

# Psicopatologización de lo femenino:

## Aproximación a los estereotipos de género en trabajadoras y trabajadores de la salud de Mendoza



**Autora:** Aleyda Yanes Bethencourt

**Tutora:** Teresa Cabruja Ubach

Trabajo de investigación del Máster oficial en  
estudios de mujeres, género y ciudadanía

Mayo, 2012

A Fer, por compañera, interlocutora y sostén  
a lo largo de este tránsito por la (mi) locura femenina

A todas las *trastornadas* cuyo delirio  
rompe el silencio de la opresión

## Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de los y las trabajadoras de salud contactadas. Agradezco tanto su participación a través de los cuestionarios, como los compromisos y alianzas generados a partir del vínculo.

Agradezco especialmente a Patricia Gonzalez con quien hemos conjurado tantas locuras como la que origina este trabajo, poniéndole el cuerpo a lo que creemos. Gracias por el entusiasmo personal y político invertido; por todo lo aprendido caminando juntas.

También forman parte de esta experiencia y merecen mi agradecimiento el resto del equipo del proyecto realizado en Mendoza con la UnCuyo: Alejandra Ciriza, Nora Llaver, Rosana Rodríguez, Sofía d'Acosta y Juan Carlos González.

A Teresa Cabruja, por aventurarse en este proyecto pese a los obstáculos geográficos y comunicacionales.

A la Maru porque su arte embellece este documento; y a Tivi su musa, por siempre presente.

A Claudia Anzorena, Mar Maiques y Majo Torres por tantas conversaciones disparadoras de reflexiones que aquí se reflejan, y por estar tan presentes en este parto.

A Meri Torras, por la confianza personal y académica que me deposita, fuente de fuerza y empuje para este proyecto y tantos otros.

A Loli Bethencourt, por abrirme al feminismo en la cotidianeidad desde mi más tierna infancia.

A Rafael Yanes, por ser el primero en mostrarme la politización del espacio cotidiano.

A Zaida Yanes, a quien me unen complicidades, disciplina, sangre y feminismo.

# **Psicopatologización de lo femenino:**

## **Aproximación a los estereotipos de género en trabajadoras y trabajadores de la salud de Mendoza**

1.- Introducción: Nacimiento de una inquietud, necesidad de un análisis.....	1
2.- Cronología corporal: contexto histórico cuerpo y medicina.....	7
3.- Desvelando lo invisible: sesgos de género en salud.....	10
3.1. Donde la igualdad nos hace invisibles: sesgo androcéntrico.....	10
3.2.- Donde la diferencia oscurece las similitudes.....	13
3.3.- El reduccionismo sociológico que no cuenta con la intersección de otras categorías además del género.....	15
4.- Disciplinamiento sexuado: Aportes feministas y deconstruccionistas sobre la salud mental .....	16
5.- ¿Locas por mujeres? Ejes interpretacionales de la salud mental en las mujeres.....	21
5.1.- Subjetividades construidas: Mandatos e introyecciones de género, relegamiento a la anormalidad.....	22
5.2.- Condiciones materiales de existencia de las mujeres: roles de género y consecuencias de la discriminación.....	28
5.3.- Sesgos en la construcción de conocimiento, herramientas al uso y praxis profesional .....	33
6.- Método .....	36
6.1.- Contexto y descripción de muestra.....	36
6.2.- Metodología .....	38
6.2.1.- Herramientas de recolección de datos .....	39
6.2.2.- Herramienta de análisis: Análisis del discurso.....	43
7.- Análisis de datos: deshilando los discursos en torno a las mujeres y su salud mental.....	45
7.2.- Todos somos iguales.....	45
7.2.- Morbilidades específicas: entre el útero y la histeria.....	51
7.3.- Vulnerables, frágiles y saturadas: impacto de la vida cotidiana.....	54
8.- Notas de cierre.....	62

9.- Bibliografía.....	67
ANEXO I: Resumen del proyecto.....	71
ANEXO II: Cuestionario de conocimientos previos.....	73
ANEXO III: Matriz de datos (tabla 1).....	77
ANEXO IV: Matriz de datos (tabla 2).....	84
ANEXO V: Matriz de datos (tabla 3).....	92



## 1.- Introducción: Nacimiento de una inquietud, necesidad de un análisis

*La idea que deseamos impulsar es la de que “género” no es una variable interesante para la estratificación ni sólo un problema conceptual como categoría teórica; es fundamentalmente, una perspectiva humana y política para enfocar la lucha por la salud.*

*Es una perspectiva para la transformación. (Jaime Breilh, 1995)<sup>1</sup>*

El presente estudio surge a partir de un proyecto desarrollado en la provincia de Mendoza (Argentina) impulsado desde el Hospital Universitario y el Instituto de Estudios de Género (IDEGE), en el marco del Programa de Inclusión Social e Igualdad de Oportunidades de la Universidad Nacional de Cuyo. Dicho proyecto estuvo orientado a la promoción de buenas prácticas en intervención socio-sanitaria a través de la incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos, del que he sido coordinadora y responsable de formación por el área de salud. El proyecto comprendió la impartición de 7 ciclos formativos de 6 sesiones (4h c/u) en diferentes Centros de Salud y Hospitales de dicha provincia<sup>2</sup>. La formación estuvo dirigida a trabajadores/as de salud, entendiéndose por tal a todo el personal técnico, profesional y administrativo que presta funciones en centros de salud y hospitales. Partiendo de un concepto de salud bio-psico-social, el diálogo entre las disciplinas es necesario para entender problemáticas complejas como las de salud, en las cuales se cruzan cuestiones biológicas, éticas, sociales, psicológicas, económicas y culturales. Además, se comprende que todos estos agentes son claves en el acceso u obstaculización a la salud por parte de la población.

En miras a esta experiencia, se plantea el objetivo de este estudio: analizar las prácticas discursivas en torno a las mujeres y su salud mental de estas/os agentes de salud. Las preguntas que me hago son: ¿existe una mayor atribución a patologías mentales en las

---

<sup>1</sup> Citado por Izabella Rohlf's Barbosa (2010) “El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología en salud pública” en Mari Luz Esteban *et al.* *Antropología, género, salud y atención.* Barcelona: Bellaterra (p:34).

<sup>2</sup> La descripción más detallada de los centros abordados y las temáticas tratadas la he incluido en un anexo en tanto puede ser enriquecedor para la comprensión de este estudio, pero no fundamental para ello (Anexo I).

mujeres? En caso afirmativo ¿cómo se explica ésta? ¿se tienen en cuenta factores específicos de riesgo y protección diferenciales según el sexo/género de la población asistida? ¿se tiene en cuenta la violencia de género como una problemática de alta incidencia en la salud de las mujeres? Es decir ¿se conoce, se atiende y se interviene? Si bien el planteamiento de la formación a impartir se realiza desde la convicción de que hay vacíos con respecto a las desigualdades de género en la formación e intervención socio-sanitaria, el análisis de las representaciones de estas/os actoras/es sanitarias/os supone hilar más fino dentro de la comprensión de los sesgos vigentes que puedan orientar futuras acciones tanto académicas como extra-académicas.

Las representaciones de género forjan los modos en que se interacciona con los y las otras, así como con una misma. Nos pensamos y entendemos al resto en función de esos imaginarios y lenguajes disponibles para nosotras/os; operando así como marcos conceptuales que definirán nuestra interpretación del mundo y las relaciones humanas. Estos sistemas de creencias de los y las trabajadoras de la salud se me antojan de fundamental análisis porque están cubiertos de un manto de legitimidad poco flexible -comúnmente- en tanto provienen de La Ciencia. Y bajo estas mayúsculas *objetivas*, y por ende *igualitarias*, suelen esconderse supuestos autoritarios orientados a una determinada regulación del funcionamiento social. Consciente de que las prácticas discursivas no son sostenidas por sujetos/as de forma autónoma sino por éstas/os junto con diferentes instituciones que las ponen en marcha, igualmente, hacerlas visible supone, parafraseando a Cabruja (2005), traer a la luz el “curriculum oculto” dentro del hacer profesional. Pues estos patrones interpretativos y argumentativos en torno a la diferencia sexual sí sostienen y habilitan prácticas profesionales cotidianas con un impacto más que concreto, encarnado, sobre quienes se hacen atender en los servicios sanitarios.

Un ejemplo manifiesto de este impacto lo leemos a través de las palabras de la psiquiatra estadounidense Phillis Chesler quien motivada por sus investigaciones en torno a mujeres y psicoterapia, en la convención anual de la APA<sup>3</sup> (1970), pide a sus miembros la suma de un millón de dólares en concepto de *reparación* para todas aquellas mujeres que habían sido *abusadas* -según sus propias palabras-, violentadas -según las mías-, por los profesionales de la salud mental, apoyados en criterios y actitudes machistas (Teresa Cabruja,

---

<sup>3</sup> American Psychiatric Association: es la principal organización de profesionales de la salud mental estadounidense. Publica diferentes revistas y documentos de alta repercusión mundial, especialmente el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) texto de referencia y protocolo en la mayoría de instituciones sanitarias occidentales.

2009: 8).

Desde dónde analizar esos discursos que pudieran generar prácticas iatrogénicas, la perspectiva de género o perspectiva feminista nos proporciona herramientas claves para su desgranamiento.

Introducir la perspectiva de género implica:

a) Reconocer las **relaciones de poder** que se dan entre los sexos-géneros, que imponen un acceso diferencial a recursos materiales y simbólicos a partir de la jerarquización de los varones sobre las mujeres;

b) Partir del carácter de **construcción social e histórico** de tales relaciones y por ende, de la posibilidad de su transformación. Entendiendo que estas construcciones definen lo masculino y lo femenino a partir de la atribución diferencial de expectativas sociales, roles y pautas comportamentales y emocionales; lo cual es sostenido a través de normas y valores culturales difundidos por varias instituciones sociales que perpetúan estas relaciones de poder más allá de lo individual: el sistema legal, las políticas públicas, el sistema educativo, la religión, la familia nuclear, entre otras.

c) Reflexionar sobre las múltiples formas en que atraviesan el entramado social y se articulan con otros ejes de organización social como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual, religión, entre otras, situando a la ciudadanía en condiciones de vulnerabilidad o privilegio, en función de su **intersección**. Con respecto a la salud, por ejemplo, diversos estudios señalan que las diferencias y desigualdades de género, junto con la condición socioeconómica, son las causas más importantes de inequidades en la salud y el acceso a ésta (Borrell, 2004: en Mari Luz Esteban, 2010: 36).

El género, así como otras categorías de análisis, tiene un doble impacto con respecto a la salud. Por un lado, la impronta directa en los cuerpos a partir de las relaciones de poder jerarquizadas entre los géneros, procuradoras de discriminaciones, violencias, etc. Lo cual a su vez incide tanto a nivel material objetivo, proporcionando condiciones de vida más precarias para las mujeres; como a nivel subjetivo en tanto el género define asimismo perfiles psicológicos diferenciales que dejan las atribuciones psíquicas femeninas del lado más vulnerable a la patología mental. Tal y como veremos más adelante, ambos componentes tienen una seria implicación en los procesos de salud-enfermedad mental.

Por otro lado, el género también tiene un impacto quizás indirecto, pero no por ello menos importante, a través de una construcción de conocimiento y una praxis sanitaria que



normaliza o patologiza, naturaliza o invisibiliza, las consecuencias mencionadas del género en los procesos de salud-malestar de la ciudadanía. A través del establecimiento de un patrón de normalidad sexista, clasista y etnocéntrico.

Es así que la incorporación de esta perspectiva tendría como efecto el rechazo al determinismo biológico a partir del cual se ha justificado históricamente la situación de subordinación y esclavitud de determinados grupos sociales; baste recordar las explicaciones científicas que afirmaban una inferioridad intelectual en la población negra, nacidos/as para ser dominados/as. Esta sentencia era *normalizada* mediante mecanismos similares a los que hoy naturalizan los roles de género por ejemplo. La normalidad se asocia a una cuestión de mayoría estadística, que queda establecida a partir de su supuesta mayoría representativa; presentada de carácter socio-biológico lo que añade puntos a su legitimación. *Normalización*, según Foucault, comprende las jerarquías y regulaciones establecidas a partir de una “norma” de distribución estadística; es el juicio basado en la adaptación o desviación de ésta (en Teresa Cabruja, 2005: 129). Esta reglamentación es puesta en marcha por diferentes instituciones, entre ellas las que nos ocupan -aquellas participantes en la salud- donde esa raigambre biológica adquiere un carácter vinculante en el proceso de normalización. Pues a partir de ellas, entre otras prácticas sociales e institucionales, se apoyan y reproducen las discriminaciones/limitaciones/negaciones; se dota de significado a la diferencia. Significados que importan una diferencia que equivale a desigualdad.

Precisamente por esta participación directa en la normalización/generización/heterosexualización de los cuerpos por parte de las disciplinas intervinientes en la salud (especialmente medicina y psiquiatría); cuando hablamos de salud el análisis deviene especialmente fino y quisquilloso, pues no es evidente ni fácil discriminar qué factores son biológicos y cuáles sociales, y si se puede realizar esta rígida división. Una vez más nos topamos con la realidad no dicotómica, y la necesidad de observarla desde otros prismas. Justamente las ciencias médicas se han encargado de naturalizar todo lo referente a las diferencias entre los géneros. Estos procesos de construcción de lo que es un hombre o una mujer, edificados a partir de la universalidad, objetividad, y pragmatismo de la ciencia, difuminan lo que corresponde al género y al sexo; sobre separación naturaleza-cultura, se han escrito ríos de tinta que denotan la complejidad del debate. Esta polémica ancha y larga, corresponde a otros espacios que no el que nos ocupa, pero es una cuestión ineludible en tanto es transversal a los estudios de género en general, y de género y salud en particular.

A partir de las influencias post estructuralistas y deconstructivistas, la construcción social

pasa de ser campo exclusivo del género a abordar también el sexo y la sexualidad. Estas teorías adquieren mayor difusión y vigencia a partir de los 80'. Según Mari Luz Esteban, desde la antropología feminista se considera que:

(...) son las desigualdades sociales -el género- las que interpretan y explican las diferencias biológicas -el sexo- de una determinada manera, y no al revés, como se piensa habitualmente, aunque existan por supuesto realidades biológicas innegables (pero que siempre son interpretadas). Es un sistema de género concreto (una forma de entender el parentesco, el poder, el trabajo, la sexualidad,...) el que da lugar a una forma también concreta de leer e interpretar la biología el cuerpo y la reproducción. Las representaciones y los “hechos” biológicos se construyen a la vez. (Esteban, 2007; en Esteban, 2010: 50).

A su vez, este planteamiento podría ser señalado como un reduccionismo sociológico por parte de otras corrientes feministas. Carme Valls Llobet (2009) advierte sobre el riesgo que supone por un lado, no interseccionar el género con otras categorías de organización social; y por otro, hacer un reduccionismo social que no permita indagar en diferencias biológicas. El ejemplo más paradigmático quizás lo encontramos en las enfermedades cardiovasculares. La muerte por enfermedad coronaria en mujeres supera la de cáncer de mamas. Este alto índice de mortalidad tiene que ver con que no son diagnosticadas a tiempo, y sus recorridos en cuanto a tratamiento difieren ampliamente de aquellos que son seguidos por los varones. Siendo considerada una enfermedad de mayor morbilidad en población masculina, a partir de los avances en el estudio sobre los cuerpos de las mujeres, se pone de manifiesto el sesgo androcéntrico en el conocimiento construido sobre la enfermedad y su tratamiento. Dejando vislumbrar así, que los descompensados índices entre morbilidad-mortalidad en enfermedades coronarias en mujeres tenían que ver con el seguimiento del modelo masculino en las formas de enfermar y sanar de los cuerpos.

Parece que tanto las circunstancias sociales como los procesos biofisiológicos contribuyen a las frecuencias y estadísticas observadas. Una rígida adherencia a una conclusión excluyendo la otra es de un provincianismo destructivo. Además, esta aproximación tiene como resultado una incompleta y, a veces, poco rigurosa explicación de los fenómenos. Esta rigidez ha conducido a una investigación mal enfocada, a unas evaluaciones inapropiadas y a unas intervenciones mal concebidas respecto a la

enfermedad. Como resultado, el reduccionismo sociológico entre sociólogos y trabajadores de salud pública se ha convertido en tan destructivamente miope como lo ha sido el reduccionismo biofisiológico entre los científicos de ciencias biológicas y naturales (McKinlay, 1996<sup>4</sup>).

Estas finas líneas que complejizan nuestra tarea deben ser siempre revisadas a fin de no cometer sesgos de género en el quehacer, teórico o profesional. La dificultad que representa no tener principios universales sencillos y fácilmente aplicables, requiere de una mayor indagación y cuidado a la hora de establecer fórmulas de conocimiento o intervención. Asumir definitivamente esta perspectiva cambiará las preguntas, los métodos y las conclusiones de los estudios sobre la salud.

---

<sup>4</sup> Citado por Carme Valls-Llobet, 2001: 4.



## 2.- Cronología corporal: contexto histórico cuerpo y medicina

Desde los griegos hasta el siglo XVII para la medicina, todos los seres humanos estaban fijados en un único cuerpo, que enfermaba y sanaba sin condicionantes sociales, culturales ni de otro tipo. Un cuerpo único -el masculino-, estableciendo en todo caso una versión “no madurada” del cuerpo modelo: el cuerpo femenino. Aquí el género -y no el sexo- era eje de jerarquización social, junto con tantas otras categorías presentes históricamente como la clase o la etnia. Es decir, lo que caracteriza a *la mujer* es el calor vital. Mientras que se establece, que este calor en el varón adquiere una forma perfecta y equilibrada, en el cuerpo femenino sería el causante de la retención interior de “las estructuras genitales visibles en el hombre” (Thomas Laqueur, 1994). Esta comprensión de la anatomía humana, hace evidente el posicionamiento androcéntrico de la ciencia del momento.

Con la Ilustración, en el siglo XVIII se establece el dimorfismo sexual, esto es la existencia de dos cuerpos humanos: masculino y femenino. Esta modificación en la teoría anatómica hace caso a dos vertientes de cambio, una epistemológica y otra política-económica, ambas evidentemente interrelacionadas. Este *segundo sexo* reconocido, lejos de significar el estudio profundo de dos cuerpos, continuó en la otredad siguiendo el curso de la estructura social de los géneros. Comienza a generarse todo un lenguaje técnico para referir a aquellos nuevos cuerpos y órganos, que no dejan de estar atravesados por los estereotipos de género vigentes. Esta diferencia sexual que se establece no refiere a un avance médico, no parte de un abordaje neutral, muy al contrario, el conocimiento científico que se genera sobre la diferencia sexual, se encuentra profundamente sesgado por las relaciones asimétricas de poder entre varones y mujeres. Justificando a partir del útero la raíz de la desigualdad. Este “segundo cuerpo” seguirá siendo considerado inferior al masculino, haciendo uso del determinismo biológico para fundar científicamente la desigualdad. “*Entre todos los aparatos orgánicos quizás no hay otro que domine tanto el cerebro (...) como el aparato genital de la mujer (...) la mujer es lo que es sólo por el útero*” (Galcerán, 1882). Es así que se justificó porqué se impedía el acceso de las mujeres a la educación, al voto, a lugares políticos de toma de decisiones, su arrinconamiento en el hogar y prohibición de espacio público. Por tanto, esta diferencia sexual explicará el lugar social que ocupara “la mujer”.

En un momento histórico donde la razón pasa a ser protagonista en la construcción de conocimiento, este cambio epistemológico que refería introduce la ciencia positivista en el quehacer científico. Paralelamente, la era industrial requiere mutaciones organizacionales en la población. Se hace necesaria un grupo humano que trabaje en la nueva producción económica, y otro grupo que se encargue de cuidar, sostener, alimentar ese regimiento de trabajadores (y el masculino no es genérico). En una relación nada inocente, el saber extraído de esta ciencia empírica planteada como incuestionable desde el inicio, contribuirá a justificar la división de esos dos grupos humanos, a partir de nuevos conceptos como el instinto materno, la adscripción de capacidades para unos y otras en función de tareas concretas, y por tanto, sus lugares en la nueva sociedad.

Clarificar este supuesto constructor del sexo, sin voluntad de realizar reduccionismos sociológicos, sí cuestiona la forma en que se ha construido el conocimiento médico y visibiliza las intercepciones culturales que éste tiene incorporadas. Facilitando, no sólo la crítica al saber científico, sino denunciando la norma-lización de todos los cuerpos en dos modelos básicos, como en su momento se hizo con el monomorfismo, donde aquellos que no encajan son patológicos, enfermos, necesitados de operaciones y tratamiento desde su nacimiento. La deconstrucción de los sexos permite por tanto plantear la existencia de más de dos, premisa ampliamente defendida y fundamentada por el movimiento activista y teórico sobre la intersexualidad<sup>5</sup>.

Como parte de este cambio epistemológico, la ciencia positivista impulsa la idea de “naturaleza humana”. En el sentido de una parte humana objetivable, medible, conocible, estudiable escindida de su propia subjetividad tanto como de los condicionantes sociales que la atraviesan. Retomando el sujeto ahistórico, androcéntrico y etnocéntrico explicado anteriormente, a partir del que se ha edificado la norma, esta norma-lidad construida para todos los cuerpos, a su vez es diferencial para cada género particularmente con respecto a la salud mental. Traer el discurso cartesiano en cuanto a la razón vs. la no razón para comprender la ruptura entre locura y normalidad, nos sirve además para analizar la división mente-cuerpo del mismo origen. La cual ha habilitado la fragmentación del sujeto en cuanto a la salud biológica y la mental con un impacto especial en el discurso sobre el género femenino. Pues siguiendo con el pensamiento dicotómico, y la construcción de las mujeres en la otredad, referenciadas al no-hombre, si bien ellos están en la razón, éstas se encuentran en

---

<sup>5</sup> Para más información sobre ello, ver trabajos de Mauro Cabral, experto en intersexualidad y transexualidad. Entre otros: *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano* (2009) Córdoba: Anarrés .

la irracionalidad; ellos con problemas biológicos, ellas psicológicos. En línea con lo comentado en el epígrafe anterior y con el objeto de estudio de este documento, esta división justifica que en las mujeres no se profundice en posibles enfermedades clínicas o subclínicas, adscribiéndolas con mayor facilidad a padeceres mentales. Así mismo, esta división cartesiana mente-cuerpo obstaculiza la posibilidad de encontrar indicadores de salud mental en el cuerpo, marcas corporalizadas de discriminación social, y/o registros corpóreos de las violencias.

En el estudio sobre la diferencia sexual desde múltiples corrientes teóricas sobre el desarrollo psicológico de los individuos, se descubren diferencias conductuales y emocionales que son asignadas a cada género. Pero lejos de realizar un análisis acerca de la instancia estructural de las mismas, su detección “objetiva” sufraga que sean esencializadas en cada sexo. Construyendo lo apropiado, lo normal, lo natural sin tener en cuenta la influencia de lo deseable, lo esperable, lo marcado socialmente. La psicometría en concreto en este campo, se ha encargado de establecer diferencias biológicas en cuanto a habilidades mentales innatas provenientes de los cuerpos sexuados. Estos mecanismos de diferenciación han funcionado como productores y reproductores de desigualdades entre los géneros, generando vidas limitantes y limitadas principalmente para las mujeres.

Todo ello, vinculado al concepto de bio-poder acuñado por Michel Foucault (1998) precisamente estos ámbitos del saber (médicos, científicos) han habilitado el ejercicio del poder y control sobre los cuerpos de la ciudadanía en general y en especial de las mujeres, con aún más recelo en lo que atiende a su capacidad reproductiva. La vida se presenta como un objeto administrable por parte del poder en los estados modernos: poder de hacer vivir y dejar morir. Anne Fausto Sterling (2006: 304) ha escrito que la biología es política por otros medios: “(...) Nuestros debates sobre la biología del cuerpo siempre son debates simultáneamente morales, políticos y éticos sobre la igualdad política y sexual y las posibilidades de cambio”.



### **3.- Desvelando lo invisible: sesgos de género en salud**

A partir de los aportes feministas tanto en críticas a los postulados básicos de la ciencia positivista como del estudio de las especificidades femeninas, se han desentrañado los olvidos, cegueras y sorderas con respecto a la salud de las mujeres. Las normalidades patológicas destinadas a las mujeres, tanto desde lo más físico como la normalización de las bajas reservas de hierro; como de lo más psíquico, asociándolas incesantemente a los trastornos mentales.

Es así que la médica Carme Valls-Llobet (2001) ha descrito los sesgos presentes en salud diferenciándolos en tres tal y como expondremos.

#### **3.1. Donde la igualdad nos hace invisibles: sesgo androcéntrico**

Este cuerpo único establecido en los albores de la medicina, no fue desbancado por la llegada del dimorfismo. Los procesos de salud-enfermedad se han construido a partir de un modelo masculino, blanco, heterosexual, de clase media-alta y occidental. El sesgo donde este varón es considerado medida de todas las personas genera la invisibilización de las especificidades de cada grupo social y el impacto diferencial de la interacción entre las múltiples categorías que atraviesan los cuerpos. Es así que sigue vigente la idea de que los factores de riesgo y protección de la salud, así como las sintomatologías, evolución de la enfermedad y tratamiento son los mismos entre varones y mujeres. Siendo por tanto, el androcentrismo el responsable principal del ocultamiento de la morbilidad diferencial así como de las consecuencias de esta invisibilización. Se entiende por morbilidad diferencial: “el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino” (Valls –Llobet, 2006: 73). Apoyadas en lo que la autora dice: “(...) hay que hablar de la “morbilidad femenina diferencial” para erradicar la cultural del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, predicando a las mujeres la resignación y la sumisión a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor (...)” entendemos que esta ignorancia galopante con respecto a los procesos de salud-malestar de las mujeres, tiene

que ver con el androcentrismo que impregna el corpus teórico y práctico de las ciencias médicas.

La invisibilidad dentro de la “igualdad” comienza a ser desvelada por investigadoras y médicas feministas (principalmente entre los 70' y 80') como una forma de opacar los malestares femeninos y sus causalidades diferenciales. Lo cual ha de ser revisado a fin de incluir las diversas formas de enfermar entre hombres y mujeres, las diferentes formas de expresión sintomatológica, de morbilidad, de acción farmacológica, etc.

Desde hace un tiempo los estudios estadísticos incorporan el sexo como una variable, lo cual ha permitido desvelar algunas diferencias invisibilizadas anteriormente; sin embargo, esta variable sin una interpretación con perspectiva de género, puede llevar a una mayor confusión incluso. Con frecuencia el sexo y el género se entienden como sinónimos; el sexo puede ser incluido como una variable que si no atiende al género, no proporciona resultados satisfactorios y puede conducir a error (Valls-Llobet, 2009). Un ejemplo lo tenemos en las enfermedades de tipo cardíaco que ya mencionamos, en Argentina -contexto que nos ocupa- en 2008 murieron de enfermedad coronaria 7.800 mujeres y 17.000 de insuficiencia cardíaca; cabe preguntarnos porqué este acceso tardó a un tratamiento que impida estas tasas de mortalidad<sup>6</sup>. En la práctica médica atender al sexo como una variable, que hasta ahora no ha sido revisada en toda su complejidad, provoca que las personas asistidas tengan recorridos clínicos diferentes frente a un mismo problema médico.

Estas autoras feministas han puesto de manifiesto que los ensayos clínicos todavía hoy, siguen sin incorporar sistemáticamente a las mujeres en las muestras, Carme Valls Llobet (2009) habla de un escaso 14% de los estudios que en 2002 cuentan con mujeres en los muestreos. Esto se justificaba a razón de que en las mujeres sus ciclos vitales complicaban el estudio. Cuando hablamos de algo complejo lo hacemos en referencia a algo que no lo es, que representa lo simple, y en este caso la norma. La “complejidad” de los cuerpos femeninos, establecida como “excepciones” que invalidan un estudio, dejan por fuera de éste a la mitad de la población; no siendo un porcentaje menor que queda sin investigación sobre sus especificidades. Además de ello, los resultados sí son extrapolados a éstas, de manera que los parámetros para evaluar sus procesos de salud-enfermedad así como la actividad farmacológica de los tratamientos, son aplicados pese a todo, porque al fin y al cabo, ¡todos somos iguales! Sobre todo si permanecemos ignorantes a posibles diferencias.

---

<sup>6</sup> Sara Papa: médica ginecóloga, directora del Hospital Universitario de UnCuyo. Conferencia por el Día Internacional de acción por la Salud de las Mujeres. Mendoza, mayo 2010.



Analizar únicamente la variable sexo en el sentido de mujer = no hombre, impide observar las consecuencias sociales de estas categorías, lo cual imposibilita encontrar en esta diferenciación sexual y social herramientas predictivas y pronósticas válidas. Cuando hablamos de factores de riesgo diferenciales entre varones y mujeres, nos referimos, no sólo a las variaciones biológicas, sino también a las diferencias en las condiciones de vida entre estos grupos; lo cual se debe tener en cuenta desde atención primaria hasta la más especializada. Por ejemplo, los efectos de la doble y triple jornada femenina (esto es el trabajo dentro y fuera del hogar, la sobrecarga que implica ser la cuidadora de personas enfermas, menores, tercera edad, además de encargarse de limpieza, compra, alimentación, etc.) son múltiples y afectan tanto a aspectos psíquicos como estrés, ansiedad, cansancio crónico... como físicos en articulaciones, artrosis, dolor muscular...

De la misma manera, el sesgo androcéntrico implica que no se contemplen las violencias de género como factores de riesgo que pasan desapercibidos por no ser indagados en la atención socio-sanitaria, ni estudiados a lo largo de la formación universitaria. Hay una falta de dimensión de la problemática, de atención a los indicadores de detección, de formación en el abordaje de ésta. Lo cual genera que con demasiada frecuencia, no sólo no sean detectados sino que además se medicalicen como cuadros ansiosos o depresivos. Ello supone una práctica negligente en tanto, cuando hablamos de violencia dentro de la pareja, abusos sexuales o violaciones, se puede estar dejando a la mujer en cuestión en el mismo circuito que la enferma. De esta manera, se potencia el riesgo, se dificulta el proceso de salida y se confirma la palabra del agresor: la violencia no existe, pues nadie más la ve; ella está loca, los médicos/as coinciden con el agresor; medicada tendrá sus reflejos mermados y menos posibilidades de planificar estrategias de defensa. Los datos hablan por sí solos cuando atendemos a estudios como el de Polo (2001) que tras incluir una escala de detección de violencia de género en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid encontró que la prevalencia de maltrato físico en pacientes ambulatorias era de un 28,1% y la de maltrato psicológico de un 75,9%<sup>7</sup>. La violencia contra las mujeres es un factor de altísimo riesgo para su salud que debe ser incorporado tanto en la intervención como en la formación de trabajadores y trabajadoras de salud para ser atendida en su integridad. Sobre ello volveremos más adelante.

---

<sup>7</sup> Citado por Pilar Blanco Prieto (2005) "Consecuencias de la violencia sobre la salud mental de las mujeres: La detección precoz en consulta", en *La violencia contra las mujeres : prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Pilar Blanco Prieto y Consue Ruiz-Jarabo Quemada (coord.). Madrid: Díaz de Santos (p: 104).

### 3.2.- Donde la diferencia oscurece las similitudes

Es así que bajo ese paraguas de igualdad, la única diferencia se encuentra en el aparato reproductor. Con frecuencia la **salud de las mujeres se asocia únicamente a su función reproductiva**. Si bien se podría pensar que ha habido grandes adelantos científicos en esta materia, son procesos naturales que están siendo sobremedicalizados con demasiada asiduidad; esta fragmentación de la corporalidad de las mujeres genera un proceso de alejamiento del propio cuerpo, llegando a sentirlo como extraño en tanto son otros/as (profesionales de la medicina) quienes se supone que tienen el conocimiento sobre el mismo y por tanto su control.

En cuanto a la salud reproductiva hay una suerte de contradicción, porque al mismo tiempo que se asume que este aspecto de la salud de las mujeres está siendo investigado en profundidad, procesos como la menstruación siguen faltos de investigación, no teniendo prácticamente conocimiento sobre los parámetros de normalidad en éstos. El dolor durante la menstruación es habitual, considerado 'normal' en tanto se establece como componente del proceso. Cabe preguntarse, dada la falta de investigación al respecto, si en cambio podría ser un parámetro de algún desarreglo. Es decir, si podría entenderse la menstruación como un indicador de salud. Por ejemplo, en los últimos 20 años se ha comprobado un incremento de la presencia de *endometriosis*, endometrios que llegan a afectar la cavidad abdominal o los ovarios, lo cual genera dolores muy intensos (Valls-Llobet, 2006: 44). Esta patología había sido invisibilizada hasta no incluir la influencia de las dioxinas ambientales y el estrés crónico. Es importante recordar que se han dedicado más esfuerzos y recursos económicos en pastillas de abolición de la menstruación que en el estudio de sus parámetros de normalidad y las consecuencias de sus trastornos. Así mismo la medicalización de estos procesos, no sólo menstruales sino del parto o la menopausia, por dar algunos ejemplos, está incrementando con el pasar de los años. Cada vez es más frecuente que no se respeten los tiempos de gestación sino que los partos se programen y adelanten bajo un criterios económicos principalmente. El aumento de cesáreas en los últimos años ha sido considerable. Si bien la OMS estipula no más de un 15% de cesáreas y sólo bajo razones clínicas, la tasa en Argentina se estima de un 25% en hospitales públicos; llegando en el sector privado a un 50%.

Por otro lado, pensar en la diferencia a partir de la función reproductiva genera la creación de unidades médicas segregadas de “atención a la mujer” que se dedican exclusivamente casi a la atención ginecológica; se obvian los patrones comunes a ambos

sexos, y la necesidad de incluir de forma integral la perspectiva de género en la asistencia médica. Lo cual contribuye a la invisibilización de otras problemáticas que afectan diferencialmente a las mujeres. “Ésta es la gran asignatura pendiente para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres, introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial” (Valls-Llobet, 2009: 47).

La otra cara de este sesgo, además de la segregación a partir de la capacidad reproductiva, es que los recorridos clínicos de mujeres y varones pueden ser altamente diferentes en función del seguimiento de estereotipos de género. Un ejemplo lo encontramos en las altas tasas de morbilidad de mujeres en trastornos depresivos, algo que atiende a diversos factores a los que esperamos dar algunas respuestas a lo largo de este trabajo; uno de ellos que es piedra angular del presente estudio, es la creencia por parte de los y las trabajadoras de salud de que las mujeres tienen una cierta tendencia al desequilibrio mental. Ello junto con los altísimos índices en consumo de psicofármacos, son datos más que alarmantes: según un informe de la Organización Panamericana de la Salud, el 85% de los psicofármacos recetados están destinados a mujeres. Es así que mientras muchas enfermedades endocrinas clínicas y subclínicas causan síntomas parecidos a los cuadros depresivos, tal sería el caso de la anemia o ferropénica (cansancio, labilidad emocional, tristeza, trastornos del sueño...), sin embargo es más común el recetaje de psicofármacos antes que un análisis de sangre. Siendo que las tasas de morbilidad de las anemias en mujeres son muy altas. El 50% de las mujeres en edad reproductiva en África y en el sudeste y oeste asiáticos están clínicamente anémicas. En Latinoamérica y el Caribe, un 30% de las mujeres embarazadas. En las regiones occidentales, la OMS estima que el porcentaje de anemia es del 11% y del 15% en mujeres embarazadas (Valls-Llobet, 2009: 163). Sin embargo, se llega a encontrar en los manuales de medicina que las mujeres sanas tienen anemia: volvemos a la normalidad patógena.

Este sesgo, en atención clínica se menguaría con una mayor indagación en posibles causas de los malestares y una variación en las actitudes y escucha frente a las mujeres asistidas. Pues, otra diferencia camuflada es el cambio de actitud del personal sanitario en función del sexo de sus asistentes. Berstein y Kane (1991: 600) estudiaron las actitudes de 253 médicos y médicas de asistencia primaria frente a la expresividad de los problemas de la salud en función del sexo de las/los pacientes. Se observó que el 25% de las mujeres eran catalogadas como pacientes que se quejaban en exceso; los síntomas de las pacientes eran

más fácilmente atribuidos a influencias emocionales que los de los hombres y las enfermedades de las mujeres fueron clasificadas como psicosomáticas en el 26% de los casos frente a sólo el 9% en el caso del sexo masculino. Los médicos/as aprecian a menudo que las demandas de los pacientes varones son más serias y también es más probable que valoren un componente psicosomático si la paciente es del sexo femenino. El presente estudio, pretende precisamente realizar un aporte en este sentido con objeto de evaluar qué sistemas de creencias en torno al género femenino específicamente tienen los y las trabajadoras de la salud estudiadas.

### **3.3.- El reduccionismo sociológico que no cuenta con la intersección de otras categorías además del género**

Tal y como avanzamos anteriormente, este reduccionismo comentado por la autora tendría dos vertientes: la que refiere a la invisibilización del factor biológico por un lado, y la que atiende al hecho de que obviar la interacción del género con otras marcas que nos atraviesan es igualmente tener una visión parcializada de la realidad que probablemente siga siendo miope.

Cuando hablamos de interseccionalidad hacemos referencia a la forma en que se sistematiza la desigualdad a partir de la interacción de diferentes categorías que suponen discriminaciones a diferentes niveles como la clase, la condición socio-económica, el lugar de origen, la orientación sexual, la identidad sexual o genérica, etc. Las cuales tienen que ser especialmente tenidas en cuenta en la intervención socio-sanitaria. Un ejemplo vigente de este sesgo lo podemos encontrar actualmente en los servicios de ginecología, donde se continúa sin dar recomendaciones de protección de ETS a las lesbianas o mujeres que se relacionan sexualmente con otras mujeres, sosteniendo el prejuicio de que en estas relaciones sexuales no hay contacto de flujos; omitiendo por tanto a estas personas a un mayor riesgo.



#### **4.- Disciplinamiento sexuado: Aportes feministas y deconstruccionistas sobre la salud mental**

“La locura (...) es un juicio de valor que se expresa sobre su comportamiento, un juicio de desviación; en suma, es el nombre que en la práctica reciben algunas violaciones de las reglas de la vida social”

Carmen Sáez Buenaventura, 1979 (p:42)

Todo lo revisado hasta ahora tiene especial importancia con respecto a la salud mental de las mujeres. La vinculación histórica de éstas con la locura, pese a haber tomado diferentes formas a lo largo del tiempo, genera que ésta sea un tema ineludible al analizar la salud con perspectiva de género.

Más allá de la obviedad de que hablar de mujeres supone hacer un reduccionismo importante sobre un grupo altamente variado (en atención a otras categorías presentes en la organización social), es fácil, accesible, de sentido común que se perpetúe la confusión entre el sexo y el género, pues se sistematiza una experiencia que fomentada por estereotipos que la confirman, son el caldo de cultivo para la permanencia del patriarcado. Pues dentro de toda esa variabilidad, efectivamente hay elementos comunes en tanto mujeres, que también encuentran patrones de malestar o expresión de éstos identificables como “propios”. Si todo ello se asocia a ser bio-mujer y no del género mujer, se naturalizará su patologización, su discriminación, la violencia recibida. Los dispositivos encargados de regular la adopción de las normas y dotarlas de significado, en el sentido de definir las y reglar sus prácticas, van más allá del campo exclusivo de la salud, pero no es menor su participación en ello. La ideología médico-psiquiátrica, en atención al modelo médico hegemónico<sup>8</sup> emite un juicio político-moral en las definiciones científicas de carácter clasista y sexista. A la hora de determinar el contenido de la locura, la desviación, la enfermedad ésta se realiza a partir de las ideas clave de la clase dominante (Burin, 1990: 23). La locura se establece así, como una forma de control de la ciudadanía, en tanto emite un juicio a cerca del comportamiento y su desviación. De manera que, no sólo se controla aquellos cuerpos “desviados”, al patologizarlos, medicalizarlos y encerrarlos; sino al conjunto de la sociedad en tanto genera una suerte de voluntad de diferenciación con respecto a lo determinado como locura.

<sup>8</sup> Las características del Modelo médico hegemónico serían: a-historicidad, a-sociabilidad, individualismo, mercantilismo y eficiencia pragmática (Menéndez citado por Burin, 1990: 22).

Pareciera que deconstruir la enfermedad mental, repensar la locura situándola dentro de las tecnologías de control social, fuera minimizarla, destruirla, eliminar su importancia, arrancarla de la experiencia. Al referirnos al sufrimiento, un ámbito tan íntimo y subjetivo, una vez más surge lo innombrable por privado, redundando en la polarización que tiñe todo el pensamiento occidental. Y dentro de éste, lo intocable de lo propio, de lo singular, de lo subjetivo. Sin embargo, no sólo se trata de des-individualizar el malestar y re-vincularlo a lo colectivo, lo social, lo estructural, sino también deshilarlo y buscar las puntas de la madeja. Y en esta tarea del “des” no des-hacer las experiencias, porque no se trata de negar ni abolir sino llegar a encontrar el armazón que sostiene la estructura visible y tradicionalmente establecida como psicopatología.

En atención a todo ello, se propone hablar de *malestar psíquico*, en lugar de trastorno o enfermedad mental, como un concepto transicional que escapa a la dualidad que plantea la dicotomía salud-enfermedad; especialmente en cuanto a la salud mental ya que establecerse como enferma/o mental supone una construcción subjetiva que cuando tiene nombre y apellidos (por ejemplo, depresión bipolar, agorafobia, etc.) dado este correlato biológico que supone la enfermedad y el posicionamiento jerárquico del/la profesional, se facilita el estancamiento de las personas diagnosticadas. Las relega a la pasividad con respecto a su malestar, no teniendo en cuenta ni la agencia del/la sujeta, ni la influencia de la estructura social y sus condiciones de vida. Así mismo esta noción de malestar desdibuja otros binomios asociados a los conceptos tradicionales como: externo/interno, objetivo/subjetivo, normal/patológico... en cambio, permite incorporar la dimensión social del mismo, colocándolo como objeto de debate público. En el Seminario Internacional sobre el Malestar Psíquico de las mujeres (Roma, 1988) se señala la necesidad de diferenciar entre: sufrimiento y enfermedad. Entendiendo ésta segunda como un padecimiento individual de origen biológico; mientras que el sufrimiento femenino resaltaría las condiciones derivadas de la estructura social, de género, clase, origen, etc. (Mabel Burin, 1990: 35).

Coincido con Mabel Burin en su concepción a cerca de la salud mental como algo que no está dado de antemano, no está preestablecida y sólo debemos preservarla. En su lugar la autora propone poder comprender que se trata de un proceso en el que el malestar o bienestar se construye. “Nuestra noción es que vamos construyendo nuestra salud mental de acuerdo con ciertos procesos históricos, sociales, económicos, o sea, a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando. (...) que van configurando el *ir siendo*” (Burin, 1990: 83). Esta noción habilita otros procesos de subjetivación del trastorno mental en tanto

permiten resituarlo como un estado y no algo inherente a la persona. La enfermedad mental genera prácticamente un proceso identitario en muchas personas que comienzan a definirse a partir de ella. Tanto en quienes padecen depresiones, como esquizofrenias o crisis psicóticas, la enfermedad ocupa un lugar de definición del si mismo/a. Llegando a generar dinámicas familiares concretas en función de este 'rol de enferma/o' que dan lugar a la tutorización de estas personas a partir de una creencia tácita o explícita de incapacitación. Las huellas subjetivas y dinámicas relacionales que genera el diagnóstico mental daría para ser abordado en profundidad, si bien en este momento nos interesa señalar únicamente que considerar el malestar o la salud como procesos de construcción podrían facilitar su vivencia desde otros lugares, y fomentar la idea de agencia del/ la sujeta en su padecimiento. Asimismo esta concepción de proceso, ayuda a desdibujar los rígidos patrones sobre qué es sano y qué no lo es, pudiendo partir de qué le hace bien a la persona que nos ocupe. Rompiendo con la versión positivista que refiere a un desarrollo ideal que se evidencia sesgado desde una visión patriarcal donde tampoco se plantean 'ideales' sanos para todas las personas.

Con frecuencia, este malestar tiene que ver con lo generado precisamente por la estructura social de referencia. La psicopatologización del malestar estructural permite la individualización de éste, con lo que su raíz estructural se anula. Como consecuencia se actúa como si el malestar fuese de la persona que lo padece, impidiendo hacer una revisión social, y proponiendo un tratamiento que interceptado por condicionantes culturales, no irá a la raíz del problema, quedando en la eliminación del síntoma. La psicopatologización de la disidencia de la norma social ha sido paralela o sustitutiva de su planteamiento como conducta delictiva, baste pensar en la penalización de la *sodomía* y posterior encuadre de la *homosexualidad* como trastorno mental<sup>9</sup>.

Es así que a partir de diversos estudios feministas podemos extraer factores de riesgo específicos para las mujeres que tienen que ver con su posición en las relaciones de poder entre los géneros: el matrimonio, el rol de ama de casa, las dobles y triples jornadas femeninas, tener dos o más hijos/as pequeños/as, falta de soporte (redes sociales o familiares) y falta de comunicación en el pareja (Mabel Burin, 1990: 60). En los varones el matrimonio es un factor protector en tanto se genera un espacio de contención emocional y procuración

---

<sup>9</sup> En el siglo XIX, acompañando este cambio epistemológico y social que venimos describiendo, como consecuencia de la protección de la heterosexualidad como forma natural, correcta y sana de relacionarse sexo-afectivamente, nace el concepto de *homosexualidad*. Surgido en el seno de los movimientos de defensa de Derechos Humanos, a partir de la derogación de la ley que penalizaba la *sodomía*. Posteriormente es la psiquiatría la que se apodera del concepto para patologizarlo: la violación de la heteronormatividad, pasará de ser ilegal a ser psicopatológica. Cabe estremecerse al recordar que recién en 1973 el DSM elimina la homosexualidad de su lista de trastornos relacionados con la sexualidad.

material de bienestar, siendo a la inversa en el caso de las mujeres. Asimismo, la maternidad (entendiendo, el rol materno así como los ideales, deseos y funciones que subyacen a este concepto en la actualidad) es uno de los roles de género que mayor riesgo suponen. El imaginario que envuelve la figura de la madre es altamente exigente en muchos sentidos, y muy agotador. Sin embargo, al estar naturalizadas las funciones de “la madre” no se percibe lo inalcanzable de su planteamiento, generando así sensaciones de responsabilidad y culpabilidad cuando surge el desfase entre los objetivos y las posibilidades de llevarlo a cabo. Aunque el malestar esté relacionado con el ámbito familiar, su expresión adquiere otras formas e interpretaciones por parte de sus propias protagonistas; pues una esposa o madre no puede quejarse de su condición, en caso contrario iría totalmente en contra de lo que postula su mandato. La psicóloga Mabel Burin se pregunta porqué, pese a todo, las mujeres casadas informan que son felices. Concluyendo que están sobreadaptadas a las exigencias sociales llegando a no percibir las consecuencias negativas de ello. La autora establece como factor vinculante en las condiciones de existencia de las mujeres, los espacios de poder disponibles para ellas. En nuestras sociedades, la historia nos devuelve cómo a partir de la Revolución industrial y la separación del ámbito público-privado junto con el confinamiento de las mujeres en este último, para ellas el espacio de poder disponible es el afectivo. De manera que cuando esto se desequilibra, supone un fracaso personal. Ello dificulta esta toma de consciencia con respecto a las fuentes de malestar por fuera de una misma. El conflicto en el ámbito doméstico, conlleva la desestabilización del espacio de poder por excelencia para las mujeres, de ahí su vínculo con la autoestima, la sensación de frustración personal, etc. Socialmente esa atribución individual del malestar es confirmada. El desequilibrio entre las exigencias del rol de madre y/o esposa y su desempeño es percibido como enfermedad, ubicando la problemática en la mujer y desvinculándolo de su raíz estructural. Una respuesta emocional desbordada que haga patente la insostenibilidad de lo que exige la maternidad se establece como enfermiza, siendo interpretada, no sólo por la mujer en cuestión sino por los y las profesionales sanitarias, así como por el entorno, como una falla personal, una limitación o incapacidad de ella. Todo ello, a su vez, redundará en la idea estereotipada de mujeres como débiles, vulnerables y necesitadas de ayuda.

¿Y qué comporta en nuestras sociedades estar del lado de la locura? Estar incluida dentro de la categoría *enferma/o mental* supone un proceso de desautorización llegando a la posibilidad de encierro o discapacidad civil. Aunque, en el contexto argentino por ejemplo, hay importantes avances en la regulación de los encierros psiquiátricos a partir de la



implementación de la ley 26.657<sup>10</sup>, precisamente ésta nace a partir de la identificación sistemática de encierros sin revisión, bajo condicionantes sociales y no mentales, judicialización de casos de violencia de género en los que la persona diagnosticada y encerrada por ello era la mujer que atravesaba la situación de violencia<sup>11</sup>, por poner algunos ejemplos. Ser enfermo/a mental, padecer un trastorno, genera reacciones en la interacción social: recelo, infantilización, temor incluso. Así como en la subjetividad, dado el vigente concepto de 'paciente' en el sentido más literal del término: pasividad, alejado/a del conocimiento sobre su propio cuerpo y funcionamiento, desposeedor/a del *saber de sanación*, limitada/o a lo dictaminado por el o la profesional de turno.

Las herramientas elaboradas a partir de aquellos primeros estudios foucaultianos que reubicaron la discusión sobre la locura de la individualidad a las sociedades que la crean, nos habilita nuevos caminos en cuanto a la vinculación de las mujeres con los trastornos mentales. Llamádonos a repensar no sólo sobre los sesgos sexistas en el conocimiento y la forma en que la locura regula al género femenino en un modelo único de expresión del mismo, sino también sobre el impacto en la subjetividad y condiciones materiales de existencia de este grupo social, el porqué de tanto malestar expresado: ¿locas o mujeres? O quizás ¿locas por mujeres?

---

<sup>10</sup> Promulgada el 2 de Diciembre de 2010. Publicada en el boletín oficial N° 32041 el 3 de Diciembre de 2010.

<sup>11</sup> Informe *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, elaborado por Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en el año 2007 documenta violaciones a los derechos humanos perpetrados contra las aproximadamente 25.000 personas que están detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas. Este informe registra graves hechos de abuso y negligencia en estas instituciones, y documenta, incluso, casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, exposición a privación sensorial mediante el aislamiento por un largo período de tiempo y actos de violencia física y sexual.



## **5.- ¿Locas por mujeres? Ejes interpretacionales de la salud mental en las mujeres**

Son varias las teóricas feministas que asocian la construcción del sujeto mujer a su padecer mental (Mabel Burin, 1990; Carmen Sáez Buenaventura, 1979; Teresa Cabruja: 2005, entre otras), ello tanto en relación a la conformación de la subjetividad como a los roles de género.

Desde las quemas de brujas, pasando por la histeria uterina, hasta los altos índices actuales en consumo de psicofármacos por parte de las mujeres, se pueden establecer puntos comunes que nos llevan a esta íntima relación entre lo femenino y la locura. En cuanto a la psicopatología y el género no sólo hay que revisar las teorías sesgadas que sostienen la desigualdad sino también las prácticas sociales que la originan. Comprendiendo como tales, tanto el desempeño de la vida con un cuerpo de mujer, como el de la actividad profesional de quienes designan el campo de la salud. En un clásico estudio realizado por Broverman (en Burin, 2002: 204) en los 70' en el que se presenta un cuestionario sobre roles y estereotipos de género a médicos/as, se pone de manifiesto que existen dos concepciones paralelas de salud mental, una para varones y otra para mujeres. Además de señalar características estereotipadas como mayor sumisión o dependencia en las mujeres, el criterio de salud mental propuesto para ellas estaba basado en su adaptación al rol sexual y un desarrollo apropiado del mismo, pese a que fueran conductas poco deseables socialmente, incluso incompatibles con el patrón de salud mental del resto de personas adultas. Lo cual finalmente mostraba una importante diferencia con respecto al criterio para evaluar a varones. Para las mujeres, su salud mental tiende a la patología, pero al estar socialmente construida como norma, se naturaliza cierto grado de malestar.

Si hacemos revisión de la morbilidad diferencial en trastornos mentales, nos encontramos en el caso de Argentina con el obstáculo que supone la ausencia de estadísticas actuales diferenciadas por sexo. Sin embargo, podemos intuir cuáles serían éstas al percibir las similitudes en los datos arrojados por diferentes países y desde hace ya varias décadas<sup>12</sup>, en los que el trastorno de mayor prevalencia en población femenina es la depresión junto con los

---

<sup>12</sup> Como organismos que informan de estas prevalencias podemos nombrar: DSM IV, OMS. Como autoras que lo señalan: Mabel Burin (1990, 2002) y Carmen Sáez Buenaventura (1979).

trastornos de ansiedad (3/1 con respecto a los varones en ambos casos). Estos datos, analizados en función de la sintomatología que suponen, muestran serias relaciones con los estereotipos y roles de género. En el caso de los varones por ejemplo al contrario de las mujeres su género prácticamente los amputa sentimentalmente, obstaculizando la expresión emocional y, más aún, la del malestar psíquico al ser considerados éstos signos de debilidad y dudosa masculinidad. La expresión de muchas emociones como la tristeza se traduce en consumo de sustancias o agresividad en el caso de los hombres. Podemos encontrar infinidad de ejemplos cinematográficos y literarios que dan cuenta de ello, donde ante una misma emoción como la tristeza o la frustración, los personajes masculinos dan golpes a la pared o rompen cosas a su alrededor, mientras que los femeninos se tiran al suelo, gritan, lloran y en caso de agredir, es contra ellas mismas, tirándose del pelo por ejemplo. Todo ello evidencia patrones emocionales y de expresión diferenciales según el género. Esta distinción en la vivencia de lo emocional influye en los tránsitos por procesos de malestar psíquico de la población de forma diferencial. En varones, una de las prevalencias más altas se encuentran en trastornos de consumo de sustancias. Hay estudios en los que se ha asimilado la depresión en las mujeres al alcoholismo en los varones, expresiones diferenciales a partir de lo habilitado según el género, pero que referirían al mismo tipo de malestar o conflicto (Burin, 1990: 46).

Los porqués de este vínculo entre las mujeres y la locura podemos dividirlos en tres bloques que ya se han ido adelantando: uno primero que habla de la construcción de la subjetividad femenina y la introyección de los mandatos de género, otro sobre las condiciones materiales de existencia disponibles para las mujeres, y un último que refiere a los sesgos sexistas en la construcción de conocimiento y por ende en la praxis sanitaria. En este tercer eje se inscribe la propuesta de este estudio.

### **5.1.- Subjetividades construidas: Mandatos e introyecciones de género, relegamiento a la anormalidad**

Quizás al leer estas líneas surja el interrogante sobre cómo hablar de subjetividades femeninas que, aunque en plural, pareciera una contradicción unir lo externo y lo interno, lo individual y lo social, incluso se podría rechazar un reduccionismo aparente en esta afirmación. Pero la subjetividad es justamente ese espacio en el que confluyen en interacción cada uno de esos dos polos. Donde hacemos propios/particulares/nuestros/personales esos

discursos y prácticas que nos envuelven y conforman de maneras complejas. Es así que si bien hacer alusión a la subjetividad es referirnos a un espacio íntimo en el que las diversas mujeres pueden experimentar de múltiples maneras los ejes de organización social que las atraviesen; dado que es en ese intersticio donde juegan a dibujar esas imágenes y mensajes dedicados a un grupo social concreto, podemos hablar de la subjetividad femenina como un espacio de complejas intersecciones de los discursos sociales en torno al género que las atañe.

En relación a ello, Teresa Cabruja (2009: 368) habla del discurso occidental con respecto a las *maneras de ser* como elementos inquebrantables que además despolitiza y descontextualiza toda postura autoritaria que sea defendida como “yo soy así”. Además, dada la alteridad en la que se construyen las relaciones de género, eso implica un “tú eres así” al tener que soportar y complementar esa manera de ser del otro que responde -aunque inconscientemente, sí de forma perversa- a una estructura de poder que determina lugares de dominación/subordinación. Así mismo, la frase “ella es así, hay que dejarla” tan cotidianamente escuchada, continúa sirviendo para la no tenida en cuenta de determinadas muestras de malestar o expresiones de resistencia; contribuyendo a desautorizar lo exteriorizado por esa mujer concreta. Este discurso a cerca de las *maneras de ser* lleva a la desresponsabilización de quienes ejercen la autoridad y dominación en su nombre. Lo cual, inserto en las prácticas institucionales legitiman las actuaciones (legales, sanitarias, educativas...) que se derivan de esos mecanismos de individualización que de esta manera silencian el dolor, malinterpretan las resistencias al control y aíslan los malestares.

Los roles y estereotipos de género, así como plantean comportamientos y tareas diferenciales, suponen rasgos psicológicos y de personalidad también distintos para varones y mujeres. Es así que estas últimas se establecen como sensibles, lábiles emocionalmente, irracionales, influenciables, superficiales, subjetivas..., opuestas a los varones: fríos, racionales, difícilmente desequilibrables, agresivos, contenidos emocionalmente, objetivos... Socialmente están mejor valorados aquellos atributos psicológicos masculinos principalmente en la vida pública, pero también con respecto a la madurez adulta y la salud mental. La racionalidad, la objetividad y la contención de las emociones por ejemplo, son cualidades en alza incluso necesarias, para ser empresarios, políticos o jueces por poner algunos ejemplos. Son múltiples los estudios que desde los 70' demuestran cómo los atributos psíquicos que vienen a tipificar a las mujeres “normales” (menos independientes, competitivas entre ellas, alegres, más excitables con menos estímulos, más preocupadas por su apariencia física...) son equivalentes a los de un varón adulto no sano mentalmente, no del todo “normal”. Por lo tanto cabe decir

que se acepta que las mujeres padezcan una “salud mental patológica” o una “normalidad anormal” (Carmen Saez Buenaventura, 1975: 41).

Lo que hoy por hoy se considera feminidad engloba una serie de características infantilizadoras que denotan poca madurez mental. El encanto femenino goza, tal y como dice Carmen Saez Buenaventura (1979), de una serie de *pequeñas locuras* que alejan a las mujeres de los parámetros de salud mental. El cine, una vez más, nos ofrece varios ejemplos de esta feminidad deseable en las mujeres y aplaudidas por la población masculina; esas locas encantadoras, inestables, espontáneas, poco cuidadosas, teatrales, irreflexivas... características que permiten, habilitan la identificación con su género.

Mientras que en los varones su subjetividad va orientada hacia la diferenciación del/la otra/o, la independencia y la autonomía, donde el éxito se ubica en la superioridad con respecto al resto. En las mujeres su subjetividad se dirige a la fusión con el otro, la predicción de deseos y necesidades, la facilitación de bienestar y el éxito a partir del sostenimiento de los vínculos. Caemos nuevamente en la esfera emocional como ámbito de poder y desarrollo de las mujeres. El éxito concebido en claves masculinas supone varias amenazas, no sólo en cuanto a la pérdida de feminidad sino también sobre los costos afectivos que se arriesgan, lo cual hace que el éxito competitivo -potenciado cada vez más por el capitalismo- no sea receta para las mujeres. Discriminación invisible en tanto el éxito social-económico también sigue patrón androcéntrico.

Un campo emocional vedado a la feminidad es la agresividad u hostilidad. Ésta se reprime o se dirige hacia ellas mismas, autoatribuyéndose la responsabilidad del enfado. La culpabilidad está altamente arraigada en las mujeres. A lo largo de nuestro proceso de socialización los mandatos de docilidad, pasividad y búsqueda de ayuda ante el conflicto, giran la resolución de la hostilidad en cuanto a su expresión o destino a partir de la contradicción *genérica* que supone. La inhibición de este sentimiento es clave en la constitución de la subjetividad femenina, siendo a su vez un objetivo inalcanzable al implicar el rechazo de la frustración, el fracaso, el disentiimiento. Un ejemplo sobre cómo opera esto en los procesos subjetivos y sociales lo tenemos en los casos de violación. La cual es frecuentemente vivida y percibida socialmente como consecuencia de actitudes y comportamientos de la mujer como provocadora o culpable de no haber *insistido* en la negativa. Culpabilización de la propia sujeta y/o de su entorno que obvian una amplia cantidad de factores estructurales, entre ellos la socialización en el *sí de las niñas*.

Este encanto femenino descrito unos párrafos más arriba, está acotado a un rango etario

determinado, previo a la maternidad y el casamiento. Pues una vez las mujeres pasan a abordar la familia y la maternidad, el mismo género da un vuelco en cuanto al perfil psicológico esperable pues han de asumir sus nuevas funciones de una forma: centrada, equilibrada, contenida emocionalmente para poder ser la reguladora de afectos de la familia. Pues si no cumplieran con este perfil, pasarán a ser vistas -por la sociedad en general y los y las profesionales de la salud en particular- como las clásicas madres ansiógenas, sobreprotectoras, castradoras, abandonicas... Ésta sería la segunda fase de entrada a la locura que nos propone el género con respecto a lo esperable de las mujeres. La cantidad de tareas que supone la maternidad implican un serio desgaste a nivel mental, sin embargo hay una prohibición tácita en mostrar algún tipo de malestar. Es decir, si bien las mujeres son las grandes contenedoras emocionales de la familia: las que circulan los afectos, las que los regulan, deben pasar de este “encanto femenino” desequilibrado a un equilibrio perfecto que denote su capacidad para ser *buena madre*; pues si algo sucede en la psiquis o conducta de los y las hijas (desde su adolescencia irreverente hasta sus problemas de consumo adulto), la responsable directa será su progenitora. La maternidad es un proceso identitario que no sólo cambia, las actividades sino también la subjetividad, aparecen el sacrificio, la generosidad y la postergación del si misma como experiencias fundantes. La maternidad, tal y como es concebida tradicionalmente, exige la mimetización de los deseos propios con los de los/las otros. Esta condición de esposa y madre, las cargas que suponen y el estrés que compromete la mirada del otro en este “ser buena madre”, así como la influencia del “ser para otro” y la ausencia de “ser para si misma” tiene implicaciones en la salud mental de las mujeres en esta situación, y recordando las morbilidades en éstas es interesante analizarlo.

Mabel Burin (2002) hace un profundo análisis de la crisis de las mujeres de edad mediana, donde desgrana y examina a qué refiere ese conflicto, extrayendo varios hilos explicativos que comprometen la sensación de pérdida e inutilidad: término de la capacidad reproductiva, menor relevancia del rol materno con hijos e hijas adultas, pérdida de juventud-belleza-vigor que establecen los cánones, e incluso pérdida del rol de esposa si está separada o viuda. Si bien por otro lado, recientemente y de forma cada vez más común estas pérdidas -sobretudo las que atañen a roles y cargas- son percibidas como espacios para alcanzar por fin el desarrollo autónomo y libre de muchas mujeres; no podemos negar que subyace una cierta lógica temerosa ante el paso de los años en la población femenina, en tanto es incompatible con sus atributos más valorados: belleza, capacidad reproductiva y fuerza para llevar todo. Aquellas aptitudes que mejoran con la edad como la capacidad intelectual, no son

ámbitos simbólicamente femeninos. “Su función reproductora, delinea su rol social, colorea su inserción cultural y define, también significativamente su psiquismo” (Burin, 2002: 68).

Justamente, la relación de las mujeres con la depresión ha sido esencializada a partir de los vínculos entre determinados momentos de los ciclos vitales de las mujeres y los estados emocionales que se generan. La depresión postparto o los desajustes emocionales durante la menopausia junto con el síndrome premenstrual son algunos ejemplos de la relación de la depresión con los ciclos femeninos. Perpetuándose así, la vieja relación del útero con la locura femenina. De esta manera, se establece un proceso de invisibilización de lo que compromete a las condiciones de vida depresógenas de las mujeres, y un excesivo énfasis en sus cambios hormonales.

La incorporación de los mandatos de género no sucede de forma automática, ni nuestro proceso de socialización diferencial elimina las diferencias intragénero y hace irreconciliables las intergénero. Tampoco esta generalización a la que a veces me acojo de mujer-esposamadre supone la alusión a una realidad única y experienciada de forma monolítica. Pues es innegable que tanto mujeres como varones han desarrollado múltiples estrategias que han hecho vivibles y disfrutables esos moldes de feminidad y masculinidad propuestos como rígidos, pero que en su repetición se encuentra el espacio para la performatividad; habilitando otras formas posibles de ser y estar en el mundo. No obstante, las prácticas discursivas surgen de las posibles dentro de un contexto histórico, político, institucional, que interseccionado por otros ejes de organización social, están situados concretamente espacio-temporalmente. Por tanto las posibilidades singulares y personales de negociación e identificación y desidentificación gestionadas en la vida cotidiana, están modeladas por ello. Lejos de anular la diversidad, nos interesa centrarnos en cómo estos discursos fraguan subjetividades y relaciones de género.

Tanto la adhesión a los roles de género como la ruptura de éstos son susceptibles de generar malestar: aquellas que deciden en mayor o menor grado escapar a los mandatos determinados socialmente han estado históricamente del lado de la locura -las que no desean casarse, las que no quieren ser madres, las que no quieren ser heterosexuales, las que tienen “mucho” deseo sexual, las que abortan-. Y aquellas cuyas rupturas no implicaron un diagnóstico clínico son consideradas excepciones, alejadas de su género, despojadas de “ser mujer”, asimiladas al modelo masculino, o consideradas mujeres extraordinarias de forma literal: extra -fuera de- lo ordinario -lo común, lo normal-. Puede que ciertamente la disonancia entre los deseos individuales y los socialmente deseables llegue a un punto tan

irreconciliable que afecten al equilibrio y bienestar del/la sujeta, dando margen para el malestar o el dolor emocional. Pero ello no quiere decir que se tenga que actuar sobre el síntoma ayudando a la persona a adaptarse a los comportamientos sociales deseables, sino indagar dónde ubica la persona su bienestar y qué técnicas le pueden ser útiles para conseguirlo. Evitando interceptar la praxis sanitaria con dimensiones de orden moral que reproduzcan la jerarquía genérica y la desigualdad originadas por ésta. De ahí el interés del presente estudio sobre la identificación de las representaciones femeninas en trabajadoras/es de la salud, en tanto interfieren en la percepción sobre las fuentes de bienestar o malestar y sus tratamientos.

Pensando en una ama de casa deprimida, patologizar su malestar y medicalizar sus síntomas, implica no profundizar en posibles causas de éste. No indagar hasta dónde ese malestar proviene de estar dejando de lado los proyectos personales, no cuestionar el poco protagonismo en la propia vida, no repensar qué autoestima se puede construir a partir de un trabajo que no es ni remunerado económicamente ni valorado socialmente, qué tratos se reciben por parte del núcleo familiar a partir de ese rol, etc. No hacer revisión de todo ello en el tratamiento implica fomentar los modelos de género vigentes en la actualidad y estar al servicio del sistema heteropatriarcal-capitalista. La psiquiatra Sáez Buenaventura (1979) hace alusión a lo mencionado de forma irónica y pícaro con lo que denomina el *diploma de maduración* haciendo referencia a cómo a partir de la psicoterapia y los psicofármacos, se rehabilita a las mujeres para que puedan sostener las pesadas cargas que supone su género, resignándose a los cometidos que le corresponden sin poder hacer revisión crítica de los mismos.

Esta práctica, la más generalizada en psiquiatría, de hacer desaparecer el síntoma y devolver al sujeto supuestamente “sano” al circuito donde se enfermó, no es otra cosa que la utilización de las pautas que el sistema capitalista posee para el tratamiento tanto de los medios de producción, como de la fuerza de trabajo (hombres), como de quienes reponen esa fuerza y forman un ejército de reserva de la misma (mujeres), con el único interés de que el sistema continúe intacto. (Carmen Sáez Buenaventura, 1979: 44)

La sensibilización de los y las trabajadoras de salud y su formación en perspectiva de género contribuiría a la disminución de estas prácticas discriminatorias. Pues deconstruir la esencialización de la *personalidad de la mujer* (y no uso casualmente el singular), y comprender en el paradigma de abordaje con los análisis que el género habilita, facilitaría un



considerable cambio en la intervención socio-sanitaria hacia una mayor equidad en salud.

## **5.2.- Condiciones materiales de existencia de las mujeres: roles de género y consecuencias de la discriminación**

Si recordamos el informe de sobre el Desarrollo Humano de 1995, que mostraba que el 70% de las personas en situación de pobreza son mujeres. Nos damos cuenta que es crucial tener en cuenta la relación entre estas dos categorías en nuestro análisis. Teniendo presente que la condición socioeconómica tiene un impacto más que considerable en la salud, podemos pensar que su alianza con el género juega en contra de la salud de las mujeres. Aunque muchas se encuentren actualmente en situación de empleo formal remunerado, no podemos obviar que son muchas más mujeres que varones las que quedan fuera de este circuito. Teniendo en cuenta que a su vez a través del mercado de trabajo se accede a otros servicios (salud, jubilación, guarderías gubernamentales, etc.) el postulado anterior adquiere mayor relevancia a la hora de pensar sobre las condiciones de acceso a la salud. Vacío éste en el que también se encuentran las que aún con trabajo remunerado están en economía sumergida.

Las condiciones de vida destinadas para las mujeres, tienen una doble vertiente en lo material y en lo simbólico, aspectos ambos que impactan considerablemente la salud mental. Volviendo a ejemplificar con un ama de casa, encontramos por un lado su precarización económica al no disponer de recursos propios, su jornada laboral sin horarios ni sostén social, que la afectarían materialmente. Y por otro, el carácter simbólico que tiene un trabajo sin formación específica, de transmisión oral y doméstica, sin reconocimiento social. Siendo que el trabajo también es fuente de identificación y valoración personal, el trabajo doméstico no es buen terreno para plantar autoestimas, por invisible y poco reconocido.

El trabajo doméstico y tareas de cuidado es realizado en su inmensa mayoría por mujeres, sea de dedicación exclusiva (amas de casa) o paralela a otros trabajos remunerados (doble, triple jornada laboral), así como también en forma remunerada (limpiadora a domicilio), habitualmente en economía sumergida pero en algunos casos en forma legalizada. Así como también las encargadas de limpiar el resto de instituciones, las cuidadoras de enfermos, personas mayores, personas discapacitadas, personas con problemas de consumo, casas de acogida de niños y niñas, comedores escolares, cuidadoras de guarderías... mujeres en su inmensa mayoría. La difícil relación de las mujeres con el trabajo dificulta no sólo el acceso a la salud, a partir de su vínculo formal con el mercado laboral; sino también su

impacto en el cuerpo y vida de éstas. Factores todos que desfavorecen la salud mental posible para las mujeres.

Las relaciones de poder dentro de la vida familiar que conlleva, entre otros, la no corresponsabilidad en el cuidado de hijos e hijas y sostenimiento del hogar suponen una balanza poco equilibrada en los actores/as intervinientes en la unidad doméstica. Generando una sobrecarga cotidiana de tareas que implican: reducción de tiempo de ocio, sacrificio de proyectos propios en pro de los de otros miembros de la familia, cargar mentalmente con las responsabilidades que implican las tareas domésticas y de crianza, etc.

Cuando hablamos de condiciones de vida hablamos de vida cotidiana: refiriéndonos a la sedimentación de un conjunto de actividades y actitudes que se mantienen constantes por un periodo prolongado de tiempo. Sólo se toma consciencia de la vida cotidiana cuando hay una ruptura en éstas. La vida cotidiana es aquella suma de rutinas siempre presentes pero que por conocidas y esperables nunca son registradas ni cuestionadas. “Es por ello que en un punto la vida cotidiana parecería corresponder al ámbito de *lo natural*” (Burin, 1990: 48)

Lo natural no es cuestionado ni siquiera por las mismas protagonistas de su vida, recordando lo escrito unas líneas antes, el registro del malestar generado por los roles de género es difícilmente identificado debido a su extendida naturalización.

Uno de los aportes más importantes desde el feminismo es la visibilización del trabajo doméstico y de crianza como perteneciente al ámbito laboral, con todo lo que ello importa a nivel simbólico, material, en salud, etc. Desde las diferentes disciplinas que abordan la cuestión laboral -psicología y sociología del trabajo por ejemplo- se ha producido bastante sobre el desempeño de las tareas y sus exigencias e impacto en la salud de los individuos. Uno de los conceptos estudiados por su alta incidencia en la población trabajadora es el estrés. Problemática que se hace más presente a medida que las tareas implican más habilidades cognitivas que físicas. Y esto viene de la mano del uso cada vez más extendido de maquinarias más o menos complejas, en detrimento del tareas manuales o artesanas. De todo ello surge la conocida asociación entre el estrés y el trabajo, en el sentido más conservador del término. Y digo, el sentido más conservador en tanto no comprende las jornadas laborales “extra” de las mujeres, concluyendo por tanto en una simple ecuación lógica que el estrés es un desorden emocional de mayor incidencia en la población masculina. Lo cual se pone de manifiesto en los diagnósticos diferenciales entre varones y mujeres. Simbólicamente el estrés está asociado al esfuerzo, a la capacidad de lucha, al volumen de trabajo y a la importancia de éste. “Cuando la situación de estrés se prolonga y no se puede

reaccionar con respuestas de lucha, esta falta de respuesta se registra como incapacidad personal” (Burin, 1990: 92). Este rasguño en la autoestima suele generar malestar vinculado a sentimientos de debilidad, impotencia y culpabilidad por todo ello. Lo cual suele ser codificado como depresión. “Anualmente, una de cada cinco mujeres toma tranquilizantes en un momento dado de su vida, generalmente por estados depresivos en alguna de sus variedades” (Burin, 1990: 91). Los estados depresivos, muy al contrario que con el estrés, su imagen se asocia a la debilidad, incapacidad de afrontamiento de las situaciones y por tanto responsabilidad de la persona que lo padece. Pareciera que a través de ese diagnóstico se juzgara a la persona que lo padece por su incapacidad para gestionar su vida. La indagación en el origen de los estados depresivos, supondría una ventana abierta a la percepción de una posible situación de estrés originaria relacionada con la vida cotidiana, siempre desde una perspectiva de género. Este tipo de análisis contribuye a des-esencializar la depresión en las mujeres y desactivar el imaginario colectivo que lo apoya, sostiene y perpetúa.

Retomando el enfoque del estrés desde el ámbito laboral, habría dos modelos más extendidos y quizás complementarios, que dan cuenta de los factores estresores que pueden ponerse en juego en la actividad laboral. En el modelo de los autores Karasek y Theorell (Artazcoz, 2001: 91) se hace referencia a tres dimensiones: las exigencias psicológicas del trabajo (volumen, presión de tiempos e interrupciones), el control sobre éste (desarrollo de habilidades propias y autonomía), y 3) el apoyo social (de colegas y superiores). Hay evidencia científica de la relación de estas tres dimensiones con algunas enfermedades: cardiovasculares, dolores musculares, problemas estomacales, ansiedad y depresión. Sólo con el trabajo doméstico y de crianza, la balanza se decanta negativamente. El volumen de trabajo es altísimo, la presión de los tiempos aumenta si hay además otra jornada o jornadas laborales, las interrupciones provenientes de las demandas de personas a cargo también son numerosas. El desarrollo de habilidades propias, puede verse incluso menguado, si éste no coincide con actividades del ámbito doméstico (como podrían ser coser o cocinar). La capacidad de autonomía sin duda es la más restringida, en tanto la cantidad de tiempo que esto abarca -dimensión no comprendida en el estudio, quizás por la perspectiva de trabajo con jornada laboral limitada de forma externa; que no sería el caso del trabajo doméstico pues es continuo y cotidiano- dificulta la posibilidad de gestionarlo. Por último el apoyo social, cuando no hay redes familiares y sociales como en muchos casos de violencia de género, esto es fundamental en cuanto a factor de riesgo. La falta de “apoyo social” que en el caso de una unidad doméstica se traduciría en el reparto igualitario de las tareas (domésticas y de crianza

si fuera el caso). Esta dimensión iría dirigida a visibilizar la opresión de las mujeres en el hogar, encargadas, más allá de su trabajo fuera de éste, de todo lo que comprende *llevar una casa*. Por tanto, estas tres dimensiones propuesta por los autores, aplicada al trabajo doméstico, visibilizan problemáticas en salud derivadas de esta segunda o tercera jornada laboral, su impacto en los cuerpos y estados emocionales de las mujeres en estas situaciones.

La parte complementaria a esta teoría, que la enriquece con un toque más subjetivo en tanto apela a la identidad, es la propuesta por Siegrist (Artazcoz, 2001: 92). El autor valora en el proceso identitario de una persona con su trabajo, el equilibrio entre el esfuerzo y la compensación. Entendiendo esta última como salario, reconocimiento, y estabilidad en el sentido de certidumbre de proyección a futuro. Una vez más encontramos herramientas aplicables al trabajo doméstico que favorecen la comprensión del impacto de éste en la salud. Pues existe un evidente desequilibrio entre el esfuerzo y la compensación al no ser asalariado. Sin embargo, con respecto al reconocimiento social, habría otros matices en cuanto al trabajo doméstico realizado por una mujer. Pues como venimos diciendo, la asociación de éstas a la reproducción ha servido maquiavélicamente como yugo y alabanza. Es decir, la figura de “la madre” si bien contrae o puede contraer los efectos negativos que se vienen mencionando, socialmente sí goza de un reconocimiento. En este sentido, lo complicado es romper el mandato de género que tiene que ver con la maternidad y el matrimonio. De hecho, lo que dificulta la percepción de esta relación maternidad-procesos de malestar (físicos o psíquicos) es justamente los mandatos que rigen una menor valoración social a quienes no cumplan con esos roles.

Estas mismas relaciones de poder insertadas en los núcleos familiares además de las sobrecargas cotidianas, son responsables de la violencia de género que sucede en este ámbito.

Dentro de las condiciones de existencia de las mujeres se ubican las violencias de género en tanto suponen un condicionante de salud e importante factor de riesgo que hay que incluir en el análisis, las políticas públicas, los programas sanitarios, la praxis profesional. Los alarmantes datos de violencia de género y feminicidios que aún hoy azotan las estadísticas transnacionales, se agravan al tomar consciencia de estudios como el realizado por Polo<sup>13</sup> ya comentado en epígrafes anteriores, el cual muestra cómo la violencia de género es psiquiatrizada, medicalizada y silenciada. Lo cual es indicador de que la violencia de género no está siendo detectada y por tanto tampoco abordada; sin embargo sí se psiquiatriza, especialmente la que sucede en el ambiente familiar, así como la sexual (abusos y

---

<sup>13</sup> En Pilar Blanco Prieto y Consue Ruiz-Jarabo Quemada (coord.), 2005: 104.

violaciones) que también sucede en un porcentaje ampliamente mayor en círculos familiares o conocidos, contrariamente a lo que se piensa. De manera que la raíz del problema se ubica en la mujer que sufre la violencia, revictimizándola, desvinculando su estado psíquico de la violencia que recibe, dejando por tanto que continúe en el mismo contexto que la enferma, volvemos a recordar las palabras de Sáez Buenaventura. Medicalizar a una mujer o tratarla psicológicamente por su ansiedad o depresión, sin relacionarlo con su situación de maltrato es por un lado, incidir en que su “locura”, su malestar, viene de ella, desresponsabilizando al agresor. Y por otro, es un tratamiento que al no está bien orientado no será fructuoso pues no atenderá a su reconstrucción.

Pese a los esfuerzos en diferentes países de introducir medidas legales que den soporte y respuesta a la problemática de la violencia de género (en el caso de Argentina, con la ley 26.485 de protección integral a las mujeres, que insta específicamente a la formación en perspectiva de género y la incorporación de ésta en todos los programas de salud), siguen faltos de recursos reales para una implementación transversal de las mismas. En el caso de Mendoza, donde se enmarca este estudio, no se cuenta con estructuras de soporte específicas para los casos de violencia de género. No hay ni casas de acogida, ni siquiera de urgencias, existiendo un grave vacío institucional en la respuesta a esta problemática. La única iniciativa política puesta en marcha hasta el momento son las *Área mujer* municipales, que cuentan con una abogada, una psicóloga y una trabajadora social, pero sin recursos económicos suficientes para ofrecer un verdadero soporte. Lo cual agrava altamente la problemática en esta provincia.

Posiblemente de las instituciones con las que más se ponen en contacto las mujeres en situación de violencia sea las del sector sanitario. La sociedad española de medicina de familia y comunidad (Semfyc) estima que un 95% de las mujeres en situación de violencia acuden a consulta sanitaria debido a las agresiones durante el primer año, sin comunicar su situación explícitamente (Raquel Osborne, 2009: 124). Cabe preguntarnos si estas mujeres encuentran en esas consultas un espacio apropiado para poder comenzar a hablar. Si las y los profesionales que las atienden tuvieran formación en esta materia, quizás podrían detectar los casos incluso dentro del silencio, lo cual contribuiría de forma muy positiva al proceso de salida. Ya que el factor 'tiempo de permanencia en la relación' es clave en el pronóstico de salida y reconstrucción de estas mujeres. Un informe de la Semfyc de 2008 manifestaba que aquellas/os profesionales formadas en la materia detectaban casi el doble de casos que quienes no lo estaban. No detectar los casos de violencia, no atenderlos y sin embargo, sí tratar la sintomatología que despierta es una forma de revictimización. Insistimos, supone darle la

razón al maltratador, reforzando sus argumentos sobre lo locas, inhabilitadas, y enfermas que son sus mujeres.

Es claro, que con respecto a la violencia de género hay una ignorancia galopante en el sector salud sobre a la dimensión de la problemática, sus indicadores de detección y su tratamiento. Tampoco se conocen las repercusiones sobre la salud en general, y la mental en particular pudiendo ejercer de indicadores de detección. Por tanto al percibir una determinada sintomatología es encajada en aquellos diagnósticos conocidos, más aún si éstos son reforzados por la naturalización de las morbilidades diferenciales.

No obstante, esta violencia en el ámbito familiar es sólo una de sus modalidades, cabe intuir que si la más explícita es invisibilizada, aquellas de corte más tácito o sutiles son directamente inexistentes en el abordaje. Pues al hablar de violencia de género no se refiere únicamente a aquella que encuentra su expresión más cruenta en años de maltrato en el seno de una pareja, o una violación o abuso por parte de un familiar. Sino también hago caso a esas *microviolencias* cotidianas que se dan no sólo en el ámbito de pareja donde el control a partir de los celos es naturalizado e incluso entendido como muestra de amor; sino también en otros ámbitos laborales, educativos, de atención sanitaria... en los que se restringe la autonomía y libertad de tantas mujeres, de tantas maneras sutiles. Porque esa piedra en el zapato, esa cotidianeidad sumergida en actos de coacción, mensajes de sumisión, exigencias varias, junto con la prohibición de hostilidad y defensa, tienen que ver con al salud posible para el colectivo femenino. Esos mecanismos de control a través de los que se abusa del uso de los tiempos de las mujeres, la toma de decisiones sin su conocimiento, o la desautorización de su palabra, son difícilmente percibidos por instalados y naturalizados en el mundo privado así como en el público. Pero que sin embargo, nos dan indicios de la complejidad de lo que se establece para el bienestar de las mujeres (Teresa Cabruja, 2009: 368).

Pareciera manido continuar situando la violencia de género como un asunto crucial en la vida y salud de las mujeres. Sin embargo, pese a toda la producción teórica desarrollada al respecto, seguimos topándonos con realidades que denotan la falta de socialización de estos conocimientos.

### **5.3.- Sesgos en la construcción de conocimiento, herramientas al uso y praxis profesional**

Tal y como se ha introducido a lo largo de los apartados anteriores, el género no sólo

impacta en los cuerpos de las mujeres sino también en el conocimiento que se produce sobre ellas, y las intervenciones a las que acceden. Los estereotipos de género y los imaginarios poco críticos en torno a la diferencia sexual o problemáticas específicas impregnan la praxis clínica. Perpetuando así la desigualdad entre los géneros.

La presente investigación se enmarcaría justamente en este tercer eje en tanto se intenta analizar la presencia de discursos sesgados con respecto al género en los y las trabajadoras de salud. Centrando el foco de interés en la influencia del imaginario socio-sexual en el vínculo entre las mujeres y los trastornos mentales, responsables actualmente de que las mujeres sean el grupo social con mayor consumo de psicofármacos o psicoterapia, así como de las morbilidades diferenciales que parecen estar totalmente naturalizadas.

Las representaciones sociales comprenden un entramado de creencias no elaborado en forma consciente y aceptado tácitamente a partir de un aparente consenso social. Abonado por estereotipos de género, así como por la naturalización de los roles sociales. Las expectativas sobre hombres y mujeres limitan o acotan los comportamientos, deseos y posibilidades de cada uno/a. Esta matriz de creencias tiñe espontáneamente las actitudes de las personas. Siguiendo el postulado científico a cerca de la neutralidad, los y las profesionales se instruyen en su ámbito de conocimiento partiendo de esta premisa, en la que algún botón mágico es activado desde la entrada en la consulta para eliminar cualquier influencia propia en lo dictaminado bajo la “bata blanca”. Este estudio se dirige a la visibilización de cuáles son esos sistemas de creencias con respecto al género y los trastornos mentales presentes en los y las actoras de salud.

La idea de analizar las representaciones sociales con respecto a las mujeres se sustenta en el hecho de que éstas tienden a inducir una percepción selectiva, centrando la atención en los fenómenos que apoyan su existencia, excluyendo las evidencias que no los confirmen. En la medida en que transmiten una versión distorsionada de la realidad, se asemejan al prejuicio y constituyen fenómenos de consecuencias negativas. Aunque vivimos en una época de transición y existen opciones para construir estilos de vida alternativos, todavía persisten fuertemente en nuestra cultura concepciones estereotipadas acerca de la feminidad y masculinidad. Éstas, puestas en marcha en la praxis profesional son generadoras y perpetuadoras de desigualdades sistemáticas (Rosana Rodríguez, 2004).

La finalidad de los estereotipos de género, que inciden -en mayor o menor grado- en cualquier sujeto al margen de su orientación sexual e identidad de género, es exagerar la diferencias reales de los grupos; permitiendo justificar racionalmente las desigualdades.

Además están dotados de una fuerza simbólica por lo cual se imponen a través de la repetición y la recurrencia de argumentos y símbolos que contribuyen a consolidar las condiciones sociales y económicas que los generan. En el caso de la intervención socio-sanitaria ello implica perpetuar el *status quo* a partir de su naturalización.



## 6.- Método

### 6.1.- Contexto y descripción de muestra

Tal y como describimos en las primeras líneas de este trabajo, el presente estudio se enmarca en el desarrollo de unos ciclos formativos en intervención socio-sanitaria bajo la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos, impartidos en diferentes departamentos de la provincia de Mendoza. Al principio de cada uno de los siete (7) ciclos se repartió un **Cuestionario de conocimientos previos** (Anexo II) a las personas asistentes con objeto de obtener un panorama general sobre sus conocimientos y creencias en torno a las temáticas abordadas, particularmente en cuanto al sistema sexo-género y su impacto en la salud y la intervención socio-sanitaria. Parte de este cuestionario nos servirá de herramienta de obtención de datos, como explicaremos en el siguiente epígrafe.

Si bien la asistencia total a los ciclos fue de 352 personas, los cuestionarios refieren a 105. Es por ello que la presente investigación no pretende realizar un análisis cuantitativo ni ofrecer respuestas generalizables a la población estudiada (trabajadoras/es de salud). Pero sí ofrecer un panorama significativo en cuanto a permitirnos comprender qué representaciones sobre las mujeres pueden atravesar a los y las profesionales de la salud, que formule nuevas preguntas para el avance en la construcción del conocimiento. De manera que las respuestas a estos cuestionarios no serán tomadas como actitudes 'rígidas' o *verdades* sobre su quehacer profesional, sino más bien como imaginarios disponibles o posibilidades argumentativas que vehiculan las acciones que entran en lo posible.

Cabe destacar que esta muestra refiere a un grupo de personas con cierta sensibilización con respecto a las problemáticas de género en tanto deciden libremente asistir a un ciclo formativo con esta temática. Si bien en las evaluaciones finales de la formación, en una importante mayoría apuntan no tener expectativas muy claras con respecto a las temáticas del curso, lo cual es un indicador que importa una mayoría lega en los temas abordados; sí es cierto que la inquietud está presente. Se puede intuir que ello conlleva una mirada predispuesta a la revisión que será tenida en cuenta a lo largo del análisis.

También debemos señalar que existe una importante mayoría de mujeres, pues del total de participantes en las formaciones sólo hubo un 5% de varones. La muestra de este estudio está formada por: 91 mujeres, 13 varones y una chica trans<sup>14</sup>. La poca representatividad de

---

<sup>14</sup> Maribel Obredor narraba de su recorrido laboral “entré en el hospital siendo camillero y salí como

varones y trans hacen dificultosa una interpretación propia en función de la variable sexo/género. Si bien se tendrá en cuenta la mayoría femenina de la muestra, de lo que se desprenderán algunas interpretaciones, para el resto de colectivos presentes no será posible hacerlo. Igualmente esta realidad sí habilita la reflexión de que aún cuando hablamos de género se sigue considerando *cosas de mujeres*.

Tal y como indicábamos, el paraguas que ampara la muestra es la categoría de trabajadoras/es de la salud, dentro de la cual encontramos las siguientes disciplinas: medicina general y especializada (ej. pediatría o psiquiatría, entre otras), enfermería, trabajo social, psicología, otras especialidades de la salud no médicas (fonoaudiología, fisioterapia, obstetricia), agentes sanitarias/os<sup>15</sup>, y docentes y estudiantes de las carreras implicadas en la atención socio-sanitaria, principalmente de medicina. No he querido poner el acento en una única disciplina, si bien mi interés se centra en la salud mental, comprendo que es en el conjunto de trabajadoras/es de salud donde se fragua de forma más compleja esta esfera. Entiendo que cada una de ellas/os fomenta la reproducción o ruptura de los estereotipos de género; cada una de ellas/os facilita o no el acceso a los servicios de salud. Un ejemplo que puede dar marco concreto, aunque quizás extremo, a este argumento es con respecto al acceso al aborto y las objeción de conciencia de los o las limpiadoras de quirófanos o los/las anestesistas. Quienes si bien no toman la decisión en última instancia, con su quehacer o dejar de hacer, sí obstaculizan o no el acceso a esta práctica, a este derecho. Así como la *salud* o la enfermedad no son área exclusiva de médicos/as, la salud mental también cuenta con la presencia de múltiples actores/as.

La decisión de no fragmentar este conjunto poblacional, se toma en aras de no jerarquizar determinadas disciplinas como tomadoras de decisiones, resaltando la importancia del trabajo en equipo sin asimetrías en función del conocimiento. Entiendo el trabajo interdisciplinar como medida *sine quanon* para la eliminación de las desigualdades en la salud así como en otros ámbitos. El desarrollo de un pensamiento crítico con respecto al cuestionamiento de las dicotomías normal/patológico, salud/enfermedad requiere de un análisis

---

enfermera”, una trayectoria personal y laboral en el mundo de la salud que encarna muchas intersecciones que surgieron en la formación y cuya reflexión fomentó con su presencia.

<sup>15</sup> El o la agente sanitaria (tecnicatura universitaria) es una figura que ejerce de nexo entre la comunidad y los servicios de salud, entre sus labores se encuentran las entrevistas, visitas domiciliarias, seguimiento de determinados casos o acompañamiento a determinados servicios. Su contacto con la ciudadanía es mucho más cercano y su información a cerca de la misma más rica en tanto son conocedoras/es del contexto de la persona asistida.

interdisciplinario. (Cabruja, 2005: 117). Por todo ello, no se ha segregado la muestra en función de las disciplinas, además que sería imposible conseguir una prevalencia homogénea de éstas en tanto la muestra proviene de las formaciones.

Las personas participantes de este estudio no fueron elegidas a partir de más variables (ej. número representativo por sexo, o disciplina) puesto que éstas estaban fuera de control al tratarse de personas que concurrieron libremente a una formación sobre género y salud. La única categoría establecida era que fueran trabajadoras/es de salud. Se priorizó su participación en el ciclo formativo ya que ésto me permitía un mayor contacto con la población en tanto fui una de las formadoras del mismo. Este contacto a lo largo de las 12 horas repartidas en un mes (4 semanas por centro) ha permitido una mayor profundidad en los sistemas de creencias a analizar y un mayor conocimiento de su impacto. A partir del ciclo la información que he podido obtener parte de los cuestionarios referidos (que detallaré más adelante) y, los comentarios y ejercicios prácticos realizados durante los mismos registrados a partir de mi participación directa. Este nivel de contacto con los discursos a analizar me resultó más útil en función del objetivo del estudio que controlar otras variables. Pues reitero, no es mi propósito desarrollar sentencias generalizables, ni siquiera para el grupo concreto de referencia, sino más bien encontrar la oportunidad de profundizar en los discursos en torno a las mujeres y su salud mental. Se trata de un trabajo exploratorio sin ánimos de sentenciar *realidades* estrictas.

A modo de obtener un máximo rendimiento a lo posible dentro de la muestra se tendrán en cuenta las particularidades de la misma (mayoría femenina, inquietud por temas de género y paraguas disciplinario muy amplio) durante el análisis para contextualizarlo en su complejidad.

## **6.2.- Metodología**

Es así que surge la inquietud de conocer qué representaciones o patrones argumentativos en torno a la salud mental de las mujeres están presentes en los y las trabajadoras de salud. Los discursos son prácticas ideológicas o sociales en tanto van más allá de su materialidad verbal, pues generan acciones cotidianas, profesionales e institucionales concretas (Cabruja 2008: 34); su presencia autoriza o legitima determinados haceres y hace lo contrario con otros tantos; en función de la inclusión o el desplazamiento de estereotipos de género, en este caso. Por tanto, estas representaciones pueden generar intervenciones diferenciales según el

sexo/género de las personas que se asista, implicando un acceso no igualitario a la salud.

La metodología utilizada es cualitativa. “Un buen estudio cualitativo combina una comprensión en profundidad del escenario particular estudiado con intelecciones teóricas generales que trascienden ese tipo particular de escenario” (S.J. Taylor y R. Bogdan, 1998).

Dicha opción metodológica se fundamenta en el hecho de que los métodos cualitativos de investigación son particularmente apropiados para conocer los significados de los que las personas dotan la realidad que perciben (Hernandez Sampieri, 2006). Especialmente cuando hablamos de estereotipos, ya que éstos corresponden con los sistemas de creencias y no son tan fácilmente identificables. Los estereotipos no son fijos dado que son expresiones de valores y creencias culturales, por lo que se moldearán en función de los cambios históricos, políticos, culturales. Es así que si hoy formulamos como pregunta si creemos que las mujeres son más débiles mentalmente que los varones, posiblemente se genere un rechazo ante tal afirmación. Sin embargo, indagar a cerca de las atribuciones en torno a la morbilidad mental diferencial por ejemplo, nos permite percibir si en las respuestas se mezcla material simbólico a cerca de una tendencia generalizada al malestar psíquico en las mujeres, considerándolas “más sensibles” lo que vendría a significar lo mismo: vulnerables, débiles, inferiores.

### **6.2.1.- Herramientas de recolección de datos**

Este estudio combina dos herramientas de obtención de la información: por un lado los Cuestionarios de Conocimientos Previos repartidos al inicio de cada ciclo formativo; y por otro, la Observación Participante. En tanto he sido formadora de los grupos de referencia, a través del desarrollo de los ciclos, puedo dar cuenta de estereotipos comentados durante las clases o reacciones ante ciertos contenidos o actividades, que puede ayudar a interpretar de forma más fiable lo reflejado en los cuestionarios. Por ejemplo, pese a que como veremos más adelante la mayoría de las personas encuestadas responden afirmativamente ante el conocimiento del ciclo de la violencia, en los cursos veíamos que esto no era del todo cierto. En este sentido, la **Observación Participante**, es un método interactivo de recogida de información que requiere la implicación de la observadora en los acontecimientos o fenómenos que está estudiando (Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J y García Giménez, E., 1996). Este acercamiento permite obtener percepciones de la realidad estudiada que difícilmente podrían lograrse sin implicarse en ella de una manera efectiva favoreciendo el contacto en tiempo y espacio real, de la investigadora con la población estudiada.

Como material de esta observación, se hace uso de las notas tomadas a lo largo de los

ciclos sobre las exposiciones por parte de las formadoras; así como de los ejercicios prácticos realizados por los y las participantes, los cuales fueron una constante en cada módulo temático.

No se utilizó otro dispositivo de registro para no interceder en el flujo espontáneo de los comentarios y aportes surgidos. Entendiendo que la presencia de una grabadora o cámara podría ejercer una fuerza intrusiva que iría en detrimento de la calidad de la información que se pretendía obtener.

Los **Cuestionarios** por su parte, son semi-estructurados, combinando preguntas cerradas y abiertas; pues pese a que muchas preguntas eran formuladas como respuestas cerradas bajo formato: sí/no, igualmente se requería justificación de la misma. Ya que el objeto de estudio requiere de respuestas que den cuenta de los sistemas de creencias de las y los participantes, ello no puede ser de otra manera que dando cabida a la complejidad de éstas. Además ello permite percibir ambigüedades o contradicciones en los discursos. Y contribuye a disminuir la posibilidad de sesgo en la dirección de la pregunta.

Esta herramienta fue confeccionada por la que escribe estas líneas a partir de la Guía de diseño de cuestionarios elaborada por la Universidad de Leeds (2009), teniendo en cuenta la experiencia metodológica de Leonor Colombo y Patricia Villalonga (2006) en un estudio similar. Ello con dos objetivos, uno de ellos servir de diagnóstico a modo de adecuar los contenidos a impartir al perfil del grupo concreto (estos contenidos fueron revisados en forma conjunta con la otra coordinadora de la formación); el otro, servir de materia prima para esta investigación. Es por ello que no fueron incluidas todas las preguntas que lo componen (Anexo II), en su lugar, fueron elegidas aquellas de mayor relevancia para el objeto de este estudio, aquellas diseñadas en especial para el mismo que pasaremos a detallar en unos párrafos. De manera que la confección del cuestionario tuvo lugar durante el mes de Septiembre de 2011 y su aplicación a la población se llevó a cabo entre los meses de octubre 2011 y marzo 2012.

Las preguntas fueron seleccionadas en base al análisis de los dos ejes comentados anteriormente:

1.- Perfil psicológico que se atribuye al colectivo mujeres: subjetividad, explicaciones de morbilidad diferencial, atributos psicológicos.

2.- Condiciones materiales de existencia que son tenidas en cuenta e indagadas durante la intervención.

A partir de estos dos ejes se pretende encontrar respuestas a cerca de qué discursos se manejan desde la intervención socio-sanitaria con respecto a la locura y las mujeres, partiendo de la base teórica ya comentada, precisamente el perfil psicológico que promueve el género femenino junto con las condiciones materiales de existencia son dos factores fundamentales en el análisis de la salud mental de las mujeres. Así mismo, investigarlo en forma conjunta permite abrir campos de conocimiento con respecto al tercer eje comentado en el marco teórico correspondiente que refiere a los sesgos vigentes en los y las trabajadoras de la salud.

En el **primero de los ejes** se introdujeron preguntas en torno a las morbilidades diferenciales y sus posibles explicaciones. Esto fue indagado bajo diferentes preguntas con objeto de verificar la coherencia en las respuestas y obtener una mayor profundidad en las mismas, así como niveles de conocimiento y contacto con lo preguntado. Se preguntó diferencialmente por salud y salud mental para observar posibles cambios en cuanto al impacto del género percibido en ambas esferas; lo cual me permite verificar un concepto integrado o no de la salud, y si las diferencias de género están en ambas conceptualizaciones o sólo en alguna de ellas.

En el **segundo eje** las preguntas formuladas refieren a dos ámbitos considerados de mayor relevancia según lo que se puede extraer de la fundamentación teórica expuesta, vida cotidiana y violencia de género. Dentro de la indagación acerca de la vida cotidiana se preguntó por los factores de riesgo a ver si dentro de éstos se encontraban diferencias a partir de las condiciones de vida diferenciales que ofrece el género. La violencia de género fue rastreada según su definición primaria: vinculada a las relaciones de poder entre los géneros, y a partir de un concepto clave para la intervención: el ciclo de violencia. La única pregunta dirigida hacia el imaginario sobre los varones fue acerca de la violencia como característica innata. Si bien los varones como colectivo no forman parte del objeto de estudio, en su relación con la violencia de género, nos parecía importante indagar este dato en torno a la agresividad y su vínculo con la masculinidad.

Las preguntas divididas por ejes serían:

1. Perfil psicológico atribuido al colectivo mujeres:

8. ¿Dirías que existe un tipo de malestar/enfermedad más común en mujeres? Cuál/es?

9. ¿Dirías que existe un tipo de malestar/enfermedad más común en varones? Cuál/es?

11. ¿Crees que las mujeres y los hombres tienen la misma forma de enfermar?

SÍ NO Justifica brevemente tu respuesta

15. ¿Quiénes crees que toman más ansiolíticos y antidepresivos?

Varones ( ) Mujeres ( ) Ambos por igual ( ) ¿A qué crees que se debe esto?

14. ¿Crees que hay índices diferenciales de morbilidad en salud mental entre varones y mujeres? SÍ NO Resume brevemente porqué

19. ¿Crees que las mujeres tienen más problemas psicosomáticos que los varones?

SÍ NO Justifica brevemente tu respuesta

## 2. Percepción sobre las condiciones materiales de existencia de las mujeres:

12. ¿Crees que las mujeres y los hombres están expuestos a los mismos factores de riesgos en materia de salud? SÍ NO

13. ¿Sueles preguntar a quienes asisten al centro por sus actividades y desarrollo de su vida cotidiana? SÍ NO Depende Justifica tu respuesta brevemente:

16. ¿Crees que la vida cotidiana influye en la salud mental? SÍ NO

17. ¿En materia de salud mental, crees que varones y mujeres están expuestos a los mismos factores de riesgo? SÍ NO Justifica brevemente tu respuesta

20. ¿Sabes a qué se hace referencia cuando se habla del ciclo de violencia? SÍ NO

21. ¿Crees que la violencia de género se puede dar tanto de mujeres a varones como de varones a mujeres ? SÍ NO

23. ¿Estás de acuerdo con la afirmación de que los varones son más violentos que las mujeres por naturaleza? SÍ NO

A partir de esta división en dos ejes, se elabora una matriz de datos que sistematiza la información en tablas<sup>16</sup> que organizan las respuestas las cuales están adjuntas como anexo (Anexo III, IV y V). Ello a fin de facilitar por un lado una lectura horizontal que nos permita analizar de forma integrada el discurso de cada sujeta/o. Y por otro una lectura vertical que habilita una visión general de los discursos que se manejan en torno a esos nudos. Considero que nutrir esta matriz con las observaciones realizadas en el desarrollo de los ciclos permite tener una visión más amplia y enriquecida de la realidad estudiada, y combatir así algunos

---

<sup>16</sup> Estas tablas si bien están idenxadas no están paginadas ya que su formato apaisado me impidió integrarlas en este documento. Su división en tres atiende a un límite de espacio por página no a una fragmentación analítica.

sesgos que podrían derivarse del uso de una única herramienta, tal y como ejemplificamos anteriormente.

### **6.2.2.- Herramienta de análisis: Análisis del discurso**

Las respuestas serán interpretadas a partir del análisis del discurso en tanto se considera una herramienta útil para la identificación de los estereotipos y las funciones de sus expresiones.

“Tanto la teoría de los actos de habla como la etnometodología acentúan la orientación del uso del lenguaje hacia la acción. Las personas hacen cosas con su discurso; hacen acusaciones, preguntas, justifican su conducta, etc.” (Margaret Wetherell y Jonathan Potter, 1996:1).

En tanto partimos de bases deconstructivistas que resaltan la performatividad del lenguaje y la construcción de la realidad a partir del mismo, se entiende que el análisis de estas respuestas da indicios de si los discursos manejados confieren más poder y legitimidad a un grupo social determinado en detrimento de otro; a partir de la naturalización de condiciones de salud diferenciales. Además, el análisis de discurso se nos presenta especialmente útil en tanto los efectos de las terminologías o expresiones pueden ser inconscientes para los y las hablantes. Especialmente cuando hablamos de estereotipos aludimos a procesos cognitivos y sistemas de creencias profundamente arraigados, socialmente establecidos y legitimados, correspondiendo a procesos cognitivos no-conscientes para sus emisoras/es.

El término construcción es apropiado por tres razones. En primer lugar, guía al analista hasta el lugar en que el discurso se fabrica a partir de recursos lingüísticos preexistentes con características propias. En segundo lugar, nos recuerda que entre los muchos recursos lingüísticos disponibles, algunos se utilizarán y otros no. En tercer lugar, la noción de construcción enfatiza, una vez más, que el discurso está orientado hacia la acción: tiene consecuencias prácticas. En un sentido profundo, por cuanto, se puede decir que el discurso "construye" nuestra realidad vivida (Potter, Stringer y Wetherell, 1984, en Margaret Wetherell y Jonathan Potter, 1996: 3).

Se ha realizado un vaciado de datos respetando las expresiones literales de los cuestionarios. Asimismo, las notas tomadas sobre los cursos, incluyen las frases exactas utilizadas, recogidas literalmente. Es así que numéricamente sólo se hará referencia en cuanto



a la presencia de constantes discursivas, que igualmente se desgarnarán para profundizar en su análisis.

Consciente de la variabilidad de los razonamientos, las personas y los contextos, no se pretende dar una visión universalista de 'el discurso' de las trabajadoras/es de salud, muy al contrario se comprende que la realidad es cambiante y los discursos metamorfoseantes, aún incluyendo una muestra mucho mayor y teniendo en cuenta otras variables de control. No obstante esto no es considerado una insuficiencia del análisis, más bien una consecuencia de que los análisis siempre hacen referencia a poblaciones específicas. Sí se comprende que lo fundamental no es tanto la universalidad de lo dicho, sino la manifestación desde dónde se dice; en palabras de Dona Haraway (1995: 324): situar el conocimiento. Lo cual conlleva un acto de honestidad intelectual que permite analizar cómo y desde dónde se produce el conocimiento. Ello hace posible integrar las subjetividades presentes, llegando, según la autora, a una mayor objetividad en tanto se pone de manifiesto una perspectiva parcial. Es así que aclaramos la situación específica de la muestra como personas con una inquietud previa por esta temática y en su mayoría mujeres; así como la de la investigadora, en tanto participa del proceso, acompañando a esta población sus procesos reflexivos en torno a la perspectiva de género; además de tener un interés previo en dilucidar las representaciones presentes sobre las mujeres, vertebrantes de las intervenciones socio-sanitarias.



## **7.- Análisis de datos: deshilando los discursos en torno a las mujeres y su salud mental**

Nuestro análisis se dirige a los imaginarios sociales y sus representaciones con respecto a las mujeres y sus procesos de salud y malestar, especialmente en salud mental. Pretendiendo acercarnos a la identificación de esas ideologías que impulsan creencias que favorecen o no, la reproducción de estereotipos de género que mantienen las jerarquías y desigualdades desde las instituciones sanitarias. Partiendo de la perspectiva feminista y deconstruccionista entiendo que la praxis social y profesional que se deriva de estos sistemas de creencias pueden impulsar intervenciones que favorezcan los dispositivos de poder necesarios para el sostenimiento del sistema heteropatriarcal capitalista. O en caso contrario, imaginarios a fines a los presupuestos feministas podrían servir de aliento frente a la transformación social hacia un mundo más justo.

La estructura que prosigue no se limita a los dos ejes comentados pues en su análisis conjunto han surgido conexiones que fuerzan otra organización dirigida a los nudos interpretativos considerados de mayor relieve.

### **7.2.- Todos somos iguales**

Asumir que todas las personas estamos situadas en igualdad de condiciones y posibilidades es reproducir la desigualdad bajo el supuesto de que la igualdad formal media con las relaciones de poder; lo cual dota esta *igualdad formal-legal* de un poder que no tiene. Ello se relaciona, entre otras cosas con el hecho de que la ciudadanía ha sido pensada a partir de un sujeto único y hegemónico: varón, blanco, de clase media, propietario, heterosexual, sano y joven. Por lo tanto situarse fuera de estas categorías importa espacios de vulnerabilidad por las restricciones de derechos que ello implica.

Este discurso que sería resumible en *todos somos iguales* frase reiterada en los cuestionarios, consecuencia lo que Carme Valls-Llobet sintetiza: *donde ser iguales nos hace invisibles*. Paradójicamente, en los cuestionarios este discurso de igualdad se sostiene paralelamente a un apunte hacia la sobrecarga femenina en trabajo doméstico y de crianza. Lo cual llama la atención en tanto desde una perspectiva de género sería una contradicción. Sin embargo, cabe preguntarse si estas respuestas sitúan verdaderamente esa situación dentro de

una condición estructural o si nos encontramos con el desvelo de la vieja incongruencia silenciada: la objetividad igualitaria, precisamente por no estar atravesada por condicionante alguno (cultural, social, político, sexual/genérico, histórico) pero que a su vez no cesa de crear -a la vez que esconde- la diferencia(-desigualdad) en su seno. Sin pretender encontrar respuestas uniformes y coherentes, atendiendo a la complejidad de las construcciones simbólicas cuya supervivencia depende justamente, de renegociaciones y metamorfosis que sin tener un sentido único, se crean y transmiten de forma sofisticada; ha surgido como pregunta el porqué de esta aparente paradoja. Una de las interpretaciones posibles sería la naturalización de dichas tareas y sus consecuencias en la salud de las mujeres, coincidiendo con una de las líneas de pensamiento comentadas en apartados anteriores. Circunscribiéndose a un perfil de 'salud insana' para las mujeres, que comprende la existencia de un malestar común poco analizado, obviado, entendido como siempre presente. Más aún cuando algunas de estas respuestas incluyen explicaciones como: *desde que la mujer se inserta en el ámbito laboral, ambos están expuestos a los mismos factores de riesgo*. Lo cual no sólo olvida el trabajo dentro del hogar sino que sólo empeña factores de riesgo en la esfera laboral formal, sin considerar otros aspectos o condiciones de vida.

Teniendo en cuenta la mayoría femenina que responde a los cuestionarios y su probable sensibilización con respecto al género en tanto asisten al ciclo formativo, otra posible interpretación de esta insistencia en *la igualdad* podría ser el temor a lo que implica el reconocimiento de la diferencia sin las herramientas que nos da la perspectiva de género. Al hilo de lo señalado por Margaret Wetherell y Jonathan Potter (1996) con respecto a que el discurso se dirige a la acción, cabe cuestionarse qué acción, qué defensa, qué interpretación tiene esta frase en boca de tantas mujeres, sensibilizadas o con inquietudes sobre la perspectiva de género, que identifican diferentes factores de riesgo, y sin embargo, insisten en que *todos somos iguales*. Me atrevo a señalar una posible negación de la diferencia que puede ser entendida como afirmación de la inferioridad.

Se advierte cierta 'necesidad' de indicar que somos seres humanos independientemente del género. Puede que nombrar la diferencia pareciera que insiste o justifica la desigualdad. Puesto que son personas que identifican otras estructuras sociales influyentes en la salud como la clase o la procedencia étnica también especificado en los cuestionarios, cabe pensar que con el género hay resistencias a partir de entenderlo como sexo, es decir, vinculado a lo biológico y por tanto a lo inmutable, lo cual lleva a temer que explicitar la diferencia implique quedar relegada a la otredad. El género por su parte es una herramienta que nos

permite comprender y partir de la diferencia para ser más iguales en el sentido de equivalentes. Pero sin esta herramienta, la opresión se naturaliza. En la evaluación<sup>17</sup> final del ciclo muchas respuestas visibilizaban el impacto debido a la obtención de herramientas analíticas que dieran explicación a fenómenos que se percibían ante los que no había respuestas satisfactorias; entre otros la importancia de la categoría género en la interpretación social de la maternidad, o la comprensión de ésta como construcción.

Como decíamos, paralelamente a ello, se sostiene el impacto de la sobrecarga cotidiana de género también denominada en los cuestionarios como *responsabilidades*, *presiones*, o *cargas*. Si bien se identifican tareas diferenciales, no siempre se detecta su impacto diferencial. Y cuando ésta es señalada, se observa mayor impronta identificada con respecto a la salud mental pero no sobre la salud en general. Es sobre la salud *biológica*, por diferenciarla de algún modo, que tienen mayor presencia los discursos sobre la “igualdad”, mientras que en salud mental se identifica más fácilmente la huella del trabajo reproductivo. Esto implicaría dos reduccionismos, uno psicológico, en el que se profundizará más adelante. Pero avanzo que señala una vulnerabilidad ambivalente entre lo que proviene del género femenino y lo que podría ser la naturaleza femenina, que igualmente destaca una mayor dolencia emocional en las mujeres. Lo cual incide en el primer eje interpretacional visto anteriormente sobre la 'salud anormal' destinada al sexo femenino. A su vez, no considerar el impacto corpóreo de la vida cotidiana deja de revisar los malestares con respecto a los dolores musculares por ejemplo, tan presentes en las quejas de las mujeres, así como la impronta encarnada de otros ejes sociales como encontrarse en situación de pobreza. Incidiendo también en el ocultamiento de diferencias biológicas en las formas de enfermar y sanar como el ejemplo de las cardiopatías comentado en epígrafes anteriores.

Por otro lado, podría ser interpretado como un reduccionismo sociológico, otro de los sesgos vistos en la parte teórica de este documento. Un acento exclusivo del género en los roles supone una peligrosa reducción de este concepto. Pues libra la transformación social a la acción individual, en tanto puede ser interpretado como mayores o menores habilidades para la gestión de la vida cotidiana. Incurriendo una vez más, en la naturalización de estas tareas y en la no revisión de sus condicionantes estructurales. Lo cual aplicado al estado de salud, refuerza la percepción del malestar como inherente al individuo en cuestión (Gita Sen, 2005:

---

<sup>17</sup> Al cierre de cada uno de los 7 ciclos formativos impartidos, se repartió una evaluación del mismo en cuanto a contenidos, metodologías y expectativas, pero también sobre mitos detectados, cambios posibles a incluir en su práctica profesional y temas de interés.

8).

De hecho, otra fuente importante de explicaciones sobre si percibían distintas formas de enfermar y sanar o factores de riesgo entre los sexos-géneros era la atribución de las diferencias a la individualidad. La adscripción frecuente a **“factores individuales”** haciendo alusión a estilos de vida, hábitos y comportamientos, supone singularizar los procesos de salud-enfermedad en detrimento de la consideración de condicionantes estructurales y contextuales que no pueden escapar en nuestro análisis, y sí escapan al individuo. Ello responsabiliza a la persona en particular, dando cabida a la introducción de dimensiones morales que colocan a los sujetos como seres irresponsables, sin criterio, inconscientes, inmaduros. Un ejemplo de ello sería el trato que pueden recibir las mujeres ante un embarazo no deseado, donde el posicionamiento de muchas/os profesionales obstaculiza una práctica legalizada de interrupción del mismo, responsabilizando a las mujeres de su situación de vulnerabilidad. Cuenta de todo ello no sólo dieron las personas asistentes a los ciclos narrando algunas situaciones vividas como los legrados sin anestesia a mujeres con abortos incompletos; además, el informe *“Con todo al aire II”*<sup>18</sup> elaborado por el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos visibiliza las situaciones de malos tratos en servicios de atención sexual y reproductiva. Dando cuenta de lo instaladas que están estas prácticas vulneratorias de derechos, culpabilizadoras incluso torturadoras de las mujeres en función de criterios sexistas. El informe narra diálogos como *“si te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo”*. Este informe fue básico para la elaboración de la *ley 26.485 de protección integral a las mujeres* en la que finalmente se recepta la violencia obstétrica específicamente.

Individualizar los problemas supone eliminar la discusión del espacio público y de debate, lo cual diluye la responsabilidad del Estado y demás instituciones intervinientes en el desarrollo de los procesos de salud-enfermedad de la población. Culpar a los grupos sociales en situación de opresión, de sus condiciones de vida y problemáticas no se inaugura con las mujeres, es una práctica que contribuye a perpetuar el sistema de subyugación. Camuflados como estereotipos o mitos se interceptan los discursos legitimados socialmente como puede ser la ciencia o el derecho. Otro ejemplo de esta condena social a partir de estar en una situación de desventaja la encontramos en los casos de violación, donde la primera sospechosa es la mujer que la padeció. Bajo el paradigma de la igualdad de condiciones para

---

<sup>18</sup>Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos: INSGENAR y CLADEM (2008) Informe *Con todo al aire II. Reporte de Derechos Humanos sobre la atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario. Disponible en: <http://www.programamujerescdh.uchile.cl/media/archivos/pdf/20101027173230.pdf>

decidir, oponerse, defenderse, y el ocultamiento de las relaciones de poder, se juzga la “suficiencia opositiva”, junto con el nivel de provocación de la mujer violada. En teoría en los delitos, si bien quienes formulan una acusación han de presentar pruebas para desvirtuar la presunción de inocencia, a quien ha de investigarse en función de ello es al acusado. Pero en la praxis judicial esto no es lo habitual respecto de casos de violación y violencia, donde se investiga a la víctima en tanto se duda de la “realidad” del delito. Otro ejemplo en la misma línea serían las denuncias por maltrato dentro de la pareja o ex-pareja, donde las denuncias no son tomadas como ciertas *a priori* ¿Es casual que ambos refieran a violencias de género y que sea la palabra femenina la cuestionada?

El sostenimiento de este discurso de *pseudo-igualdad* junto con un reconocimiento casi unánime de mayor consumo de psicofármacos por parte de las mujeres y mayores problemas psicopatológicos, funciona a modo de *obviedad*. Es decir, es frecuente, normal, natural y estos tres sustantivos se igualan. El consumo de psicofármacos en población femenina no es un tema menor, pues corresponden a la espeluznante cifra del 85% de personas consumidoras. Siendo que tal y como algunas respuestas apuntan, este consumo se relaciona con un criterio asistencialista y de mantenimiento de la productividad social de las mujeres. Señalados como herramientas de control y adaptación social por diversos estudios, el consumo de psicofármacos serviría para mantener el *status quo*. En tanto apaciguan el malestar silenciándolo. Reduciendo su expresión a la toma diaria del medicamento, permitiendo continuar en el circuito enfermante.

Asimismo, encontramos respuestas orientadas al sufrimiento social en general: *todos sufrimos igual en este mundo injusto*, que con diferentes frases, aludían a que la opresión del mundo capitalista no deja títere con cabeza. Pero este tipo de enunciados inmovilizan además de ofrecer una realidad fatalista y devastadora. Visión que si no ciega, sí tuerta impide ver qué cambios son posibles, y qué responsabilidades pueden desentrañarse que den pie a la transformación social.

Incluso estando muy presente el discurso de la *salud integral* y de sus *factores bio-psico-sociales* (nominados así mismo en las respuestas), con frecuencia aparece como un concepto fragmentado y singularizado, como si las múltiples relaciones que esta noción propone generaran una variabilidad tan amplia como sería la individual. Relacionado con el concepto *todos somos iguales* que también se expresa de forma continua en las respuestas y la alusión comentada a los factores individuales, se percibe una tendencia a la restricción individual bajo el manto de la salud integral. Se observa que la concreción de estos conceptos

teóricos bio-psico-sociales no son conjugados de forma compleja, multidireccional y en continua interacción. (Esteban, 2010: 53). Lo cual queda de manifiesto en el funcionamiento jerárquico entre las disciplinas socio-sanitarias, donde la última palabra -reforzada incluso por otras instituciones como la legal-jurídica- quienes tienen el poder de diagnosticar o decretar alivio, de anunciar *vida* o muerte, es la ciencia médica por sobre otras tantas disciplinas que confluyen en la salud.

En contra de lo hallado en el estudio ya comentado de Berstein y Kane (1991: 600) sobre las actitudes de médicos y médicas, no se observa una interpretación de las mujeres como quejas; más bien su mayor consulta era considerada positiva, incluso un factor de prevención y atribuida a una mayor preocupación por su salud. Mientras que el retraso de los varones en acudir a consulta, interpretado por algunas a partir de mandatos de género orientados a soportar el dolor y disminuir el cuidado; y por otras como esperar a *estar verdaderamente mal*. Sin embargo, bajo ambas atribuciones, la poca regularidad en la asistencia de los varones a los centros de salud se encontraba señalada como factor de riesgo diferencial para los hombres. No obstante, estos apuntes pueden ser complejizados poniéndolos en relación con respuestas a otras preguntas como a cerca de la morbilidad psicosomática diferencial. En este caso, hay una tendencia importante a resaltar una mayor incidencia de esto en mujeres. Interpretado por algunas a partir de una mayor *sensibilidad femenina* o *más afectada por cuestiones emocionales*, así como por mayores responsabilidades y sobrecargas. Sin embargo, volvemos a insistir no se percibe esta demanda como excesiva o sin criterio como en otros estudios.

Esta mayor consulta y psico-morbilidad femenina, también es explicada como que las mujeres están *más atentas a las señales del cuerpo* o que el género femenino contribuye a un mayor cuidado al establecerlo como mandato, o al disminuir la presión social con respecto a la manifestación del malestar. Es decir, comprender una mayor morbilidad en trastornos mentales o una mayor psicopatización en las mujeres, a partir de encontrar habilitado por su género la expresión del malestar emocional. Aunque la literatura revisada sugiere que con frecuencia los síntomas de las mujeres son vagos y hay una tendencia a diagnosticar las enfermedades sin origen biológico; hay estudios que muestran datos que lo contradicen, encontrando que menos de un 20% de los síntomas no eran diagnosticables. “Más aún, el estudio encontró pocas diferencias relacionadas con el sexo dentro de esta categoría, lo que sugiere que las mujeres no tienen umbrales más bajos para percibir y notificar síntomas” (Gijssbers van Wijk et al., 1995; citado en Gita Sen, 2005: 21). “Otros autores hallaron que las

mujeres notificaban más “síntomas de estructura enferma” que los hombres y que los exámenes clínicos permitieron determinar que esa prevalencia excesiva era real y no un artificio de la notificación” (Gita Sen, 2005: 22).

Así mismo, encontramos desarrollo teórico a cerca de un mayor cuidado por parte de las mujeres como una exigencia de sus tareas. Recordando a Sáez Buenaventura, y cómo el mismo sistema empuja a las mujeres a 'rescatarse' para proseguir con un buen funcionamiento a su servicio. Además de ello, las mujeres suelen informar de menor salud percibida que los varones. Por lo tanto, quizás esta mayor consulta que fue comprendida por las personas encuestadas como un factor de protección de la salud, puede ser un indicador de mayores padeceres en esta población. También cabe añadir, que aquellos varones casados o con mujeres cuidadoras en su entorno, suelen ser atendidos por éstas en sus procesos de enfermedad, mientras que las mujeres deben tener procesos rápidos de recuperación, porque no acostumbran a tener cuidadoras/es ni personas que se hagan cargo de sus labores mientras ellas sanan.

En términos generales, se puede hablar de otra línea discursiva que, en contra de lo que se podría esperar a priori según otros estudios, incluye en su alegato conceptos tales como el *machismo vigente*, *el sexismo en salud*, *la naturalización de roles* o *la violencia de género* como factores de riesgo o explicaciones a las diferencias en salud. Respuestas, que si bien no son numéricamente tan significativas, sí discursivamente implican una toma de contacto con análisis feministas. No es de extrañar, incluso podría ser esperable un mayor índice de respuestas en esta línea ya que el curso que da origen a la muestra permite intuir una sensibilización y contacto previo con estas temáticas.

Hasta aquí serían las explicaciones generales sobre el funcionamiento de la salud, se profundizará en unos párrafos qué pasa con la salud mental específicamente. Pero antes analizaremos las morbilidades diferenciales identificadas.

## **7.2.- Morbilidades específicas: entre el útero y la histeria**

Al preguntar si se percibían enfermedades/malestar más comunes en varones y en mujeres, en éstas últimas las respuestas giran en torno a dos grandes grupos coincidiendo con lo que se viene apuntando en el desarrollo teórico sobre género y salud: problemas ginecológicos y problemas psicológicos, con mayor índice numérico en el segundo.

La adscripción de la morbilidad específica femenina a la cuestión reproductiva es lo que



ha hecho la ciencia médica a lo largo de tanto tiempo: ubicar la diferencia en el útero. Ello refiere al segundo sesgo de género explicado anteriormente: *cuando la diferencia opaca las similitudes*, y agregamos, *u otras diferencias*. Pues esta diferencia sexual enraizada en un fragmento corporal concreto permite naturalizar otras diferencias. Un ejemplo de ello surgido en los cuestionarios son las respuestas que relacionan mayor vulnerabilidad femenina ante las afecciones psíquicas a partir de los cambios hormonales. Algo que a su vez está corroborado por un imaginario colectivo sexista que asocia por ejemplo la hostilidad con la menstruación, o la depresión con el parto y la menopausia. Volviendo a la censura hacia la ira femenina, con frecuencia, cuando las mujeres la muestran se les pregunta si tienen la regla; ello elimina la búsqueda o argumentación del porqué del enfado; a su vez las desautoriza con respecto al manejo de sus emociones apuntando a un control externo de éstas que vendría de sus hormonas. El motivo por tanto, que motiva esa reacción emocional queda en segundo plano, sin voluntad de ser indagado, pues lo que lo origina *realmente* es la menstruación. Otro ejemplo sería la depresión postparto, según el modelo médico hegemónico se restringe principalmente a un problema hormonal. Sin embargo, la diversidad de factores intervinientes hacen insatisfactoria una respuesta unidireccional. Estos factores o potenciales depresores han sido estudiados por diversos equipos de investigación (Burin, 1990, p.108), por ejemplo los cambios que sufre la intimidad de la pareja, la cantidad de atenciones y cuidados que requiere el bebé, ser ama de casa y madre a tiempo completo, anular posibles sentimientos de cansancio, soledad o frustración frente a todo ello en tanto es un acontecimiento vital, socialmente a todas luces positivo y adscrito a la alegría. Digamos que la adjudicación de ese estado emocional a un cambio hormonal podría habilitar la expresión de sentimientos que pueda generar esa maternidad incipiente sin que haya una condena social asociada. Pero a su vez, esta visión restringe, como dijimos, la visibilización de esos otros factores depresores y siguen vinculando lo psicopatológico al útero.

Así como estereotípicamente las mujeres se definen a partir de su capacidad reproductiva, vemos cómo este mito se prolonga a la concepción de la salud. Más aún en el contexto argentino, es común llamar a las mujeres -independientemente de su edad- *madrecita*. Con frecuencia, estos conceptos se solapan y las mujeres dejan de ser tales para ser sólo madres. Era habitual durante el desarrollo de los ciclos formativos escuchar hablar a los y las profesionales de las *mamás* en lugar de *las mujeres*. Esta vinculación de las mujeres a su capacidad reproductiva, puede ser responsable de que el índice de morbilidad en ginecología sea tan aludido. Sin embargo, hay un estudio holandés que revela que el 60% de

la morbilidad específica en mujeres no tiene que ver con el aparato reproductor (Gita Sen, 2005: 21). Obviando las diferencias entre países tan distintos, lamentamos no tener datos sobre morbilidad específica que correspondan a Argentina, lo cual arrojaría mayor luz a estas reflexiones; no obstante, sí me atrevo a señalar que esta tendencia a focalizar las diferencias en cuestiones ginecológicas apunta a una invisibilización de otros factores intervinientes en la salud que quizás no estén siendo profundamente atendidos. Pues siguiendo el estudio holandés, hay diferencias que no vienen del útero, quizás sean similitudes.

Repito la sentencia “la diferencia en el útero”, haciéndome cargo de que esta frase resalta el relegamiento de las mujeres a la otredad. Pero ello se refleja en las contestaciones que nos ocupan, la integración dentro del discurso de un patrón androcéntrico. Pues la diferencia no está en la próstata. Las morbilidades masculinas indicadas son mucho más variadas de las femeninas, si bien algunas de las respuestas apuntan a problemas urológicos, son las menos. No hay un consenso tan amplio como en el caso de la ginecología y psiquiatría en las mujeres, pero sí hay dos líneas mayoritarias: las cardiopatías y las adicciones (aunque con un menor número de respuestas en cada una en comparación con las mujeres). Este menor acuerdo en las respuestas sobre morbilidades masculinas tiene que ver con que muchas personas si bien responden ante los padecimientos más comunes en mujeres, en varones indican no haber malestares específicos, o *enfermedades de estación* lo que es lo mismo. Esto nos lleva a preguntarnos si se debe a un mejor conocimiento de los padeceres de las mujeres o al seguimiento de un patrón androcéntrico que recalca la otredad femenina a partir de establecer “especificidades sólo para ellas”.

Sobre las enfermedades cardiovasculares como más presentes en los hombres, ya hemos escrito, que esta percepción corresponde por un lado a un patrón sobre la sintomatología de estas enfermedades que refiere al cuerpo varonil. Y por otro lado, a una relación implícita de estos padecimientos con el mundo público y el estrés que éste origina. Además se observa cierta frecuencia en la indicación de la influencia del mundo laboral en el malestar masculino. Con respecto a su género se pueden observar tres líneas que dan cuenta de su impacto: una que refiere al ámbito productivo, otra a sus responsabilidades como *jefe de familia*, y una tercera que vincula ambas. Estas argumentaciones se explicitan principalmente sobre las conductas adictivas o el estrés también señalado. Relacionando estos malestares psíquicos con la falta de empleo, o las dificultades que ello genera con respecto al rol de proveedor.

En una experiencia de talleres de reflexión con agentes de salud de Madrid y Buenos Aires (Burin, 1990: 220) sobre el consumo de psicofármacos, uno de los puntos de discusión

fue las diferencias intergénero en éste. Concluyendo que los malestares que en varones llevarían al consumo de estos medicamentos estaría relacionado con el ámbito laboral-productivo; mientras que en las mujeres sería el ámbito reproductivo o la sobrecarga de productivo y reproductivo lo que contribuiría al consumo. Vemos que se repite lo encontrado en nuestra muestra. La salud o más bien la enfermedad en cuerpos masculinos está relacionada con su trabajo, o bien se señala que acuden a consulta cuando el malestar les impide desarrollar su profesión. Incluso, en cuanto a los factores de riesgo, hay una corriente de respuestas que señala que se tienen los mismos factores de riesgo ahora que las mujeres trabajan fuera del hogar lo cual niega el trabajo dentro de éste. Además esta división avala el estereotipo de que los varones centran sus preocupaciones en el ámbito público y las mujeres en el privado. Cabría preguntarse cómo afecta en los hombres las preocupaciones dentro del seno familiar o doméstico, pues pareciera que este ámbito no les corresponde ni les atañe.

### **7.3.- Vulnerables, frágiles y saturadas: impacto de la vida cotidiana**

Siguiendo con las morbilidades femeninas, el principal puntaje lo marcan los trastornos psicológicos: depresión y ansiedad principalmente, pero también bajo otros términos como *mayor afección emocional*. Ciertamente las encuestadas de forma mayoritaria, en líneas generales apuntan a este estrecho vínculo que nos ocupa: mujeres y locura. Si bien una inmensa mayoría reconoce morbilidades diferenciales en salud mental, y una mayor prevalencia de las mujeres en ello, las interpretaciones de este fenómeno percibido por tantas, dan cuenta de su complejidad. Se pueden discriminar tres grandes líneas, una **primera** que pondría un mayor énfasis en **atribuciones biológicas**, en el sentido de cambios hormonales y ciclos vitales femeninos que comentamos unos párrafos más arriba. Una **segunda**, con bastante presencia que considera a las mujeres *más sensibles, más vulnerables, más reflexivas*, más conscientes de su fuero interno. En este caso, se podría interpretar que surge la **confusión sexo-género**, caldo de cultivo para el estereotipo. Porque no queda claro si la fuente de esta 'vulnerabilidad' es biológica o aprendida. Se da cuenta de una mayor morbilidad, pero la explicación queda en arenas movedizas. Terreno abonado por todo un imaginario que asocia esta vulnerabilidad a las mujeres sin mayor reflexión del origen. Este estereotipo tienen la fuerza de ser confirmado en lo cotidiano, por lo que sufre un proceso de naturalización que dificultan aún más su cuestionamiento. *Por cuestiones personales las mujeres tienden a deprimirse más* otra de las respuestas que vincula lo que decía Mabel Burin (1990) sobre el ámbito de poder de las mujeres: los afectos, con su salud-malestar

mental.

Y una **tercera** también muy recurrida, de quienes lo piensan a partir de las cargas de género: *mayores responsabilidades, mayores presiones sociales, sobrecarga por lo doméstico...* Aunque volvemos al interrogante surgido más arriba, no está claro si esta identificación de cotidianeidad saturada está situada desde una perspectiva feminista. Pocas contestaciones se dirigen a la violencia de género como una de las fuentes de esta morbilidad, pero aparece. Incluso, en esta tercera línea de más aproximación feminista comentada al principio, dan cuenta de la participación de la industria farmacéutica en el alto consumo de psicofármacos por parte de las mujeres. De igual modo, se incluye la naturalización de la relación: locura-mujeres, y se cuestiona hasta dónde es real ese vínculo. Desgraciadamente estas respuestas no son las más comunes, pero nos parece importante dar cuenta de ello igualmente.

El enlace de la insania mental y las mujeres fue interrogado de varias formas, más o menos directas, a través de preguntas sobre: morbilidad específica (pregunta abierta), morbilidad mental, factores de riesgo en salud en general y mental en particular, trastornos psicosomáticos, y consumo de psicofármacos. Se percibe una corroboración mayoritaria de esta conexión. Cuando las mujeres informan que están mal física o psíquicamente, su diagnóstico es *nerviosismo*, el núcleo de su malestar su cabeza, y la búsqueda de respuestas se dirige a ese núcleo. Cabe preguntarse cuántos de estos malestares no responden a resistencias frente al “ser femenino”, a los factores estresores de los roles que nos atañen. Mientras que en los varones, las morbilidades específicas se identificaron con *enfermedades biológicas* directamente por varias personas, y con el señalamiento concreto de algunas de éstas en una mayoría. Menos afectados por su psiquis, recordamos a Galcerán, aún hoy, ninguna parte de ningún otro cuerpo domina tanto la cabeza como el útero de la mujer.

Un último aspecto que me interesaba indagar relacionado con este epígrafe sobre las condiciones de vida cotidiana disponibles para las mujeres, es con respecto a la **violencia de género** en tanto, considero es un factor de riesgo fundamental a tener en cuenta en la salud de las mujeres. No sólo por su impacto devastador sino también por los datos estremecedores que siguen vapuleando nuestras realidades. Los estereotipos de género a cerca de las mujeres que transitan o han transitado situaciones de violencia, si bien no están recogidos específicamente en los cuestionarios, sí fueron explicitados a lo largo de los ciclos formativos. Algunos a mencionar por estar sistemáticamente presentes eran considerar que estas mujeres *están tan enfermas como ellos, por eso siguen en esas relaciones* o que en alguna medida

*algún goce conlleva la situación, sea económica, social, o un desorden masoquista* (frases textuales extraídas de los grupos de discusión en los ejercicios prácticos sobre violencia de género). Uno de los efectos más nocivos de estas creencias a mi entender, es que desvinculan absolutamente a las mujeres en esta situación del sufrimiento que padecen. Atribuyéndoles incluso todo lo contrario a lo que viven: el goce. Pues, retomando el vínculo entre discursos y acciones, las intervenciones 'posibles' (en el sentido de habilitadas) bajo este prejuicio –que corrobora la falta de conocimiento sobre la problemática- pueden dirigirse fácilmente a la naturalización de la relación violenta y por tanto, su no atención.

Además, en esta primera frase *tan enfermas como ellos* se percibe cómo la categoría “enferma” conlleva una desautorización tal que incluso arriba a justificar –de manera prácticamente irreflexiva- que sea maltratada. Revelando que esa enfermedad “de ella” de algún modo genera, provoca, sostiene, posibilita la violencia que recibe. Esta sentencia recriminatoria iguala víctima y verdugo, lo cual no sólo me resulta de una violencia e injusticia apabullante sino además, teniendo en cuenta que forma parte del imaginario de personas que intervienen a diario con estas mujeres, me resulta altamente peligroso.

Argentina goza de una tradición psicoanalítica que se extiende a una parte importante de la comunidad (evidentemente atravesada por cuestiones de clase). En contra de la casi aversión española a la terapia, en argentina *analizarse*<sup>19</sup> es mucho más habitual y corriente. Es así que incluso en conversaciones cotidianas se pueden escuchar alusiones a conceptos psicoanalíticos como el espejo lacaniano, y más en lo cotidiano hablar del *deseo*, *castración* o *goce*, donde se percibe un aliento freudiano en su conceptualización. Esto no deja de ser una impresión subjetiva que parte de algunas realidades vividas en estas tierras. Pero también en ámbitos académicos circulan estas teorías con fluidez, en muchas de sus facultades de psicología (por ejemplo, en la Univeridad de Buenos Aires) la corriente teórica con mayor presencia es la psicoanalítica, en contraste con lo que sucede en la mayoría de universidades españolas. Cuando se habla de *goce* y *masoquismo* en este contexto podría haber raíces que refieran a la teoría freudiana. En los años treinta el autor escribía (Osborne, 2009: 112):

“La supresión de la agresión en las mujeres, constitucional y socialmente impuesta, favorece el desarrollo de intensos impulsos masoquistas, los cuales se vinculan eróticamente a sus tendencias autodestructivas. El masoquismo, es pues, auténticamente femenino”

---

<sup>19</sup> En el lenguaje cotidiano se refiere así a asistir a terapia, si bien es de origen psicoanalítico, se ha extendido a la asistencia de terapia psicológica en general.

Como dice Gayle Rubin (1975: 119) “el psicoanálisis es una teoría feminista frustrada” y continúa “el psicoanálisis ofrece una descripción de los mecanismos por los cuales los sexos son divididos y deformados”. En la cita anterior Freud percibe el tabú del enfado y la defensa como atributo de género *socialmente impuesto*, en línea con lo escrito en otros epígrafes de este texto. Pero frustra el entusiasmo feminista cuando lo asocia a “impulsos” y autodestrucción, en vez de situarlo en las relaciones de poder entre los géneros y su impacto en la constitución de sus subjetividades. La recepción de la violencia queda vinculada a una *cuestión femenina*, desresponsabilizando por tanto al agresor -en lo individual- y a las insituciones que lo perpetúan -en lo estructural-. Rubin (1979) hace una interesante revisión de la adquisición de la feminidad según el desarrollo descrito por la teoría psicoanalítica, que ella utiliza como reflejo del funcionamiento social y expresión de la represión. En sus palabras como *racionalización de la subordinación de las mujeres* (1975: 130)

La teoría psicoanalítica ve el desarrollo femenino como basado en el dolor y la humillación. (...) el dolor es adaptativo para el papel de la mujer puesto que el parto y la defloración son “dolorosos”. “(...) Los ensayos de Freud sobre la femineidad pueden leerse como descripciones de cómo se prepara psicológicamente a un grupo, en tierna edad, para vivir con su opresión” (Rubin, 1979: 129)

Sin embargo, esta lectura que propone la autora, donde se manifiesta la perspectiva feminista no es la más habitual. Siendo la naturalización del dolor femenino lo que sostiene las explicaciones masoquistas y de goce en el sufrimiento, que niegan y silencian la violencia contra las mujeres. Estos estereotipos habilitan prácticas revictimizadoras en tanto se alejan sideralmente de las realidades y consecuencias de las violencias de género. La revictimización, tal y como se puede deducir de su morfología, significa volver a situar en condición de víctima a alguien; y para ello, es necesario ejercer violencia sobre ese alguien. Estamos ante un ejemplo de cómo se violenta a la ciudadanía desde las instituciones; en este caso en concreto, la participación del Estado en este tipo de agresión que *victimiza* sistemáticamente quienes sufren violencias de género, es activa al reproducir y perpetuar los sistemas de dominación.

Lamentablemente, un número demasiado reducido de respuestas se orientan a considerar la violencia de género como un condicionante de salud. De resto, este tema está

invisibilizado. Además de ello, se indica que la violencia de género se sucede tanto de varones a mujeres como a la inversa por un número ampliamente mayoritario (92/105). “Esto da cuenta de la falta de herramientas para situar y comprender la violencia de género, que como señala la ley de protección integral argentina, tiene anclaje en las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, relaciones que dada la vigencia de un sistema heteropatriarcal a escala global, posiciona estructuralmente al colectivo varones por encima del colectivo mujeres”<sup>20</sup> (Patricia Gonzalez y Aleyda Yanes, 2012: 35).

Otro dato que apunta a la inopia de la problemática se puso de manifiesto frente al desconocimiento del ciclo de violencia. Aunque en los cuestionarios una mayoría (91/105) afirma conocerlo, en el desarrollo de los ciclos se evidenciaba lo contrario. Puede que el concepto dentro de la pregunta haya sido malinterpretado, puede que un sesgo de *voluntad de agrado* haya facilitado que se afirmasen su conocimiento. Pero durante las formaciones, el ciclo de violencia se trabajó a partir del análisis de casos, de manera que no se contaba con el contenido antes del ejercicio. En estos ejercicios prácticos se evidenciaba su desconocimiento tal y como fue teorizado por Leonore Walker en 1979 a partir de su experiencia en casas de acogida (Osborne, 2009: 113). Si bien este concepto no integra una perspectiva de género que ubique las relaciones violentas en el sistema patriarcal; es una buena herramienta para explicar a nivel psicológico cómo aparece el maltrato y se perpetúa en el tiempo. Entender el ciclo de la violencia, los mecanismos que implica y los sentimientos que desencadena, cómo se genera y cómo se mantiene, nos ayudará a entender los recorridos de las mujeres en situación de violencia, y por tanto, a intervenir mejor con ellas, establecer mejores relaciones, mayores pautas de escucha, menores juicios, y finalmente poder ofrecerles apoyo y recursos de manera que puedan iniciar su proceso de salida de la relación y recuperación de su vida (Gonzalez - Yanes, 2011: 41). De ahí su elección como indicador de conocimiento de los procesos de violencia hacia las mujeres desde una perspectiva de género.

Otro dato alarmante con respecto a este tema, es que casi la mitad de las personas afirman que la violencia es innata en los varones, desconociendo que la misma se aprende y

---

<sup>20</sup> Gonzalez, Patricia y Yanes, Aleyda (2012) *Quien calla NO otorga derechos: buenas prácticas en intervención socio-sanitaria desde una perspectiva de género y enfoque de derechos humanos*. Es un manual no editado de buenas prácticas bajo las perspectivas que menciona. La elaboración de este manual también se enmarca en el Programa de Inclusión social e Igualdad de Oportunidades de la UnCuyo, en este caso es un proyecto impulsado por el Instituto de Estudios de Género de la UnCuyo y por la Associació Des.Cos.Ides (con sede en Barcelona). Participa de la experiencia de los ciclos formativos para elaborar sus contenidos de forma contextualizada y fundamentada; quedando manifiesto el interaprendizaje extraído de las formaciones, pues se recogen y sistematizan las buenas y malas prácticas, los huecos y superaciones que han sido identificados y relatados por quienes asistieron a los ciclos formativos. Se prevé la edición de este material (on line y en formato papel) para 2013.

que hay estructuras sociales que la promueven y reproducen. Esto no sólo supone una negación ante el cambio posible en la conducta agresiva sino que naturaliza la violencia de género: *ellos son así*. Bajo esta creencia es posible imaginar recomendaciones de sostén de relaciones violentas o, algo tan terrible como esto, proponer terapia de pareja o revinculación después de un proceso terapéutico por parte del agresor. Esto último fue expresado en los ciclos como una práctica casi habitual, se podía observar la idea implícita de la importancia del sostenimiento del núcleo familiar por sobre la protección de las mujeres, niños y niñas.

Pensar en la revinculación es una idea aberrante por varios motivos, uno que los varones rara vez desean cambiar ese lugar de poder que ocupan frente a sus compañeras pues implica un proceso de reconocimiento y responsabilización que difícilmente sucede; por otro lado que las terapias con agresores que incorporan la perspectiva feminista son mínimas o inexistentes (en el caso de Mendoza, lo segundo), siendo que sin el trabajo de las relaciones de poder entre los géneros, entiendo que no sucede un cambio profundo que origine vínculos más igualitarios. Un tratamiento que no parta -por difícil o complejo que sea- de la revisión de las relaciones de poder y dominación entre los géneros -que si bien son fomentadas por una estructura social, adquieren una materialidad concreta en las relaciones “amorosas” (entrecomilladas por violentas)- creo que no estará focalizado a un cambio posible en las relaciones de esos varones agresores con otras mujeres. Y para ello es fundamental el cuestionamiento de la masculinidad hegemónica y lo que ésta desencadena y habilita a nivel subjetivo e intersubjetivo. Y en tercer lugar, porque se tendría que dar unas condiciones óptimas en las que tanto el varón por su lado como la mujer por el suyo, se recuperaran a la vez para poder iniciar una 'nueva relación'. Incluso bajo estos requisitos, dudo de esta posibilidad, pues cambiar los lugares de jerarquización, separarse de la subordinación, poder hacer frente a posibles nuevos intentos de agresión/sumisión con la misma persona lo considero hartó difícil.

Las situaciones de violencia contra las mujeres permanecen invisibles en un alto volumen de casos, así de un total de trece (13) indicadores de violencia propuestos en los citados cuestionarios, se identifican apenas una media de cinco (5). Entiendo que ello conlleva la reproducción y perpetuación de la violencia de género desde las instituciones públicas, problemática que no se dimensiona, entre otras cosas, por la inexistencia de estadísticas oficiales en Argentina; así como por la ausencia de protección integral y efectiva en Mendoza. No resulta un dato menor que la provincia no cuente con un protocolo de intervención en casos de violencia de género, ni servicios especializados e integrales de



abordaje y tratamiento. La única iniciativa en este sentido, ha sido la elaboración de una guía técnica de atención a víctimas de violación<sup>21</sup>. Si bien es una buena medida, éste es criticable en tanto atiende a la violación por desconocidos principalmente, lo cual no corresponde con las realidades de las mujeres abusadas. Se focaliza principalmente en una intervención de urgencias, dirigida más que nada a la posibilidad de embarazo no deseado y contagio de ETS. Sin embargo no cuenta con un tratamiento más a largo plazo que dé respuesta a las necesidades emocionales que puedan surgir de esta experiencia.

Volviendo a los resultados encontrados por Polo<sup>22</sup> en Madrid, surge el interés de tener datos similares sobre Argentina y sus instituciones psiquiátricas. Pero sin duda, este desconocimiento con el que los equipos de salud intervienen sobre la población femenina, es generadora de prácticas iatrogénicas en tanto esconden una parte fundamental que puede atravesar sus vidas: la violencia de género. En este sentido, se extrae que esas violencias sutiles referidas en el apartado anterior, de las que las mujeres son objeto por el simple hecho de transitar el mundo, no son tenidas en cuenta. Asimismo, las subjetividades desarrolladas a partir de la naturalización de esa constante manifestación del machismo en la vida cotidiana, también denominados *micromachismos* (Cabruja, 2009: 368) pasan desapercibidas. A lo largo de los ciclos se percibió que las dinámicas de relación de pareja controladoras como aquellas derivadas de los celos o la posesión no eran cuestionadas por una mayoría; asimismo abrir la posibilidad de una violación dentro de una relación matrimonial, también fue motivo de asombro por parte de las y los asistentes. La falta de tiempo impidió poder hacer una profunda revisión a cerca de posibles mitos presentes sobre las violaciones ya que las actividades fueron centradas en la detección de la violencia de género en la pareja, pero hubiera sido interesante hacerlo ya que es un terreno que aún hoy se piensa en términos de provocación y duda del relato<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> Guía Técnica de atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales. Ministerio de Salud de la Nación. Editado en agosto de 2011. Si bien no es de uso obligatorio, puesto que no refiere a un protocolo institucional, sí se recomienda su uso. A colación del reciente debate generado a partir de una sentencia del Tribunal Supremo de Justicia Argentino, que sienta jurisprudencia diciendo que frente a una violación verbalizada por la mujer, es suficiente para practicar el aborto, tal y como contempla la ley de aborto no punible (vigente desde 1922). La misma sentencia insta al Ministerio a elaborar un protocolo que regule el cumplimiento de la ley y establezca el derecho a una atención sin discriminación.

<http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-189509-2012-03-13.html>

<sup>22</sup> En Pilar Blanco Prieto y Consue Ruiz-Jarabo Quemada (coord.), 2005: 104.

<sup>23</sup>Al hilo de la ley de abortos no punibles y la guía técnica de atención integral a personas violadas del ministerio de salud ya comentado, surgió en los ciclos preguntas a cerca de cómo saber si “realmente” la mujer

Estos datos sobre el poco conocimiento de la magnitud de la violencia de género chirrían al comprenderlos dentro de una amplia mayoría que indica la influencia de la vida cotidiana en la salud. Cabe preguntarse qué indagaciones se efectúan para tener tan poca información sobre este fenómeno y sin embargo ser una experiencia tan transitada por las mujeres. O quizás no es tan raro si recordamos el estudio de la sociedad española de medicina de familia y comunidad (Semfyc) en el que el 95% de las mujeres no hablan de su situación de violencia durante el primer año (Raquel Osborne, 2009: 124) Pero con estos prejuicios, es comprensible que no se abra el espacio que permitiría la salida del silencio.

El discurso construye realidad, y en intervención en salud es evidente que esta realidad que se construye puede crear un mundo más justo, o más discriminatorio.

---

sufrió una violación o no para poder practicar la interrupción del embarazo, o si era necesario que primero se desarrollara el juicio. Ello implica esperar a que se compruebe la culpabilidad del agresor para concederle el beneplácito de la confirmación y por tanto la atención a su salud. Afortunadamente el protocolo elaborado prevé simplemente la expresión verbal del delito para acceder a la práctica. En caso contrario, la obligación de denuncia podría obstaculizar el acceso al aborto a aquellas mujeres que no deseen o no puedan interponerla; además estas agresiones son conceptualizadas en el ordenamiento penal argentino como delito de instancia privada, o sea que sólo puede denunciarlo la mujer que sufrió la agresión, salvo que se trate de menores de edad. El factor tiempo es clave en el aborto, la dilación de los procesos penales haría imposible su llevada a término, lo cual, no obstante ya ha pasado en diversos casos del país. Lo que más me interesa resaltar de todo ello es que este debate deja entrever cómo se percibe la palabra de las mujeres violadas, cuestionadas antes que comprendidas y atendidas.



## 8.- Notas de cierre

Cerrar este trabajo me supone hacer una revisión que como participante activa del mismo (como elaboradora del proyecto, formadora del ciclo, investigadora del presente estudio, feminista y firme creyente en la transformación social) abarca dimensiones personales, profesionales y activistas ¿A dónde arriba el tránsito por esta experiencia?

Desde mi trayectoria como feminista me atrevo a afirmar que hablar de desigualdades, opresiones, violencias... incomoda, molesta. Más aún cuando el trabajo consiste en visibilizar subordinaciones que se creen erradicadas; y más todavía si somos partícipes en su perpetuación. Incordia tener que aceptar mecanismos fáciles de uso sencillo y aplicación directa. Esta irritación la genera tener que repensar engranajes que aparentan funcionar bien a primera vista y concuerdan con lo que socialmente se encuentra reforzado. Es así que, por ejemplo, identificar la maternidad, *experiencia fundante del ser mujer*, como una construcción, o el instinto materno del que tantas hablaron y tantas otras sintieron, con un origen social e histórico concreto que atiende a factores principalmente económicos (en sentido amplio); hace difícil la integración de todo ello en tanto en nuestro ámbito profesional como en nuestra experiencia vital. Es difícil pensar que podemos hacer otra lectura de nuestra propia existencia y paso por el mundo, y que construir no significa inventar así como desconstruir tampoco significa destruir.

Dentro de esta visibilización de desigualdades y opresiones que siguen atravesando la experiencia de vivir con cuerpo y/o identidad de mujer, no quiero concluir con una visión devastadora de la realidad. Con un análisis que se limite a identificar lo ausente, sin incorporar lo presente, lo metamorfoseante, ahí donde se encuentra esa diferencia de fotocopia a fotocopia que niega los originales. Considero que si bien se percibe la vigencia de naturalizaciones de los mandatos de género, que alían persistentemente a las mujeres con su actividad reproductora y reproductiva así como con cierta *vulnerabilidad mental* o *mayor afectación emocional*; también está muy presente la insistencia en las *cargas, responsabilidades, presiones* como factor explicativo. Pues las trabajadoras/es de salud identifican que hay un mayor peso recaído sobre los hombros femeninos, y ello a través de su experiencia profesional -y personal-. Sin embargo, no cuentan con marcos teóricos que

puedan dar soporte a otras lecturas que puenteen estas marcas corporales (e incluyo la psiquis) con estructuras sociales que las legitiman. En general, se percibe una confusión entre sexo y género, entre lo esencializado a partir del “ser mujer” y lo derivado del “nacer mujer”. La falta de herramientas de análisis se hace evidente cuando se detectan opresiones que no se sabe/puede situar. Pues está presente la percepción del impacto de los roles de género extraído de su experiencia profesional; lo que no están es situados dentro de la estructura social -patriarcado- que los genera y reproduce, volviendo esas diferencias desigualdades. Creo que la falta de herramientas de análisis desde una perspectiva feminista es lo que repercute en la perpetuidad de la naturalización. De ahí también el miedo a nombrar la diferencia que comentamos en el anterior epígrafe. Pues esta identificación cotidiana del *nerviosismo de las mujeres*, analizado a partir de la naturalización de las diferencias entre los géneros, conlleva la confirmación del estereotipo. Obstaculizando un análisis que permita introducir la diferencia sin justificar la desigualdad.

Quizás uno de los puertos a los que me ha llevado el tránsito por esta investigación y su trabajo de campo, es entender que la socialización de la perspectiva feminista abre posibilidades concretas. Aplicadas a las instituciones y los quehaceres cotidianos habilita otras maneras de hacer que disminuyen las desigualdades; el acceso al conocimiento es fuente de empoderamiento y metabolizador de cambios. Es por ello que quisiera remarcar algunas transformaciones acaecidas a partir de los ciclos formativos desde los que se extrae la muestra. En un centro de salud de Lavalle (departamento de Mendoza) se ha formado un grupo de trabajadoras en salud reproductiva para impulsar algunos cambios en los procedimientos del equipo, por ejemplo con respecto a la ligadura tubaria<sup>24</sup>. Por otro lado, varios grupos que trabajan en distintos distritos en el Programa Provincial de adicciones pidieron bibliografía específica porque están comenzando a realizar los informes y estudios

---

<sup>24</sup> Con respecto la ligadura tubaria -ligadura de trompas, como se conoce en España- en Mendoza existen importantes obstáculos que no garantizan su libre acceso. Pues coexiste una ley provincial altamente discriminatoria e infantilizadora hacia las mujeres, que por ejemplo pide consentimiento informado al esposo; con una ley nacional que regula un acceso más igualitario. A partir de esta “esquizofrenia legislativa” se han reglado prácticas como la petición de tres informes ratificadores de la decisión de la mujer: social, psicológico y médico. Ello ha conllevado importantes discriminaciones comentadas por los y las asistentes a la formación, como negaciones rotundas a llevar a cabo la práctica por parte de el/la ginecólogo/a sin argumento médico alguno. O también, obstaculizar el servicio público y cruzar a la mujer al circuito privado. El grupo de Lavalle ha comenzado a pedir a las mujeres únicamente el consentimiento informado sin hacerlas pasar por el lento circuito que antes utilizaban. Garantizando el acceso libre y fomentando la toma de decisiones desde la autonomía.

diferenciados por sexos. Lo estudiado a partir de la formación, les había habilitado nuevas explicaciones para los fenómenos percibidos. Una última experiencia institucional a comentar es que varias integrantes del equipo profesional del psiquiátrico El Pereyra, que asistieron a los ciclos, nos han informado *a posteriori* la identificación de casos de violencia de género psiquiatrizados: algunos nuevos que ellas reorientaron, otros en internas de más tiempo ya institucionalizadas. De la misma manera, recibimos varios casos que cuestionaban el trato hacia las personas trans<sup>25</sup>.

Al final de los ciclos formativos se entregó una evaluación de contenidos, en la que también se indagaban los mitos tambaleados y los cambios habilitados a partir de la formación. Es así que en una importante mayoría identificaban mitos removidos en cuanto a la violencia de género (que el hombre no es violento por naturaleza o que la violencia no es debida a problemas de consumo) así como con respecto a las sexualidades disidentes (desvincular las sexualidades no normativas de posibles orígenes traumáticos o enfermedad). A lo largo de los ciclos muchas personas acudieron a las formadoras para la consulta de casos, muchos de violencia de género, otros de vulneraciones de derechos. Los cursos fueron muy movilizados para quienes asistieron.

Queda la deuda, para poder ser exhaustiva y profunda en el análisis, de un estudio posterior que evalúe el impacto de la formación en los sistemas de creencias de quienes participaron, así como en su praxis profesional e instituciones de referencia. Pero creo que los ejemplos explicados permiten intuir un cambio de paradigma, pues son movimientos que hubieran sido imposibles desde las posiciones que se muestran en los cuestionarios. Si bien, esta parte de impacto no corresponde en forma directa a la investigación desarrollada en este documento, sí creo que vincular el análisis discursivo desplegado y estas acciones posteriores permite fundamentar algunas interpretaciones hechas; además de acentuar la importancia de los paradigmas que se manejen en las instancias formativas.

Traer al espacio público y de debate esa piedra molesta que nos recuerda que **no todos somos iguales**, y que ese masculino plural, que se pretende generalizante, en realidad es

---

<sup>25</sup> En el psiquiátrico el Pereyra se han dado varios casos (actuales y antiguos) en los que mujeres trans eran internadas en el pabellón de varones, incluso existiendo un pabellón mixto. Aludiendo a la desprotección de las mujeres en caso de ubicarlo allí, ocultando la violencia que constreñía esa actuación que niega la identidad de la mujer trans. Fui convocada a una reunión de revisión de uno de estos casos, que finalmente no tuvo lugar porque la persona salió de la institución con alta voluntaria. Así que no me fue posible acceder a los obstáculos concretos en los protocolos que impedían su inserción en el pabellón mixto, pero queda pendiente el interrogante para la próxima toma de contacto con esta institución.

invisibilizante, como decía, enoja. Pero ello, a su vez, genera movimiento, desplazamientos, exige respuestas, compromisos y palabras. De esta manera, la salida a los medios de comunicación de un informe diagnóstico<sup>26</sup> a cerca de lo percibido en el marco de los ciclos formativos, desencadenó una serie de reacciones en el Ministerio Provincial de Salud que han servido de palanca para iniciar algunos cambios. Por ejemplo el Ministerio anunció en una de las notas de prensa (adjunto el link en la anterior nota al pie) que se había enviado una resolución para evitar las dilaciones y obstáculos en ligadura tubaria; facilitando el procedimiento a través de una única petición de consentimiento informado. Este tipo de respuestas institucionales, si bien son paralelas a excusas y minusvaloración de los datos arrojados por el proyecto<sup>27</sup>, sostienen un cambio que apunta a una intervención socio-sanitaria donde todas y todos no seamos iguales pero, las diferencias no nos jueguen en contra.

El contenido formativo fue percibido o por lo menos cuestionado en algunos encuentros como perteneciente a una ideología política. Esta adscripción a una corriente ideológica concreta fue puesta en tela de juicio a partir del pensamiento neutral y objetivo que empaña el conocimiento científico tal y como hemos ido desgranando a lo largo de estas páginas. Visibilizar que dentro de esa objetividad también hay material ideológico concreto fue una tarea ardua, pero deviene absolutamente necesario romper el dualismo profesionalización/despolitización (Teresa Cabruja, 2008: 43); en aras de abogar por una práctica profesional más comprometida.

Para finalizar con un hálito positivo, que recuerde la oportunidad dentro del conflicto, creo que sensibilizar y formar en y desde la perspectiva de género es necesario, urgente y útil, porque habilita otras praxis más igualitarias. Corresponde a los y las profesionales auspiciar un espacio de reflexión donde se propicie la identificación del malestar; en lugar del

---

<sup>26</sup> Una vez terminados los ciclos se realizó un informe diagnóstico de la situación dada la cantidad de material y reflexiones surgidas en este marco. En el cual se profundizó principalmente en dos problemáticas que se percibieron más graves: lo que respecta a la atención en salud sexual y reproductiva (ligadura tubaria y aborto: incompleto y no punible principalmente) y sobre la violencia de género (visibilizando la profunda deuda con el conocimiento de la problemática). Es así que el mencionado informe se publicó por diferentes medios: radio, televisión y periódicos. Un ejemplo de la reacción que generó se puede encontrar en el siguiente enlace: <http://www.diariouno.com.ar/edimpresa/2012/05/09/nota299963.html>

<sup>27</sup> Un ejemplo de estos agravios es que desde el Ministerio se pidieron explicaciones al rector de la Universidad Nacional de Cuyo (donde se enmarca el proyecto) en referencia a los datos arrojados. Así mismo ha emitido opiniones que aislan los resultados a *casos particulares* minusvalorando los resultados obtenidos. Nos topamos de nuevo con la incomodidad y desequilibrio que instala el cuestionamiento de los derechos no otorgados, de la verbalidad de las desigualdades.

sostenimiento de esa posición jerárquica de poseedoras/es del conocimiento sobre la psiquis y órganos de la otra. Gracias a esta experiencia corroboro que las herramientas que ofrece la teoría feminista dotan los análisis de otras posibilidades interpretativas que reorganizan también nuestras prácticas profesionales -y personales-. Siendo consciente de que cambiar las acciones no sólo depende de cambiar las palabras, pero resignificarlas permite imaginar y actuar en pro de otros mundos posibles.

## 9.- Bibliografía<sup>28</sup>

- Artazcoz, Lucía (2001), “Factores de riesgo psicosocial y carga mental: ¿estamos midiendo lo mismo o son conceptos diferentes?”, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4 (3), pp. 91-92.
- Bernstein, Barbara; Kane, Robert (1911) “Physicians Attitudes toward Female Patients”, *Medical Care*, 19(6), pp. 600-608: <<http://xurl.es/4sqti>>. (consulta: 07/03/2012).
- Burin, Mabel (2002 [1987]), *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*, Buenos Aires: Librería de Mujeres.
- Burin, Mabel - Moncarz, Esther - Velázquez, Susana (1990), *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires: Paidós.
- Cabrera, Victoria Eugenia (2007), “Identidad de género en el discurso de los universitarios” *Revista educ.educ*, 10 (2), pp. 23-34: <<http://xurl.es/qs3ww>> (consulta: 25/03/2012).
- Cabruja Ubach, Teresa (2005), *Psicología: perspectivas deconstruccionistas. Subjetividad, psicopatología y ciberpsicología*, Barcelona: UOC.
- Cabruja Ubach, Teresa (2008), “¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana”, *Revista Pro-posições*, 9 (2), pp. 25-46: <<http://xurl.es/ddym4>>. (consulta: 28/02/2012).
- Cabruja Ubach, Teresa (2009), “‘Masculinidades’ despsicologizadas: posiciones y prácticas discursivas”, *El desarrollo de estrategias de trabajo con hombres que usan violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas. El caso de los países de*

---

<sup>28</sup> Hay tres referencias bibliográficas marcadas como *mimeo* pues no están publicadas y aspiran a serlo. Siendo consciente de que su falta de publicación no permite que quien lee estas líneas pueda acudir al material, lo explico a modo de reconocimiento hacia sus autoras en tanto su lectura ha formado parte de mis reflexiones.



*Europa del Sur: ¿Por qué y cómo?*, Barcelona: ITD, pp. 353-377: <<http://xurl.es/sg59x>>. (consulta: 17/02/2012).

- Cabruja Ubach, Teresa (2009), “Testimoni@s/activ@s molest@. Prácticas discursivas y dispositivos sociosexuados en psicología y derecho”, *Género y dominación. Críticas feministas del derecho y del poder*; eds. Gemma Nicolás - Encarna Bodelón, Barcelona: Anthropos Editorial, pp. 127-158.
- Cabruja Ubach, Teresa (2010), “Les dones de la psicologia i la 'psicologia' de les dones”, *Doctes, doctores i catedràtiques. Cent anys d'accés lliure de la dona a la universitat*, Barcelona: Consell Interuniversitari de Catalunya - Departament d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya, pp. 98-111.
- Colombo, Leonor y Villalonga, Patricia. (2006) “Metodología de análisis de un

cuestionario para evaluar el aprendizaje de alumnos de un curso multitudinario

de cálculo”. *Revista ierRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación*

*Educativa*. 1 (4) <<http://revista.iered.org>> (consulta: 13/09/2011).

- Esteban, Mari Luz (2004), *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz - Comelles, Josep M. - Díez Mintegui, Carmen (2010) eds., *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona: Bellaterra.
- Fausto-Sterling, Anne (2006 [2000]), *Cuerpos sexuados*, Barcelona: Melusina.
- Foucault, Michel (1998 [1977]), *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*, Madrid: Siglo XXI.
- González, María José (2010), “Permanencias y rupturas de mitos, prejuicios y estereotipos de género en la prevención de las Violencias hacia las Mujeres”, Facultad de Psicología, Mendoza: Universidad de Aconcagua (Mimeo).
- Gonzalez, Patricia - Yanes, Aleyda (2011), “Quien calla NO otorga derechos: buenas prácticas en intervención socio-sanitaria desde una perspectiva de género y enfoque de derechos humanos”. Mendoza: UNCuyo (Mimeo).

- Haraway, Donna J. (1995 [1991]), *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid: Cátedra.
- Mental Disability Rights International (MDRI) - Centro de Estudios Legales y Sociales (2007), *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y salud mental en Argentina*, Washington - Buenos Aires, pp. 1-65: <<http://xurl.es/1l01o>>. (consulta: 03/03/2012).
- Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación (2011), *Protocolo para la atención integral a personas víctimas de violaciones sexuales*, Argentina, pp. 1-46: <<http://xurl.es/er2vv>>. (consulta: 05/03/2012).
- Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos (2008), *Con todo al aire 2: Reporte de Derechos Humanos sobre la atención en salud reproductiva en hospitales públicos*, pp. 1-203: Rosario. <<http://xurl.es/oopte>>. (consulta: 05/03/2012).
- Osborne, Raquel (2009), *Apuntes sobre violencia de género*, Barcelona: Bellaterra
- Prieto, Pilar Blanco - Ruiz-Jarabo Quemada, Consue (2005) eds., *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Madrid: Díaz de Santos.
- Rodríguez, Rosana Paula (2004), “Medicalización del cuerpo femenino. Debates Éticos y Políticos. El caso de la Ligadura de Trompas en la provincia de Mendoza”, Mendoza: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo (Mimeo).
- Rodríguez Gómez, G; Gil Flores, J. y García Giménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona. Málaga: Aljibe.
- Rubin, Gayle (1975) Tráfico de Mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva antropología* 8 (30) México <<http://xurl.es/1gpgw>> (consulta: 30/04/2012)
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Sen, Gita - George, Asha - Östlin, Pirooska (2005), “Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas”, *Organización Panamericana de la Salud*, pp. 1-45: <<http://xurl.es/m3itb>>. (consulta:

03/03/2012).

- Taylor, S.J. - Bogdan, R. (1998), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Buenos Aires - Barcelona: Paidós.
- UNDP (1995), *Human development report*, New York: Oxford University Press.
- University of Leeds (2009), *Guide to the Design of Questionnaires*. <<http://xurl.es/g1xnx>> (consulta: 10/09/2011).
- Valls-Llobet, Carme (2009), *Mujeres, salud y poder*, Madrid: Cátedra.
- Valls-Llobet, Carme (2001), “Desigualdades de género en salud pública”, *Quadern Caps*, 30, pp. 34-36.
- Valls-Llobet, Carme (2005), “2. Las causas orgánicas del malestar de las mujeres”, *Revista Mujeres y Salud*, 16, sp.: <<http://xurl.es/cqeld>>. (consulta: 17/04/2012).
- Valls-Llobet, Carme (2006), “La menstruación como indicador del estado de salud”. *Género y salud, VII jornadas de la red de mujeres profesionales de la salud*, 44. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 1-61.
- Wetherell, Margaret - Potter, Jonathan (1996), “El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos”, *Psicologías, discursos y poder*, eds. Ángel Juan Gordo López – José Luis Linaza, Madrid: Visor.

## ANEXO I: Resumen del proyecto

PROYECTO: “Promoción de derechos humanos de las mujeres: incorporación de la perspectiva de género en la intervención social y sanitaria”

DURACIÓN DEL PROYECTO: Octubre 2011 – Mayo 2012

CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES; TEMPORALIZACIÓN DE LAS FORMACIONES:

– **Centro de Salud nº 2 -Ciudad de Mendoza-**

Fecha y horario Martes 20/03, 27/03, 10/04 y Jueves 22/03, 29/03, 12/04. De 9– 12 h

El número total de personas que han participado de los ciclos es de 42; finalizándolo 37 de ellas.

– **Centro de Salud nº 28 -Godoy Cruz-**

Fecha y horario: Martes 22 y 29 noviembre, 6, 13 y 20 diciembre. De 8:30-12:30h.

El número total de personas que han participado de los ciclos es de 26. Siendo que 18 lo han finalizado en su totalidad.

– **Centro de Salud nº 16 -Guaymallén-**

Fechas y horario: Viernes: 02; 09; 16; 23; 30 de marzo, y 13 de abril; De 10 – 14h.

El número total de personas que han participado de los ciclos es de 55. Lo finalizan 50

– **Centro de Salud nº 17 -Las Heras-**

Fechas y horario: viernes 2 y 16 de diciembre de 14.30 a 18.30h. Sábados 3 y 17 de dic. de 9 a 14h.

El número total de personas que han participado de los ciclos es de 23. Siendo que 9 lo han finalizado en su totalidad.

– **Hospital Universitario:**

Fecha y horario: miércoles 23 y 30 noviembre, 7 y 14 diciembre. De 10 – 14 h.

El número total de personas que han participado es de 80. Siendo que 38 lo han finalizado en su totalidad.

– **Hospital del Carmen y Hospital Lencinas:**

Fechas y horario: Jueves 9, 16, 23 de febrero (Hospital Lencinas); Jueves 01, 08 y 15 de marzo (Hospital del Carmen); De 10 – 14h.

El número total de personas que han participado de los ciclos es de 64. Siendo que 51 lo han finalizado en su totalidad.

– **Hospital Schestakow -San Rafael-**

Fechas y horario: Lunes y Martes: 13 y 14 de Febrero; 5 y 6; 12 y 13 de Marzo. De 10 - 14h

El número total de personas que han participado de los ciclos es de 62. Siendo que 58 lo han finalizado en su totalidad.

TOTAL DE PERSONAS ASISTENTES: 352

#### TEMARIO IMPARTIDO EN CADA CICLO FORMATIVO:

La formación constó de 6 encuentros de 4 horas cada uno, en los que se abordaban las temáticas que siguen:

- I. Herramientas conceptuales y categorías de análisis (sistema sexo-género; interseccionalidad con otras categorías de análisis como la clase, la etnia, la edad, la orientación sexual, etc; marco regulatorio de los Derechos Humanos)
- II. Salud y género: recorrido histórico por las representaciones de las mujeres en la medicina; sesgos de género en salud y morbilidad diferencial.
- III. Salud y violencia de género: concepto de violencia de género, distintas manifestaciones de la misma, marco legal; indicadores de detección; algunas herramientas para la atención.
- IV. Salud mental: análisis crítico de los patrones normalidad/psicopatología, medicalización de las mujeres: a qué atiende? y morbilidad específica femenina.
- V. Salud y sexualidades: DDSSRR, disidencia sexual e identidades de género.
- VI. Cierre: Elaboración conjunta de herramientas de abordaje.

La formación fue teórico-práctica, con metodologías participativas de manera que la reflexión teórica habilitara prácticas promotoras de igualdad de oportunidades en materia de salud.

## ANEXO II: Cuestionario de conocimientos previos

Diseñado en el marco de la formación “Buenas prácticas en intervención socio-sanitaria desde una perspectiva de género y enfoque de derechos humanos”, impartido al inicio de cada ciclo formativo.

Fecha de elaboración: Septiembre 2011

Realizado por: Aleyda Yanes

Revisión y adaptación: Aleyda Yanes y Patricia Gonzalez

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIOS:

Éste es un cuestionario sobre conocimientos previos. Es importante que lo respondas en su integridad ya que ayudará en la orientación de la formación. Por favor, contesta las preguntas según tus conocimientos y/o creencias, independientemente de la disciplina de la que vengas.

\* Este cuestionario será utilizado con fines investigativos, asegurando su anonimato. Si requieres de más información para decidirte, no dudes en preguntarnos. Si estás de acuerdo en su uso para la investigación marca afirmativamente **SÍ** **NO**

Gracias por la colaboración, cualquier duda estamos a tu disposición.

---

---

0. Marca tu sexo: Varón Mujer Otrxs

1. De qué disciplina provienes?

2.Cuál es tu función en el centro donde trabajas?

3. Cuánto tiempo llevas trabajando en esa institución?

4. Y en esta actividad profesional aunque no sea en el centro actual?

5. Crees que alguno/s de los siguientes factores son condicionantes de la salud?

(en caso afirmativo márcalos y da algún ejemplo)

- Género

- Empleo

- Estar en situación de desempleo

- Número de personas a cargo

(familiares, hijos e hijas, etc)

- Alimentación

- Clase social

- Origen étnico

- Ser inmigrante

- Medio ambiente

- Edad

6. ¿Quiénes crees que acuden a los servicios sanitarios de forma más recurrente? Mujeres o Varones

Justifica tu respuesta lo más brevemente posible

7. ¿Hay alguna población con la que encuentres dificultades a la hora de intervenir?

Justifica tu respuesta brevemente:

8. ¿Dirías que existe un tipo de malestar/enfermedad más común en mujeres? Cuál/es?

9. ¿Dirías que existe un tipo de malestar/enfermedad más común en varones? Cuál/es?

10. ¿Quiénes gozan de mayor salud?

Varones ( ) Mujeres ( ) Ambos por igual ( ) Depende ( )

11. Crees que las mujeres y los hombres tienen las mismas formas de enfermar?

SÍ NO Justifica brevemente tu respuesta

12. ¿Crees que las mujeres y los hombres están expuestos a los mismos factores de riesgos en materia de salud? SÍ NO

13. ¿Sueles preguntar a quienes asisten al centro por sus actividades y desarrollo de su vida cotidiana?

SÍ NO Depende

Justifica tu respuesta brevemente:

14. ¿Crees que hay índices diferenciales de morbilidad en salud mental entre varones y mujeres?

SÍ NO Resume brevemente porqué

15. ¿Quiénes crees que toman más ansiolíticos y antidepresivos?

Varones ( ) Mujeres ( ) Ambos por igual ( )

¿A qué crees que se debe esto?

16. ¿Crees que la vida cotidiana influye en la salud mental? SÍ NO

17. ¿En materia de salud mental, crees que varones y mujeres están expuestos a los mismos factores de riesgo? SÍ NO

Justifica brevemente tu respuesta

18. ¿Crees que muchos de los problemas biológicos de las personas suelen corresponderse con malestares psicológicos? SÍ NO

Justifica brevemente tu respuesta

19. ¿Crees que las mujeres tienen más problemas psicosomáticos que los varones?

SÍ NO Justifica brevemente tu respuesta:

20. ¿Sabes a qué se hace referencia cuando se habla del ciclo de violencia? SÍ NO

21. ¿Crees que la violencia de género se puede dar tanto de mujeres a varones como de varones a mujeres ? SÍ NO

22. ¿Crees que la violencia de género se da únicamente o con más frecuencia en las clases sociales más desfavorecidas? SÍ NO

23. ¿Estás de acuerdo con la afirmación de que los varones son más violentos que las mujeres por naturaleza? SÍ NO

24. ¿Cuáles de las siguientes sintomatologías podrían ser indicadores de violencia de género?

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| - Ansiedad                | - Hematomas   |
| - Estado de alerta        | - Pérdidas de memoria o “despistes”<br>significativos |
| - Baja autoestima         | - Descuido físico                                     |
| - Miedos irracionales     | - Trastornos del sueño                                |
| - Dolores musculares      | - Desgarros vaginales o anales                        |
| - Problemas respiratorios | - Anorexia/ Bulimia                                   |
| - Abulia                  |   |

25. En cuáles de las siguientes formas crees que puede manifestarse la violencia de género?

- Maltrato ejercido hacia las mujeres en el espacio: público ( ) privado ( )
- Realizar operaciones de cirugía estética a mujeres
- Obstaculizar el acceso a políticas públicas y derechos a las mujeres
- Impedir o retardar las decisiones de las mujeres en materia reproductiva
- Realización de una ligadura tubaria
- Publicar o difundir imágenes estereotipadas de las mujeres
- Maltrato ejercido hacia gays en espacio público

26. ¿Cuando hablamos de la salud de las mujeres: se hace referencia principalmente a su salud reproductiva?

SÍ NO Justifica brevemente tu respuesta:

27. Crees que los ciclos vitales de las mujeres complejizan su cuerpo, y por tanto, salud? SÍ NO

Justifica brevemente tu respuesta:



28. ¿Conoces la diferencia entre: sexo, género y orientación sexual? SÍ NO
29. ¿Las personas que deciden cambiar de sexo padecen un trastorno mental? SÍ NO
30. ¿Crees que pueden existir más de dos sexos? SÍ NO
31. ¿Escuchaste hablar de intersexualidad o intersexs? SÍ NO
32. ¿Crees que pueden existir más de dos géneros? (hombre/mujer y...) SÍ NO
33. ¿Crees que las personas que optan por realizarse cirugía estética tienen problemas mentales? SÍ  
NO
34. ¿Crees que las personas homosexuales (entendiendo tanto a gays como a lesbianas) tienen problemas mentales? SÍ NO
35. ¿Hay algo que desees añadir?