando era más chico para mí era inalcanzable la construcción de mi identidad... A lo largo del tiempo con el pasar de los años me fui empoderando, capacitándome sobre eso”. De los relatos se puede inferir que asumir la identidad autopercebida les posibilita una construcción y dominio de sus vidas (Zimmerman, 2000). Para algunos estos procesos personales ocurren con la pérdida de los vínculos familiares, marginación en la escuela y en algunos casos alcanzar la situación extrema de no querer vivir más en edades más tempranas, teniendo en cuenta que asumen su identidad entre los 14 y 18 años (Berkins et al., 2007).

En sintonía con lo dicho anteriormente MJ cuenta que “Yo me di cuenta de mi identidad a los cinco años, cuando iba al jardín porque me atraía más las muñecas que los autos. Mi mamá cuando empecé a crecer me dijo que me iba a llevar a un psicólogo... En la secundaria empecé a sufrir bullying, pero pude terminar el secundario. Yo me tuve que ir de mi pueblo natal porque ahí ni se me hubiese ocurrido vestirme de



mujer. Las experiencias que me han empoderado fueron las de mis compañeras que ya no están conmigo, que Dios se las llevó... Yo las acompañaba al hospital... Cuando les diagnosticaban VIH o sífilis o tumores de colon... eran golpes duros. La edad con estas experiencias me hizo sentir empoderada en algunas cosas y en otras no. Creo que están más empoderadas las que son aceptadas y pueden quedarse dentro de su familia". También relata MJ que "La diferencia de cuando era más joven a ahora es que yo no conocía mis derechos. Me hubiese gustado empezar mi tratamiento hormonal a mis 18 años cuando salió la ley, me hubiese gustado terminar mi secundario con mi identidad trans en Salta y no terminarlo acá como lo estoy haciendo ahora, en un bachillerato popular trans". Como se ha referenciado en el marco teórico las personas transgénero sufren estigma y discriminación familiar, social e institucional desde temprana edad (OPS, 2013; Reisner et al., 2016).

El impacto de los marcos legales en la salud y el bienestar de una población han sido demostrado como influencia positiva (Clancy et al., 2014). Como MA lo describe, "Una historia que me marcó para ser promotora de salud fue una chiquita que estaba estudiando en el bachillerato popular trans, también de Salta, ella venía haciendo entrevistas de trabajo y un día llegó a mi casa y me dice "¡Conseguí trabajo!" y me acuerdo como ese día nos abrazamos, nos pusimos a llorar y yo me empecé a decir a mi misma ¡Se puede tener trabajo!. Me acuerdo que le dije llorando (mientras llora) -" Vos tuviste la oportunidad de tener trabajo que nosotras no tuvimos"- Entonces eso también te empodera, te da fuerzas para salir. Eso fue mi click para saber que yo podía luchar por un lugar de inclusión". De este modo se infiere que no solo es la apertura al acceso para la toma de decisiones sino incluir también procesos que permitan a la persona tener la capacidad de percibirse a si misma como apta para ocupar esos espacios de toma de decisiones, y así empoderar desde lo individual a lo colectivo (Rowland, 1997).

Otra participante MA cuenta que "Ayer hablaba con otra promotora de salud que tiene 24 años y estaba nerviosa porque tenía que dar un taller y yo le decía quédate tranquila y disfrutá, yo a tu edad era un hombre vestido de mujer y tenía que estar corriendo para que no me agarre la policía y me lleven presa, vos estás yendo a dar un taller de sensibilidad social y te llamas XXX".

Los participantes no son nativos de la ley de identidad de género argentina (2012), sin embargo al respecto afirman los beneficios de los cambios sociales como

consecuencia de la implementación de la misma en la promoción de los cambios individuales y sociales no solo por el amparo legal sino también por la visibilización y sensibilización de la sociedad percibiéndose en consecuencia más empoderados con el paso de los años.

HJ reconoce su identidad a partir de un programa de televisión en el 2011. “fue cuando apareció Alejandro en el reality show Gran Hermano, por qué yo no tenía concepto de lo que quería decir ser una persona trans y un varón trans, no existía para mí directamente... En la adolescencia me llevaron a ver médicos, mi papá no quería que me lleven al psicólogo porque entendía que no era algo malo lo que me pasaba”. Menciona que a partir de este conocimiento comienza no solo su construcción sino a ser activista, siendo tres de los cuatro participantes hombres los que mencionan este hecho televisivo como vislumbrador, tal como propone la OMS (1986) en cuanto la acción mediadora de los medios de comunicación entre otros para la promoción de la salud, ya que no se puede promover lo que se desconoce. Continúa con su relato HJ; “En educación física todavía no estaba la ley y yo decía que hasta que no hubiese algo que me ampare y me regule no iba a seguir los juegos normativos. Llegué a egresarme del secundario con mi nombre nuevo en el DNI porque se había salido la ley justo ese año. Yo había juntado firmas para la ley y había estado en el Congreso. Fui protagonista de esa conquista”.

En su mayoría las respuestas en cuanto al empoderamiento según la edad tanto los más jóvenes como los más adultos refieren un cambio muy marcado a partir de su construcción, ya que la percepción de su identidad en todos ellos se manifestó desde la primera infancia manifestado en la elección de juegos, así como en la pubertad con la identificación grupal. Es determinante la implementación de la ley en tal sentido ya que, como se ha referenciado, en todo el mundo por la discriminación y estigma social que padece esta comunidad, tiene poco acceso a la educación, empleo y vivienda (Bockting et al., 2013; Clancy et al, 2014).

Respecto a la percepción de empoderamiento según género la mayoría de los participantes han coincidido en que los hombres trans pasan más desapercibidos que las mujeres trans. Esto según los relatos generan mayor estigma y discriminación en ellas. Al respecto afirma HA que “... las chicas están más vulneradas, nosotros todavía no estamos tan visibles. A nivel laboral es muy distinta la imagen porque nosotros pasamos

más desapercibidos. Si no pasas una revisión médica o un cuil que todavía tenga el otro género no se dan cuenta en cambio las chicas si”. Coincide MA , relatando que “Nosotras aunque se nos vea bien siempre hay algo que se nota que nos delata que somos una chica trans, ya sea por la voz, la altura, el cuerpo los huesos más grandes...También tuvieron más oportunidades de insertarse en el estudio y en el trabajo”.

Como se ha referido en cuanto a la población trans en general, el sistema que sustenta la norma de la heteronormatividad hace que las vidas de esta población tenga que ajustarse a la misma para no quedar fuera (Butler, 1990). Y es aquí cuando entra la mirada del otro sobre la identidad de cada uno e interpela sobre lo masculino y femenino, por ello los promotores relatan que en muchas situaciones sociales o laborales si no es necesario no mencionan que son hombres trans. Con respecto a esta diferencia entre las mujeres y hombres trans HJ afirma que “A ellas les impusieron otras cosas, más duras y más marcadas que las nuestras. Nosotros apenas decimos que somos varones se nos abren las puertas, y va a estar todo bien. Y lo que pasaron ellas no tienen ni comparación con lo nuestro. Por eso no las para nadie. Somos iguales por transgredir esta sociedad eso tenemos en común. Y ahora nuestros derechos”.

Como se ha mencionado la población transgénero en general está muy marginada en muchos países y en Argentina, la disparidad regional del país en la diferencia entre géneros es más acentuada todavía, lo que promueve una expectativa de vida en la mujer trans de 35 años a comparación de los 79 años de las mujeres en la población general (Aristegui et al., 2017; Berkins et al., 2007).

En esta línea afirma MA que por lo dicho “Las chicas trans se prostituyen, están más expuestas, sufren más me parece el proceso de cambio. Los chicos trans los conocí recién dentro de las organizaciones antes no conocía ningún chico trans. A los chicos trans no los discriminan tanto, pasan más desapercibidos”.

Las mujeres trans a diferencia de los hombres trans sufren un mayor nivel de vulnerabilidad en cuanto a su acceso al ámbito laboral e inaccesibilidad a la vivienda, por lo que recurren al trabajo sexual para su supervivencia (Berkins et al., 2007; Socias et al., 2014). Esto describe una de las mayores diferencias en cuanto al empoderamiento según género ya que las mujeres trans quedan de esta manera sumidas en la marginalidad, violencia y precariedad de su salud y calidad de vida.

De acuerdo a ello expone HJ que “Mientras para nosotros es –“bienvenido al club de los campeones”-, para las mujeres es bajar de categoría. –“vos que naciste con ese pene te venís a convertir en mujer”-...A ellas se les cierran todas las puertas, serán castigadas de por vida. Esas son las diferencias que siento”. Los prejuicios y la discriminación experimentados a nivel individual e institucional están asociados con las expresiones de género no normativas de las personas trans, y en parte son responsables de la disparidad y los resultados negativos en la salud (Zeeman et al., 2017). Sin embargo, según los relatos esta desigualdad podría verse reforzada por la sufrida por la población femenina en general, en cuanto a la división sexual del trabajo, dicha binariedad no se origina en la biología, ni naturaleza, sino en el trabajo y explotación (Mathieu et al., 2005).

Ser capaz de ser reconocido por sus compañeros, familias, el contexto en general, así como tener acceso a donde no se sientan juzgados en función del género según las normas, serían fundamentales para la promoción del empoderamiento.

## **6. Conclusiones**

El objetivo del presente trabajo fue explorar y describir las diversas percepciones y experiencias acerca del empoderamiento en promotores/as de salud trans elegidos a partir de la experiencia realizada a través de la práctica profesional en una organización que trabaja en áreas de salud pública. Teniendo en cuenta que la población trans es altamente estigmatizada y que esto se asocia positivamente con distintos factores de riesgo (Aristegui et al., 2017; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2010; Corrigan & Watson, 2002; Reiner et al., Sempol et al., 2016; Socias et al., 2014), es que se identifica la necesidad de desarrollar factores protectores tales como el empoderamiento mediante el empoderamiento psicológico y la potenciación del mismo (Zimmerman, 2000). Por ello el recorte en promotores/as de salud, trabajadores/as en organizaciones sociales, entendiendo que se infiere en esa participación social activa la manera de crear resultados positivos y un proceso de enriquecimiento para contrarrestar la discriminación y desigualdad (Shih, 2004), desarrollando para si mismo y su comunidad dicho factor protector.

En línea con lo desarrollado anteriormente, la totalidad de los participantes mencionaron la ayuda al otro como mecanismo de empoderamiento en cuanto al

potencial empoderador que tiene el trabajar con otros en función de una meta común tal como postula Zimmerman (2000), y así desde estas actividades promover la salud y los derechos. Pero de los mismos se deduce tal como desarrolla este autor que las organizaciones también son proveedoras de oportunidades para ejercer el control sobre sus vidas, sin las cuales no se sentirían con la confianza de mejorar la vida comunitaria y las propias, destacando la capacitación e información suministradas por las mismas, por lo que son organizaciones empoderadoras.

En relación a los componentes del empoderamiento si bien la mayoría de los entrevistados coincide que el sentido de control de sus vidas es logrado a partir de la autoaceptación y aceptación del entorno respecto a su identidad autopercibida, es notable la diferencia por parte de las mujeres promotoras trans por la marginación social y laboral que padecieron y por el cual han ejercido el trabajo sexual como medida de supervivencia (Reisner et al., 2016) y en consecuencia no han percibido ese control hasta salir de este trabajo y sus peligros. El proceso y logro de ser promotoras de salud fue determinante para el abandono de tal actividad así como el cambio a comportamientos saludables y su concomitante empoderamiento.

En tanto a la percepción de autoeficacia, esta se liga con el sentido de control en cuanto a que los participantes reafirman que es en la ayuda a sus pares donde identifican su autoeficacia como pilar fundamental del empoderamiento. La participación social vinculada al interés por la influencia social real (Musitu & Buelga, 2004) en este mismo sentido colabora hacia la construcción de una comunidad empoderada. La interacción que se produce entre los componentes se da de igual modo en que se da la interacción entre el empoderamiento psicológico intrapersonal e interpersonal (Speer, 2000) así como entre el proceso y resultado del empoderamiento (Rappaport, 1984) en los cuales es difícil determinar donde termina uno y comienza el otro, en términos objetivos. Lo importante es que al desarrollar el conocimiento crítico y contar con mayores recursos a disposición desde los espacios institucionalizados los promotores/as se perciben más autoeficaces y con mayor sentido de control desde estas actividades de promoción de salud y derechos.

En tanto a la implementación de la Ley de Identidad de Género (2012) en cuanto al cambio de percepción del empoderamiento la mayoría afirma que esta ha venido a

dar visibilidad y la consecuente reducción del estigma y la discriminación, sobre todo en una cierta limitación a las fuerzas de seguridad y despatologización. Si bien todos coinciden en que falta mucho por delante en la sociedad en general y en los profesionales de la salud e instituciones en particular, por los que se deben realizar esfuerzos adicionales para garantizar los derechos adquiridos. Reconocen un empoderamiento interno para poder enfrentar y limitar las situaciones que se les presentan a ellos/as o a sus compañeros/as en los que ya una ley que los ampara reconociendo sus derechos, incrementando la inclusión social, el acceso a la salud integral y disminuyendo su autoexclusión como marco legislativo empoderador, aumentando la sensación de control del contexto (Aristegui et al., 2017).

Si bien los participantes son jóvenes de la década de los 20 años y adultos de la década de los 40 años todos coinciden en que más temprano o más tarde la construcción de su identidad es en donde han sentido la diferencia de empoderamiento según su edad. En su mayoría han percibido la misma desde los primeros juegos infantiles con otros en sus primeros años, por lo que han sufrido diversas experiencias negativas en las que no sentían dominio de sus vidas. Con las experiencias transitadas con el transcurso de los años pudieron alcanzar su expresión de género. El acceso que les permitió la ley anteriormente detallada ha sido un elemento bisagra para la consumación de la misma. También destacan que aquellos jóvenes que no son promotores/as de salud demuestran menor compromiso a diferencia de la población adulta trans en general. Con respecto al género tanto los hombres trans como las mujeres trans reconocen la mayor dificultad que tuvieron las últimas en su lucha e inserción en la sociedad, lo que ha determinado una expectativa de vida inferior a la del hombre trans y población general (Aristegui et al., 2017; Berkins et al., 2007). También es de destacar la percepción de discriminación ante la diferencia en la visibilización física de ambos sexos. La mayoría destaca como ventaja para los hombres trans una menor exposición que las mujeres trans, al tener resultados de los tratamientos hormonales y quirúrgicos más acordes a la heteronormatividad, en tanto es reconocido socialmente el género femenino y masculino como tal (Butler, 1990). A pesar de que son ellas las que sufren aún mayor estigmatización y discriminación por esto pareciera, ante la resiliencia desarrollada, aumentar la percepción de empoderamiento en ellas tras una mayor lucha y conocimiento por sus derechos (Amodeo et al., 2017). Según los promotores es por ello

que se encolumnan detrás de las mujeres en las acciones a realizar en el ámbito de la promoción de la salud. Por otro lado la falta de reconocimiento desde el aspecto físico de los hombres trans induce a estos a ocultar en muchas situaciones, sobre todo en las laborales, su condición conduciendo a un ocultamiento que disminuye la percepción de sentirse empoderado y de comunicar la existencia de los hombres trans en general. Los cuatro promotores expresaron desconocer la existencia del hombre trans como posibilidad de expresión de identidad de género hasta advertirlo en un programa de televisión.

Este trabajo posee las limitaciones inherentes a su naturaleza exploratoria, por lo que no es posible generalizar hacia la población trans en general, más aún cuando el recorte es de promotores/as de salud trans. Otra limitación es que dichos participantes son solo de Provincia de Buenos Aires y Área Metropolitana, no reflejando las demás provincias, sobre todo aquellas mencionadas por ellos como las más conservadoras y reticentes como las del norte del país. Hubiese sido interesante como estudio complementario a este, contar con el desarrollo del grupo focal iniciado en la organización civil por la institución con el que se inició la pasantía y que por cuestiones ajenas a la misma se fueron postergando, en donde se pretendía indagar acerca de estrategias para el empoderamiento en población trans y que luego también recortaron a promotores/as de salud.

Para el desarrollo de nuevas líneas de investigación sería de importancia contar con estudios longitudinales de la población trans (Bockting et al., 2013; Reisner et al., 2016) para examinar a través de las relaciones temporales sus características potenciadoras de empoderamiento. Estos estudios longitudinales serían de gran utilidad para indagar acerca de cómo impacta en el acceso a la salud, el trabajo formal y el desarrollo personal en esta población. Desde esta perspectiva sería interesante también investigar en cuanto empodera la participación comunitaria en el empoderamiento individual a través del tiempo. A partir de la información relevada en estas entrevistas sería de interés una mayor investigación acerca de las representaciones sociales en población general con respecto a los hombres trans en tanto ellos mismos desconocían dicha expresión de género como tal. Se infiere que las mujeres trans presentan mayor representación social y más estudios específicos al ser consideradas de mayor vulnerabilidad y riesgo particularmente al VIH (Aristegui et al., 2017) y por ello mayor

desarrollo en las intervenciones. Otras líneas de investigación podrían ser acerca de los promotores de salud que tampoco presentan estudios en la población en general siendo estos los agentes para fortalecer las comunidades como estrategia potenciadora de empoderamiento individual y colectiva ( MSAL, 2018).

Desde una perspectiva crítica un aspecto observado en la práctica es que si bien hay bibliografía disponible sobre técnicas para trabajar el empoderamiento, al momento de utilizarlas se recurre a otras como por ejemplo técnicas de afrontamiento. Se podría deducir por lo mencionado que las investigaciones sobre empoderamiento en población trans particularmente son casi inexistentes ya que, con igual metodología, mayormente son dirigidas a la mujer como población vulnerada de los mismos derechos que poseen los hombres (Mathieu, 2005). Serían de interés poder desarrollar intervenciones y programas específicos basados en esta teoría para potenciar esta comunidad. La institución donde se realizó la práctica tiene un funcionamiento innovador respecto a la población trans en general, trabajando mancomunadamente con promotores/as de salud de una organización civil en particular. Se deduce que al quedar sujetos a una sola organización para sus investigaciones, programas y protocolos, esto reduciría el campo de investigación y aplicación de recursos encontrados. Un aspecto que podría implementarse, siendo una institución dedicada a la salud pública desde la promoción y el control de enfermedades, que cuenta con psicólogos/as, es un posible mayor desarrollo del espacio terapéutico para sus usuarios con los que trabajan para sus investigaciones, para tener otros espacios de consulta y no solo centrado en lo médico, teniendo en cuenta que esta fundación es un referente para esta población. Los espacios terapéuticos ofrecidos son focalizados a las personas que conviven con VIH y de manera acotada.

Se propone como aporte personal la exploración de este trabajo pudiendo ser complementario para el estudio en desarrollo de la institución en la que se realizó la pasantía. El mismo podría ser también un puntapié de interés en futuras investigaciones en cuanto a los promotores de salud en población trans, teniendo en cuenta que es uno de los objetivos de la OMS (1986) la participación comunitaria y el desarrollo de aptitudes personales como agentes empoderadores como concepto amplio de la salud. También pensar la psicología no solo desde la aplicación en el espacio terapéutico sino



como profesional en la comunidad es, en mi condición de futura profesional, un resultado del presente trabajo. El psicólogo/a como un elemento capaz de promover las capacidades para empoderarse de una comunidad, para lograr ese dominio sobre sus vidas escatimado por una sociedad estigmatizadora a pesar de los avances.

Es fundamental reconocer y comprender los cambios sociales acerca de las identidades de género como futuros terapeutas, aceptar que somos todos diversos y ofrecer un espacio de diversidad consecuente.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Altman, D. G., & Feighery, E. C. (2004). Future directions for youth empowerment: Commentary on application of youth empowerment theory to tobacco control. *Heath Education and Behavior*. 31 (5), 641-647. doi:10.1177/1090198104268683
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ra ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ta ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta ed.). Washington DC: APA .
- Arístegui, I., Radusky, P.D., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O., (2017): Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446-456. doi: 10.1080/15532739.2017.1314796
- Arístegui, I., Radusky, P.D., Zalazar, V., & Sued O., (2017). Resources to cope with stigma related to HIV status, gender identity, and sexual orientation in gay men and transgender women. *Journal of Health Psychology* 1-12 doi: 10.1177/1359105317736782
- Amodeo, A.L., Picariello, S., Valerio, P., & Scandurra, C. (2017). Empowering transgender youths: Promoting resilience through a group training program. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 22 (1), 3-19. doi: 10.1080/19359705.2017.1361880
- Austin, A., & Craig, S. L. (2015). Transgender affirmative cognitive behavioral therapy:

- Clinical considerations and applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 21-29. doi: 10.1037/a0038642
- Bandura, A. (1977). Self Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral changes. *Psychological Review*. 84 (2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International Journal of Sexology*, 7, 12-14.
- Berkins, L., Hiller, R., Moreno, A., Mallimaci, A. & Berkins, L., editor. (2007) Cumbia, Copeteo Y Lágrimas: *Informe Nacional Sobre La Situación De Las Travestis, Transexuales Y Transgéneros* . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103 (5), 943–951. doi:10.2105/AJPH.2013.301241
- Bouman, W. P., Bauer, G. R., Richards, C., & Coleman, E. (2010). World professional association for transgender health consensus statement on considerations of the role of distress (criterion D) in the DSM diagnosis of gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12 (2), 100-106. doi: 10.1080/15532739.2010.513927
- Budhwani, H., Hearld, K. R., Milner, A. N., Mc Glaughlin, E., Charow, R., Rodriguez Lauzurique, R. M., Paulino Ramirez, R. (2017). Transgender women's drug use in the Dominican Republic. *Transgender Health*, 2 (1), 188–194. doi:10.1089/trgh.2017.0032
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil, *Psicología social y bienestar: una aproximación interdisciplinaria* 154-173. España: Universidad de Zaragoza.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*, (pp 172). New York: Routledge.
- Butler, J. (2007). *EL género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. (pp 255). Barcelona: Paidós.
- Carroll, A., & Mendos, L. R., (2017). Homofobia de Estado 2017: Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y

- reconocimiento (pp7-11). Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA).
- Carvalho, S. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4 (3), 335-347
- Chavis, D. M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18-55. doi: 10.1007/BF00922689
- Christens, B. D., Peterson, N. A., & Speer, P. W. (2011). Community participation and psychological empowerment: Testing reciprocal causality using a crosslagged panel design and latent constructs. *Health Education & Behavior*, 38 (4), 339-347. doi: 10.1177/1090198110372880
- Clancy, C. M., Uchendu, U. S., & Jones, K. T. (2014). Excellence and equality in health care. *American Journal of Public Health*, 104 (4), 527–528. doi: 10.2105/AJPH.2014.302217
- Coll-Planas, G., & Missé, M., (2010). *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, pp.20. Madrid-Barcelona, España: EGALES.
- Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C., & Joseph, C. L. M. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59, 489-495.
- Conron, K. J., Landers, S. J., Reisner, S. L., & Sell, R. L. (2014). Sex and gender in the US health surveillance system: A call to action. *American Journal of Public Health*, 104 (6), 970–976. doi: 10.2105/AJPH.2013.301831
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 35-53. doi:10.1093/clipsy/9.1.35
- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). Gender Identity, sexual orientation, and eating related pathology in a national sample of college students. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57 (2), 144–149. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.003
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., Mc Morris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman,

- E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(4), 521–526. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.04.014
- Fernández Rodríguez, M., Guerra, M. & García-Vega, E. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH: Un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (122), 317-335. doi: 10.4321/S0211-57352014000200006
- Freire P., (1997). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. (pp111-116 ). San Pablo: Paz e Terra.
- Foucault, M. (1976) *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*, México: Siglo XXI.
- Fundación Huesped & Asociación travestis, transexuales y transgénero Argentina (ATTTA), (2014). Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud personas trans en Argentina: ONUSIDA. Arístegui, I., Vázquez, M., Dorigo, A., Lucas M., (2012). Percepciones y experiencias sobre estigma y discriminación en poblaciones trans, HSH y usuarios de drogas. Buenos Aires: Fundación Huésped. doi:10.13140/RG.2.1.2803.0167
- Fundación Huesped & Instituto Gino Germani (Universidad de Buenos Aires/CONICET) (2017). Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual. Recuperado en <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/Informe-Salud-LGBT-PciaBsAs>
- Graham, L. F., Crissman, H. P., Tocco, J., Lopez, W. D., Snow, R. C., & Padilla, M. B. (2014). Navigating community institutions: Black transgender women's experiences in schools, the criminal justice system, and churches: Erratum. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 11(4), 363. doi: 10.1007/s13178-014-0152-y
- Hirschfeld, M. (1923). Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, unter besonder Berücksichtigung der Homosexualität*. 23, 3-27. Berlin: Alfred Pulvermacher & Company.

- Instituto de Medicina, (2011). La salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales: construir una base para un mejor entendimiento. Washington, DC. *The National Academies*. doi: 10.17226/13128
- Jané Llopis, E., (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention in Europe. *Journal of Public Mental Health*, 5 (1), 5-7. doi: 10.1108/17465729200600002
- Kieffer, C.H., (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 5 (3), 9–35. doi: 10.1300/J293v03n02\_03
- Kuhns, L.M., Mimiaga, M.J., Reisner, S.L., Biello, K., Garófalo, R., (2017) Project LifeSkills: a randomized controlled efficacy trial of a culturally tailored, empowerment-based, and group-delivered HIV prevention intervention for young transgender women: study protocol. *BMC Public Health* 17:713. doi:10.1186/s12889-017-4734-5
- Ley 26.743 Identidad de Género. B.O. 23 de Mayo 2012, Ciudad de Buenos Aires. Argentina. Recuperado en: [ms.gba.gov.ar](http://ms.gba.gov.ar)
- Mathieu, N.C., Guillaumin, C., Tabet, P., (2005). ¿Identidad sexual/sexuada/ de sexo? Tres modos de conceptualización de la relación entre sexo y género. En O. Curiel & J. Falquet, (comp.), *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas* (pp. 130-175) Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Meyer, I. H., (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674–697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- Ministerio de Salud (2018). Programa de promoción comunitaria. Recuperado en: <http://msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos/521-programa-promocion-comunitaria>
- Montero, M. (2004). El fortalecimiento de la comunidad, sus dificultades y alcances. *Intervención Psicosocial*. 13 (1) 5-19. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid Madrid, España.
- Montero, M. (2006). Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Musitu, G. & Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera & M. Montero (Eds), *Introducción a la Psicología*

- Comunitaria*, (pp. 167-195). Barcelona: UOC.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2011). Resolución 17/19, del Consejo de Derechos Humanos. Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1992). Trastornos mentales y del comportamiento, 10ª edición. (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS), (2010) Salud sexual, derechos humanos y la ley. pp 23-24. Editor: WHO Document production services, Geneva. Switzerland.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2013). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.
- Oyserman, D. & Swim, J. K. (2001). Stigma: An insider's view. *Journal of Social Issues*. 57 (1), 1-14. doi: 10.1111/0022-4537.00198
- Pons Rabasa, A., & Garosi, E., (2016). Trans. En Moreno H. & Alcántara, *Conceptos clave en los estudios de género*, (pp307-315) . México: UNAM-PUEG.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 2, 1-7.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment, exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology* 15, 121-128 doi:10.1007/BF00919275
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslou, S., Wolfrum, S., Shumer, D. & Mimiaga, M.J., (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *Journal Adolescent Health* 56 (3), 274-279. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.264
- Reisner, S. L., Biello, K. B., Hugto, J. M. W., Kuhns, L., Mayer, K. H., Garofalo, R., & Mimiaga, M. J. (2016). Psychiatric diagnoses and comorbidities in a diverse, multicity cohort of young transgender women: Baseline findings from project LifeSkills. *JAMA Pediatrics*, 170 (5), 481-486. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.0067
- Rotter, J. E. (1996). Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 56-67.

- Rowland, J. (1997) *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*, Oxford: Oxman.
- Sanz Caballero, S., (2014). El Tribunal Europeo De Derechos Humanos y su respuesta al reto de la transexualidad: historia de un cambio de criterio. *American University International Law Review* 29. (4), 831-868.
- Sempol, D., Calvo, M., Rocha, C., & Schenck, M., (2016). Corporalidades Trans y Abordaje Integral. El Caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Informe final Ministerio de Desarrollo Social Montevideo (MIDES), Uruguay.
- Shih, M. (2004). Positive stigma: Examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *Annals of the american academy of political and social science*, 591, 175-185. doi: 10.1177/0002716203260099
- Socías, M.E., Marshall, B.D.L, Aristegui, I., Zalazar, V., Romero, M., Sued, O., & Kerr, T., (2014) Towards Full Citizenship: Correlates of Engagement with the Gender Identity Law among Transwomen in Argentina. *PLoS ONE Edited by Chongyi Wei*, 9(8), e105402. doi: 10.1371/journal.pone.0105402
- Soler, P., Planas, A., Ciraso-Calí, A. & Ribot Horas, A., (2014). Empoderamiento en la comunidad. El diseño de un sistema abierto de indicadores a partir de procesos de evaluación participativa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 24. Recuperado de [http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia\\_social/article/view/841](http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/view/841)
- Spack, N. P., Edwards Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R., (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129 (3), 418-425. doi: 10.1542/peds.2011-0907
- Speer, P. W. (2000). Intrapersonal and interactional empowerment: Implications for theory. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 51-61. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1<51::AID-JCOP6>3.0.CO;26
- Tanner, J.M., (1987). Issues and advances in adolescent growth and development. *Journal of Adolescent Health Care*. 8(6), 470-478.
- Wallston, K.A., (1992). Hocus pocus, the focus is not strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16,183-199

- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390-400. doi: 0.1016/S0140-6736(16)00683-8
- World Health Organization, (1986). Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. Recuperado en: <http://www.who.int>
- World Health Organization, (1997). Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st Century. Recuperado en: <http://www.who.int>
- Zeeman, L., Aranda, K., Sherriff, N. & Cocking, C., (2017). Promoting resilience and emotional wellbeing of transgender young people: research at the intersections of gender and sexuality. *Journal of Youth Studies*, 20 (3), 382-397. doi: 10.1080/13676261.2016.1232481
- Zimmerman, M.A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18, 169–177.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581–599.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers. doi: 10.1007/978-1-4615-4193-6\_2
- Zimmerman, M.A., & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16, 725–750.
- Zimmerman, M.A., & Zahniser, J.H. (1991). Refinements of sphere-specific measures of perceived control: Development of a sociopolitical control scale. *Journal of Community Psychology*, 19, 189–204,



## 8. Anexos

### Anexo A

#### Preguntas

#### Empoderamiento

¿Qué es para vos el empoderamiento? ¿Qué significa para vos estar empoderado/a ?

¿Qué experiencias de tu vida te hicieron sentir empoderado/a ? ¿ Y cuáles no?

¿ En qué ámbitos es útil estar empoderado/a para una persona trans? ¿ De qué manera?

¿ Cómo fue tu proceso hacia ser promotor/a de salud y derechos? ¿ Por qué y para qué lo sos?

#### Control personal

¿Como fue el proceso de tu construcción de identidad de género? ¿ Cómo comenzó? ¿

Qué gratificaciones tuviste en ese proceso? ¿ Y qué dificultades?

¿ Que experiencias tuviste durante el transcurso de tu historia de construcción de identidad ?. Si cambió algo ¿ Cómo cambió tu percepción de control a partir de esto?

¿ Cómo influyó tu construcción de identidad en el control de tu vida? ¿ Qué cosas cambiaron?

A partir de la ley de identidad de genero ¿ En que influyó o modificó algo de tu vida? ¿ Cambiaste el DNI?.

Como promotor/a, ¿ Qué les recomendás a tus pares para ello?

#### Autoeficacia

¿ Qué cosas crees que hacés bien para lograr tus metas? ¿ Y que cosas no? ¿ Por qué?

¿ En que situaciones o aspectos de tu vida sentiste que podías ser eficaz para lograrlas mismas? ¿ Y como promotor/a de salud?

Si hay algo en que no sientas que sos eficaz ¿ Cuánto crees que podés mejorar y cómo?

#### Acción participativa

¿Como te acompañó tu familia en tu proceso de construcción de identidad? ¿Ellos se informaron sobre la temática trans?, ¿los informaste vos? ¿ Percibís un cambio desde que sos promotor/a ?.

¿Participás dentro de una organización civil ? ¿ De qué manera? Si los hubo ¿ Qué cambios percibiste en vos desde tu participación?

¿ Qué experiencias de la participación entre pares te hacen sentir que te facilita la vida?

¿ Cuáles que te la complican?

¿Cómo comenzó tu trabajo? ¿ En que cosas sentís que podés ayudar?

¿ Con qué dificultades te encontraste? ¿ Cómo las sorteaste?

¿ Que hacés como promotor/a de salud y derechos? ¿ Cuáles son tus tareas hacia ellos/as ? ¿ Cómo te hace sentir eso?

Género/ Edad/ Ley de Identidad de Género

¿ Qué diferencias percibís entre ser una mujer trans y un hombre trans? Si las hay ¿ En que difiere?

¿ En qué te favoreció construir tu identidad de género? ¿ Y en qué te obstaculizó?

A lo largo de tu historia de identidad ¿ En qué influyó la edad? ¿ Qué percibía de mas joven? Y ¿ Ahora?

Luego de la implementación de la ley ¿ Percibís cambios internos en cuanto a tu empoderamiento? ¿ Y externos?