

Hacia una politización del cuidado travesti. Consideraciones a partir de la reconstrucción de dos historias de vida

Natalia Romero Marchesini (FaHCE-UNLP) - nromeromarchesini@gmail.com

Palabras clave: trayectorias travestis, vulnerabilidad social, cuidados

Introducción

La presente ponencia tiene como objetivo la descripción y el análisis de trayectorias terapéuticas de dos feminidades travestis de la ciudad de La Plata que han atravesado un proceso de modificación corporal. En trabajos previos hemos destacado la vulnerabilidad que suponen para el colectivo travesti las experiencias de modificaciones corporales llevadas a cabo en condiciones de precariedad, sin condiciones de asepsia y sin la intervención de profesionales de la salud. En ese sentido, consideramos necesario seguir profundizando en los aspectos vinculados a las prácticas que conforman sus trayectorias terapéuticas y a los sentidos que le otorgan al cuidado en salud las feminidades travestis¹. Se aspira a contribuir en la reflexión sobre la visibilización y desprivatización de las problemáticas que atraviesan a este colectivo social, en este caso, aquellas vinculadas al proceso de salud/enfermedad/atención y cuidados.

Este estudio se inscribe en el campo de la sociología de la salud en articulación con un enfoque biográfico. Los resultados que se presentan se basan en el análisis de dos historias de vida realizadas a partir de observaciones, entrevistas en profundidad y entrevistas biográfico-narrativas. Mediante esta perspectiva intentamos reconstruir las trayectorias de las protagonistas a partir de la consideración de las decisiones, los sentidos y las prácticas llevadas a cabo por ellas a lo largo de sus vidas.

¹ Esta línea de investigación forma parte del proyecto acreditado PID (H-797), “Representaciones y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención” dirigido por Licia Pagnamento, radicado en CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Asimismo, recupera algunos hallazgos alcanzados en Romero Marchesini, N. (2017) “Las experiencias de modificaciones corporales travestis en el proceso de salud/enfermedad/atención” (Tesis de Grado para alcanzar Licenciatura en Sociología) Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina y en Romero Marchesini, N. (2017) La gestión del tiempo en la población travesti argentina. En Las encrucijadas abiertas de América Latina. La sociología en tiempos de cambio. Ponencia presentada en XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Montevideo, Uruguay.

El trabajo de cuidados en el ámbito de la salud: una propuesta de cuidados diversa

Las problemáticas en torno al cuidado en general y de la salud en particular han sido objeto de interés por parte de las Ciencias Sociales, y en particular por la Sociología. Numerosos estudios han destacado la importancia de la socialización de los cuidados en busca de su reconocimiento como un derecho y una responsabilidad entre todas las esferas y sujetos sociales por igual (Izquierdo, 2003). Siguiendo esta línea, también se han dado debates en torno a las políticas de cuidados en clave de corresponsabilidad, planteando una articulación igualitaria entre los distintos actores que intervienen en este proceso: el Estado, el mercado, la comunidad y las familias (Aguirre, 2007).

Desde otras perspectivas, se ha puesto de relieve el papel que desempeñan las redes sociales de apoyo, especialmente de ayudas familiares y comunitarias, en las problemáticas vinculadas a la resolución de malestares, padecimientos, enfermedades para determinados conjuntos sociales. Así se destacan los cuidados en salud en las relaciones intergeneracionales de mujeres abuelas/madres/hijas (Martín Palomo y Muñiz Terrón, 2015; Tobío, 2008), en personas con capacidades diferentes (Angelino, 2014), en usuarios intensivos de drogas (Candil, 2016), en el trabajo de cuidadores informales de adultos mayores (Borgeaud-Garciandía, 2012), y en redes o comunidades terapéuticas (Domínguez Mon, 2015; Weingast, 2012)

Estos aportes revelan un interés y una preocupación común por los sujetos y las relaciones sociales que establecen como parte del trabajo de cuidados en el ámbito de la salud. Señalan una heterogeneidad en el abordaje de los distintos conjuntos sociales. Sin embargo, poco se sabe sobre los cuidados del colectivo de la diversidad sexual.

Es posible identificar colectivos de América Latina y de Argentina que poseen mayores grados de vulnerabilidad respecto a otros conjuntos sociales. En nuestro país, el colectivo travesti es uno de ellos. Se encuentra históricamente atravesado por procesos de desigualdad estructural y, al mismo tiempo, por estrategias de resistencia en pos de acceder a mejores condiciones de bienestar. Sostenemos que su consideración contribuye a enriquecer los debates en curso y aporta elementos para reflexionar sobre la construcción social de la desigualdad. En esa dirección, buscamos resaltar aquellos aspectos que tienden a permanecer invisibilizados y destacar la heterogeneidad de sentidos y prácticas que el proceso salud/enfermedad/atención (en adelante PSEA) y cuidados involucra. Nos hemos planteado como objetivo general de la ponencia la

descripción y el análisis de trayectorias terapéuticas de dos feminidades travestis² de la ciudad de La Plata que han atravesado un proceso de modificación corporal³. Los objetivos específicos apuntan a 1. Explorar cuáles son las prácticas que conforman sus trayectorias terapéuticas 2. Describir y analizar los sentidos que le otorgan al cuidado en salud las feminidades travestis 3. Conocer quiénes participan en ese proceso. 4. Indagar bajo qué condiciones se lleva a cabo.

Perspectiva Metodológica

Este trabajo se inscribe en una metodología de análisis cualitativo, particularmente en la perspectiva del enfoque biográfico. Éste permite abordar, mediante la reconstrucción de las historias de vida, cómo las trayectorias fueron vividas por sus protagonistas. El enfoque seleccionado revaloriza la perspectiva del sujeto social permitiendo aprehender aquella vida como el reflejo de una época, de las normas sociales y los valores propios de la sociedad de la que el sujeto forma parte (Pujadas Muñoz, 1992).

La amplitud y complejidad que abarcan las trayectorias vitales hacen necesario restringir el campo de observación a algún aspecto en particular. Es por ello que haremos hincapié en una dimensión específica: las trayectorias terapéuticas. Éstas comprenden una sucesión de acontecimientos caracterizados por bifurcaciones biográficas que ponen en tensión determinantes estructurales y respuestas de los sujetos implicados en relación a la gestión de padecimientos/enfermedades y al mantenimiento de la salud.

Para alcanzar los objetivos planteados se utilizaron como técnicas de construcción de la información observaciones, conversaciones informales, entrevistas en profundidad y entrevistas biográfico-narrativas. Éstas fueron realizadas entre 2016 y 2017 a dos feminidades travestis⁴, residentes en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires.

Seleccionamos los casos mediante una combinación de criterios, propios de las estrategias no estandarizadas: se trata de un muestreo no probabilístico, intencional (en

² Al hablar de feminidades travestis hacemos alusión a personas que al nacer fueron asignadas al género masculino, quienes se identifican a sí mismas en algún punto del espectro de la femineidad, cualquiera sea su status transicional o legal, su expresión de género y su orientación. Ver Cabral, M., & Leimgruber, J. (2004). Un glosario en construcción. *SeriAs para el Debate*, 3, 69-73.

³ Las experiencias de modificación corporal varían según la sociedad y cambian a través del tiempo. Dado que este proceso asume características singulares para la población travesti decidimos realizar un recorte, refiriéndonos a dos intervenciones corporales puntuales: el proceso de hormonización y la colocación de silicona industrial.

⁴ Los nombres de las narradoras fueron modificados de acuerdo a criterios de confidencialidad y resguardo de su identidad.

función de los criterios relevantes para la investigación) y oportunista (en relación a la accesibilidad). Realizamos un análisis del material recolectado que procuró identificar, organizar y sistematizar los temas relevantes a partir de la lectura de la información recogida (Marradi, Archenti y Piovani, 2010).

Una aproximación a las trayectorias terapéuticas

Por trayectorias terapéuticas entendemos un conjunto amplio de recursos curativos que comprenden saberes, prácticas y modalidades de atención y cuidados diferentes. Es un proceso, una experiencia vinculada al mantenimiento de la salud, a la curación y el alivio de determinados síntomas, padecimientos y malestares los cuales se inscriben en un contexto más amplio dentro de las trayectorias de vida de los sujetos (Menéndez, 2005)

En el marco de las trayectorias terapéuticas, la gestión de enfermedades/padecimientos o el mantenimiento de la salud penetra la vida cotidiana del sujeto y de todo su entorno y requiere de la negociación de todos los actores involucrados: curadores, familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o estudio, entre tantos otros. Esto supone el abordaje del PSEA como un proceso que involucra relaciones de complementariedad y conflicto entre diferentes sujetos sociales, en el marco de una red variable de relaciones de fuerzas. En ese sentido, se asume que las decisiones individuales y colectivas en el PSEA están atravesadas por relaciones de poder que definen las trayectorias de vida de los grupos sociales (Grimberg, 2009)

Asimismo, en el desarrollo de las trayectorias terapéuticas los cuidados asumen un papel fundamental. Cuando hablamos de cuidados hacemos referencia a un conjunto de prácticas sociales que siendo imprescindibles para el sostenimiento de la vida, transcurren generalmente en el marco de las redes de sociabilidad más próximas de los sujetos, y a su vez implican un conjunto de relaciones sociales más amplias en las cuales se inscriben y se constituyen.

Ese entramado social es producto de la vinculación de diversos actores (el Estado, las familias, las organizaciones sociales y/o el tercer sector) y las relaciones sociales que entre ellos se construyen. En ese sentido, los cuidados se presentan como una realidad de interdependencia, y no pueden entenderse como actividades que se realizan de forma unidireccional, de personas que cuidan activamente a otras que reciben esos cuidados de modo pasivo. Por el contrario, todas las personas en distintos momentos de la vida

necesitamos de cuidados diversos. Existe un continuo entre las situaciones de autonomía y las de dependencia, en el cual las personas tenemos mayor o menor capacidad de cuidarnos a nosotras mismas y de establecer relaciones de cuidado recíproco (Gutiérrez y Voria, 2014; Pérez Orozco, 2006).

Dentro de la categoría cuidados haremos hincapié en los cuidados de la salud desde una perspectiva sociológica, en los términos que plantea Coniglio (2017):

“Cuidar la salud contempla todas las acciones que el sujeto realice para el cuidado de su salud, sin que necesariamente se haya alcanzado un estado de enfermedad. En efecto, la acción de cuidado de la salud se realiza con o sin presencia de padecimiento y/o enfermedad, involucrando tanto a las prácticas biomédicas como a las no-biomédicas” (Coniglio, 2017, p.8-9).

Si bien es relativamente reciente el interés de las ciencias sociales por los cuidados, las problemáticas de los cuidados en salud han sido abordadas desde andamiajes conceptuales diversos. Al respecto, Menéndez (2005) propone desde el campo de la antropología y sociología médica, la idea de “autoatención”. Ésta constituye, generalmente, la primera actividad que los sujetos realizan para el mantenimiento de la salud o frente al descubrimiento de determinado padecimiento, e implica la toma de un conjunto de decisiones para asegurar el proceso de reproducción biosocial. De modo que, el conjunto de estas actividades supone la existencia de un saber respecto al PSEA dentro de los grupos sociales, que se va ejercitando a través de sus propias experiencias o de otras (familiares, amigos, vecinos, compañeros, entre otros) y es a partir de este saber que se dan las relaciones de transacción y articulación entre las distintas formas de atención a la salud.

De modo que, la atención no profesional de la salud deviene en un lente interesante desde el cual explorar las relaciones de articulación y negociación que se establecen con otras formas de atención. En primer lugar, porque abarca aquellos saberes y prácticas consideradas como cuidados legos o profanos, los cuales constituyen el núcleo esencial de cualquier sistema asistencial. En ese sentido, la potencialidad de esta categoría radica en su carácter relacional, es decir, permite “recuperar las prácticas, los productos utilizados, las diferentes explicaciones, que de manera complementaria y conflictiva manejan, articulan y utilizan los sujetos/grupos cotidianamente dentro y fuera del ámbito doméstico para hacer frente a los padecimientos” (Weingast, 2012, p.3). En segundo lugar, porque permite recuperar las tensiones que se generan en la articulación entre las distintas esferas de atención. El tipo de atención no profesional de la salud ha

sido un campo relegado desde la biomedicina, aunque ésta impulsa, favorece e incorpora formas de autoatención, al mismo tiempo la cuestiona. Generalmente, no es considerado un ámbito decisivo en la resolución de los problemas de salud. Incluso, desde el campo de la atención profesional se han sostenido actitudes de descalificación y de culpabilización para aquellos sujetos y grupos sociales que emprenden la atención de la salud por fuera del ámbito de la prescripción médica. No obstante, éste último se presenta como “un ámbito de reapropiación y resignificación de dominios que han sido confiscados por los profesionales de la salud en materia de saberes y potestades” (Haro Encinas, 2000, p. 144).

Sobre trayectorias terapéuticas travestis

En el marco de las trayectorias terapéuticas travestis el proceso de modificación corporal asume un lugar central. Este proceso adquiere un carácter multifacético. Se encuentra atravesado por subjetividades en el marco de la construcción identitaria, por sentidos y prácticas vinculadas a la salud y en muchos casos, por las demandas del mercado prostibular. El modo de intervenir sus cuerpos se da a través de procedimientos diversos y con objetivos diferentes. En los próximos apartados presentaremos dos experiencias heterogéneas: una narra la construcción de su trayectoria terapéutica a partir de la colocación de silicona industrial y la otra a partir del desarrollo de un tratamiento de hormonización.

La experiencia de Lara

Lara es una travesti que ha nacido en la provincia de Santiago de Estero, Argentina. Durante su adolescencia comenzó a experimentar las primeras modificaciones corporales en relación a sus modos de vestir, lucir y andar. Aquellos años evocan simulacros acalorados de goma espuma adosada a distintas partes de su cuerpo, ensayando desde temprana edad una figura soñada. Pero ese sueño se encontró atravesado por resistencias tanto en su entorno familiar como en el ámbito educativo, razón por la cual Lara decidió escaparse y abandonar su casa familiar para pasar una estadía en la casa de una travesti mayor en la capital de su provincia. Allí, incorporó una serie de reglas y prácticas de convivencia entre sus pares (algunas mayores, de su misma edad y otras menores que ella) y se inició en el trabajo sexual:

“Me fui a la capital a vivir con las chicas trans. Ejercí el trabajo sexual obligadamente porque había que comer, había que vivir, había que pagar cosas. Vivía en una casa que le decían “la cueva”, éramos entre cinco y seis travestis. Eran dos chicas grandes y después las demás éramos todas pendejas y nada (...) había que trabajar. Nadie nos obligaba pero eran las reglas. Cada una tenía que comer, costaba pagar las cosas”.

En su recorrido, Lara junto a una de sus amigas decide viajar a Buenos Aires en busca de mayores oportunidades de vida y así poder operarse. Ingresan a trabajar en un prostíbulo. El lugar les daba la posibilidad de realizarse las modificaciones corporales deseadas a cambio del cincuenta por ciento del pago que los clientes efectuaban. Las cirugías se hacían en el lugar de trabajo sobre una mesa figurando una sala de quirófano. La silicona industrial era colocada en la zona de los glúteos, caderas y pechos. Requería de un descanso absoluto de alrededor de veinte días como mínimo pero las condiciones en las que se hallaban impedían llevar a cabo esos cuidados. No podían descansar porque había clientes que debían ser atendidos. Consecuencia de ello, Lara relata que la silicona comenzó a “migrar”, a desplazarse hacia otras zonas del cuerpo generando fuertes dolores, fiebre y hematomas. Ella explicaba los efectos de ese tipo de intervenciones:

“Lo que tenemos nosotras está suelto en el cuerpo. A la larga o a la corta puede traerte cáncer. En varios casos las compañeras han muerto por insuficiencias renales y han sufrido malformaciones debido al no encapsulamiento. Obviamente cada cuerpo es diferente, algunas lo aceptaban bien, algunas hacían el reposo que correspondía y otras no”

Con el correr de los años, Lara fue afrontando con el acompañamiento de sus pares diversos tipos de padecimientos y enfermedades asociadas a la colocación de la silicona. El miedo y la incertidumbre que generaban las consecuencias no deseadas de ese toxico la llevaron a buscar soluciones para prevenir cualquier desencadenante:

“Ahora te cuesta más dormir, poder respirar, te agitas más. Tengo lo mismo que una persona de mi edad más la silicona que es un aceite. Yo soy consciente que en algún momento me va a pasar algo, que es un aceite que es cancerígeno. Me gustaría poder sacarme la silicona pero por ahora sé que no se puede. Igual yo siempre trate de cuidarme, pero igual siempre está el temor”

El mayor énfasis está puesto en la extracción total de la silicona industrial dado su carácter altamente tóxico y en ese sentido perjudicial para la salud. La eliminación de la silicona supone una intervención médica quirúrgica de alta complejidad que varía de acuerdo a la zona infectada. Esta es la práctica reparativa más anhelada:

“Para nosotras es un tema de salud y no de estética como es para los cirujanos, más allá de que en su momento quisimos arreglar la estética de nuestros cuerpos pero bueno, lo hicimos mal, de mala manera por desinformación, y por no poder acceder a la salud que corresponde”

Las representaciones médicas difieren acerca de las prácticas y los sentidos que tienen las travestis respecto del proceso de su modificación corporal. Estas construcciones discursivas funcionan como modos de responsabilización aumentando y promoviendo sus propios sentimientos de culpa por su salud:

“Me paso una vez que me hice un análisis y me dio mal, igual yo ya trabajaba para el municipio, y me paso que el médico presuponga que una es trabajadora sexual. Y vos ¿cómo sabes? Y él me dice: no porque ustedes... ¿Ustedes qué? Y no me sabía decir. Me quiso decir que una era trabajadora sexual y que teníamos que tener más cuidados. Como si fuese que las enfermedades de transmisión sexual fuesen solo para las trabajadoras sexuales. O sea es para todas y todos en general, nada más que al tener cierto concepto errado de que ciertas enfermedades son para ciertas personas, lamentablemente tiene una capacidad limitada de pensar ese doctor”

El reclamo de Lara señala una mirada médica que contribuye a individualizar las responsabilidades de las travestis adjudicándolas a determinadas prácticas y modos de vida. Es sabido que la biomedicina tiende a subsumir lo social a lo biológico generando saberes y prácticas pretendidamente neutrales en términos morales, y objetivas en términos científico-positivos. Ello dificulta el hecho de considerar como parte de la práctica médica los significados y las acciones preventivas de los sujetos y los grupos sociales para trabajar a partir de los mismos en un proceso de acción conjunta.

Además de las prácticas que llamamos reparativas en las trayectorias terapéuticas travestis prevalecen las prácticas preventivas. Éstas no implican necesariamente la intervención de un profesional médico sino que apuntan al logro de un equilibrio cotidiano que descansa en las acciones desplegadas por los propios sujetos. Estas

prácticas son incorporadas a partir de la lectura del propio cuerpo y de los saberes y experiencias compartidas por el grupo de pares. Como señala Lara, “si no se puede sacar entonces lo que queda es aprender a vivir con la silicona. Tratar de cuidarte”. Esos cuidados están vinculados al mantenimiento del peso (la silicona implica un sobrepeso que daña generalmente la columna y distorsiona la postura), a evitar golpes en las zonas con silicona, a dormir en posiciones determinadas para atenuar los dolores, a evitar la exposición a temperaturas extremas (“la silicona arde cuando hace calor”), a realizar actividades recreativas, entre otros.

En su relato, Lara desea que sea posible el acceso a una salud integral:

“La idea es que no haya más de esos casos de muerte por silicona líquida, sino que podamos acceder a una salud integral y buena, y que podamos hacer tratamientos que realmente sean eficaces”.

El deseo de poder acceder a una atención de la salud de manera integral no implica únicamente la promoción de una mayor oferta de cuidados para aquellos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino de universalizar la responsabilidad y los recursos necesarios para esos cuidados.

La experiencia de Luz

Luz nació en Buenos Aires. Estudió cosmetología y maquillaje. En el proceso de su modificación corporal se vio acompañada por su familia. Este apoyo fue fundamental para poder llevar adelante un proceso de hormonización:

“Mi familia no era una familia muy sociable, tenía muy pocas amistades y también el contexto de cuando vivís más en la periferia no tenes tanta llegada a cosas que están más en el centro (...) No tenía familia universitaria, ni siquiera un amigo gay, una amiga trans, nada. Mi mamá fue siempre ama de casa, trabajó en casas de familias. Me parece que más allá de las diferencias que podemos tener en algunas cosas, fue primordial el apoyo en silencio. Mi familia sabía lo que me pasaba a mí pero no tenía mucha información para ayudarme. Lo poco que teníamos era una mirada estigmatizadora de las trans porque lo que se decía y se veía era que eran drogadictas, prostitutas, que eran el escándalo y que todas se morían a determinada edad. Otra mirada no había”

En el marco de los recursos disponibles la mamá de Luz le consiguió una entrevista con la doctora con la que ella se atendía. Asimismo, su papá le aconsejaba que comience una terapia de reemplazo hormonal con esa médica, “así hacían las cosas bien”. La médica tenía un consultorio en el barrio de Luz, enfrente de su casa. Ella recuerda que la doctora “no solo comenzó a atenderme, sino a comprarme cosméticos y hablábamos de como yo estaba. Los temas de conversación eran más que nada como me sentía”.

El tratamiento hormonal duró varios años. Consistía en tiempos intercalados de ingesta de hormonas y de descanso de las mismas. Luego venía un control de dosaje hormonal cada seis meses. Sin embargo, el desarrollo del tratamiento se vio restringido con la partida de la médica que atendía a Luz. Esta discontinuidad implicó la búsqueda de nuevos profesionales. No obstante, debió sortear dificultades en el acceso y la continuidad en el tratamiento, “porque para poder hacerte un estudio siempre dependía de qué médico te tocara”. Luego de varios meses de suspensión del tratamiento hormonal, la emergencia de una serie de síntomas y malestares la pusieron en alerta y solicitó una nueva entrevista con un profesional. Nuevamente esta oportunidad fue viable gracias a un contacto cercano de su mamá. El resultado de la consulta seguido de estudios clínicos confirmaron el desarrollo de una enfermedad de tipo crónica:

“Un día colapsa mi físico y se me declara la tiroides. Fue parte de un estrés y de una depresión muy grande porque yo venía de un tiempo de venir remando en una sociedad que obviamente que no me incorporaba a ningún trabajo, no permitía estar en ningún área, en ningún grupo, era una relegación completa de lo social”.

El sentido que la enfermedad adquiere para Luz es una de las consecuencias de “querer ser parte, de encajar en la sociedad si medir las consecuencias sobre el daño que le hacemos a nuestro cuerpo”. En el relato, aparece una distribución de posibilidades fundada en estructuras que institucionalizan desigualdades sociales.

Las condiciones estructurales determinan las acciones de los sujetos, al tiempo que son transformadas mediante sus propias acciones. En el manejo de la enfermedad Luz desarrolla una habilidad para leer los signos y síntomas que brinda su cuerpo:

“A lo largo de la enfermedad y a medida de que yo me fui interiorizando un poco más vi que me traía muchas cosas: tenía trastornos cognitivos, no ingería bien los alimentos, las uñas que se me partían, si hacía una actividad física me

costaba muchísimo. El cansancio era triple. También note que me costaba levantarme a horario y tener el cuerpo siempre como si me faltara dormir dos horas más. Pero te das cuenta que ya dormiste doce horas, entonces ves que hay algo que está funcionando mal. Incluso te pasa de querer explicarles a los demás y lo toman como que sos vaga o que estas inventando algo. Te trae aparejada una depresión que vos no tenes. Es como un bajón de energía. A mí esto me genera siempre una preocupación extra”.

Luz va adquiriendo un conocimiento sobre su cuerpo cada vez más amplio. El aprendizaje que desarrolla en su trayectoria terapéutica abarca aspectos vinculados a la sintomatología, a los tratamientos y a las vinculaciones con otras personas. El relato expresa cómo las emociones y las afecciones marcan las relaciones sociales, cuando “intentas explicarles y lo toman como que estas inventándolo”. En ese sentido, señala la emergencia de una preocupación “extra”, es decir, se experimenta una sobrecarga subjetiva en términos de actitudes, sentimientos y emociones ante la experiencia del padecimiento.

Consideraciones finales

A lo largo del trabajo se ha señalado, en primer lugar, cómo el proceso de modificación corporal travesti en el marco de las trayectorias terapéuticas recuperadas, asume características singulares que son posibles de aprehender en su totalidad si son pensadas y articuladas en el entramado social en el que se desarrolla. Tanto para Lara como para Luz las redes sociales de apoyo (el grupo de pares en un caso, y la familia en el otro) fueron un soporte para paliar las dificultades persistentes en la atención profesional de la salud. Aunque con vivencias heterogéneas, ambas a través del grupo de pertenencia pudieron ir canalizando las dificultades que emergían respecto de sus modificaciones corporales y que de manera estructurante les señalaban su faceta de desigualdad respecto de otros grupos sociales.

En segundo lugar, se ha expuesto que la preocupación en torno a las consecuencias no deseadas del proceso de modificación corporal asume un lugar central, principalmente en lo que respecta a sus proyecciones futuras. En esa dirección, observamos el desarrollo de una serie de conocimientos prácticos vinculados a la búsqueda de

soluciones, reparaciones y prevenciones en el marco de diferentes significaciones sociales y subjetivas.

En tercer lugar, se ha destacado la potencialidad de las narrativas de las protagonistas: al presentar las situaciones de sus trayectorias de vida caracterizadas por la persistente obstaculización en la atención de la salud, nos permiten reflexionar sobre la politización de la salud y los cuidados. Estas experiencias nos invitan a comprender que se trata de poner la cuestión del cuidado en el centro de la preocupación en términos de sostenibilidad de la vida cotidiana, asegurando un abanico de posibilidades que permita a cada persona tener el derecho a cuidar y ser cuidado.

En ese sentido, destacamos la noción de cuidado como una práctica social. Éste comprende las prácticas y los sentidos otorgados por los propios sujetos y sus redes de proximidad al mantenimiento de la salud y reparación de malestares, padecimientos y enfermedades en un contexto de relaciones sociales más complejas. El trabajo de cuidados en el marco del PSEA implica pensar un proceso que involucra relaciones sociales atravesadas por decisiones, negociaciones y tensiones entre los distintos actores involucrados, presentándose como una realidad de interdependencia. Abordar esta noción supone un análisis integral. Estas prácticas no pueden comprenderse aisladas de las dinámicas sociales ni ser atribuidas exclusivamente a la responsabilidad individual de los sujetos.

Bibliografía

Aguirre, R. (2007). Las familias como proveedoras de servicios de cuidados. Astelarra J, coordinador. Género y cohesión social. Madrid: Fundación Carolina, 83-93.

Angelino, M. (2014). Mujeres intensamente habitadas: ética del cuidado y discapacidad. Editorial Fundación La Hendija.

Borgeaud-Garciandía, N. (2012). La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral. Trabajo y sociedad, (19), 0-0.

Candil, A. (2016). Acompañar a usuarios intensivos de drogas: el papel de las redes de proximidad en los tratamientos ambulatorios. Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología, (26).

Coniglio, J. (2017). “Algunas claves para repensar los conceptos de cuidado de la salud y atención de la enfermedad en la tensión entre las prácticas biomédicas y no-biomédicas”. En XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Domínguez Mon, A. (2015). Cuidados de sí y relaciones de género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes en un centro de atención primaria de la salud en José León Suárez, Argentina. *Política & Trabalho*, (42).

Grimberg, M. (2009) Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos aires: Antropofagia.

Gutiérrez, M. A., & Voria, A. (2014). Autonomía en disputa: el cuidado en el marco de las relaciones familiares.

Haro Encinas, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. 101-162. Bellaterra.

Izquierdo, M. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*.

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J.I (2010) *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos aires: Cengage.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*. (14), 33-71.

Palomo, M. T., & Terrón, J. M. (2015). Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (17).

Pujadas Muñoz, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales* (Vol. 5). CIS.

Orozco, A. P. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica* (5), 7-37.

Tobío, C. (2008). Redes familiares, género y política social en España y Francia. *Política y sociedad*, 45(2), 87-106.

Weingast, D. B. (2012). Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas. En VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales", La Plata.