

Nº1

EFFECTOS DE LOS FEMINISMOS EN
LA SALUD MENTAL



ENCUENTRO CLÍNICO

2022



Redpsicofem

CORPORACIÓN REDPSICOFEM

Red de Apoyo Psicológico Feminista

EDICIÓN GENERAL

Pamela Merrill Silva

DISEÑO | ILUSTRACIONES

Javiera Castillo Muñoz

[@verailustra](https://www.instagram.com/verailustra)

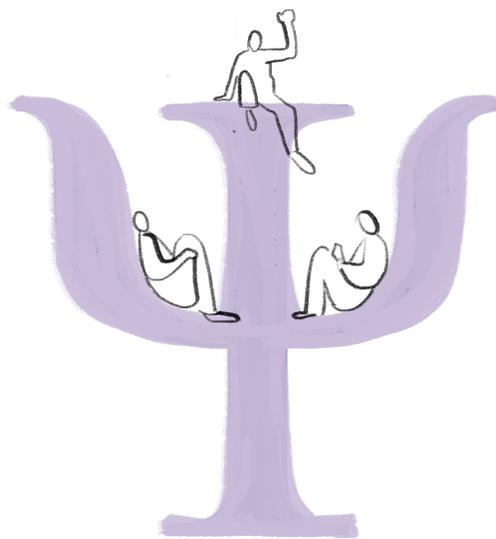
REDPSICOFEM EN LA WEB

www.redpsicofem.com

[@redpsicofem](https://www.instagram.com/redpsicofem)

REDPSICOFEM

Román Díaz 205, Providencia
Santiago, Chile



REDPSICOFEM

ENCUENTRO CLÍNICO 2022

ÍNDICE

01	PRESENTACIÓN ORGANIZACIÓN	5
02	INTRODUCCIÓN ENCUENTRO CLÍNICO 2022	6 - 9
03	Psicoanálisis y feminismos: diálogos (im)posibles, trabajos posibles. La experiencia de Centro Hebras. Marianne Araya, María Jesús Reveco, Antonella Rossi, Katherine Sáez y Javiera Urbina	10 - 14
04	¿Cómo se integra la perspectiva de género en el ejercicio clínico..... en salud mental?. Diana Betancourt Pulgarin	15 - 22
05	¿Por qué necesitamos una lectura feminista del suicidio?..... Javiera Pomés	23 - 27
06	Desaparecer y emerger: Discursos sobre ideación suicida de mujeres de la comuna de Pedro Aguirre Cerda. Fernanda Moller Puga	28 - 32
07	Hablemos de amores: psicoterapia y amor desde una perspectiva feminista. Valentina Javiera Oñate Molina	33 - 35
08	Madre hay una sola: Relatos y reflexiones sobre el maternar..... desde una perspectiva feminista. Ligia Ruiz	36 - 41
09	Violencia contra la mujer. Manejo clínico comunitario dentro del marco legal chileno. Catalina Campos González	42 - 45
10	CIERRE	46 - 47
11	FOTOGRAFÍAS	48 - 49



REDPSICOFEM

Red de Apoyo Psicológico Feminista (Corporación REDPSICOFEM) es una organización sin fines de lucro que busca a través de diferentes prácticas, enfrentar los feminismos y la perspectiva de género a la psicología. Esto a través del análisis crítico de fenómenos normalizados por el quehacer clínico, comunitario y psicosocial.

Nuestra misión es brindar un espacio de promoción y contribución a la salud mental con perspectiva de género y feminista, luchando tanto por una sociedad que permita la expresión libre de la diversidad, así como contra las diferentes formas en las que se expresa la violencia de género en Chile y Latinoamérica. Nuestra visión es convertirnos en un apoyo activo en la promoción, asistencia y formación de la salud mental, siendo sustanciales en el trabajo que aboga por la inclusión en ésta de la perspectiva de género.

Como Red de Apoyo Psicológico Feminista, se nos ha hecho necesario generar espacios de encuentro entre

profesionales de la salud mental que se encuentren en el recorrido, búsqueda y (de)construcción de una psicología con perspectiva de género y feminista. Además de generar espacios en que podamos conocernos, relacionarnos y establecer vínculos por fuera de estructuras limitantes, con el fin de ampliar nuestros trabajos y abarcar más espacios.

El Encuentro clínico de psicología con perspectiva de género y feminista tiene la intención de generar un espacio de conversación acerca de las prácticas clínicas, la teoría y la experiencia de diversas agrupaciones, colectivas, centros y personas en relación a una psicología con perspectiva de género, en donde podamos encontrarnos y reflexionar sobre temáticas contingentes, preguntas comunes, experiencias prácticas, impasses, topes recurrentes, entre otras cosas.



POR CAMILA ZÁRATE DÍAZ

El feminismo llevado al quehacer de la psicología clínica, puede entenderse como un espacio que viene a cuestionar algo de la posición, tanto personal como social, a ponerlo sobre la mesa. No me refiero aquí a un “correcto feminismo” ni tampoco a la aplastante desigualdad promovida por los grupos TERF, sino más bien a la necesidad de representar y buscar algún tipo de protección frente a las diferentes formas de violencia y las diversas experiencias de desigualdad política, social y sexual entre otras a las que se nos ve expuestas de manera cotidiana en el actual sistema en el que vivimos.

¿Qué es ser mujer?, ¿qué es ser mujer en un mundo capitalista patriarcal?, y quizás cuántos más subtítulos y preguntas.

Hay una postura ética en la idea de hacer un cruce entre salud mental y feminismo, tiene que ver con posicionarse, sin que esto signifique un activismo, porque yo no voy a enseñarle a mis pacientes como ser o no ser feministas, sino más bien aparece en la clínica a partir de su lugar en la propia dirección de la cura de cada consultante. Así como no podría definir el feminismo desde una verdad absoluta, hay que tomar en cuenta tantas formas de entenderlo y apropiárselo, como sujetxs vemos en la clínica, con la raíz común de la desigualdad y un creciente sentimiento de injusticia y dolor.

Para pensar en la clínica, traje algunos casos de pacientes que me he encontrado en mi quehacer, tuve bastantes dificultades a la hora de escoger uno, no es porque faltaran ejemplos que se ajusten a la necesidad y los efectos del feminismo, es porque todos estaban atravesados por este. Uno de éstos ejemplos es una paciente con la que comencé hace algunos meses. Consulta a partir de dificultades que surgen a raíz de algunas intervenciones quirúrgicas y un diagnóstico de cáncer cerebral, que la hace sentir distinta e insatisfecha consigo misma, más lenta, más impaciente, un poco más irritable. De entrada pensé que sería un trabajo de duelo alrededor de la muerte, pero también pasa que uno de los efectos del feminismo en la clínica, es que hay ciertas cosas que se empiezan a preguntar, que ya dejan de ser tabú, como lo es, por ejemplo, preguntar acerca del placer, de la sexualidad y el disfrute. Ella no solo estaba lidiando con el duelo de su enfermedad, sino también con la insatisfacción sexual y el duelo de no sentirse deseada.

Estaba lidiando además con el peso de llevar las tareas domésticas en un contexto de debilitamiento físico y mental, además de ser ridiculizada por olvidar palabras y eventos. Uno de los efectos del tumor y la enfermedad es una disminución en la represión. Ahora se enoja, pareciera ser que ese es el problema para la familia.

La idea del feminismo aparece acá con mi paciente, al poder reconocer la insatisfacción como algo que no es patológico. Difícil estar satisfecha con su trabajo impago en el hogar, que parece no tener ningún tipo de reconocimiento ni retribución además del cuestionamiento familiar cuando ella expresaba malestar.

Me encuentro, de nuevo, con el enojo de una mujer. Históricamente invalidado, cuestionado y enjuiciado socialmente. Mujeres sin descanso, bajo el dogma social de que no deben estar molestas, mujeres que se les exige guardar silencio frente a diferentes situaciones: pensiones impagas, abusos sexuales, laborales, domésticos, entre muchos otros que me he encontrado en consulta.

Constantemente me topo con la sensación de injusticia, inferioridad y falta de reconocimiento. Falta de reconocimiento del daño que han vivido y muchas veces falta de reconocimiento de sí como personas, como sujetxs con vida. He escuchado incontables veces la frustración frente a otrxs así como a instituciones que no acompañan, no reconocen y abusan y el efecto que esto tiene en el reconocimiento propio.

La terapia muchas veces tiene que cumplir la función de tramitar este duelo que debería ser más bien comunitario, el duelo de que el sistema no acompaña, sino que normaliza, enjuicia y perturba. Recuerdo el caso de una paciente que luego de denunciar un abuso sexual de parte de un compañero de universidad, en una actividad institucional, no recibió ningún tipo de apoyo y él, ningún tipo de sanción. Siguió de ayudante y de estudiante.

El dolor de que muchas veces denunciar no es la mejor vía y tener que tramitar la idea de que “yo tengo que ir a lidiar a terapia con esto que es algo social, con algo del patriarcado”. Y ahí la posición ética tiene que ver con preguntar, el cuestionamiento, la validación y el tomar en cuenta que significa una vida en estas condiciones. Posicionarse frente a lo que ocurre, de abrir la boca. Cuál sería el problema con hacer ruido.



POR ISABELLA RUIZ PARISI

Desde la psicología clínica, abordar los efectos del feminismo es pensar también en cómo lo político, histórico y social tiene efectos en el aparato psíquico y la producción de subjetividad. Como menciona Debora Tajer; Los roles sociales que tienen mujeres y hombres, se relacionan con las necesidades políticas, culturales y económicas que determinan cada época y en ese sentido, esas necesidades van produciendo distintas subjetividades alterando también la constitución psíquica (Tajer, 2020).

Creo que pensar en una psicología feminista o una psicología con perspectiva de género, es también escuchar qué sucede en el plano de lo social, histórico y político. Con esto no me refiero a algo así como una universalidad en el plano de lo subjetivo, pero sí creo necesario pensar la implicancias de aquello.

En relación a esto, me parece atingente lo que plantea el texto “Producir lo común, entramados comunitarios y luchas por la vida”, de Navarro (2019):

“La comunidad, en muchos casos, no es lo otro de la explotación en un sentido binario. Más allá de las apropiaciones de lenguaje que los organismos internacionales de crédito y las ONG hacen, hay también modos de uso al interior de las tramas populares que hacen de la comunidad algo mucho más heterogéneo y promiscuo. Esa versatilidad de la dinámica comunitaria es también su fuerza y no simplemente lo que la pervierte. Es en cierto modo su lado profundamente plebeyo y una exigencia a un tipo de realismo que nos obliga a una investigación más allá de la moral. Idealizarla es un modo de ilusionarse con fuerzas inexistentes y, por tanto, de activar nuevas escenas de derrota. Desconocer su potencia disruptiva es un modo de cinismo cómodo.” (Navarro, Linsalata, 2019)

Desde esta perspectiva comunitaria de la psicología, nos resalta lo heterogéneo de la conformación comunitaria, como una arista que tiene que considerarse, una diversidad plebeya inherente que debe comprenderse más allá de la norma moral, que no puede ser idealizada como tampoco desconocer su fuerza disruptiva.

Justamente, creo que una parte del desafío está en tener una lectura clínica que se desmarque de una posible “moralidad feminista”, que argumentamos en razón de las implicancias en el plano subjetivo de lo político - social,

sino que, una clínica que logré integrar esos modos de uso de las tramas populares, como parte integrante de la complejidad de la heterogeneidad de los pacientes, y con observancia al plano histórico-social, sin traspasar por encima, sino que en concordancia de aquellas formas y diversidades, que son propias de cada grupo humano en la que se encuentra inmerso.

Es, en fin de cuentas, un llamado a una lectura de la psicología de género, con observancia a la realidad político social de cada paciente.

A lo que voy es que, en cuenta del discurso feminista - anti patriarcal - para la producción de subjetividad, y en el espacio clínico, es imprescindible, el correlato de esta perspectiva, con la heterogeneidad de los modos de uso populares del sector y comunidad en el que esta inmersa el paciente.

En ese sentido me parece interesante el pensar cómo la perspectiva de género nos invita, o quizás nos exige, a darle una apertura a las distintas psicologías, por un lado nos marca la posibilidad de pensar en la fuerza de la heterogeneidad, y por otro, nos demanda a pensar las implicancias de estar circunscritos en una época y en una historia.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Tajer, D. (2021). *Psicoanálisis para todxs: por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Topía Editorial.
- Gago, V., Sztulwark, D., Navarro, M. L., Linsalata, L., Gutiérrez, R. A., Salazar Lohman, H., & Tzul, G. T. (2019). *Producir lo común: entramados comunitarios y luchas por la vida*. el Apantle. Revista de Estudios Comunitaria.



POR CONSTANZA ZAPATA MUÑOZ

Ya casi cien años después del “nacimiento” del psicoanálisis, es innegable que muchas cosas han cambiado, y se han ido manifestando nuevos modos de sufrimiento y placer. El psicoanálisis nació pensado en una etapa histórica particular, con sus propios conflictos, en la familia victoriana, heteroparental y con roles de género sumamente diferenciados. Las diversidades sexuales eran derechamente patologizadas y para qué mencionar cualquier tipo de diversidad de género.

Debora Tajer propone que la necesaria actualización clínica psicoanalítica tiene que ver estrechamente con la incorporación de la perspectiva de género a la teoría, para no psicopatologizar a priori las existencias sexuales e identitarias que difieren de lo hegemónico. Así, tiene que ver con reconocer que hay cambios, y que estos no son necesariamente ni “para mejor” ni “para peor”. Simplemente son “para diferente” (Tajer, 2018)

Actualmente nos encontramos con configuraciones y situaciones que ponen en cuestión varios aspectos de lo que muchas veces se pensó como “núcleos esenciales” del psicoanálisis. Por ejemplo, la necesaria relación que habría entre la relación de pareja y la parentalidad, o el necesario correlato de la maternidad con la feminidad. Así, por ejemplo, se ha ido abandonando la idea tradicional bastante instalada de la maternidad como EL deseo de toda mujer, y tender hacia pensarlo como un deseo más dentro de muchos posibles otros.

En la actualidad siguen existiendo muchos psicologxs - tanto dentro como fuera del psicoanálisis - que se empeñan en concebir a lxs sujetxs como desmarcados de los contextos políticos e históricos. Como si los cuerpos, anhelos y deseos no fueran parte de subjetividades que se constituyen en un social histórico. Esto, creo, puede resultar altamente riesgoso a la hora de la escucha, ya que se deja de escuchar una parte importantísima del sujeto, pudiendo fácilmente tender a una escucha que apunta más al cierre que a la apertura, pudiendo transformarse en una práctica de “corrección moral” o de “normalización”.

Las preguntas respecto a todo lo que se escapa o queda fuera de aquellas estructuras que se han ido estableciendo desde hace años como lugares desde donde edificamos nuestra subjetividad (aquello que responde a lo “normal”, lo “sano”) debiesen siempre ser atendidas, escuchadas y

jamás excluidas. Podríamos pensar que es precisamente ahí dónde vamos a encontrar realmente al sujeto en su plena - valga la redundancia - subjetividad.

Creo importante nunca olvidar que el psicoanálisis es una práctica social. Si no se hacen cambios en cómo lo pensamos, la práctica puede fácilmente terminar siendo guardiana de lo que en su momento fue vanguardia, y que hoy aparece muchas veces como una reliquia que guarda más y más polvo.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Tajer, D. (2018). Hacia una clínica psicoanalítica postpatriarcal. *Gradiva*, VII(2), 9-18.
- East, V. (2018). Feminismo o el retorno de lo reprimido. *Gradiva*, VII(2), 71-76.



POR MARIANA BERNASCONI MUÑOZ

Lo que escucho en la consulta, lo que veo en redes sociales y mi experiencia escuchando a amigxs, familiares, conocidxs me ha hecho pensar que en ocasiones el feminismo hoy no alcanza, por sí solo, para tener efectos en la salud mental. Por otro lado, en ocasiones el feminismo sobra, en el sentido que se vuelve excesivo, culpabilizante y aplastante para quienes se identifican como feministas.

Me imagino que quienes estamos aquí compartimos la idea de que los feminismos han otorgado múltiples liberaciones a las feminidades, desobediencias sexo genéricas e incluso a quienes del lado de las masculinidades han estado abiertos a las preguntas que abre. Desde posibilitar preguntas en torno a la forma de vincularnos románticamente, sexualmente, amistosamente, y permitir vinculaciones más amorosas con nuestras corporalidades, a habilitar construcciones diversas de ma-paternidades y dar espacio a que seamos creativxs y genuinxs en la forma en que usamos y habitamos nuestros cuerpos. Hay feminismos que ofrecen aire a la rigidez, que flexibilizan, que permiten crear algo propio que hace la vida más cómoda, menos asfixiante.

Sin embargo en mi experiencia clínica aparece también en los decires de quienes consultan el feminismo como imperativo, un feminismo rigidizante, creador de culpas. Este es el feminismo que me parece que “sobra” en el sentido de que se vuelve excesivo para quien quiere cumplir con la fantasía de ser “buena feminista”. Vergüenza y culpa por sentir celos, por no amar el cuerpo que se habita, por la importancia otorgada al amor de pareja o por tener ideales tradicionales. Por otro lado, un empuje al acto desde cumplir con el mandato feminista sin poder pasar por la pregunta de que implica eso en la singularidad de cada quien, como por ejemplo, la obligación a la denuncia pública cuando aún no ha sido elaborado un hecho traumático.

¿Cómo es que esta promesa de liberación se convierte en una nueva prisión? Hay una tendencia al sacrificio en ciertas subjetividades femeninas, que desde el psicoanálisis podemos pensar como efecto de la ferocidad del superyó femenino, la capacidad de, como señala Isabelle Durand (2008), sacrificar todo en nombre del deber. Capacidad que no se anula con voluntad,

formaciones ideológicas o convicciones intelectuales. Tendencia que se ha manifestado en sacrificarse por la maternidad, por la pareja, en nombre del amor, y que ahora se escucha en la vinculación desde el deber con el feminismo. La tendencia culposa a hacer uso de cualquier ideal para transformarlo en sacrificio.

Por otro lado está el registro dónde el feminismo no alcanza, dónde se toma como discurso hacia afuera, sin abrir preguntas en torno a la misoginia internalizada y sus efectos. Este año fui invitada a conversar a un liceo sobre sororidad, en el contexto de que las alumnas del liceo estaban con muchos conflictos interpersonales, generando un curso fragmentado, luego de haber tenido un espacio de mucha cercanía el 2019. Al final de la conversación se me acercó una alumna para comentarme que la dificultad que había en el curso era que en realidad las cosas que se conversaban en los espacios sororos eran luego comentadas en otros espacios enjuiciando de “fáciles, putas” a quienes habían compartido relatos vinculados a lo sexual. La sororidad puede ser solo un slogan en tu bolsa reutilizable si no habilitamos espacio para cuestionar el efecto en cada una de nosotras de haber nacido en una cultura misógina y patriarcal, el efecto en términos de lo que es misógino y patriarcal también en nosotras.

Yo entiendo hoy, tanto el feminismo como el psicoanálisis como herramientas para aperturar las posibilidades deseantes. Creo que la bajada analítica a localizar la tendencia sacrificial, a visibilizar la repetición del deber como forma de aniquilar el deseo, junto con el rescate de la historia personal que cada unx tiene con lo femenino, y más específicamente frente al encuentro con mujeres deseantes posibilita hacer uso del feminismo, para que efectivamente nos salve de sacrificar todo. Para poder decir soy una feminista más o menos y no sentir culpa.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

Durand, I. (2008). El superyó, femenino. Las afinidades entre el superyó y el goce femenino. Editorial Tres Haches.

Psicoanálisis y feminismos: diálogos (im)posibles, trabajos posibles.

La experiencia de Centro Hebras.

POR MARIANNE ARAYA, MARÍA JESÚS REVECO, ANTONELLA ROSSI, KATHERINE SÁEZ Y JAVIERA URBINA

El debate entre psicoanálisis y feminismos tiene una larga trayectoria y ha sido prolífico en cuanto a discusiones, publicaciones, congresos y otro tipo de actividades, a pesar de que la existencia de un diálogo entre ambos a ratos se vea como imposible. Y es que desde su nacimiento el psicoanálisis se ha visto interpelado por las pensadoras feministas: en un primer tiempo en lo que Lacan llamó “la querrela del falo” hasta las críticas actuales desde los movimientos queer hacia la supuesta binariedad del saber psicoanalítico tradicional. Por otra parte, considerando el auge que viven las epistemologías poscoloniales y decoloniales, nuevos elementos han entrado a la discusión que incorporan las denuncias al carácter eurocéntrico y colonial del saber clásico moderno y la consecuente demanda de revisión de las teorías psicoanalíticas en su supuesto carácter universalizante y ahistórico.

Silvia Bleichmar, así como otros autores, han insistido en la necesidad de adoptar una postura no dogmática respecto a la propia disciplina, la cual permita diferenciar el “núcleo duro” del psicoanálisis, es decir, lo que le da su fundamento, y al mismo tiempo, lo que el contexto actual permite mantener o descartar de las teorías y sus efectos en las prácticas. Evidentemente, las características de la sociedad victoriana del siglo XIX que sustentaron muchas de las teorías freudianas, ya han quedado en el pasado, dando paso a formas familiares diversas (monoparentales, homoparentales, entre otras), nuevas identidades de género (queer, no binaria), nuevas tecnologías reproductivas, entre otras temáticas.

Ahora bien, la necesidad de apertura al diálogo no es puramente teórica, sino que también tiene un carácter político y ético relevante. A razón de que la teoría psicoanalítica sustenta formas particulares de realizar el trabajo clínico, la forma en que entendemos la sociedad y sus individuos, así como la forma en que concebimos los procesos de subjetivación y sexuación, decantan en un quehacer clínico que no es azaroso ni sin consecuencias. Por otro lado, si bien los feminismos y teorías de género han permitido poner en contexto las formas en que

pensamos las subjetividades y la salud mental, también se hace necesaria la reflexión sobre el otro extremo: la sociologización de los problemas de la salud mental, pensando que estarían totalmente determinados por factores sociales, y sobre los alcances del espacio clínico como lugar de activismo. ¿Cómo se puede pensar en una práctica clínica situada, que considere la singularidad y tenga a la vez apertura frente a las condiciones sociales que inciden -mas no determinan unívocamente- la producción de ciertas subjetividades, sintomatologías y posibilidades de simbolización y tramitación de los malestares modernos de nuestra época? ¿Cómo se puede hacer el ejercicio necesario, y para nada obvio, de situar los problemas de la salud mental en un contexto social, histórico, epocal y espacial con sus elementos estructurantes y sus constantes actualizaciones sin perder de vista las formaciones inconscientes?

En este campo de encuentros y desencuentros entre psicoanálisis y feminismos nace Centro Hebras, como una apuesta de trabajo colectivo en torno a la promoción y el cuidado de la salud mental, en su entrecruzamiento con la realidad social y las diversas violencias contemporáneas. Al menos como una intención, si es que el objetivo resulta demasiado amplio, inalcanzable o tal vez un ideal, pero siempre una necesidad fundamentalmente ética y política desde la cual nos hace sentido nuestro quehacer. De acuerdo a ello, dentro de las actividades de nuestro centro se contempla la atención psicológica individual desde un enfoque psicoanalítico, y dada la formación e intereses de quienes participamos en él, se añade la intención de articularlo con una perspectiva de género y de pensar en ampliarlo en nuestros espacios colectivos y comunitarios.

Desde aquí, a pesar de que coincidimos en nuestra posición respecto a temáticas como el patriarcado, el colonialismo, los feminismos, entre otras, en la medida en que vamos avanzando en definir y establecer nuestra forma de trabajo, la puesta en práctica de una clínica psicoanalítica con enfoque de género y/o feminista no se ha mostrado con dicha claridad sino más bien con



constantes contradicciones, titubeos y vacilaciones. Porque no se trata de una simple sumatoria de elementos, menos aún considerando las tensiones que entre ambas posiciones se sostienen e incluso de las múltiples diferencias internas que implican ambas (no hay un sólo psicoanálisis identificable y tampoco un sólo feminismo, como sabemos). Sino que requiere definir ciertos objetivos a nivel terapéutico, establecer una cierta ética de trabajo, identificar las limitaciones para nuestro ejercicio ligado a la salud mental y, por último, reconocer el lugar que ocupamos en el espacio clínico. ¿Cómo nos reconocemos como sujetos políticos, sociales, profesionales y en el ámbito personal para plantearnos este quehacer? ¿Cómo pensamos en nuestros objetivos sin transformarlos en ideales que cierran el espacio para pensar en la salud mental de otros?

Además, en la medida en que hemos ido avanzando tanto en crear institucionalidad, como en recibir nuevos casos, se ha vuelto urgente la necesidad de mantener una cierta flexibilidad para acoger de manera efectiva la demanda de nuestros pacientes, así como también sostener el espacio en base a los recursos personales de cada terapeuta.

A raíz de esto, surgió en nosotras la pregunta de cómo posicionarnos para escuchar los diversos malestares en su entrecruzamiento con la realidad social y las violencias que en ella se sitúan, realidad social de la cual no somos ajenas y violencias que no dejan de atravesarnos. Por lo tanto, la pregunta sería

más bien sobre cómo posicionarnos para escuchar malestares que nos convocan en nuestras propias historias y cotidianidades, así como en nuestro lugar de terapeutas. Tales preguntas, nos parece, no podrían contestarse en términos individuales ni en una clínica individualizante, porque entendemos que es desde lo colectivo en donde se construyen redes y lazos que posibilitan dichas violencias, pero que también ofrecen formas de pensarlas y trabajarlas. Un ejercicio clínico puede volverse alienante tanto para los trabajadores como para los sujetos que participan si no buscamos esos espacios para pensar que también contienen en la grupalidad.

Tomando estas preguntas y haciendo eco de nuestra apuesta por el trabajo colectivo, diseñamos un dispositivo que llamamos “Grupo de estudio: Violencia de género y espacios clínicos”. Este duró aproximadamente tres meses, dirigido a mujeres y disidencias sexuales con experiencia en intervención psicosocial (psicología, trabajo social, entre otros) y con conocimientos básicos sobre género y sexualidades. En él se revisaron textos de distintos autores en torno a temáticas como el abuso sexual, violencia hacia la mujer, existenciarios trans, disidencias sexuales, entre otros. Quisimos abrir el dispositivo a más personas, buscando hacer circular la palabra por otros espacios y disciplinas, conservando cierta aproximación clínica a este tipo de problemáticas, así como también nuestra posición de mujeres y/o disidencias.

A partir de lo ahí hablado, si bien no se logró dar con una respuesta unívoca a la pregunta que le dio sentido al grupo de estudio, sí nos permitió recoger ciertas reflexiones que consideramos fructíferas de compartir. Estas reflexiones decidimos agruparlas en torno a ciertos tópicos para hacer más comprensible su presentación. Sin embargo, dicha división no deja de ser arbitraria, dada la imposibilidad de separar temáticas tan íntimamente relacionadas con el quehacer clínico, pero también con nuestra participación social. Sería una ficción, por cierto, separar el psicoanálisis de las mujeres que, invisibilizadas, también contribuyeron desde múltiples espacios, o separar las ideas psicoanalistas que influyeron en los feminismos (ya sea para criticar o proponer algo más), así como también intentar separar lo que es un trabajo en salud mental de nuestra posición ético-política, humana, personal y social.

DE LO TESTIMONIAL A UNA POSICIÓN ÉTICO-POLÍTICA

Describiendo un poco más el dispositivo, el programa constaba de 9 sesiones realizadas de manera virtual, con frecuencia quincenal, con una duración de una hora y media cada una. Integramos el grupo un total de 14 personas. Las normas del espacio consistían en presentarse cada una al inicio, explicitando los pronombres que le acomodaran, pedir palabras por medio del chat, respetar los turnos de habla y mantener la confidencialidad de lo que ahí se hablara. Cada sesión revisamos un texto, presentado brevemente en su contexto por alguna de las integrantes del centro para luego pasar a una discusión libre. La invitación era a apropiarse del espacio, independiente de la postura teórica o los lugares de trabajo de cada persona, abrirse al no saber, para pensar, reflexionar y hacer circular interrogantes no desde la posición experta, sino que en diálogo y constante aprendizaje. Que se pudieran expresar las discordancias y que se respetaran las posturas de otras personas sin invalidarlas. Si bien la intención en un principio no pasaba más allá de resguardar el respeto mutuo, nos fuimos dando cuenta que las intervenciones solían comenzar con un “me pasa con este texto”, “siento que esta idea”, “lo que dices me recuerda”, “me conflictúa pensar...”, “me hace mucho sentido pensar”, “me da miedo las implicancias de”. Es decir, en ese diálogo y encuadre abierto, al parecer se construyó cierto clima de confianza y horizontalidad que dio lugar a reflexiones encarnadas.

Poco a poco, en las palabras fueron apareciendo testimonios tanto a nivel personal como profesional, y muchas veces se fueron cruzando ambas perspectivas, dándose cabida para testimoniar experiencias propias de violencia, experiencias como pacientes al trabajar aquellas temáticas, experiencias como terapeutas al escucharlas en nuestra práctica privada y en instituciones,

y así también experiencias como activistas al situarnos en diferentes contextos de acción y resistencia. Aunque la propuesta de contenidos podría considerarse netamente académica, la forma en que se desarrollaron las instancias de puesta en común, permitió algo más que eso, sin perder el propósito de pensar aquellas temáticas para nuestro trabajo clínico.

Ahora, mirando con cierta distancia temporal lo que fue este espacio, podemos apreciar algunas de las reflexiones que se fueron construyendo en las sesiones. Una de las preguntas que insistía tiene que ver con la disyunción entre el reconocimiento de ciertas condiciones sociales que inciden en la producción de subjetividades, sintomatologías y vivencias de violencia, mediante el acto terapéutico de nombrar, poner en palabras y sancionar, frente a la importancia de mantener la apertura suficiente para no dejar de escuchar al sujeto, en sus propios tiempos y significantes. ¿Cuándo aquellas palabras permiten efectivamente una apertura o un borde, y cuándo más bien cierran o desarmen? ¿Cómo evitar que el activismo interfiera en la escucha, pero sin que se vuelva una escucha alienada de o a las condiciones sociales que atraviesan los diversos malestares?

Por ejemplo, nos encontramos con un testimonio que ilustraba la importancia de no cerrar ciertas preguntas antes de que pudieran desplegarse lo suficiente como para contribuir a la subjetividad naciente de una persona. Se trataba de una compañera que había trabajado con un joven cuyo motivo de consulta era su identidad de género. Dado que tenía ciertas expresiones corporales, preferencias al vestir y gustos asociados culturalmente a lo femenino, se cuestionaba si realmente era un hombre gay o una mujer trans. Tras escuchar los testimonios de varias participantes, se llegó a la idea de que esta pregunta podría ser transversal en las personas, resultando prácticamente imposible que cualquier persona no se hiciera tales preguntas. ¿Cuándo sabemos si somos mujeres o lo suficientemente mujeres, incluso aquellas de nosotras que no nos hemos definido desde las coordenadas de lo trans? En algún punto, la compañera que testimoniaba abría el debate sobre el cuidado que se debe tener con poner una etiqueta de antemano o dejar cerrada demasiado pronto una exploración de este tipo en función de nuestros activismos o el intento por simplemente reafirmar a alguien.

En efecto, le joven en cuestión, según nos contaba nuestra compañera, a lo largo de su proceso terapéutico pasó de preguntarse su identidad de género a pensar por qué le daba tanta importancia a los cuestionamientos respecto a su expresión e identidad de género, cuando para él nunca había sido relevante ni materia de conflicto sus gestos, expresiones y gustos. ¿Por qué tendríamos que asumir que si alguien se pregunta tales temáticas o se subjetiva desde ser homosexual o trans esto sería necesariamente un tópico de malestar o para trabajar?

¿Es esto también un tipo de encasillamiento cuando el mismo paciente no está encaminado aún a nombrarlo en esos términos?

Desde aquí surgió también la pregunta sobre la abstinencia o la neutralidad. ¿Qué sentido pueden tomar estos términos en las interseccionalidades y singularidades que aparecen en nuestro quehacer clínico? Respecto al caso anterior, concordamos en la necesidad de mantener dicha abstinencia precisamente para acompañar al sujeto en un camino de autodescubrimiento y subjetivación, como un modo de no adelantarse, dar cabida a las preguntas, dar espacios para que sin emitir juicios se abra la posibilidad de una alteridad, una diferencia que reconozca.

Teniendo en cuenta esto, la discusión se podía ampliar y tensionar en otros testimonios que fueron apareciendo y que nos recordaban la importancia de estas aperturas y de considerar las singularidades de cada caso, situación y/o contexto. Así, otro punto que se desarrolló durante el grupo de estudios tiene que ver con varios relatos de haber sentido y también pensado en transferencia en la necesidad de tomar posición respecto a una pregunta o una sospecha de quien escuchamos, de que hay algo que vivieron que no debió haber pasado. En estas situaciones, a diferencia de la anterior, por ejemplo, habría una inclinación hacia afirmar antes que a desarmar. A sancionar, antes que sostener la pregunta:

“... a veces pienso que para nosotros como psicólogos también es súper doloroso imponernos esa neutralidad, porque una cosa es abstenerse de decir cosas o hacer a otro como a tu semejanza o una copia de ti al decirle: tienes que hacer esto, tienes que pensar esto...y otra cosa muy distinta es negar que tú también eres una persona. Con este paciente niño que les comentaba, en la transferencia y a propósito del inconsciente, aparecía esta cuestión de que él demandaba de mí que yo dijera la verdad sobre ciertas cosas o que yo asumiera que tenía una posición sobre esa violencia. Y eran cuestiones muy sutiles, pero él se daba cuenta. Entonces hay ciertos pacientes, sobretodo los que han vivido violencia, que no están esperando que tú seas el poker face, sino que te están pidiendo que tú seas una persona y que repares el lazo social como siendo parte de esta sociedad y siendo persona dentro de ella, no como un profesional típico. Porque a veces hay muchos profesionales que han ocupado esa posición de neutralidad y que al final no los han ayudado o que incluso los hacen sentir peor, porque se les devuelve mucha frialdad en esa pretensión de objetividad.”

Es muy interesante cómo se marca aquí la escucha de la interpelación al terapeuta como una persona parte del lazo social que pueda ocupar ese lugar en ese preciso momento. No es que por defecto habría que sancionar en ciertos casos, sino que más bien al parecer se desprende

de la escucha del sujeto en un lazo construido y en ese momento particular en que requeriría de un otro que sancione la violencia.

En la misma línea, pero desde otra dimensión, traemos otra viñeta que alude a cierta afirmación identitaria en un contexto de haber soportado violencia, en que la terapeuta se pregunta por cómo trabajarlo, considerando cómo ese elemento estructura a alguien, pero también posiblemente frena algunos movimientos en la línea de salir del lugar de objeto de violencia.

“ algunas veces uno se encuentra con personas que basan toda su identidad, su autoestima, o su valor de sí en ese sacrificio, o en ese ‘haber soportado’, de repente cuando uno se encuentra con esas personas en la clínica y estás tratando de destrabar eso o hacer que haya más movimiento para que este tema de la violencia sea más trabajable... le sacas todo el soporte que tiene como sujeto, sujeto para hacer, para existir y quererse en el mundo. Entonces ahí es super problemático porque uno dice: ‘¿cómo lo trabajo?’”

Volvemos a las preguntas. Y es que el afirmar ciertas posiciones, podríamos pensar, tiene su costo. Sin embargo, al situarlo en la singularidad de un lazo, con sus propios ritmos, y coordinadas, quizás podríamos decir más bien, que afirmar tiene sus tiempos.

HACIA UNA CONCLUSIÓN

En estos casos ¿cómo no implicarse o no dejarse impactar? ¿Cuál es la delgada y sutil línea que permite escuchar desde una posición más humana y respetuosa, desde el reconocimiento del otro, sin implicarse a tal punto en que el dolor de nuestro malestar o la angustia de nuestro “no saber explicar/diagnosticar lo que sucede” aplaste o se apropie del malestar y experiencia del otro?

En este continuo compartir no encontramos respuestas unívocas, sino que nos hemos acompañado en nuestros propios recorridos y experiencias, rescatando tanto de los puntos de encuentro como de los de desencuentro para trabajar desde un conflicto productivo que nos mantenga en constante movimiento.

Podríamos aventurarnos a decir que a pesar de que en las viñetas había posiciones contrapuestas en relación a la posición y actos del terapeuta, en todos los ejemplos lo que prevalece es la apertura a la escucha, ya sea de un testimonio, de los significantes y/o de las preguntas y demandas que va realizando el paciente hacia el terapeuta. Porque la violencia habla precisamente de un “sin límite sobre el otro, de un borrar su experiencia” o como decía una compañera: “la violencia precisamente habla de esas posiciones rígidas o de imponer una cosa sobre la otra. Y la posición ahí en la clínica tiene que ser

totalmente distinta, de escuchar, tomarse el tiempo, preguntarse cosas antes de llegar y decir o hacer algo". En ese sentido, más que certezas o recetas, al parecer en el grupo fuimos tomando orientaciones y lineamientos éticos a través de nuestras propias experiencias, que nos permitieran ir abriendo aquellos lugares que ya sea por feminismo o "psicoanalismo", nos obstruyeran la apertura a escuchar. La circulación de preguntas, testimonios, experiencias e ideas, al parecer podría contribuir a que se sostenga la alteridad en nuestra práctica clínica, en especial a la hora de trabajar con temáticas como la violencia donde se tiende a borrar toda diferencia. Y en particular la violencia de género, que en su creciente visibilización a través de los movimientos feministas y de disidencias sexuales, si bien pueden abrirnos la palabra para testimoniar, podrían en ciertas ocasiones también cerrarla a la hora de escuchar si es que buscamos hacer coincidir la subjetividad de un otro con algunas consignas de nuestro activismo demasiado pronto.

Dejamos aquí una reflexión de una compañera que surgió en una sesión, en la cual discutimos la lectura que hacía Judith Butler sobre la experiencia de David/Brenda:

"Lo que más me gustó del texto es que la autora tiene una postura que es bien de "retroceder" frente a un tema. Cuando tenemos disputas que se vuelven súper ensambladas con lo político, se tiende a avanzar frente a ciertas temáticas y a proponer lineamientos ideológicos que están basados en la ética obviamente, pero que desconocen un poco la realidad particular de las personas que están viviendo esos procesos. Como acá trabajamos con personas, a veces se nos funde la política con lo personal, siempre obviamente, me gusta que al final Judith abre una pregunta"

Agradecemos a todes les participantes del grupo de estudios, sin les cuales no habría sido posible construir esta trama tejida de lazos, experiencias y palabras: Allison, Constanza, Diego, Isabel, Isidora, Nicole, Pamela, Sofía y Pamela.



¿Cómo se integra la perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental?

POR DIANA BETANCOURT PULGARIN

RESUMEN

EL MODELO MASCULINO COMO SUJETO PRODUCTOR DE CONOCIMIENTO HA SIDO LA PRIORIDAD A LO LARGO DEL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES. TAL ANDROCENTRISMO PRESENTE EN LA CIENCIA Y SU AVANCE HA DEJADO UN SINFIN DE VACÍOS QUE IMPOSIBILITAN UNA ADECUADA EVALUACIÓN EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA APLICADA A LA MUJER.

POR LO TANTO, A PARTIR DEL ANÁLISIS CRÍTICO Y LA BAJA INCORPORACIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PSICOTERAPIA COMO HIPÓTESIS, ESTA INVESTIGACIÓN TIENE COMO OBJETIVO DESCRIBIR CÓMO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO SE INTEGRA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE SALUD MENTAL A TRAVÉS

DE UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA DE BASES DE DATOS CIENTÍFICAS QUE BUSCAN RESPONDER A LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

EN CONCLUSIÓN, LOS HALLAZGOS DEMUESTRAN QUE EL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO RELACIONADO CON LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ES ESCASO; EXISTE LA NECESIDAD DE INCORPORAR ESTE TEMA EN SALUD MENTAL DEBIDO A LA AMPLIA DISPONIBILIDAD DE TEORÍA PARA INTEGRARLO A LA PRÁCTICA CLÍNICA Y ASÍ REALIZAR UN PROCESO ADECUADO A CADA INDIVIDUO.

MARCO DE REFERENCIA

Estructura de la ciencia, una de las raíces del problema

Al observar el desarrollo de las ciencias biológicas y sociales se identifica un sesgo androcéntrico en ellas, el que, según Bernabé (2019) se expresa de tres formas: (i) como un androcentrismo sociológico descrito como una baja participación de las mujeres y un impacto limitado por roles de género en procesos creativos y expositivos; (ii) como la inferiorización de la feminidad y los roles asociado a esta; (iii) como sesgo subrogante, es decir, la preferencia de sujetos masculinos como modelos para la producción del conocimiento.

En cuanto al desarrollo de la teorización en psicología no ha pasado cosa disímil a las demás ciencias biológicas y sociales, el sujeto de estudio ha sido un cuerpo masculino sobre el que se han planteado funcionamientos ampliamente aceptados y aplicados que se han hecho extensivos a otros cuerpos con diferentes características propias y con desiguales condiciones socioculturales que influyen directamente en el sujeto y su formación, pese a que algunos autores han señalado el vacío teórico y perceptual, Freud por ejemplo, en su obra *El Yo y el Ello* (1923-1925) comenta explícitamente dicho suceso y reconoce el vacío propio del conocimiento del otro género en los postulados de su teoría al decir:

«Las averiguaciones sobre la sexualidad se hicieron en el varón, y también la teoría derivada de ellas estuvo dirigida al niño varón. La expectativa de un acabado paralelismo entre ambos sexos era bastante natural, pero resultó desacertada. Posteriores indagaciones descubrieron profundas diferencias entre el desarrollo sexual del hombre y el de la mujer». (p 263)

¿Y el otro?

La invisibilización de los cuerpos femeninos participantes en ciencias, resulta de postulados históricos abiertamente misóginos, aún presentes en el inconsciente colectivo occidental. Los autores de dichos postulados se aventuraron valientemente a proponer teorías que diferenciaban a los géneros y en las que se describen diferencias estructurales de formación fetal, como lo describe Bernabé (2019) en las que explicaban la superioridad de un género (masculino) sobre el otro, o como lo planteó Darwin (2009) en su explicación de la inferioridad intelectual de la mujer.

Lo preocupante es que, según un estudio realizado por Broverman et al, donde intentaban descifrar en primer lugar si los estereotipos de roles de género impactaban en el juicio clínico, es decir, si hay una diferencia de género y de características que quienes evalúan en salud mental tienen en cuenta, y en segundo lugar, y éste es uno de

los puntos que motivan la actual investigación, también confirmaron:

“que las conductas y características juzgadas como saludables para un adulto, de sexo no especificado que se supone que reflejan un estándar ideal de salud, se parecerán a comportamientos considerados saludables para los hombres, pero difieren de los comportamientos considerados saludables para las mujeres” (1970).

El género en consulta

Las secuelas de los paradigmas ampliamente aceptados sobre la diferencia entre géneros aún persisten en la atención clínica y existe un vacío que dificulta la evaluación de la salud mental en mujeres. En este contexto, es indispensable considerar las diferencias estructurales que experimentan cuerpos masculinos y femeninos a raíz del marco contextual de desarrollo. Como ejemplo, en la evaluación de determinantes sociales (paradigmático en salud pública en Chile) no puede omitirse género, ya que, tal como lo demuestran estudios publicados por la Organización de la Salud (2018), el acceso a cubrir las necesidades básicas para el bienestar general de las personas es más dificultoso para las mujeres.

BACKGROUND

Conforme a la OMS (2004) el concepto de “Salud mental” surge a partir de la interrelación de que la salud, tanto física como mental, en conjunto con el bienestar social, corresponden a componentes vitales para las personas, siendo la salud mental un elemento crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, permitiéndoles efectuar su habilidad, afrontar el estrés habitual de la vida, trabajar de manera productiva y hacer una contribución significativa a sus comunidades.

Ahora bien, respecto a la Asociación Americana de Psicología (2012) la “Psicoterapia” corresponde a un tratamiento de colaboración basado en la relación entre un individuo y un psicólogo, la cual tiene como base fundamental el diálogo, proporcionando un ambiente de apoyo que permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial, con el fin de identificar, cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que impidan el buen funcionamiento del sujeto. Es relevante mencionar, que en la psicoterapia los psicólogos aplican diversos métodos validados científicamente para la creación de hábitos sanos y efectivos, tales como, psicoterapia cognitivo- conductual, interpersonal, entre otras.

Según la OMS los “roles de género” son construcciones sociales que conforman los comportamientos, las actividades, las expectativas

y las oportunidades que se consideran apropiados en un determinado contexto sociocultural para todas las personas. Además, el género hace referencia a las relaciones entre las personas y a la distribución del poder en esas relaciones” (2018).

La Organización de las Naciones Unidas Mujeres conceptualiza el término “*perspectiva de género*” - como...- una forma de ver o analizar el impacto del género en las oportunidades, los roles sociales y las interacciones de las personas. Esta forma de ver es la que permite realizar un análisis de género y, posteriormente, incorporar una perspectiva de género en cualquier programa, política u organización propuesta” (s/f).

El objetivo general de la presente investigación es escribir la manera en que se integra la perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental, para esto se analizará en estudios previos la aplicación de la perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental, se indagará la efectividad de las intervenciones clínicas en salud mental que han tenido como base la perspectiva de género y se determinará la importancia de la incorporación de perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión descriptiva tipo scoping review que pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Cómo se integra la perspectiva de género en el ejercicio clínico?

La búsqueda se efectuó en las bases de datos de Lilacs, Scielo, Scopus y Web of Science, dada la dificultad de consecución de información sobre el tema. Los idiomas en que se realizó la búsqueda fueron en español, inglés y portugués. Además, esta investigación se limita al tiempo comprendido entre los años 2016 al 2021. También se utilizaron los términos: Perspectiva de género, salud mental, psicoterapia, roles de género y la indagación se realizó mediante operadores booleanos de AND y OR.

Se consideraron como criterios de inclusión para esta revisión artículos originales, derivados de investigación, artículos de investigaciones teóricas, artículos empíricos que incluyan metodología cualitativa y cuantitativa. Se excluyeron documentos oficiales de gobierno, revisiones sistemáticas, estudios de validación, encuestas de organizaciones, artículos enfocados en otro tipo de intervenciones en salud, estudios de diversidad sexual y de género.

Búsquedas	Lilacs	Scielo	Wos	Scopus	Total
Psicoterapia y perspectiva de género	6	2	302	276	430

Búsquedas	Lilacs	Scielo	Wos	Scopus	Total
Salud mental y roles de género	160	53	32	5.481	5691
Psicoterapia, perspectiva de género y Salud mental	2	0	97	78	175
Psicoterapia, perspectiva de género, Salud mental y roles de género	0	0	28	16	43

La búsqueda realizada en las Bases de datos Lilacs, Scielo, Web of Science y Scopus se llevó a cabo utilizando los términos “Psychotherapy and Gender Perspective” y “Mental Health and gender role” (en español o inglés según el idioma del buscador), el resultado de estas búsquedas se expresa en la tabla anteriormente expuesta. Posteriormente se realizaron búsquedas en las plataformas Web of Science y Scopus combinando los términos “psicoterapia y perspectiva de género y salud mental” y finalmente se incluyeron los cuatro términos en conjunto “psicoterapia y perspectiva de género y Salud mental y roles de género”. Respecto de las plataformas Lilacs y Scielo se realizó la búsqueda de solo las dos primeras combinaciones dado que si se aplicaba la misma metodología que en las otras plataformas no se arrojaban resultados.

Después de la búsqueda en cada base de datos, se realizó un tamizaje en el que se excluyeron artículos que tuvieran que ver con otras áreas de investigación diferentes a la psicología y finalmente quedaron 20 que fueron ingresados a una base de datos realizada en una planilla de Microsoft Excel que incluía los siguientes datos de cada artículo: nombre del artículo, año en que se publicó, autores, resumen y enlaces, para realizar un filtro final de manera manual de los artículos pertinentes para la investigación actual, de éstos artículos se descartaron 3 que estaban repetidos y 7 por tratar algunos temas relacionados como roles de género, estereotipos, salud mental, violencia de género, etc., pero no evaluar el uso de la perspectiva de género en el quehacer clínico de la psicología.

Para el análisis de la información se recopilaron finalmente 10 artículos en el programa Microsoft Excel que fueron trasladados a una ficha de revisión, allí se reunieron los siguientes datos de cada artículo: autores/a, año, título y link, lugar del estudio, tipo de estudio, hallazgos principales y notas relevantes u observaciones.

Posteriormente se dividieron entre las investigadoras, con el fin de profundizar de forma individual en cada uno de ellos, buscando información relevante atinente a las palabras claves: perspectiva de género, salud mental, psicoterapia, roles de género para así realizar un análisis crítico de los estudios realizados en los que se aplicó la perspectiva de género en el ejercicio clínico, indagar la efectividad de las intervenciones y así poder determinar la importancia de la incorporación de perspectiva de género

en el ejercicio clínico en salud mental.

Cabe destacar que los artículos seleccionados resultan en su mayoría ser cualitativos, a excepción de uno mixto y uno cuantitativo, por lo tanto, el estudio a realizarse será netamente de este carácter. Por ende, se pretende organizar la información recopilada en relación a la búsqueda realizada en las bases de datos expuestas anteriormente, con el fin de analizar de forma crítica lo hallado en cada artículo, tomando en cuenta las observaciones, conclusiones y semejanzas de cada uno para llevar a cabo esta investigación.

En cuanto a la estructura del análisis, se dará cuenta del tipo de intervención realizada, los roles de género problematizados, los resultados de intervenciones y las conclusiones respecto de la perspectiva de género en la clínica, considerando que intente responder al interrogante planteado inicialmente.

RESULTADOS

Tipo de intervenciones

En relación al análisis de los 10 artículos sistematizados en la ficha de revisión para llevar a cabo la investigación, se evidencian diversos tipos de intervenciones realizadas, en primer lugar, en dos de los artículos se hallan terapias focalizadas a nivel grupal, ambas dirigidas a mujeres, en donde las participantes fueron divididas en grupos, con un total de sesiones programadas para cada equipo, en uno de los grupos las mujeres tenían en media una edad de 45 años y en el otro no se especifica (Belloso, Giner & López, 2017; Vaca, Ferro & Valero, 2020).

Asimismo, se encontraron dos intervenciones centradas en la creación de programas, uno basado en apoyo psicológico destinado a personal médico, sin especificar edad, en donde se incluyeron terapias grupales e individuales, folletos relacionados con salud mental y técnicas de afrontamiento, en cambio el otro se diseñó a partir de la prevención de violencia en el noviazgo desde un enfoque feminista, investigando los procesos a través de una teoría fundamentada constructivista en 56 estudiantes universitarios turcos, con un rango de edad de 18 a 22 años, con un total de 21 hombres y 35 mujeres (López, Recio & Sáenz, 2020; Ustunel, 2020).

De igual forma, se descubrieron diversos estudios, dos dirigidos a la depresión, relacionándola con el género y la masculinidad, en el primero se llevó a cabo entre 12 hombres que hubieran sido diagnosticados o se auto perciben con depresión en Alemania mediante diversas entrevistas narrativo-infográficas. Por otra parte, una segunda investigación se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas a 33 profesionales de salud mental de cinco instituciones psiquiátricas en el mismo país, donde evaluaron las características y atributos de los pacientes masculinos con factores

de riesgo de depresión (Staiger, Stiawa, Mueller, Kilian, Beschoner, Gündel, Becker, Frasch, Panzirsch, Schmauß & Krumm, 2020; Stiawa, Müller, Staiger, Kilian, Becker, Gündel, Beschoner, Grinschgl, Frasch, Schmauß, Panzirsch, Mayer, Sittenberger & Krumm, 2020).

Otro de los estudios, se basó en un método delphi de 2 rondas para lograr un consenso entre profesionales, investigadores y educadores acerca de la importancia de los componentes de un programa de capacitación centrado en masculinidad, impacto de género, depresión en hombres, evaluación y formulación, adaptaciones al tratamiento, lenguaje y comunicación. También se halló una investigación que explora la perspectiva de género en mujeres indígenas, de carácter fenomenológico por medio de entrevistas (Seidler, Rice, Ogrodniczuk, Oliffe, Shaw & Dhillon, 2019; Vega, Gutiérrez, Fuentes & Rodríguez, 2021).

En la búsqueda además se encontró un estudio transversal con una muestra aleatorizada de 141 mujeres, entre los 18 y 65 años de edad, en una unidad de salud familiar, en la cual se realizaron cuestionarios de apoyo social y self report questionnaire, y finalmente, el último artículo, se centró en una revisión teórica-práctica en relación a la posibilidad de integrar en una terapia de enfoque psicodinámico la perspectiva de género (Avila, 2019; Gaino, Almeida, Oliveira, Nievas, Saint-Arnault & Souza, 2019).

Roles de género problematizados

Respecto de los roles problematizados en los 10 artículos encontrados, tres de ellos investigan el impacto de la masculinidad en la búsqueda de ayuda activa y continua situandola como obstaculizador para dicho proceso, dado que entraría en incongruencia con expectativas de la masculinidad como el ser "resolutivos y autosuficientes" según lo expresa Stiawa et al. (2020) en su investigación. Otro punto que se problematizó fue la poca educación emocional y la incompatibilidad con el género que acercarse a ella contempla, hay una socialización de la masculinidad aprendida con énfasis en evitar sentimientos, parecer fuertes y nunca llorar, interfiriendo en el autoconocimiento del mundo emocional y la posibilidad de percibir el malestar emocional como algo permitido dentro de la masculinidad. El rol de proveedor y protector de la familia también se ve afectado en los hombres que sufren o aceptan que están pasando por alguna situación en la que se vea comprometida su salud psicológica (Stiawa et al., 2020; Seidler, et al., 2019; Staiger, et al., 2020).

En cinco de los artículos analizados se realizaron intervenciones con mujeres, en algunos de ellos se seguían manteniendo algunos estereotipos de género como base de la investigación, como el estilo de consumo de alcohol diferenciado por género, sin ahondar en las bases estructurales de dicha desigualdad, lo que motivó a desarrollar una intervención centrada en las mujeres

dado que las intervenciones existentes para grupos de consumidores están basadas en las características que se acomodan más a los varones, dejando fuera la expresión de las emociones y el análisis de ellas en la terapia (Belloso, Giner & López, 2017). En los otros estudios se plantearon algunos roles con mayor o menor profundidad como el de la mujer/madre, cuidadoras, ser el sujeto pasivo al relacionarse sexoafectivamente, los mandatos exigentes del ser madre y esposa por encima de cualquier necesidad y/o deseo personal (Vaca, Ferro & Valero, 2020; Gaino et al., 2019; López, Recio & Sáenz, 2020).

Sólo en dos de los estudios encontrados se problematiza directamente las relaciones de poder y, en ésta línea, la posición superior de un género sobre el otro, las desventajas en que deja a las mujeres esta jerarquía psicosocialmente y a la que se accede sin mayor cuestionamiento en tanto son patrones aprendidos en etapas tempranas en que no está la capacidad desarrollada del análisis crítico y que además, se mantiene dado el reforzamiento de la norma permeado en el sistema sociocultural en todos los contextos (Vaca, Ferro & Valero, 2020; Ustunel, 2020). Avila (2019) por su parte, respalda teóricamente las desventajas de mantener una perspectiva analítica basada en la cisheteronorma, examinando la formación de la identidad y como eje central en ese proceso, la introyección de los roles y expectativas de sexo-género que el sujeto tiene aún antes de nacer y que introyecta de forma inconsciente en su desarrollo, planteó que independiente de que no existiera una disforia de género u homosexualidad latente, el salirse de dichos mandatos ocasiona en el sujeto conflictos intrapsíquicos que se deben examinar en terapia con una perspectiva más amplia que sólo la que dan las teorías psicológicas, que por cierto, fueron creadas con el sujeto varón como muestra universal.

Resultados de las intervenciones

En cuanto a las intervenciones grupales los estudios confirman que es un factor importante que los grupos sean homogéneos respecto del género además de las vivencias traumáticas sin importar la heterogeneidad respecto de etapa del desarrollo, edad, ingresos, origen, etc., pues permite que las experiencias comunes sean empantizadas por quienes participan en los grupos intervenidos, lo cual genera mayor apertura y aprendizaje en los procesos y facilita la percepción de un ambiente más seguro (Belloso, Giner & López, 2017; Vaca, Ferro & Valero, 2020). Una de las mediaciones realizadas fue con integrantes sin distinción de género, en esta se trabajó la prevención en violencia en el noviazgo y se evidenció diferentes reacciones a la intervención por género, en la cual se analizaron abiertamente los roles de género, las desigualdades de poder y el impacto de estas desigualdades en las relaciones sexoafectivas, la autora identificó ciertas particularidades marcadas donde especialmente

las mujeres jóvenes que habían experimentado en relaciones violencia y control, adoptaron posturas más abiertas y reflexivas así como también informaron transformaciones significativas en sus relaciones y vida, por su parte, las personas que se identificaron con los roles de género patriarcales, mayoritariamente hombres, presentaron actitudes más defensivas y desdeñosas, y a su vez, informaron más cambios de actitudes que de comportamientos (Ustunel, 2020).

Respecto de las intervenciones realizadas con hombres, coinciden los resultados en que los roles de género entorpecen los procesos de búsqueda de ayuda y adhesión a tratamientos de salud mental, así como en que el análisis crítico de dichos roles son parte de los procesos terapéuticos que permiten asumir la enfermedad como algo más fácil de enfrentar y sanador, a pesar de que en las terapias éste no haya sido un foco directo de la mediación (Belloso, Giner & López, 2017; Staiger, et al., 2020; Stiawa et al., 2020; Seidler, et al., 2019; Avila, 2019).

Las investigaciones en que eran profesionales de salud mental expresando su percepción respecto de diferentes temas relacionados con este ámbito, intervenciones y teoría, consideran que hay una falta de perspectiva de género en la salud mental que entorpece los procesos, coinciden en que la rigidez de los roles de género, sobre todo en los hombres, dificulta el eficaz desarrollo de las intervenciones en temas de salud mental y que también se mantienen sesgos en la evaluación de los profesionales que corresponden a las expectativas de género para evaluar los síntomas, tomar decisiones de tratamientos adecuados o desestimar los malestares.

Respecto de los resultados de intervenciones en general hay un amplio consenso en la necesidad para el tratamiento de enfermedades de salud mental deconstruir los roles de género, ya que éstos afectan negativamente el bienestar psicológico de las poblaciones estudiadas y tratadas, que concuerdan con la necesidad de la incorporación en la práctica de la perspectiva de género y la reevaluación de los roles de género asumidos naturalmente tanto en los pacientes como en los profesionales, pues mantenerlos deja aristas de la salud/enfermedad importantes fuera de foco para un análisis más completo.

Conclusiones sobre la perspectiva de género en la clínica

En relación a las conclusiones sobre perspectiva de género en la clínica se evidencia que la terapia grupal es un facilitador emocional, puesto que hablar del malestar en colectivo permite aferrarse a heridas emocionales, soportarlas conscientemente y articularlas, sobre todo en grupos específicos de intervención. No obstante, se percibe que patrones culturales y de género dificultan este proceso terapéutico, principalmente si se expresan experiencias dolorosas como violencia de género y si se llevan a cabo en grupos con participantes mixtos (Belloso, Giner & López, 2017; Vaca, Ferro & Valero, 2020).

Además, en los estudios se aprecia una alta necesidad de considerar la perspectiva de género en las diversas intervenciones clínicas, refiriendo que la terapia y pautas lo deben tener en cuenta y debe abordar las angustias relacionadas con este, agregando que se podría incorporar un enfoque feminista, pues este demostraría ser útil para prevenir ciertos tipos de violencia relacionados con género (López, Recio & Sáenz, 2020; Ustunel, 2020).

Por otra parte, se expone el concepto de masculinidad hegemónica, el cual funcionaría como un medio para discutir las actitudes hacia trastornos psicológicos, como la depresión, demostrando que un factor obstaculizador o facilitador puede encontrarse durante el primer contacto con el médico, identificando que mientras menos marcados estuvieran los roles de género en los encargados de llevar a cabo este procedimiento con el paciente, más probabilidad tienen estos de adherir a un proceso hacia la búsqueda de ayuda relacionada con salud mental, por lo que se considera indispensable neutralizar la expectativa de la masculinidad en el tratamiento. Además, estiman que para mejorar la salud mental entre los hombres y contribuir al desarrollo de estos servicios específicos de género, esto debería ser una parte fundamental de la formación de los profesionales especialistas en el área (Staiger et al., 2020; Stiawa et al., 2020; Seidler et al., 2019).

Así pues, diversas discusiones sobre género y salud enfatizan que las oportunidades, responsabilidades y roles socialmente asociados con el hecho de ser mujeres o hombres, constituyen un eje de diferenciación social que interactúa con diversos atributos, tales como, raza, edad, renta, estructura familiar, educación y apoyo social, aspectos que resultan necesarios para planificación de acciones respecto a la salud mental de la mujer (Gaino et al., 2019).

Por último, según Avila (2019) se concluye que aunque no todas las corrientes teóricas basadas en el psicoanálisis, permiten incluir la perspectiva de género en su base, esta deconstrucción de la historia del sujeto en el proceso terapéutico, si contribuiría a que el individuo pueda integrar significantes que permitan re-historiar y re-significar su propia vivencia, así como su propio cuerpo, razón fundamental de integrar la perspectiva de género en este tipo de terapia, ya que el reconocimiento de la estructura sexo-genérica contiene en sí misma consecuencias psíquicas limitantes para todos los sujetos, además de condicionar y mediar sus relaciones interpersonales y sociales, desde el inconsciente.

CONCLUSIONES

Como se esperaba, el material que diera cuenta de la inclusión de la perspectiva de género en la clínica es escaso. El tema de la desigualdad entre el binarismo

hombre/mujer ha sido ampliamente documentada de forma teórica desde muchas ciencias, inclusive desde el psicoanálisis contemporáneo como lo recorren Bernabé (2019) y Ávila (2019) en sus investigaciones y aunque está bien respaldada la necesidad de tener en cuenta el género como un condicionante de salud mental (OMS), sigue imperando el paradigmático hombre, blanco, cisgénero, con los roles propios de cada cultura, como el individuo de muestra extensible para toda la demás población en temas de salud/enfermedad.

En cuanto a nuestra pregunta de investigación ¿Cómo se integra la perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental? concluimos varias cosas: Primero, que las investigaciones que la incluyen son escasas y se salen de los paradigmas terapéuticos independiente de la profundidad de análisis que le den al tema. Segundo, que las incursiones con la perspectiva de género en la práctica son tímidas. Tercero, que hay bastante teoría como para sostener y llevar a la clínica con argumentos de salud la perspectiva de género activamente. Y cuarta, se levanta en profesionales que trabajan en salud mental una necesidad, más o menos profunda, de incluir la perspectiva de género en la terapia desde el primer contacto con los pacientes y en todo ámbito de la salud como consenso.

DISCUSIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, los artículos que incluyeron la perspectiva de género en las terapias psicológicas fueron escasos y a pesar de esto se logró identificar que aún las nuevas formas de hacer terapia no incluyen ampliamente la perspectiva de género en todos los matices que el concepto biopsicosocial puede abarcar (OMS), por lo tanto, se dejan fuera consideraciones importantes como la injerencia del género en el desarrollo académico y/o laboral y lo que esto implica para la salud mental, o lo que conlleva el rol de cuidadoras principales de su círculo cercano y extenso para la carga mental, el ingreso económico, la percepción de valía, etc., en las mujeres.

Cabe destacar que sólo tres de los 10 artículos encontrados problematizaron con mayor profundidad éstos temas, sin embargo, dos fueron investigaciones que, una vez más, daban cuenta de que los roles y expectativas de género son causales de malestar emocional y mental y que deja a las mujeres en una posición de vulnerabilidad en el entramado sistémico de las sociedades en que se emplazaron dichos estudios (López, Recio & Sáenz, 2020; Vega, Gutiérrez, Fuentes & Rodríguez, 2021) y al indagar la efectividad de las intervenciones clínicas en salud mental podemos decir que, solo una de la investigaciones tuvo una intervención con perspectiva de género y en la que se cuestionan los roles de género y la distribución del poder desde una estructura cultural y que, a su vez, ésta estructura sociocultural afectaba

en la forma de relacionarse las parejas heterosexuales cuando se vinculaban sexoafectivamente, ésta fue única, la intervención más audaz y profunda que incluyó la perspectiva de género desde las bases de la creación del programa (Ustunel, 2020).

A pesar de lo expuesto, en todas las demás investigaciones, ya sea que hubiera intervención, teorización o estudio posterior a alguna intervención, se llegó a la conclusión de que los cambios que apuntaban a la deconstrucción de los roles de género y el análisis crítico de éstos era beneficioso y facilitó la mejoría de los grupos intervenidos, respecto de las patologías tratadas o los conflictos intrapsíquicos que se llevaban a terapia, entonces, en las intervenciones que no se puso como base teórico práctica una deconstrucción analítica de lo que implica ser hombre/mujer, se demostró que ese proceso se daba de alguna forma natural y necesaria para avanzar en “la cura”, y que la posibilidad de profundizar y expandir dicho análisis la daba el o la terapeuta que acompaña el proceso de mejoría, cuestión que nos lleva a la respuesta de nuestro último objetivo específico, a saber, determinar la importancia de la incorporación de perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental.

Al comparar la evidencia encontrada, se puede distinguir que los artículos que refieren el impacto que tiene la masculinidad en la búsqueda de apoyo y/o ayuda profesional en salud mental, tienen como inconveniente dicho término, pues como refiere Staiger et.al (2020) la socialización de tal masculinidad es aprendida particularmente para que el hombre evite sus sentimientos y siempre luzca fuerte ante los demás, lo que impide el autoconocimiento y percepción de malestar emocional como algo permitido, por lo que existiría un alto estigma en trastornos como la depresión, ya que esto daría cuenta de ser poco masculino, adjuntando características de tal trastorno a lo femenino.

Ahora bien, al contrastar los artículos basados en la figura del hombre con los que se centraron especialmente en la mujer, se demostró que en varios de ellos se seguía conservando estereotipos relacionados con el género. Por ejemplo, en uno de los análisis relacionados con el consumo de alcohol, según Belloso, Giner & López (2017) la intervención se basó fundamentalmente en la diferenciación y división de perfil consumidor, reflejando que uno es más socialmente aceptado que el otro, comprobando a través de esta pesquisa que existen diferencias culturales significativas en torno a atributos definidos socialmente como propios de la femineidad y masculinidad.

Por otra parte, se estigmatiza acerca de la salud de las mujeres, mencionando que está condicionada por varios factores adquiridos desde la infancia, nuevamente agregando que síntomas depresivos son más frecuentes en mujeres a causa del rol de género, informando que ellas presentan más circunstancias estresantes de salud y familia en comparación con el hombre que

alude a problemas laborales, los cuales se vinculan en gran medida con las características establecidas por la sociedad de lo masculino, tales como fuerte, exitoso y autosuficiente (López, Recio & Sáenz, 2020; Staiger, 2020).

En conclusión, la mayoría de los artículos dividió las características en función del género, refiriendo que tales situaciones son más probables en mujeres que hombres y viceversa. No obstante, se deduce en varios estudios que sería de gran apoyo incorporar perspectiva de género en procesos de intervención en la clínica, pues se muestra que tales patrones culturales y sociales dificultan el proceso terapéutico, por ende, existiría la necesidad de considerar tal concepto, tanto en procesos de psicoterapia como en medicina y el primer contacto con el médico, debido a que este funcionara como mediador o barrera para que el paciente se pueda adherir a un proceso de búsqueda de ayuda en salud mental, considerando esencial neutralizar expectativas relacionadas con género en el tratamiento. (Belloso, Giner & López, 2017; López, Recio & Sáenz, 2020; Staiger et al., 2020).

Los hallazgos en torno de la perspectiva de género en el ejercicio clínico en salud mental fueron limitados, pues habían escasas investigaciones actuales que incluyeran detalladamente el concepto en psicoterapia, lo que dificultó la búsqueda en las bases de datos escogidas para llevar a cabo el presente estudio, no obstante, se logró encontrar material para sustentar la hipótesis y realizar un análisis de datos.

De acuerdo con Stiawa et.al (2020) gran parte de los profesionales de salud mental informaron que pacientes masculinos son diferentes de las pacientes femeninas en cuanto a problemáticas relacionadas con este ámbito, así como también en sus respectivas actitudes y expectativas en términos de su tratamiento. Respecto a lo mencionado, es posible apreciar que en su mayoría las observaciones sólo daban cuenta de las diferencias establecidas por género, atribuyendo características propias tanto de la figura masculina como la femenina en el área de la clínica, lo que dificultó contemplar la noción integrada y completa de perspectiva de género en salud mental, tal como se mencionó en la comparación de los estudios.

En definitiva, varios estudios eran de corte cualitativo a excepción de uno mixto y uno cuantitativo, todos con muestras reducidas, lo que impide que todos los resultados sean estadísticamente representativos y generales para todos los individuos. Igualmente, se debe considerar que fueron realizados en diversos países tanto del continente americano como el europeo, influyendo la desigualdad de cada sistema de salud conforme a sus variadas normas, ideales, costumbres y tradiciones particulares de cada territorio analizado. Por otra parte, según expone Stiawa et.al (2020) existiría un sesgo a la hora de seleccionar participantes para este tipo de estudios, debido al supuesto de que los participantes muestran afinidad especial con el tema,

probablemente por sus vivencias pasadas, lo que aparentemente incentiva su participación. Asimismo, es importante mencionar que se debe considerar el género de las personas que llevan a cabo la investigación, a causa de que esto también sería un impedimento, pues puede modificar las respuestas de los participantes en relación a la forma que abordaron los diversos temas.

Como lo expusimos anteriormente, se encontró que las incursiones con la perspectiva de género en la práctica clínica son tímidas, hipotetizamos que aún existe un temor latente del rechazo y/o castigo que suele verse desde muchos flancos por la base patriarcal imperante, así como por la resistencia que puede provocar en el proceso como lo concluye Ustunel “los miembros del grupo, en particular los hombres jóvenes, que se identifican fuertemente con los roles de género patriarcales, adoptaron en ocasiones una actitud más defensiva y desdenosa” (2020), sin embargo, si las terapias son pensadas empáticamente, dependiendo de la persona analizada, ésta defensa podría disminuirse, como lo plantea Ávila y ser muy útil en el proceso de análisis crítico visto desde el conflicto intrapsíquico personal:

“Reconocer que la identidad de género es dinámica y que está condicionada, entre otras cosas, por las posibilidades identificatorias con las que contó el sujeto en sus primeros años de vida, le permitiría entonces que pudiera colocarse en el sistema político y social de manera consciente, profunda y crítica” (2019).

Respecto de la escasa publicación de intervenciones terapéuticas en salud mental que tengan en cuenta la perspectiva de género entre sus bases teóricas, hipotetizamos que se debe por un lado a la poca aceptación en el contexto académico que aún hoy sigue siendo liderado por hombres y atravesado por concepciones androcéntricas incluso en los casos en que hayan mujeres desarrollando alguna práctica susceptible de generar nuevos conocimientos y por el otro, a que las personas que más fervientemente se dedican a incorporarla en su práctica clínica son cuerpos feminizados o disidencias, sujetos que aún no tienen poder en el sistema patriarcal.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Asociación Americana de Psicología. (2012). Entendiendo la Psicoterapia. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- Ávila, A. (2019). Psicoterapia con perspectiva de género: Indagando posibilidades dentro del psicoanálisis contemporáneo. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.07.a>
- Belloso, J., Giner, N. & López, T. (2017). Terapia de grupo con mujeres con trastorno por consumo de alcohol en una unidad de psicoterapia: un análisis del discurso. *Clinica Contemporánea*, 8, e29. <http://doi.org/10.5093/cc2017a19>
- Bernabé, Federico Nahuel. (2019). Androcentrismo, ciencia y filosofía de la ciencia. *Revista de humanidades de Valparaíso*, (14), 287-313. Epub 01 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.22370/rhv2019iss14pp287-313>
- Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., & Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1-7. <https://doi.org/10.1037/h0028797>
- Darwin, C. (2009). El origen del hombre. Madrid: Crítica. https://medicina.ufm.edu/images/7/7c/Elorigendelhombre_POR_CHARLES_DARWIN.pdf
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.
- Gaino, L., Almeida, L., Oliveira, J., Nievas, A., Saint-Arnault, D., & Souza, J. (2019). El papel del apoyo social en la enfermedad mental de la mujer. El papel del apoyo social en la enfermedad mental de la mujer. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 27, e3157. Publicación electrónica 18 de julio de 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2877.3157>
- López-Atanes, M., Recio-Barbero, M. y Sáenz-Herrero, M. (2020). ¿Las mujeres siguen siendo “el otro”? Intervenciones de salud mental con perspectiva de género para trabajadores sanitarios en España durante el COVID-19. *Trauma psicológico: teoría, investigación, práctica y política*, 12 (S1), S243-S244. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000751>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (s/f). Glosario de igualdad de género. <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/showentry.php?eid=30>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). Género y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en Salud Mental. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Staiger, T., Stiawa, M., Mueller, A., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Frasch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M., & Krumm, S. (2020). Masculinidad y búsqueda de ayuda entre hombres con depresión: un estudio cualitativo. *Centro Nacional de Información Biotecnológica*, v.11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC732518/>
- Seidler, Z., Rice, S., Ogrodniczuk, J., Oliffe, J., Shaw, J., & Dhillon, H. (2019). Hombres, masculinidades, depresión: implicaciones para los servicios de salud mental a partir de un estudio de consenso de expertos de Delphi. *Psicología profesional: investigación y práctica*. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000220>
- Stiawa, M., Müller-Stierlin, A., Staiger, T., Kilian, R., Becker, T., Gündel, H., Beschoner, P., Grinschgl, A., Frasch, K., Schmauß, M., Panzirsch, M., Mayer, L., Sittenberger, E. & Krumm, S. (2020). Los profesionales de la salud mental opinan sobre el impacto del género masculino en el tratamiento de los hombres con depresión: un estudio cualitativo. *Psiquiatría BMC*, 20 (1), 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02686-x>
- Ustunel, A. (2020). Un enfoque feminista para la prevención de la violencia en el noviazgo: generar cambios hacia la seguridad, la igualdad y la reciprocidad. *Feminismo y Psicología*. 2020; 30 (2): 143-164. doi: [10.1177/0959353519882462](https://doi.org/10.1177/0959353519882462)
- Vaca, R., Ferro, R., & Valero, L. (2020). Eficacia de un programa de intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género en el marco de las terapias contextuales. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(2), 188-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Vega, L., Gutiérrez, L., Fuentes de Iturbe, P., & Rodríguez, E. (2021). La angustia emocional y su cuidado en mujeres indígenas empoderadas expuestas a la violencia intrafamiliar y las demandas de la crianza de los hijos. *Salud mental*, 44 (2), 65-73. Publicación electrónica 21 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.010>

¿Por qué necesitamos una lectura feminista del suicidio?

POR JAVIERA POMÉS



Todos los años más de 700.000 personas mueren a causa del suicidio, siendo la tasa global de suicidios masculino muchísimo más alta que la de las mujeres, con 12.6 casos por cada 100.000 personas versus 5.4 casos por cada 100.000 personas (OMS, 2021). Estos fueron los primeros datos que encontré luego de las primeras clases de intervención psicológica en crisis por suicidio dentro de un programa de máster que estuve haciendo, donde nos decían “los hombres se suicidan hasta tres veces más que las mujeres”, sin problematizar, sin ni siquiera dar un espacio al ¿y por qué? dejándolo ahí, como quien solo entrega un dato numérico vacío. Lo siguiente que dice la página de la OMS (2021) es que la brecha de género disminuye si observamos las tasas de los países de medios y bajos ingresos, donde además ocurren un 77% de los casos totales de suicidio. (OMS, 2021). Es decir, que en los países pobres no sólo se suicidan más personas, sino que más mujeres en relación a la cantidad de hombres y eso que ni siquiera existen datos estadísticos en cuanto a personas no binarias a nivel global. Buscando un poco más de información, llegué a que China es el único país del mundo donde se observan mayores casos de suicidios de mujeres, específicamente en zonas

rurales (Pritchard, 1996). Y a mi me pareció tan extraño, que en un espacio de aprendizaje acerca de las intervenciones en crisis, no se diera ni un espacio para problematizar sobre estas diferencias abismandas de género, que decidí escribir mi tesis sobre esto.

Busqué responder las preguntas ¿cómo se relacionan los índices de suicidio con la cultura y específicamente con la socialización por género? ¿Cómo se relaciona la socialización por género con el suicidio en personas transgénero? a través de una revisión sistemática. En este espacio quiero traer las reflexiones personales que por cuestiones de la estructura que se me pedía, debieron quedar afuera y que responden a la pregunta de por qué necesitamos una lectura feminista del suicidio.

En la mayoría de países, el suicidio ha sido más frecuente en hombres, pero las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. Estas diferencias han sido explicadas por la letalidad del método, la búsqueda de ayuda, la aceptación de tratamientos, la impulsividad, el abuso sexual y el consumo de sustancias. Las diferencias de género entre hombres y mujeres han sido históricamente explicadas debido a la socialización del género. Sociólogos desde

Durkheim (1951/1897) argumentaban que el carácter femenino era contrario a conductas suicidas debido a su conducta pasiva, tímida, calmada y conformista, en conjunto a su dependencia emocional de otros. Mientras que Esquirol (1821/1838) señalaba que las cualidades femeninas generaban enfermedades opuestas al suicidio y Dublin (1963) consideraba el suicidio como una conducta claramente masculina, por lo que las mujeres que intentaran el suicidio debían de estar integradas en actividades masculinas como la educación y el trabajo. Si bien estas ideas son de siglo pasado y anteriores, la comprensión del suicidio sigue bajo el mismo paradigma. En *The international handbook of suicide and attempt suicide*, Hawton y van Heeringen (2008), no encontraron una correlación positiva entre suicidio femenino y la mayor participación del género en el ámbito laboral, teniendo que rechazar su hipótesis nula. Es decir, estos investigadores al buscar esta correlación positiva siguen apoyándose en las teorías derechamente machistas de que una mujer, para querer suicidarse debe estar más cerca de lo que ha sido históricamente masculino: el espacio laboral, sin ni siquiera considerar la variable de la doble jornada laboral que experimentan hoy en día las mujeres y que de haber existido dicha correlación positiva, seguro se hubiera podido descartar la validez de este estudio con otro que midiera la carga de estrés y carga emocional que produce la doble y hasta triple jornada laboral en países de menos recursos económicos.

¿Cómo podemos comprender la conducta suicida femenina, si seguimos buscando en la investigación, que sus problemas se parezcan a los problemas históricamente masculinos, solo porque el suicidio se ha comprendido históricamente como masculino? ¿Y qué pasa entonces con lo individual, con todas las personas que no se identifican completamente con una tesis de masculinidad hegemónica o un discurso histórico de lo femenino? ¿Explica algo la investigación en suicidio si se mantiene bajo los mismos paradigmas de la masculinidad hegemónica desde 1800?

Por otro lado, Hawton (2000) y Qin et al. (2000) consideran la conducta suicida femenina como un medio para comunicar su malestar o modificar las conductas o reacciones en otros, es decir, manteniendo la hipótesis histórica de que las mujeres se suicidan por factores de amor y dependencia (Canetto, 1992;1997;2008), justificación que también encontramos en otros estudios recientes (Adu et al., 2019), mientras que la conducta masculina es justificada en motivos activos, sobre cómo su independencia y autoestima se ven afectadas en condiciones de desempleo, condiciones económicas difíciles o enfermedad física discapacitante (Canetto, 1992; Hawton y van Heeringen, 2008).

Así, se ha construido históricamente una narrativa de género, donde la fatalidad del suicidio se considera masculina, mientras que la conducta suicida no fatal

se considera femenina. (Canetto, 2008), narrativas que como hemos visto se siguen reproduciendo. De esta forma, la socialización por género, produce narrativas entorno a factores específicos tanto protectores, como de riesgo, en relación al suicidio, para cada género.

Así, la mayor tasa de muerte por suicidio en hombres, estaría explicada por una mayor fatalidad en los medios escogidos, debido a un mayor conocimiento e intencionalidad de morir, así como menos miedo a la desfiguración producida por estos medios de no completarse el suicidio (Hawton, 2000). Para los hombres los factores de riesgo predominantes serían factores que dificulten su rendimiento e independencia, como problemas económicos, desempleo, o enfermedades físicas crónicas. Sin embargo esta tesis deja fuera resultados encontrados como que la viudez y el divorcio se correlaciona más con el suicidio en hombres que mujeres (Fukuchi et al., 2013; Schrijvers et al.), o que un factor protector importante para este grupo sea justamente tener un rol de cuidados dentro de la familia, que genere que su rol paterno vaya más allá del rol histórico de proveer económicamente (Chen et al, 2021). Información que contradice la tesis de que las narrativas masculinas siguen asociándose solamente a discursos de éxito individual, laboral y económico.

Por otro lado factores de riesgo específicos para las mujeres estarían asociados a factores vinculares y de dependencia emocional (Canetto, 1993), por lo tanto, según este mito serían especialmente propensas a tener ideación suicida frente a rupturas, duelos o problemas con sus hijos (Qin et al., 2000), lo que explicaría a su vez, que este grupo presente más intentos pero menos fatalidad en el acto suicida, debido a que tendrían menos intencionalidad de morir y más intencionalidad de comunicar su malestar y generar cambios en el comportamiento de otros (Hawton, 2000). Lo que deja afuera que quizás, las mujeres escogen métodos menos letales, porque suelen tener menos acceso a ellos, así como menos información al respecto y no por que tengan menos intencionalidad de morir o que el suicidio esté dirigido a un otro. Por otro lado, poner sobre las mujeres la responsabilidad de la dependencia emocional como algo individual deja de lado la importancia de la influencia del rol histórico femenino en la salud mental, por ejemplo, en países más conservadores, las mujeres tienen menos libertades y poderes de decisión, teniendo que mantenerse más cerca del rol de cuidados como único posible para su género. Por esto mismo, al existir conflictos familiares podrían estar experimentando una sensación de insuficiencia frente al rol, puesto que el bienestar emocional familiar ha recaído históricamente sobre las mujeres (Canetto, 1992). También justificaría que la soledad sea un factor de riesgo más relevante para mujeres que para hombres (Narishigue et al., 2014), debido a que el éxito social históricamente, para ellas

tiene que ver con las relaciones y la familia por sobre el éxito personal, de esta forma la soledad más que una elección personal, se ha construido en la narrativa social como un fracaso para las mujeres (Canetto, 1992). Por lo que más que decir que las mujeres se suicidan por dependencia emocional, tendríamos que promover el cambio hacia una narrativa, en que las mujeres se suicidan por internalizar como un mandato su rol histórico. Lo que pone el énfasis del problema en la sociedad y no en la mujer como persona individual.

¿Qué estamos reproduciendo al mantener los discursos de estereotipos de género en la conducta suicida? mantener los discursos hegemónicos en las ciencias sociales, reproduce que se sigan haciendo interpretaciones estadísticas bajo los mismo sesgos y que se genere una cultura que perpetúa que las mujeres sean vistas como el sexo débil y dependiente, frente al sexo fuerte e independiente (Canetto 1993, 2008; Courtenay, 2000; Platt & Hawton, 2000), propiciando a su vez la reproducción de discursos de masculinidad hegemónica que impactan en la salud mental de los grupos minoritarios (Meyer, 2003). Al mismo tiempo, no permite la investigación del suicidio desde una perspectiva de género, comprendiendo que los constructos sociales de género son dinámicos y cambiantes en el tiempo. Tampoco permite una lectura feminista interseccional, donde realmente se aborden las problemáticas de que las mayores tasas de suicidios están en los países más pobres, donde además se suicidan más mujeres. Desde donde también se aborde que las diferencias en las conductas de suicidio pueden deberse mucho más a la mantención de la socialización por género, que a diferencias estáticas entre géneros. Se habla mucho de la dependencia emocional de las mujeres, pero no de lo difícil que es sostener emocionalmente el tener que mantener económicamente sola a toda tu familia en un país pobre, en una zona rural, donde las condiciones laborales no son las mismas para hombres que para mujeres y si no estamos viendo esto en la investigación, tampoco lo están viendo las políticas públicas que debería estar ayudando a esta mujer.

Voy a traer el caso, (ella estuvo de acuerdo) de una mujer con la que estuve trabajando en Madrid. Ella vino en situación de migración irregular, tras tener un aborto espontáneo en El Salvador, razón por la cuál podría haberse ido a la cárcel en su país -pero este es otro tema por el que necesitamos más feminismo-, tras el aborto espontáneo, ella hizo un intento de suicidio porque no veía salida a su situación, pero no sabía que el método de intoxicación que estaba usando no la llevaría a la muerte. Hoy agradece que esto no resultara, pero en su caso, no hay ninguna situación de dependencia emocional presente, cuando se vino a España, dejó a su pareja de ese momento que además era violento con ella. Hoy problematiza los ideales de amor romántico y ha encontrado un grupo de amigas, donde apoyarse en su

proceso de migración. Si bien ha sido difícil, no ha vuelto a tener ideación suicida.

Entender que las mujeres se suicidan por dependencia y los hombres por daños a su autoestima en cuanto a narrativas de éxito, es una visión del suicidio desde una posición de privilegio. Es una lectura desde los países donde se genera el conocimiento, los países ricos, dejando de lado las narrativas de justamente, aquellos que más probabilidades tienen de desarrollar una conducta suicida. Necesitamos una lectura feminista interseccional del suicidio por esto. Que comprenda a las personas y la conducta suicida en su contexto, comprendiendo las diferencias en salud mental que generan la interseccionalidad de distintas opresiones. No será igual la conducta suicida de un hombre blanco que de una mujer negra en África, ni que de un adolescente de género no binario en un pueblo indígena en Latinoamérica. No podemos generalizar solo por género y esto no debería seguir reproduciéndose en la investigación, ya que es lo que posteriormente comanda muchas de las políticas públicas que se llevan a cabo para la intervención en suicidio.

De esta forma por ejemplo, una lectura feminista, podría criticar que siempre se esté hablando de género en suicidio desde una perspectiva exclusivamente cisgénero. No existen actualmente, investigaciones en torno a conducta suicida que incluyan al mismo tiempo, personas cisgénero y personas no binarias. Cuando en realidad, proporcionalmente hablando, la mayor cantidad de suicidios está en este grupo (Tebbe & Moradi, 2016; Hunt et al., 2020). Se invisibiliza completamente esta problemática desde la narrativa que se ha construido en la ciencia en torno al suicidio. Tanto así, que para mi tesis tuve que llevar a cabo dos búsquedas, una para conducta suicida y personas cisgénero y otra para conducta suicida y personas transgénero/ no binarias, lo que a su vez habla de lo que como sociedad estamos reproduciendo, lo que se asocia al miedo que tienen las personas no binarias a ser juzgadx por transfobia a la hora de pedir ayuda en un centro de salud mental (Tebbe & Moradi, 2016; Hunt et al., 2020). Por lo tanto, las narrativas históricas frente al suicidio pueden estar reproduciendo que aquellos que más lo necesitan consulten menos en salud mental.

¿CÓMO AFECTA TODO ESTO A NUESTRO QUE HACER COMO PSICÓLOGOS CLÍNICOS?

En una intervención en crisis suicida, lo primero será buscar los enganches para que la persona no se suicide en ese momento. Ya en el espacio terapéutico, podemos construir un plan de contención cuando

aparecen estas ideas, como tener 3 personas a las que llamar, actividades para generar la sensación de ser capaz de auto-contenerse, etc. ¿Pero después qué? Desde una clínica feminista, la idea suicida puede abordarse construyendo un proceso reflexivo en torno a cómo la socialización por género ha impactado en la construcción de narrativas en la salud mental de esta persona. Analizar qué construcciones sociales en torno al género impactan y buscar el cuestionamiento de esto dentro de la historia personal. Por otro lado, los discursos de masculinidad hegemónica pueden imposibilitar la apertura de temáticas asociadas a la ideación de suicidio en hombres que no sean acordes a las narrativas dominantes. En una clínica feminista esto puede hacerse evidente. Un vínculo terapéutico feminista, puede también permitir un lugar de simetría desde donde la persona que consulta se sienta mucho más segura de abrirse sin miedo a ser juzgadx.

C. también es una persona con la que trabajo, que intentó suicidarse antes de que empezáramos el proceso terapéutico. Inicialmente identificaba que su deseo de suicidarse estaba muy asociado a una historia de violación, en la que sentía que tenía mucha culpa porque a pesar de que no quería, se demoró mucho en poder expresarlo. Hemos podido identificar que lo que le llevó a esta situación fue la internalización de la homofobia que tenía en ese momento, que le hacía forzarse a interesarse sexoafectivamente por hombres. Gracias a la construcción conjunta de un espacio terapéutico feminista y a la simetría que esto permite, hemos podido incluso cuestionar la internalización de la transfobia, que no le permitía expresarse identitariamente sin vergüenza. C. señala que a pesar de haber asistido a terapia anteriormente, es solo en esta posición de simetría donde se ha sentido lo suficientemente segura de traer estos temas a sesión.

CONCLUSIONES

¿Por qué necesitamos una lectura feminista del suicidio?

Porque históricamente el suicidio se ha entendido desde un discurso de masculinidad hegemónica. Esto ha impactado en las narrativas sociales de género que construimos en torno al suicidio, en la investigación y los programas de prevención e intervención, invisibilizando la diferencia en complejidad contextual entre los países ricos y aquellos con menores recursos, entre países más liberales y más conservadores, así como también el impacto de invisibilizar que las personas que más se suicidan están fuera de la masculinidad hegemónica, en el colectivo lgbti+, al mantener el discurso de “las personas que más se suicidan son hombres”.

Mantener los discursos históricamente hegemónicos en torno al género en suicidio, genera sesgos que reproducen carencias desde el siglo XIX, tanto en investigación como en clínica. Y aquí me gustaría abrir

la conversación hacia ¿de qué otras formas puede ayudarnos una clínica feminista a revertir esto?

ADJUNTO I

*En mi tesis propuse el siguiente modelo, que me gustaría mostrar y compartir, para ampliar la reflexión sobre cómo nos influencia la socialización por género a la hora de desarrollar o no y de qué forma, la conducta suicida.

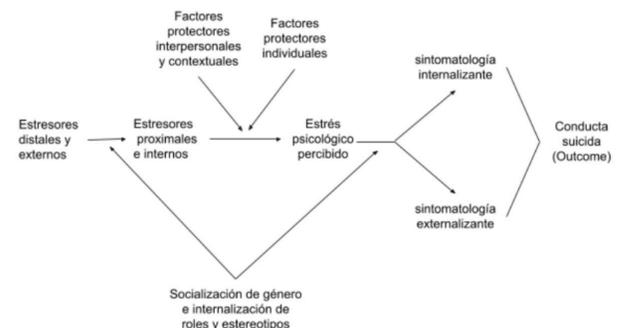


Figura 3. Propuesta de modelo integrador en base al Modelo de estrés de minorías (Meyer, 2003), Teoría de los factores interpersonales (Testa et al. et al., 2016) y Teoría de la socialización de género.

En este modelo, entenderemos los estresores distales como los factores y condiciones de estrés externo, entendidos desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1977), es decir, comprendiendo que tanto elementos del contexto próximo, como la ideología imperante y las políticas sociales pueden constituirse como factores de estrés. La socialización del género media la relación entre los estresores distales y los proximales, es decir, describen en qué medida estos factores de estrés afectan al individuo, y si se constituyen o no en factores de riesgo para la conducta suicida. Entenderemos, de esta forma, los estresores proximales como la internalización de los factores de estrés, internalización que difiere según la identificación que exista con los estereotipos y roles de cada género.

Por otro lado, tanto los factores protectores individuales como interpersonales y contextuales, median cómo y cuánto los estresores proximales e internos se traducen en estrés psicológico, por lo que se correlacionan negativamente con el estrés psicológico percibido, que se expresa como sintomatología clínica. Al mismo tiempo, será la adherencia y conformidad a los estereotipos y roles de género la que medie el tipo de sintomatología, internalizante o externalizante, que determina a su vez la forma y expresión de la conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Adu, A., Brown, S. V., Asaolu, I., & Sanderson, W. (2019). Understanding suicide in pregnant and postpartum women, using the national violent death reporting system data: Are there differences in rural and urban status? *Open journal of obstetrics and gynecology*, 09(05), 547-565. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.95054>
- Canetto, S. S. (1992). Gender and suicide in the elderly. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 22(1), 80-97.
- Canetto, S. S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266. <https://doi.org/10.1037/a0013973>
- Chen, R., Zhu, X., Wright, L., Drescher, J., Gao, Y., Wu, L., Ying, X., Qi, J., Chen, C., Xi, Y., Ji, L., Zhao, H., Ou, J., & Broome, M. R. (2019). Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1126-1134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.011>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* (1982), 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
- Dublin, L. I. (1963). *Suicide: A sociological and statistical study*. New York: Ronald. Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Glencoe, IL: The Free Press. (Original work published 1897)
- Esquirol, J. E. (1838). Du suicide [Suicide]. Reprinted and revised in *Des maladies mentales* (Vol. 1, pp. 526 - 676). Paris: Baillie're. (Original work published 1821).
- Fukuchi, N., Kakizaki, M., Sugawara, Y., Tanji, F., Watanabe, I., Fukao, A., & Tsuji, I. (2013). Association of marital status with the incidence of suicide: a population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 879-885. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.006>
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177(6), 484-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (Eds.). (2008). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons.
- Hawton, S., & Platt, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. En K. van H. K. Hawton (Ed.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 309-384). John Wiley & Sons, New York.
- Hunt, Q. A., Morrow, Q. J., & McGuire, J. K. (2020). Experiences of suicide in transgender youth: A qualitative, community-based study. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 24(sup2), S340-S355. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1610677>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Narishige, R., Kawashima, Y., Otaka, Y., Saito, T., & Okubo, Y. (2014). Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC Psychiatry*, 14(1), 144. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-144>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). Suicidio. Datos y cifras. Recuperado el 12 de junio de 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pritchard, C. (1996). Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 362-367. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10661.x>
- Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177(6), 546-550. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.546>
- Tebbe, E. A., & Moradi, B. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 520-533. <https://doi.org/10.1037/cou0000152>
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125-136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>



Desaparecer y emerger discursos sobre ideación suicida

POR FERNANDA MOLLER

RESUMEN

LA PREVENCIÓN DEL ACTO SUICIDA HA ADQUIRIDO GRAN INTERÉS COMO META DE LA SALUD MENTAL A NIVEL NACIONAL, FOCALIZANDO LAS INDICACIONES Y LITERATURA EN LOS FACTORES DE RIESGO Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, COMO LOS EJES PRINCIPALES DE LA INTERVENCIÓN. EL PRESENTE PROYECTO ESPERA CONTRIBUIR A LA COMPRESIÓN DEL FENÓMENO DE LA IDEACIÓN SUICIDA, REFERIDA POR MUJERES EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, DESDE UNA EPISTEMOLOGÍA CONSTRUCCIONISTA (GERGEN & GERGEN) Y UNA POSTURA CRÍTICA. SE REALIZARON 3 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD CON 3 MUJERES ADULTAS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN EL CESFAM LO VALLEDOR DE PEDRO AGUIRRE CERDA. LAS CUALES FUERON ANALIZADAS CON LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS CRÍTICO DE DISCURSO (ACD) DE PARKER (1996), CONSIDERANDO COMO MARCO CONCEPTUAL LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DE BUTLER (1990,2006) Y LOS APORTES DE LA LÍNEA SISTÉMICO-RELACIONAL, EN TORNO A LA IDENTIDAD. LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEL ACD DAN CUENTA DE 3 CONCEPTOS CLAVE EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA DE LAS PARTICIPANTES: EL CUERPO, LA MATERNIDAD Y LA FAMILIA, CONCLUYENDO LA RELEVANCIA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA IMPLICANCIA DE LOS DISCURSOS HEGEMÓNICOS Y EL ROL DE CUIDADO COMO FEMENINO, EN EL DESARROLLO DE LOS DESEOS DE DESAPARECER Y MORIR QUE LAS PARTICIPANTES REFIEREN.

PALABRAS CLAVES: IDEACIÓN SUICIDA, GÉNERO, DISCURSO.

ABSTRACT

THE PREVENTION OF THE SUICIDE ACT HAS ACQUIRED GREAT INTEREST AS AN OBJECTIVE OF MENTAL HEALTH, ON A NATIONAL LEVEL FOCUSING INDICATIONS AND LITERATURE IN RISK FACTORS AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, AS THE TWO MAIN AXIS OF INTERVENTION. THE PRESENT PROJECT HOPES TO CONTRIBUTE TO THE UNDERSTANDING OF THE PHENOMENON OF SUICIDAL IDEATION, REPORTED BY WOMEN IN THE CONTEXT OF PRIMARY CARE IN PUBLIC HEALTH SERVICES, FROM A CONSTRUCTIONIST VIEW (GERGEN & GERGEN) AND A CRITICAL STANDPOINT. THREE INTERVIEWS WERE CONDUCTED WITH 3 FEMALE PATIENTS OF MENTAL HEALTH SERVICES IN CESFAM LO VALLEDOR, FROM PEDRO AGUIRRE CERDA. THESE INTERVIEWS WERE LATER ANALYZED USING CRITICAL DISCOURSE ANALYSIS (CDA) OF PARKER (1996,2012), CONSIDERING AS A THEORETICAL FRAME THE GENDER PERSPECTIVE OF BUTLER (1990), AS WELL AS THE CONTRIBUTIONS OF SYSTEMIC-RELATIONAL THEORY OF PSYCHOLOGY REGARDING IDENTITY. THE MAIN RESULTS CONSIDER THE RELEVANCE OF 3 KEY CONCEPTS IN THE CONSTRUCTION OF SUICIDAL IDEATION IN THE PARTICIPANTS: BODY, MATERNITY AND FAMILY, WHICH HELPS CONCLUDE THE IMPORTANCE OF GENDER PERSPECTIVE AND THE INVOLVEMENT OF HEGEMONIC DISCOURSE AND THE CARE ROLE AS FEMININE, IN THE DEVELOPMENT OF THE DESIRE TO DISAPPEAR AND DIE THAT THE PARTICIPANTS COMMUNICATED.

KEY WORDS: SUICIDAL IDEATION, GENDER, DISCOURSE.

INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La dimensión del biopoder en el ámbito de la salud pública a nivel regional y nacional (Ministerio de Salud, 2017), pone el énfasis de la respuesta sanitaria a la suicidabilidad, en estrategias de vigilancia y estabilización farmacológica, de todo paciente que señala deseos de morir, entendiendo la ideación como un punto de partida en el continuo del riesgo suicida (Organización Mundial de la Salud, 2014).

De esta manera, se propone evaluar la situación de los pacientes en base a un sistema de factores de riesgo definidos claramente por la OMS (2014) y el MINSAL (2011, 2013, 2017), en sus guías para el abordaje del fenómeno del suicidio, los cuales permiten evaluar el grado de severidad o riesgo del paciente, tales como la comorbilidad de otras patologías de salud mental y eventos estresantes o disruptivos, así como el abandono y la negligencia parental.

Por otro lado, la identidad de género de los pacientes en riesgo suicida, ha sido comprendida como un factor de riesgo en sí, en el entendido de que los sujetos hombres cometen más suicidio que los sujetos mujeres (Servicio Médico Legal, 2018). Así mismo, desde la perspectiva psiquiátrica se ha tendido a configurar la noción de que las pacientes femeninas reportan mayor ideación suicida, mientras que los pacientes hombres consumirían tal ideación, diferenciando también los métodos del suicidio (Mazzei & Cavada 2004).

En este contexto entonces surge la pregunta de investigación que guía la presente investigación: ¿Qué relaciones discursivas construyen las mujeres que refieren ideación suicida, respecto de la identidad de género en la comuna de Pedro Aguirre Cerda?

GÉNERO, DISCURSO E IDEACIÓN

Para el abordaje de la pregunta resulta necesario contar con una perspectiva crítica del género, como un punto de partida teórico.

Respecto de concepto de género, este es entendido para los propósitos del proyecto de investigación, como un conjunto de relaciones, normas, patrones y comportamientos que operan naturalizando el origen discursivo y social del género como una realidad cultural, biológica y psicológica, desde la mirada de la filósofa y teórica Judith Butler.

De esta manera, se propone una aproximación crítica de la identidad de género a partir de su carácter performativo, es decir, constantemente actuado y normalizado en las prácticas cotidianas de los sujetos, así como en las disciplinas e instituciones, donde los establecimientos educativos y de salud juegan un rol preponderante en la definición de todo sujeto en términos

de su género, desde el momento del nacimiento (Butler, 1990, 2006, 2007, 2009, 2019).

Así mismo el concepto de interseccionalidad resulta muy relevante para el abordaje de las vivencias propias de sujetos mujeres, en sus condiciones territoriales, económicas y de clase, pudiendo abarcar dimensiones de la identidad que entran en diálogo con la identidad de género y tensionan las categorías pre-existentes (Barrere, 2010, Viveros, 2016).

Por otro lado, resulta necesaria una perspectiva teórica dentro de la psicología clínica, acorde a una concepción social y discursiva del constructo de la identidad.

Para tal fin la corriente sistémico-relacional, propone una comprensión del padecimiento de los consultantes, como resultado de sus interacciones en sus sistemas relacionales, donde el concepto identidad es entendido como un proceso dinámico, altamente contextual y relacional en la definición de límites y configuración del yo de cada sujeto en su sistema familiar (Goolishian & Anderson, 1987), (Zamorano, 2014), (Combs & Freedman (2016).

De manera concordante, la propuesta del discurso en Foucault se relaciona con los conceptos de Butler (2007) en la medida que ambas comprensiones aluden a la importancia de lo que se dice sobre el género, la identidad y las condiciones de posibilidad de los sujetos humanos, en base a las necesidades productivas y disciplinarias del pensamiento hegemónico y los sistemas de administración de las riquezas y capital laboral (Foucault, 1970, 2001).

De ahí el interés en focalizarse en los discursos en torno a la ideación suicida y la identidad de género, a la luz del discurso biomédico y social respecto de la ideación y el intento como un 'fenómeno generizado', asociado a los estereotipos de género y la larga tradición de la historia por nombrar un ejemplo de 'discriminación psicopatológica' (Morales et al, 2016).

METODOLOGÍA Y PARTICIPANTES

Respecto de la metodología cabe señalar el posicionamiento epistemológico en el construccionismo social (Gergen & Gergen, 2007), con énfasis en el lenguaje acorde al foco en el discurso como unidad de análisis y el posicionamiento crítico y feminista del proyecto, y la postura política de la investigadora responsable.

Se realizaron 3 entrevistas en profundidad (Canales, 2006), con pacientes mujeres invitadas por su profesional tratante, evaluando su estado actual al momento del trabajo de campo entre enero y abril del 2021, como estable considerando como criterio de inclusión el haber referido ideas de muerte o ideación suicida, en sus motivos de consulta o como una problemática relevante, encontrándose en un estado psicológico estable y en condiciones de conversar respecto de su ideación, al

momento de participar.

El trabajo de campo consideró todas las indicaciones del Comité de Ética de la investigación de la Universidad de Chile, para salvaguardar el bienestar superior de las participantes en toda fase del proceso.

METODOLOGÍA Y PARTICIPANTES

Respecto del procedimiento de análisis la técnica seleccionada fue el Análisis Crítico de Discurso (Parker, 1996), dado el interés explícito en el discurso y las relaciones discursivas el género y la identidad, como 2 aspectos susceptibles a las discursivas hegemónicas de parte de las participantes en calidad de pacientes.

Luego del análisis crítico realizado a cada entrevista como texto específico se realizó una lectura integrada de los resultados de cada una, lo que permitió la presentación de grandes campos discursivos: cuerpo, maternidad y familia.

Estos campos discursivos se encontraban disponibles en los 3 textos con múltiples distinciones, cuyas propuestas comprensivas buscan una mirada situada de las vivencias y configuraciones identitarias de las participantes.

1) *Cuerpo*

Se apreciaron en los discursos de las 3 participantes diferencias en la relación con el cuerpo, Clara de 36 años y madre de 3, resaltó su percepción de su cuerpo como un objeto del biopoder, sin contar con agencia en su decisión de dejar de tener hijos, ni apoyo de su pareja en el abordaje de la anticoncepción.

Por su parte, Mía de 18 años se refirió a su percepción de ser objetivizada por los sujetos hombres, y de ser víctima de acoso callejero, así como señalada en sus características físicas como haitiana de manera despectiva.

Finalmente, Jacinta a sus 56 años se refirió a su cuerpo en su dinámica de salud y enfermedad, identificándose en sus padecimientos y los de sus seres queridos, como cuerpos aquejados por las patologías de salud.

2) *Maternidad*

Se distinguieron importantes experiencias en materia de maternidad, dadas las posiciones relativas de cada participante, por un lado Clara se definió en su rol materno, como incondicional y un límite al sufrimiento o la idea de morir, mientras que Mía se refirió a su relación con su propia madre, como autoritaria y distante afectivamente, señalando tales carencias como un sitio de padecimiento psicológico.

Por su parte, Jacinta se refirió a su rol materno de su hijo adoptivo y la relevancia de la capacidad de 'maternar' en su historia personal, desde su relación compleja con su madre biológica y su adopción por parte de su tía materna, así como su dolor por no haber podido gestar

un hijo debido a sus problemáticas de salud.

3) *Familia*

Finalmente, respecto de la familia esta aparece como un espacio de suma relevancia en la configuración subjetiva del sufrimiento, dado que las 3 participantes se refieren a sus deseos de morir como asociados a sus vivencias familiares, a nivel de los conflictos entre los padres y la historia familiar por el lado de Clara, así como en reacción a su propia carga como figura materna y trabajadora en su último embarazo, no planificado.

Por su parte, Mía define sus vínculos familiares como carentes de afecto y comunicación, señalando sus deseos de independizarse y construir una vida con su amistad más cercana, mientras que Jacinta refiere una relación compleja con su familia biológica y la distancia emocional que percibe en sus vínculos actuales, relatando su ideación suicida e intentos como resultado de un sentimiento de soledad basado en la muerte de sus padres adoptivos.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

En términos de las conclusiones del estudio cabe señalar la relación con el marco conceptual referido, considerando el carácter esencialista del género en los discursos de las participantes, quienes se refieren a su condición de género femenino como una realidad incuestionada, destacando sus nociones de sí mismas como figuras de cuidado, definidas en el afecto de sus seres queridos o por la ausencia del mismo, y destinadas a roles sociales categorizados como femeninos tales como el maternaje o la belleza física como un valor a desarrollar.

Considerando los discursos de las participantes resulta factible destacar un punto de convergencia respecto de la identidad relacional (Combs & Freedman, 2016), como una manera de comprender la emergencia del yo en una trama familiar específica, que sitúa condiciones de posibilidad a las personas, y contribuye a la configuración de una identidad propia, lo que aparece fuertemente en los discursos de Clara, Mía y Jacinta, pudiendo también favorecer la elaboración de sus deseos de morir y la comprensión del propio sufrimiento, en la experiencia de abandono, la sobrecarga o la ausencia de contención como faltas la expectativa cultural del discurso familiarista propio de la idiosincrasia latina y chilena.

CRUCES Y FISURAS

Por otra parte, resulta también llamativo reflexionar en torno a la experiencia del propio cuerpo como determinante en la identidad de género de las participantes, dado que el carácter performático del género aparece en su dimensión culturalmente favorecida,

apreciando una perspectiva del ‘ser mujer’ que obedece a las concepciones propias del sentido común y discursiva hegemónica en torno a la femineidad como el mandato materno, así como la relevancia del propio cuerpo en función de la admiración o acoso masculino y la carga de la anticoncepción en el propio sistema fisiológico, entendida como una responsabilidad femenina.

No obstante lo anterior, también se vislumbran fisuras respecto de las concepciones dominantes, en la mirada de Mía respecto de su derecho a utilizar la ropa que más le guste que le produzca disfrute de su cuerpo, a pesar de identificar una imposibilidad asociada al acoso callejero, o la postura crítica de Clara respecto de la decisión médica de no acceder a su solicitud de esterilización, y la noción de sus familiares como machistas, mientras que Jacinta esboza una relación más tradicional con su propio género, identificándose como hija y luego madre adoptiva o postiza, señalando su anclaje vital actual a sus perros y su deseo de bienestar, más allá de los roles sociales esperados y sus propias expectativas.

El cuidado como doble filo:

A raíz de los resultados ya señalados, es posible afirmar que el rol de cuidado femenino opera como una protección y un motor vital en los relatos de las participantes, a la vez que posibilita el sufrimiento en base a la carencia afectiva, lo que remite a la calidad de cuidadoras en las que las mujeres suelen estar en sus sistemas familiares, y el concepto de la ‘carga de cuidado’ (CEPAL, 2020, Fernández et al, 2020), como la denominación de un fenómeno altamente naturalizado y enteramente recurrente.

El género como destino natural:

Por otra parte, resulta relevante considerar que la naturalización del género como parte de la experiencia de vida de las participantes, supone una adopción de la categoría ‘mujer’ que no permite otras posibilidades, circunscribiendo la identidad de las participantes a los roles socialmente construidos como adecuados para sujetos mujeres.

La pertinencia cultural:

Lo anterior, también implica contemplar la importancia de comprender los nuevos contextos sociales donde las comunidades inmigrantes se insertan, las nuevas tensiones y conformidades que el pensamiento conservador implica, a nivel de las configuraciones identitarias de los niños, jóvenes y adultos que en estas se enmarcan.

A modo de cierre, el proyecto de investigación espera proyectarse como el comienzo de un camino, que considere investigaciones y articulaciones clínicas que posibiliten prácticas sensibles y pertinentes a las necesidades de los múltiples sujetos actuales, tanto quienes se identifican como mujeres, como quienes se identifican como personas no binarias, género fluido y

trans, por nombrar algunas de las múltiples identidades, expresiones y orientaciones sexo-afectivas, cuyas experiencias y relaciones discursivas es necesario reconocer y escuchar.

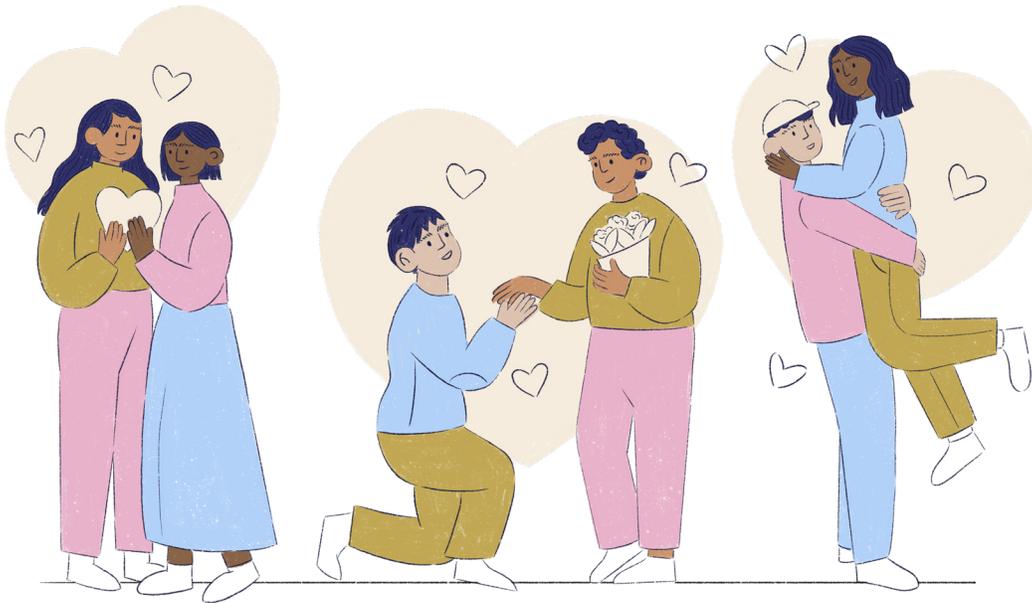
Finalmente, destacar la experiencia en el desempeño clínico como psicoterapeuta feminista, como el desafío de construir una mirada sumamente sensible y susceptible a la definición de sentido, deseo y dominación que cada consultante trae consigo, pudiendo sostener líneas de trabajo generales en miras de la autonomía, el empoderamiento, la agencia y la autosuficiencia, como elementos tradicionalmente desincentivados en la socialización diferenciada de género, que requieren de una escucha y propuesta activa como terapeutas, sin embargo, la necesidad de dialogar con los significados de las personas consultantes, desde sus subjetividades y relaciones corporales e identitarias, resulta clave para la construcción colectiva de una práctica terapéutica feminista, diversa y sensible.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Barrere, M. (2010). La interseccionalidad como desafío al mainstreaming de género en las políticas públicas. *Revista Vasca de Administración Pública*, 87-88, 225-252.
- Butler, J. (1990). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Case, S.E (Ed.), *Performing feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre*, John Hopkins University Press. 296-314.
- Butler, J. (2006). Regulaciones de género. *Revista de Estudios de Género La Ventana*, 3(23), 7-23.
- Butler, J. (2007). El género en disputa. Barcelona: Paidós Ediciones.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321-336.
- Butler, J. (2019). Crítica, disenso y el futuro de las humanidades. *Judith Butler en Chile y en la Chile*. Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones de la Universidad de Chile, 22-25.
- CEPAL (2020). Cerrar la Brecha: Mapeo de la disponibilidad de datos de género en América Latina y el Caribe. Conclusiones y recomendaciones clave.
- Combs, G., & Freedman, J. (2016). Narrative therapy's relational understanding of identity. *Family Process*, 55(2), 211-224. doi: 10.1111/famp.12216
- Foucault, M. (1970). El orden del discurso. (Ira reimpresión en Fábula) Buenos Aires: Fábula Tusquets Editores.
- Foucault, M. (2001). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica por Michel Foucault. (Vigésima edición) Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Gergen, K. Gergen, M. (2007). Reflexiones sobre la construcción social. Madrid: Paidós Psicología Psiquiatría Psicoanálisis.
- Gilligan, C. (2003). Concepts of Self and Morality. En *In a Different Voice* (38 ed., pp. 64-105). Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Harper, G., Serrano, P., Bruce, D. & Bauermeister, J. (2016). The internet's multiple roles in facilitating the sexual orientation identity development of gay and bisexual male adolescents. *American Journal of Men's Health*, 10(5), 359-376.
- Goolishian, H. A., & Anderson, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3S), 529-538. <https://doi.org/10.1037/h0085750>
- Mazzei, M. & Cavada, G. (2004). El suicidio en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 8(3), 187-188
- Ministerio de Salud [Minsal]. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl>
- Ministerio de Salud [Minsal]. (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl>
- Ministerio de Salud [Minsal]. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl>
- Morales, S.; Echávarri, O.; Barros, J., Zuloaga, F., Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV(3), 245-258.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). Preventing suicide, a global imperative. Recuperado de: www.apps.who.int
- Parker, I. (1996). Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana. En *Psicología, Discurso y Poder: Metodologías cualitativas, perspectivas críticas*. Madrid: Visor Ediciones.
- Servicio Médico Legal [SML] (2018). El suicidio en Chile: análisis del fenómeno desde los datos médico-legales. Período 2000-2010. Actualización de datos período 2011-2017. Unidad de Estadísticas y Archivo Médico Legal.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17.
- Zamorano, C. (2014). Consideraciones conceptuales en Francisco Valera para una clínica relacional del sentido (tesis doctoral). Universidad de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131029>

Hablemos de amores: psicoterapia y amor desde una perspectiva feminista

POR VALENTINA OÑATE MOLINA



Estaba lavando los platos y pensando en qué quería escribir para esta ponencia con la comediante Taylor Tomlinson en el televisor a mi espalda. Y de repente ella comienza a contar un chiste: sus problemas de confianza son algo que se ha ganado justamente pues un ex novio la engañaba con trabajadoras sexuales, y que cuando se lo contó a su psicóloga (momento en el que capturó mucho más la atención parcial que le estaba poniendo), ella le dijo que probablemente se comportaba como su propio profeta tratando a este ex novio como si la fuera a engañar hasta que la engañó. Y yo pensé ya, es una broma (y está mucho mejor contada como broma por ella que por mi), pero ¿es lo que esperaríamos que una psicóloga contestara frente a esa historia? ¿así contestaría la psicoterapia desde una perspectiva feminista?

Mi mirada con sospecha a esta situación de consultante y psicóloga me regaló un ejemplo de lo que no me agrada ni me hace sentido políticamente en una relación así.

LO INTERESANTE PARA MI ES REVISAR: SI NO ES DESEABLE ESTO ¿QUÉ SI LO ES?

problemáticas transversalmente en nuestra sociedad. Y no se puede obviar que particularmente en el caso de mujeres y disidencias esto suele venir asociado con dinámicas de poder que las empujan a la vulnerabilidad.

Antes que todo, quisiera indicar que me referiré a mujeres, puesto que es con ellas con quienes he tenido más oportunidad de conversar y estudiar sobre estos temas.

El modelo amoroso hegemónico nos envía constantes mensajes a través de distintos mecanismos culturales de transmisión que dejan al descubierto ciertos planteamientos respecto a la forma adecuada de amar. Se nos enseña que el amor de pareja es primordial y que en él se sustenta el éxito, pues ese vínculo nos mantendrá libres de la soledad y el sin sentido para siempre porque si es verdadero, va a durar toda la vida (Aspillaga, 2022). Según lo que comenta hooks (2021), construir conocimiento en relación al amor constituye una cuestión fundamental para no dejar espacio a una ignorancia que permita ejercicios de poder de unos sobre otros.

En función de transformar ese modelo, hay ciertas premisas que, a mi parecer, debiesen considerarse. Y es que el amor no es universal, es histórico y conforma una ideología amorosa que se sostiene en un entramado cultural correspondiente. En la actualidad, la ideología amorosa sostiene relaciones de subalternidad: “La experiencia histórica de ser mujer tiene una gran carga afectiva de proximidad, ternura y sensibilidad por el otro o la otra... las mujeres no solo están cautivas, si no que cautivadas por esas relaciones” (Lagarde, 2022).

Hablar de amor desde una mirada feminista aporta herramientas para abordar situaciones que resultan

Quienes culturalmente se mantienen en una posición de subordinación en lo que ha sido denominado como cis-tema (refiriéndose a la cis-hétero norma) han sido las personas, exigidas a la valorización personal a través del éxito amoroso.

¿Puede ser la vulnerabilidad un poder como dice Brené Brown? ¿Cómo subvertir los discursos amorosos para que todes podamos disfrutar del amor?

Según hooks (2021), dar por sentado que todo el mundo sabe instintivamente cómo amar, deja paradójicamente a todo el mundo en el desamparo respecto a este saber. Lo cual genera la ignorancia de algo que parece velado y está teñido por la sensación de carencia y que cuestiona la capacidad de amar.

He llegado a convencerme de que se vuelve problema cuando nos vinculamos a través de formas de amar que nos producen profundos dolores que terminan por empobrecer nuestra salud al destinar una energía inconmensurable en proyectos amorosos que nos parecen el centro de nuestra identidad, y que, si acaban, se anuncian como un “fracaso amoroso”. Al mismo tiempo, la soltería aparece como un estado transitorio cuya prolongación resulta otra forma de fracaso. Todo esto considerando que frente a la pérdida progresiva de la vida en comunidades las expectativas en cuanto al rol que debe ocupar esa única persona para toda la vida, es tan multifacético como personas encuentras en un pueblo. Es decir, “el amor de tu vida” será tu confidente, mejor amigo, consejero, protector, fuente de estabilidad emocional, compartirá los mismos gustos además de ser el mejor compañero sexual que hayas tenido (Perel, 2013).

Así es cómo el amor Disney sobre el que comenta Brigitte Vasallo, nos ha bombardeado notablemente desde una cultura occidental globalizada que busca constantemente que consumamos amor. Un amor en particular, no cualquiera. Un amor heterosexual, monógamo... y vivieron endeudados para siempre.

Hay mandatos de género que se abrazan en estas ideas: el de la belleza y el potencial de enamorar. Y que además dictaminan que, si actúas desestimándolos, entonces te estás dejando estar.

Nuestros cuerpos y emociones se entumescen en contextos de explotación y violencia, sin embargo, nuestra sensación de valía está puesta en juego en cada relación sexual, ya que se espera que seamos cuerpos que proporcionen placer y descanso. Se produce entonces la compartimentación de la vida: hoy en día debes ejercer una diversidad de roles acompañado de la disponibilidad para el placer de otro masculino (Federici, 2018).

Amor de pareja y amor propio son una hermandad fácilmente asociable en las vitrinas. Y de repente, aparece la palabra mágica en el imaginario colectivo que pasa a hacer que un concepto se traslade a la necesidad: es por tu salud. Convivimos a la vez con un discurso curioso como señala Tenenbaum (2021), el de la autoaceptación y el de la salud, con caracteres inapelables y que sumados

al discurso de la libertad individual: “clausuran la conversación y ponen un velo sobre nuestras ansiedades y dolores colectivos” (Tenenbaum, 2021, p.238).

En muchas ocasiones el amor ha sido declarado indefinible, indescriptible, incluso mágico. Pero aquello supone una complicación muy grave en la cual desconocemos un concepto al que, sin embargo, se considera la causa por excelencia de distintas situaciones de la vida humana. Explica vínculos, acciones, estilos de vida, etc. Y genera desbalances de poder que permiten la perpetuación de la violencia de género, por lo que se vuelve tarea fundamental desmitificar violencias que se ejercen en nombre del amor y observar atentamente, desde dónde vienen las ideas que construyen dichas miradas sobre el amor.

Según hooks (2021), la práctica de una ética para el amor requiere no solo la adquisición de un discurso, si no la comprensión en acción que pasa por el reconocimiento de la incidencia del patriarcado en las maneras en que conceptualizamos los afectos, la violencia, el cuidado y el amor.

Dentro de las cuestiones reglamentables en la paz patriarcal está nuestra sexualidad. Para que el sistema en favor del capital y el patriarcado prospere el único comportamiento sexual admisible es el heterosexual. De esa manera, la subordinación de nuestra sexualidad a la reproducción de la fuerza de trabajo se mantiene funcionando (Federici, 2018).

Relacionado con lo anterior “...tenemos una tendencia muy metida dentro, muy sistémica, a creer que nuestra sexualidad es de quien sexualiza con nosotras” (Vasallo, 2020). El cuerpo deja de pertenecernos, transformándose en un cuerpo para otro (Lagarde, 2022).

AMOR EN EL CONTEXTO TERAPÉUTICO

Hablar de amores, ineludiblemente lleva a otros temas relacionados al rol de género instalado para las mujeres como las tareas de reproducción de la vida y cuidados que se justifican como tareas eminentemente femeninas con el amor como estandarte (Federici, 2018). Entonces, otro desafío a señalar sería comprender las lógicas patriarcales, sin desoír lo que sea importante para quienes comparten el espacio terapéutico con nosotras.

¿Qué quiero decir con esto? Los modos de resistencia al patriarcado pueden ser de lo más variadas y si queremos cambiar los modos en que funcionan las relaciones en el mundo, podría ser contraproducente invalidarlas. Las tareas de cuidado, por ejemplo, también pueden constituir una forma de resistencia a las violencias patriarcales. A mi parecer, resulta sumamente necesario observarse continuamente como terapeutas, para no caer en modos aleccionadores que pongan nuestros propios discursos sobre los de las personas que consultan con nosotras, bajo una idea que tiene altas probabilidades de

estar equivocada, que es la de tener lentes más morados que los de la persona que tenemos en frente.

¿Qué he visto en sesiones de psicoterapia sobre el amor?

En la práctica clínica atiendo en su mayoría a mujeres que tienen entre 18 y 35 años. Y si bien no es el único motivo, es recurrente que el detonante de la consulta sea respecto a vínculos sexo afectivos pasados o presentes que están causando dificultades que frecuentemente se cruzan con la vergüenza y la culpa.

Aprender a poner límites, intentar no ser tan complacientes, tener herramientas para manejar los celos, la angustia de sentirse ignoradas por sus parejas, el deseo de nuevos acuerdos y no saber cómo plantearlos, reconocerse a sí mismas y saber quiénes son luego de sentirse perdidas fuera del rol de pareja, superar la culpa al terminar un vínculo que les hacía daño, entre otras complicaciones han aparecido en los espacios de psicoterapia que he facilitado.

Problematicar sus experiencias desde los mandatos de género ha sido de mucha utilidad porque nos ha permitido en esos procesos esclarecer qué partes de lo que creen les pertenece o no.

Cuando llegamos a comprender las influencias que han ejercido estos temas en sus vidas, llegamos a un lugar de mucha intimidad, curiosidad y dolor, que intento siempre abordar desde una amorosidad feminista que ponga en valor sus experiencias y los relatos que escogen para repensar el amor.

Parece ser que el camino está en problematizar y revisar nuestros deseos, los ejercicios de poder en el cotidiano y lo que nos hemos convencido que es parte de nuestra identidad.

Hay algunos cuestionamientos desde las prácticas narrativas que han resultado útiles en las conversaciones terapéuticas que he sostenido, dirigidas a la exploración narrativa de la persona que consulta, las cuales no tienen un orden lineal necesariamente pues ocurren en la medida en que se construyen confianzas: cuáles son sus fuentes de valoración, cuáles son sus expectativas en torno al amor, qué historias significativas para ella existen en torno a su vida amorosa, cuáles son sus condiciones de vida, qué referentes de amor tiene, entre otras preguntas similares.

En mi experiencia ha aparecido frecuentemente el concepto de relación sana vs tóxica frente a lo que he explorado con distintas consultantes qué es lo sano para ellas. Y de alguna manera ha sucedido en reiteradas ocasiones que la conversación transita hacia la comunicación, los deseos que no han recibido reconocimiento y el placer.

Por lo general podría indicar ciertos puntos de condensación de las conversaciones de las que les hablo en un orden no jerarquizado:

- El lugar del placer en el amor
- El lugar de la identidad en el amor
- Concepto de autoestima política

Por otra parte, traer referentes mujeres al espacio de terapia me ha resultado fundamental para acompañar desde facilitar los lazos hacia lo reafirmante y preferido, por lo común con otras voces. La contracultura del amor romántico o amor Disney crece fuerte y es una ventaja que las psicoterapeutas de hoy en día no podemos desconocer, puesto que de esa manera colectivizamos cuestionamientos. Puedo contarles que hay dos materiales en particular a los que les he sacado el jugo, ambos de Coral Herrera: el libro *Mujeres que ya no sufren por amor*, transformando el mito del amor romántico y el podcast *Disfrutar del amor*.

Reconocer nuestra genealogía feminista puede hacernos sentir (según la propia experiencia y la de consultantes con las que he compartido), menos solas en nuestros malestares y preocupaciones cotidianas. Como dice Lagarde (2022), necesitamos conocer las historias de otras mujeres para construir criterios de una cultura amorosa que se inserte en el desmontaje del patriarcado y que responda a una demanda de dignidad. Este medio conduce a su vez a ser un interesante mediador para la horizontalidad que se busca construir en el espacio terapéutico desde una perspectiva feminista, y nos permite mirarnos, terapeuta y consultante, dentro de un mismo mundo. Si hablamos el mismo lenguaje, más sencillo es hablar de amores, y podemos respetuosamente quitar el velo a las conversaciones clausuradas por la sistemática desvalorización de lo personal como político y la intervención de narrativas dominantes sobre nuestras vidas.

Hay un concepto que comparte Marcela Lagarde que me hace mucha ilusión: aculturación feminista. Y que se refiere al poder hacer la transformación cultural de nosotras mismas. Me entusiasma creer que el espacio terapéutico feminista, pueda ser una compuerta para ello.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Aspillaga, C. (2022). *No existe una forma de amar*. Alfaguara. Brown, B. (2011). The power of vulnerability [Video]. Conferencias TED. <https://www.ted.com/talks/brene-brown-the-power-of-vulnerability>
- Compare the market. (2022). Single Women Liveability Index: The best countries for single women to live. <https://www.comparethemarket.com.au/home-loans/features/single-women-liveability-index/>
- Casa Mundanas. (2022). *Desobedecer para sanar*. Mundana Editorial.
- Federici, S. (2018). *Revolución en punto cero*. Tinta Limón Ediciones.
- Herrera, C. (2018). *Mujeres que ya no sufren por amor, transformando el mito del amor romántico*. Carata. hooks, b. (2021). *Todo sobre el amor* (1ª ed). Barcelona, España: Paidós.
- Lagarde, M. [IBERO Puebla]. (15 de marzo de 2022). Conferencia magistral: Amor, poder y violencia. [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=CdOIrXCgbH4&ab_channel=IBEROPuebla
- Tenenbaum, T. (2021). *El fin del amor: amar y coger en el siglo XXI*. Ariel.
- Perel, E. (2013). The secret to desire in a long term relationship. [Video]. Conferencias TED. https://www.ted.com/talks/esther_perel_the_secret_to_desire_in_a_long_term_relationship/transcript?referrer=playlist-sex-can-we-talk
- Vasallo, B. (2020). *Mentes insanas: ungüentos feministas para males cotidianos*. RBA.

Madre hay una sola: Relatos y reflexiones sobre el maternar desde una perspectiva feminista.

POR LIGIA RUÍZ PARISI



Hay infinitas maneras en donde se perpetua la cultura en la que vivimos, una de ellas son los dichos populares. En este escrito quisiera reflexionar sobre el dicho popular: “Madre hay una sola” y cómo este encierra en sí mismo mucho de lo que nuestra cultura espera y exige de las madres y/o personas que maternan. El ser madre o el Maternar ha estado durante siglos inserto bajo un modelo de control y dominación patriarcal. El cual ha ejercido el control sobre los cuerpos que pueden gestar (mujeres, personas trans o no- binarias), la manera de parir y también en el cómo criar. Llenando de normas, expectativas, obligaciones y deseos la vida de madres y a su vez, de sus hijos. Esta impronta cultural opera como un velo en la experiencia de la mujer que se convierte en madre o persona que materna y logra silenciar cualquier espectro de la vivencia materna que no esté dado por los modelos predominantes, opacando de esta manera la individuo que materna, su subjetividad, produciendo tensión entre aquello que sucede y lo que “debería”

suceder. Logrando muchas veces que solo pueda emerger el estereotipo materno, sofocando cualquier experiencia o sentir que se quede fuera de este marco. Si bien en estas últimas décadas y gracias a todo el esfuerzo de movimientos feministas previos, teóricas y mujeres que han abierto su experiencia, existe hoy un margen mucho mayor de mujeres y personas que maternan en el mundo que sí han podido reflexionar sobre su maternar y habitar esa experiencia desde un espacio más o menos libre. Sin embargo, me atrevería a decir que son las menos, se remiten a un espacio de privilegio socio- cultural y por lo demás deben lidiar igualmente con aquella figura de madre, la cual “debería ser”, que se encuentra presente muchas veces en la publicidad, la misma familia, amigos, la señora/o del almacén y la feria.

A su vez dentro de las diferentes batallas que ha dado el movimiento feminista y las diversas voces que han emergido, la maternidad y los derechos de las personas que maternan es un espacio que ha sido poco tocado. Se

ha rebelado contra el mandato de la maternidad, se ha luchado por el acceso a los anticonceptivos y libertad de decisión sobre nuestros cuerpos. Gracias a todas estas luchas hoy muchas personas pueden decidir si quieren ser madres, pueden planificarlo e interrumpirlo. Sin embargo, aún queda trabajo para lograr extirpar del patriarcado la institución de la maternidad, ya que es allí donde aún se continúa perpetuando de manera implícita la violencia y opresión patriarcal que afecta la vida y salud mental de muchas personas que maternan (en su mayoría mujeres), bebés y niñas.

El dicho “Madre hay una sola” reverberó fuertemente en mi primera y segunda maternidad, insinuándome cual era el rol y que era lo que supuestamente se esperaba que debía ser una madre. Por otro lado, en sesiones de psicoterapia y conversaciones con mujeres que también eran madres, este dicho continuaba apareciendo, desde diversos lugares, pero aludiendo a una imagen de madre que de alguna u otra manera debíamos de cumplir y que de lo contrario no se estaba siendo suficientemente buena, llenándonos de culpa y en muchos casos vergüenza de no cumplir con lo mínimo que “debería” ser una madre. Todos estos episodios me impulsaron a trabajar esta frase en el grupo de encuentro de puerperio que realizo todas las semanas junto a un grupo de mujeres que están transitando el primer año de sus hijos en la comuna de Colbún, región del maule, Chile. Junto a ellas en un espacio confidente y cómplice, hemos podido reflexionar de manera crítica sobre la maternidad, permitiendo que aparezcan las diversas experiencias del maternar, los agobios, contradicciones, opresiones, placeres y reflexiones que conlleva esta experiencia. Han sido estos relatos de diversas madres, los de mi propia experiencia, los de Adrienne Rich de su libro, “Nacemos de Mujer: la maternidad como experiencia e institución” y “Línea Nigra” de Jazmina barrera, que me llevan a mirar a la maternidad como un fenómeno complejo, amplio, vulnerable, subjetivo y contradictorio. La cual se escapa de los modelos hegemónicos de maternidad que nuestra cultura patriarcal ha impuesto.

En esta exposición quisiera explorar esta perspectiva no patriarcal de la maternidad en tres momentos: El primero es una mirada crítica y reflexiva sobre el dicho “Madre hay una sola”. En un segundo momento, abordaré sensaciones y vivencias que se escapan del molde de la maternidad patriarcal y por último realizaré un pequeño esbozo de respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo puede el feminismo aportar respecto a la promoción de la salud mental materna?

MADRE HAY UNA SOLA

Cuantas veces hemos escuchado la frase “Madre hay una sola”, personalmente más de las que podría contar. La he escuchado en contextos en donde por ejemplo

hay una guagua llorando y nadie de las personas que está alrededor del bebe sabe cómo saciarla, luego llega la madre y se da cuenta que el bebe tenía frío, entonces alguien dice – es que “madre hay una sola”, como aludiendo a que solo la madre es capaz de satisfacer de manera adecuada a su bebe. También la he visto en numerosas tarjetas del día de la mamá, como una frase “romántica” hacia las madres, llenando de sentimentalismo “su día”, en donde ellas son irremplazables, únicas y el sacrificio que realizamos a diario es incomparable con cualquier otro. Así podría seguir nombrando situaciones en las cuales a lo largo de mi vida he ido escuchando esta frase y cuales son posiblemente las alusiones que podría tener en los diversos contextos en donde aparece. Sin embargo quiero detenerme en una de las primeras veces que al escuchar esta frase, sentí como un balde de hielo frío en mi espalda, fue como si hubiera visto una película de terror, pero con la certeza de que aquella película no acabaría.

Había recién llegado del hospital de Talagante a mi casa, luego de parir a mi primer hijo Natal. El parto tuvo sus dificultades, pero salimos triunfantes. Durante el trabajo de parto sentí como de a poco me iba preparando para que mi vida cambiase. La verdad es que la intensidad física, el miedo al dolor y al parto en sí mismos no fueron protagónicos para mí en ese tránsito. Lo que si tomó gran parte de mi proceso era sentir que en ese momento estaba lista para parirnos con mi hijo y tomar la maternidad como una realidad que se quedaría junto a mí y que no se iría. Llegue a casa con él y mi pareja, todo se sintió extrañamente conocido y a su vez muy lejano. Cuando llegó la noche, comencé a experimentar mucha ansiedad y angustia, ¿Qué pasa si yo no puedo con la guagua?, ¿Qué pasa si me enfermo?, ¿Qué pasa si lo hago mal?. Luego de un rato de estar sumida en estas emociones y preguntas, mi pareja me hace notar que estaba cansada y solo necesitaría descansar para sentirme bien. Sin embargo lo que sucedió esa noche es que una parte de mí respondió a esas preguntas con un SI, siempre voy a poder, tengo que poder, ya que “madre hay una sola”.

Fue en ese momento, a mis 24 años con mi primer hijo recién nacido entre mis brazos en donde me prometí a mí misma siempre poder, callar la ansiedad que me producía esto y las dudas que podía tener sobre mí misma, ya que eso es lo que hacen las madres. Las madres podemos. Desde ese día en adelante rara vez dude de mi capacidad de poder, la verdad es que lo hacia bastante bien e incluso a momentos pensé que las madres a través de la gestación, el parto y puerperio nos dotábamos de un poder sobrehumano en donde siempre podíamos, en donde sabíamos exactamente que es lo que necesitaba nuestra cría y como poder satisfacer de manera adecuada sus necesidades. Ahora me pregunto, bueno ¿Cómo no íbamos a poder si la vida de una criatura indefensa literalmente

dependía de nosotras? Debíamos poder. De esta manera continue maternando, pasaron los años y algo dentro de mi hacía cada vez más ruido, se agitaba, lograba acallar, pero volvía una vez más a mostrarse con fuerza. Me empecé a sentir incomoda con ser “irreemplazable”. Me pasó que también hubieron momentos en donde no pude. Hubieron muchas horas de psicoterapia en donde manifesté mi culpa y frustración por no poder. Sin embargo no fue hasta después del parto de mi segunda hija en donde todo cobró mayor claridad.

La alondra no tenía ni siquiera un mes y una cantante chilena que conocí, Javiera Barreau, había muerto de un cáncer terminal con el cual estuvo luchando en sus últimos meses. Ella tenía una hija pequeña de dos años. Yo no podía parar de llorar cuando supe la noticia, no lograba distinguir claramente porque estaba llorando. Claro, era una situación terrible, una tragedia. Pero había algo allí que no estaba del todo claro. Pasaron los días y comencé a experimentar nuevamente esa ansiedad que sentí con mi hijo mayor cuando guagua. ¿Qué pasa si me sucede algo similar a mi?, ¿Qué pasa si me enfermo?, ¿Qué pasa si no puedo?. Fue en medio de este torbellino emocional de pena y angustia donde emergió dentro de mi una voz más fuerte. Me puede pasar, puedo no poder y eso no debería ser el fin, “madre debemos ser todes”.

Fue en ese momento en donde pude ver con mucha claridad y de a poco ir verbalizando toda la violencia que veía a diario en las muchas madres que me rodeaban y en mi propia historia. Una violencia enmascarada muchas veces de un instinto materno que nos dota de super poderes para todo lograrlo, todo poderlo y todo saberlo. Pero que día a día, ha muchas mujeres nos aflige, por no poder cumplir con aquello que “deberíamos”. Con relación a esta maternidad impuesta o articulada desde el patriarcado la autora Carolina León menciona:

La «institución de maternidad» es la maternidad bajo el patriarcado: el conjunto de suposiciones y normas, de reglamentos y controles que secuestra la experiencia, la ordena de acuerdo a un poder ajeno y domestica esa parcela de las vidas de millones de mujeres (y otras identidades que gestan); una institución que, en efecto, parece haberse debilitado en los últimos cincuenta años gracias a las luchas feministas: pero solo a trozos, solo para ciertos segmentos de la sociedad; podría decir que no está en absoluto en retroceso: solo se ha hecho más invisible o interiorizada. (p.18)

En mis afanes poco académicos de poder contrastar mi percepción sobre esta frase, mirándola como una voz más que habla sobre la sociedad en la que vivimos, me puse a buscar en internet sobre posibles significados de

este dicho popular y quisiera compartir uno que me llamó fuertemente la atención.

Al decir “Madre no hay sino una”, lo que se dice es que las mujeres, a diferencia de los hombres, vienen de manera innata con una capacidad única de sacrificio y entrega a los demás” (sentiido.com)

Si comprendo bien esta cita, alude a que las mujeres tenemos a diferencia de los hombres una capacidad de cuidado que es instintiva, lo que quiere decir que venimos con ella de nacimiento, por lo tanto no implica un esfuerzo, ni un trabajo, es algo que brota de nosotras de manera espontánea solo por el hecho de ser mujeres. A, Rich nos comenta:

“Ser «madre» implica una presencia continua, que dura por lo menos nueve meses, y más a menudo años. La maternidad se conquista, primero a través de un intenso rito físico y psíquico de paso – embarazo y parto–, y después aprendiendo a criar, lo cual no se sabe por instinto” (p.56)

Las últimas dos citas nos muestran comprensiones completamente distintas de la maternidad, por un lado una maternidad que se ejerce de manera instintiva con una propensión innata al sacrificio y a una entrega que no conflictúa; y por otro lado Adrienne nos muestra la maternidad como una experiencia que se conquista, que es intensa y que aprendemos.

Hablando sobre el rol materno y qué es lo que se espera de las madres, una participante del círculo de puerperio que facilito mencionó:

Siento que las mujeres hemos tenido que cargar con la carreta de los hijos y la familia desde siempre, siempre ha sido nuestra responsabilidad que los hijos y la familia estén bien, unidos, sanos. Pero si la madre lo suelta todo se derrumba”

Como respuesta a esta reflexión otra participante añadió:

“siento que yo mismo cargo con esta carreta, me siento muy cansada, ya no doy más de cargarla. Pero siento también que, si la suelto todo se derrumba, mis hijas, mi relación de pareja”

Me preguntó qué clase de persona puede vivir tranquila, sin enloquecer con tanto peso a sus espaldas. Con relación a esto otra madre comenta:

Que “madre hay una sola” es una carga gigante. Significa que solo tu puedes estar ahí y apañar con las necesidades de les hijes. Solo la mamá puede satisfacer. Es una carga gigante. Por otro lado, la frase es como romántica, cuando la escucho pienso, “el amor todo lo puede”

Surge esta tensión de sentir que aquello que se espera del rol materno y aquello que hacen muchas madres a diario por sus hijos es una carga que parece sofocar y agotar cualquier energía psíquica y física; pero a la vez sentir que hay un valor que está dado por el sacrificio, la entrega y el amor. La autora A. Rich menciona:

En tanto madres, las mujeres hemos sido idealizadas y también explotadas. Afirmar el valor intrínseco humano de la mujer mientras este continúa siendo negado de forma insidiosa y flagrante no es algo fácil de hacer en términos estables, claros y no sentimentales. Para las mujeres blancas de clase media, en particular, la mística de la superioridad moral de la mujer (derivada de los ideales del siglo xix de la castidad femenina y de lo maternal) puede acecharnos, incluso cuando se echa por tierra el pedestal. (p. 43)

Claramente si es que se mantiene en alguna parte de nuestra psique que somos dignas y valoradas como humanas en tanto madres, si somos capaces de dar de manera incondicional a pesar nuestro, si somos madres antes de ser personas y esto es justamente aquello que nos hace personas, es que de alguna manera nos seguiremos entrapando en intentar cumplir con aquel estereotipo y seguiremos entrando en espirales de culpa o vergüenza al no poder cumplir con este.

LO NEGADO DE LA MADRE

Es así como podemos ir encontrando imágenes de cómo es la madre ideal, la madre buena, o lo que A. Rich denomina la madre natural.

“Una madre «natural» es una persona que carece de otra identidad, alguien que puede hallar una importante gratificación pasando el día entero con los niños, acompañando su paso al de ellos; que hay que aceptar como cierto el aislamiento de la madres y de los niños, juntos dentro de la casa; que el amor maternal es y debería ser literalmente desinteresado; que los hijos y las madres son la «causa» de los mutuos sufrimientos. Yo fui atrapada por el estereotipo de la madre cuyo amor es «incondicional», y por las imágenes visuales y literarias de la maternidad como una identidad unívoca.” (p.67)

Sucede que hay espacios dentro de nosotras que nunca concordarán con aquellas imágenes, hay sentimientos y emociones hacia nuestros hijos y hacia nuestro rol que difícilmente cabrán en ese molde. En un ejercicio que realizamos en el círculo de puerperio en donde se invita a cada participante a elaborar una carta dirigida a sí misma

cuando aún no era madre, pudiendo contarse lo que ha sido la maternidad para ella desde el espacio más honesto posible, una participante menciona:

“siento un infinito amor y un enamoramiento que llena mi alma. Sin embargo también mi cuerpo pide a gritos recuperar su autonomía, no ser tan imprescindible...”

Desde estos lugares vamos mirando juntas poco a poco a la maternidad como una experiencia amplia, compleja y muchas veces contradictoria. En los extractos de su diario Adrienne Rich nos muestra la tensión que aparece cuando hay comportamientos o emociones que no concuerdan con lo que se supone debería ser una madre.

“Tal vez sea un monstruo —una antimujer—, un ser sin voluntad, dirigido, y sin recurso para experimentar los consuelos normales y atractivos del amor, la maternidad y la alegría en los demás.. ¿no eran estas zonas anormales, monstruosas? Y como señaló mi hijo mayor, ahora de veintiún años, cuando leyó los pasajes transcritos más arriba: «Parecía que sentías como si debieras amarnos todo el tiempo. Pero no existe ninguna relación humana en la que puedas amar a la otra persona en todo momento». Sí, traté de explicarle, pero se ha pretendido que las mujeres —y las madres sobre todo— aman así.” (p. 67)

En muchas de nosotras esta tensión entre el “deber ser” materno y la madre que realmente somos nos desconcierta, nos genera culpa y una sensación repetitiva de frustración al no poder cumplir con lo que debemos. Frente a esto yo me pregunto ¿y quien puede? Una participante del círculo de puerperio expresa su frustración y culpa al “no poder”:

“Jamás pensé que sería capaz de gritarle a mi hija, jamás pensé que en algunos momentos quisiera que desaparezca...”

Y así muchas veces gritamos, hacemos cosas que jamás pensamos que haríamos siendo madres. Les amamos profundamente, pero desearíamos estar sin ellos. Cuando estamos sin ellos muchas veces les extrañamos, vemos sus fotos, hablamos sobre las cosas que han hecho últimamente. Y es que muchas veces las fronteras entre nosotras mismas y nuestros hijos es algo difusa, están con nosotras y a la vez pareciera que aun son parte nuestro, como cuando aquellas primeras células provenientes del cuerpo materno dieron lugar a la creación de un individuo. Esta intrincada trama se evidencia en estas frases de A. Rich:

“Sufrir con un niño, por él y contra él —maternal, egoísta y neuróticamente, y a veces sintiéndome desvalida y otras con la ilusión de estar conociendo

la sabiduría—, pero siempre, en todas partes, en el cuerpo y en el alma, con aquel niño porque ese niño es una parte de mí misma.”(p. 66)

A su vez la autora Jazmina Barrera en un extracto de su libro, reflexiona sobre esta doble cualidad entre la vida de los bebés y sus madres:

“Encontré un artículo que discute dos teorías. La primera es que una mujer embarazada es un contenedor que resguarda dentro de sí a un ser independiente. La segunda es que el bebé es parte del cuerpo de la embarazada, como si fuera un órgano más. Pienso que las dos teorías son correctas. Es las dos cosas al mismo tiempo, y se va transformando.”(p. 34)

Podríamos seguir hablando y nombrando aspectos que puedan integrar las maternidades y los vínculos con nuestros hijos, ya que estas son fenómenos amplios y complejos. Lo que si se empieza de a poco a vislumbrar es que la imagen de la “madre ideal”, “la madre buena”, o la “madre natural”, es un referente que en su intento de demarcar el rol materno lo restringe, cohibe y niega emociones que son parte de la experiencia materna como lo son la colera, el fastidio, el cansancio, el placer y las contradicciones.

CREANDO UN RELATO PROPIO

En sociedades patriarcales (manteniendo la esperanza de que sí hayan existido otras forma de sociedad) lo doméstico se ha reservado a una esfera privada, por lo tanto les hijos, las madres y la maternidad no han estado en el foco de investigaciones, políticas públicas y grandes reflexiones. Es gracias a los movimientos feministas que algunos aspectos de estas experiencias han podido salir a la luz y ser objeto de discusión y reflexión. Cuando A, Rich escribió su libro en 1967, esto era aún más precario que en la actualidad:

“«Sabemos mucho más acerca del aire que respiramos o de los mares que atravesamos, que acerca de la naturaleza y del significado de la maternidad”(p.55)

Sin embargo, aun cuando en las últimas décadas se ha avanzado bastante, aún hay mucho que seguir profundizando y develando sobre esta experiencia tan central en la vivencia humana. Para lograr esto, es necesario que puedan surgir relatos honestos en primera persona, en donde la voz de muchas mujeres que han vivido las maternidades solas, a puertas cerradas, pueda ser colectivizada. En alusión a esto A, Rich menciona:

Estoy cada vez más convencida de que sólo el deseo de compartir una experiencia privada, y muchas veces dolorosa, puede capacitar a las mujeres para

crear una descripción colectiva del mundo que será verdaderamente nuestro (p. 60)

De esta manera es que en los encuentros semanales que hemos tenido buscamos, a través de reescritura y apropiación de cuentos y dichos populares, el crear un relato que sea verdaderamente nuestro, en donde pueda existir una mirada crítica al rol que supuestamente han de cumplir las mujeres en tanto madres y pueda haber cabida para aquello “negado de las madres”. En relación con esta temática una participante del círculo de puerperio escribió:

“...rodéate de personas amorosas y sabias, de una tribu con quien compartir saberes, frustraciones y alegrías. Este espacio de encuentro será crucial en tu camino.”

Estos espacios honestos y confidentes nos han ido siendo imprescindibles en nuestro caminar como madres, ya que la reflexión, la contención y poder compartir lo real, muchas veces ha aparecido como un factor protector en la salud mental materna. Saber que no soy la única quien experimenta estas “emociones prohibidas maternas” y que no soy la única que tiene comportamientos “inadecuados”, hemos visto que ayuda a tramitar la culpa y la angustia por no poder cumplir con lo que “se debería”:

“circular junto a otras mujeres puérperas me sostiene, me da fuerza y confianza en mí misma”

En relación con lo que “debería de ser” hemos visto que incluso en los vínculos cercanos con nuestras propias madres o abuelas existe un ocultamiento de la maternidad, no solo mostrar o hablar de “lo lindo”, si no que ocultar aspectos fundamentales de la experiencia. “No puedo contarte a ti que también sufrí contigo”. Es como si en la experiencia materna todas estas emociones negadas y “oscuras” de la maternidad pusieran en jaque el vínculo y el amor que podemos sentir hacia nuestros hijos. Desde este lugar surge la pregunta ¿puede la madre tener emociones ambivalentes, sentir colera, fastidio y que esto no sea una amenaza para el vínculo con su hijo y para con ella misma?

REFLEXIONES FINALES

Quisiera cerrar este escrito con la pregunta anterior ¿podemos las madres sentir y vivir una experiencia compleja y vasta sin que esto sea una amenaza para el rol que intentamos cumplir? Lo que hemos experimentado en los círculos de puerperio y en espacios terapéuticos con madres es que uno de los caminos para comenzar a responder esta pregunta, es poder socializar nuestras voces y experiencias de la maternidad, en un espacio

que tenga una mirada crítica sobre el contexto social en donde se desenvuelven nuestras maternidades, lo que A Rich denomina la “institución de la maternidad”, la maternidad inscrita en un contexto de dominación patriarcal. El feminismo puede darnos la mirada crítica y reflexiva respecto a este contexto, para permitirnos cuestionar los modelos tradicionales e incluir aspectos que se encuentren fuera de la norma patriarcal, ayudándonos a romper con un molde que ha restringido la vida de muchas madres y, por consiguiente, el vínculo con sus hijos. Espero que cada día puedan aparecer con mayor libertad lo que hablamos con vergüenza con aquellas personas cercanas, lo que escribimos en nuestros diarios, los pensamientos que logramos cuajar entre el caos de la vida cotidiana, aquello que dejamos en nuestra intimidad. Agradezco enormemente la valentía, amor y confianza de todas las participantes del círculo de puerperio que semana a semana asisten con sus bebés, abren su corazón y se disponen a crear relatos más reales y fidedignos de la maternidad; también al círculo de puerperio “rari” que juntas pudimos transitar puerperios en pandemia de la manera más digna, reflexiva y disfrutada posible; a todos los relatos honestos, sentidos y espontáneos de amigas, hermanas y familiares sobre el maternar; y también me agradezco por permitirme darle voz a aquello que me habita.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

Jazmina Barrera, Línea Nigra. Montacerdos Ediciones, 2021.
Adrienne Rich, Nacemos de Mujer. Editorial Traficantes de Sueños, 2019. (Originalmente publicado en inglés en 1976)



Violencia contra la mujer. Manejo clínico comunitario dentro del marco legal chileno.

POR POR CATALINA CAMPOS GONZÁLEZ

CUESTIONAMIENTO

Esta publicación tiene por objetivo el cuestionamiento de la primera respuesta hacia toda mujer víctima de violencia intrafamiliar en Chile y las posibilidades terapéuticas que se abren o cierran, de acuerdo a las exigencias legales actuales para los funcionarios de Salud Pública, específicamente los equipos psicosociales (a partir de ahora “EPS”), ante la pesquisa de un caso de violencia. El cuestionamiento se centra en aquellas mujeres que viven en contextos de alto riesgo bio psico social y que se atienden en el sistema público de Salud.

En los sectores menos favorecidos y más aislados de nuestro país, es conocida la búsqueda por sobre-vivir, de sus habitantes. En dicha búsqueda, puede relegarse a último plano el cuestionamiento de las personas por su sí mismo. Los roles de género además, aún se encuentran muy demarcados, lo que es patente en el trabajo clínico. Más que poblaciones vulnerables, las

mujeres son poblaciones en desventaja y sus derechos son menos reconocidos y defendidos frente al delta del adulto, blanco, propietario, heterosexual, habiendo un goce no equitativo de la libertad. Además, el diagnóstico de patologías de Salud Mental en adultos es deficiente en su oferta y alcances, dada la escasez de recursos y prejuicios negativos por parte de la población, asociados a la atención psicológica y psiquiátrica.

Actualmente, el enfoque de género es transversal a las políticas públicas: los funcionarios de instituciones públicas (y asociaciones privadas con un representante legal) trabajan bajo dicho imperativo obligatorio y necesario. De hecho, en casos de Violencia Intra Familiar (VIF), son parte importante de la cadena de custodia, pudiendo aportar pruebas audiovisuales y testimoniales a Fiscalía, debiendo actuar en la debida diligencia de acoger el caso y realizar la denuncia correspondiente, siempre: En este

sentido, les funcionaries públicques no son responsables si la mujer muere, si vuelve con su agresor o éste accede a ella: las denuncias acogidas a nivel latinoamericano contra funcionaries que han incumplido con su deber, no han ido dirigidas a castigar la responsabilidad sobre la muerte de las mujeres, sino al sancionarles por no haber hecho su trabajo amparándose en prejuicios arbitrarios; clasistas o sexistas, sobre las afectadas.

La Ley 19968 creó los tribunales de familia en 2004. En ella, el Artículo 175 del Código Penal, obliga a les funcionaries públicques, entre otros personeros a “denunciar los hechos que pudieren constituir violencia intrafamiliar de que tomen conocimiento en razón de sus cargos”. Dentro de los hechos a denunciar, se encuentran las agresiones a mujeres víctimas de VIF. Asimismo, el artículo 177 establece la sanción en caso de incumplimiento del deber de denuncia en el plazo de veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho criminal.

La mujer agredida tiene derecho a no denunciar y no puede retenerse en algún establecimiento para realizar la denuncia. No obstante esto, la denuncia debe realizarse de igual forma y todas las veces que la mujer requiera ayuda, independiente de que ya haya hecho varias denuncias previas y desistido de ellas. Por lo general, la responsabilidad de la primera respuesta y seguimiento recae en los equipos de Salud Mental de los Centros de Salud, a pesar de no recibir el relato directo, al ser quienes suelen estar más familiarizados con éstos protocolos.

El manejo del caso, así como se expone, considera pobremente las variables psicológicas y sociales en las que esa mujer se encuentra al denunciar y mucho menos los hechos posteriores a hacerlo.

Además, es de público conocimiento que en la práctica, las instituciones de primera respuesta visualizan como digna de denuncia, por lo general, la VIF física y severa, no por ser la más común, sino la “más visible en términos físicos”. Es tristemente célebre la primera respuesta de Carabineros: solicitando a veces desistir de denunciar en pos de mantener “el núcleo familiar”, negar el protocolo respectivo a mujeres que han “solo” recibido amenazas directas a su vida o integridad física, sin presentar agresiones visibles ni riesgo de muerte; prácticas que de antemano generan evasión a pedir ayuda en las fases iniciales del maltrato.

No deja de ser preocupante además la inexistencia de un protocolo unificado nacional de denuncia desde los Centros de Salud, que proteja al funcionario denunciante. Existen sectores en Chile donde el profesional que pesquisa debe denunciar en solitario, entregando sus datos personales en el trámite.

Las mujeres afectadas, entre las que, por ley también se consideran las intersex, trans y queer (“todas las mujeres, frente a todas las violencias y en todos los contextos”¹), presentan una autoestima disminuida: suelen retractarse de las denuncias y les es mucho más difícil separarse en

una relación con dinámicas violentas: aparte de depender económicamente, sabemos que la dependencia es también emocional: por temor a estar sola o a perder el estatus que en algunos contextos provee estar en pareja (en mujeres de estratos socioeconómicos altos o poblaciones penales, por ejemplo) o por temor a dañar a los hijos: los hombres que las maltratan, pueden ser también padres con una visión de supremacía hegemónica pero no maltratadores con los hijos que la pareja puede tener.

Denunciar en contra de la voluntad de la afectada y en un plazo de 24 horas, abre en muchos casos consecuencias potencialmente negativas en el corto plazo: el informe de denuncia llegaría al domicilio las partes involucradas (la mujer denunciante, el agresor y/o el funcionarie denunciante). La afectada puede desconocer incluso que la denuncia se llevó a cabo y dicho procedimiento puede resultar fatal para quien denuncie y para los otros significativos de la mujer. Desde la ontología de la usuaria entonces, la denuncia puede significar un perjuicio claro, ya que su propio hogar, enmarcado en un sistema abusivo, es el lugar más riesgoso, en el cual la afectada está acomodada, no libre. Además, “Cuando una mujer se acerca a hacer una denuncia puede ser la última que haga y la primera respuesta que vea (oral o analógica) es un predictor de cómo la va a tratar el sistema”²

La exigencia de celeridad obligatoria, en muchos casos aniquila la persecución de la cura para un psicoterapeuta que pesquise e informe del procedimiento. En la atención primaria de salud (APS), esta búsqueda ya se encuentra bastante afectada por las largas listas de espera para ser atendidas, a pesar de ser fundamental el seguimiento en la erradicación de la violencia contra la mujer. Se prioriza además el acceso a la Salud, sin asegurar con esto el adecuado seguimiento de los casos, lo que termina por perder de vista a les afectades con alto riesgo de deserción. Para una mujer víctima de violencia la denuncia emerge de golpe y con ella, un derrumbe: un cambio real depende de la apertura del consultante a eso que emerge. Con una denuncia obligatoria e inmediata la solicitud de ayuda y contención pasa a segundo plano; ahora se debe actuar y enfrentar los procesos que se abren con esa solicitud.

Sumado a esto, la mujer tampoco se ve acompañada en sus contradicciones: debe ser informada de este protocolo, mientras se llama a la policía, que pueden tardar varias horas para retirarla y trasladarla a una Comisaría para realizar una “Pauta Unificada de riesgo”, que debe llenarse para estos casos. El traslado puede realizarse por un dispositivo de Paz Ciudadana (varios centros desconocen esta posibilidad). Todo esto, contraviniendo el respeto absoluto por la unicidad que debe buscar un proceso terapéutico.

La consultante tiene derecho a obtener lo que busca, pero este derecho se enfrenta al deber legal del terapeuta. ¿Cómo lograr desde acá una psicoterapia efectiva: la renovación de la Identidad y el cambio de posición de la

consultante frente a sus acciones?. Dentro del marco de acción actual, se arriesga con esto un manejo que pudo ser bueno de haberse visualizado también la gestión de redes de apoyo y resguardo eficientes para los involucrados. El deber de denunciar inmediatamente genera un quiebre en la relación terapéutica, apenas iniciada ésta. El o la terapeuta se enmarca en la Ley como quien vigila y “permite el castigo”. Ejerce el rol de “Autoridad”, que busca el “bien superior” de la afectada, quien se supone defiende “lo que es mejor para ella”, lo que contraviene la apertura voluntaria y cooperativa de la mujer para generar un vínculo terapéutico y cambios posteriores.

Desde la perspectiva de género además, si bien la política pública incorpora la perspectiva de Género; en la práctica, el mandamiento de (sólo) denunciar con celeridad genera un manejo paternalista, victimizante, con una mujer relegada a un rol pasivo e involuntario. La ley le informa qué debe hacer y cuándo, sin asegurarle herramientas legales, económicas, sociales ni psicológicas para acompañar sus múltiples roles. No asegura tampoco el seguimiento del caso denunciado. Existe por esto, una desconfianza sobre eficacia de los organismos que reciben la denuncia y que deben resguardar a la mujer agredida. En casos graves (con consecuencias físicas severas o donde se vulneren derechos de niñas involucradas) se puede postular a hogares temporales, reforzar seguridad de una vivienda o a rondas periódicas: Estos apoyos toman bastante tiempo, por la alta demanda de las policías y la escasez de recursos en sectores con alta densidad poblacional y difícil acceso.

Las ciudadanas desconocen las implicancias del Artículo 175 y 176, lo que suma al trauma de ser agredida y de atreverse a denunciar, el stress de ser involucrada en un proceso legal inmediato e inesperado. Es necesario enfatizar que quien suscribe no pretende erradicar la denuncia, sino cuestionar la urgencia exigida para denunciar. Se espera a la “víctima perfecta”, sin comprenderla en su contexto: sus posibilidades económicas sin el agresor, las redes del mismo que marcan un entorno agreste para ella, sus propias redes probablemente deterioradas, sus derechos sobre la propiedad en la que reside, la protección de sus hijos, su vida laboral, etc.

Las intervenciones además poco hablan de tratamiento y manejo del agresor, sino hasta que un juez evalúa y solicita el acceso a algún tratamiento adecuado. Es preocupante la escasa información de redes de apoyo y tratamiento a las que pueden acceder los hombres agresores; muchas veces con rasgos de personalidad psicopáticos y adicciones. Por otro lado, los intervinientes no psicosociales y los representantes de la ley, manejan bases teóricas desactualizadas y mal resumidas en el sentido común; no están familiarizados con cuestionar sus prejuicios y actualizar las teorías comprensivas, como debería estarlo el psicoterapeuta: “El terapeuta debe conducirse para intentar no hacer presente lo que

se hace presente de si mismos”³

El arquetipo de “Mujer maltratada”⁴ es una categoría previa con la que les funcionaries no psicosociales suelen vestir a la consultante. Teorías como el Síndrome de la Mujer Maltratada⁵, que establece ciclos y respuestas emocionales bien estudiadas en éstas mujeres, suele resumirse, comprenderse y aplicarse a ojos de dichos funcionaries de la peor forma: “la mujer está acostumbrada a ser maltratada: por ende, ya no le molesta”, “se enamora del agresor, pudiendo defenderlo”, considerando las recaídas y retractaciones como pérdidas de tiempo y signos patológicos insalvables, despojando éste fenómeno de variables sociales más amplias y evadiendo las estrategias que el medio puede desplegar para dar poder a la afectada.

El Diagnóstico del Síndrome de indefensión aprendida⁵, además, determina que la mujer, con una autoestima deficiente, acepta las agresiones al saberse incapaz de terminar con el ciclo de maltrato, esperando pasivamente directrices externas de cese, en un proceso patológico de adaptación. A los ojos del sentido común, este Diagnóstico cierra un círculo donde se malentiende que a la mujer “le gusta que le peguen”. Si esta base se comprendiese a cabalidad y se tomara seriamente como un enfoque en el tratamiento de la problemática, se consideraría también la fase de reorientación, caracterizada por una pérdida de redes, frente a la cual el sistema que recibe (y denuncia) debe mostrarse activo y firme, ya que representa, como no, la fuente de recursos y redes que puede entregar poder a la mujer, con miras a responsabilizarse de su libertad de acción (descrita además como la fase cúlmine para salir del círculo del maltrato), cuando ya las otras redes se han cerrado. La identidad está ligada con el saberse con poder.

Por último, sumado a éste síndrome, el imaginario colectivo suele aun utilizar el “Síndrome de Estocolmo” en la comprensión y manejo de los casos, a pesar de no estar reconocido por el DSM5 o el CIE 10 y que cae más bien en la categoría de efecto postraumático.

PROPUESTA

Un espacio terapéutico bien cuidado contribuye a que la consultante se cuestione, busque y valide su identidad; que se ocupe de sí misma de una nueva manera. Los procesos terapéuticos deben ser necesariamente prácticos, a pesar de ir por diferentes caminos. No basta con reflexionar: La única forma de imponerse al mal es a través de una iniciativa práctica⁶ y las redes alrededor de la mujer deben operar para que dicha praxis se desarrolle tan rápido como se dé la separación del agresor, con Instituciones que además cuenten con los recursos necesarios. La mujer afectada en tanto, requiere tiempo para cambiar y actuar: en estado de shock y apuro es complejo visibilizar posibilidades. No se puede curar a otre que no se deja tocar y hay muchos

roles que deconstruir en el manejo de los casos. En contextos precarios, se debe a veces vivir de maneras poco convencionales y otras fuera de la ley para subsistir. Dichas prácticas tienen profundo significado para las familias: fenómenos como la Delincuencia, el Embarazo Adolescente y el consumo de drogas son vías por las cuales las personas configuran su identidad, su sentido de pertenencia y responden a la dificultad de acceso a oportunidades. El terapeuta debe atender la subjetividad de la vida cotidiana y debe esforzarse para que la teoría y las exigencias legales no le lleven a perder al otro. La manera en que las mujeres asumen y viven la violencia no es “un error perceptual que el terapeuta debe corregir”.

Se debe reforzar el vínculo terapéutico y generar un espacio de intimidad, con el factor legal enmarcando el manejo siempre, pero no inmediatamente a mi parecer. Se debe informar a la afectada sobre la denuncia como el único apoyo efectivo para acceder a medidas de protección, ayudándola a apropiarse del proceso. El maltrato moviliza en un momento específico; el “despertar” a la experiencia del maltrato es una indicación formal de inicio para el trabajo terapéutico. Si la mujer deja la terapia, debiese ser al menos con su historia en sus manos, educada sobre sus deberes, derechos y posibilidades, sin olvidar la labor final del terapeuta: el cuidado del otro.

PROPUESTAS PARA EL MANEJO DE LOS EQUIPOS EN APS

Acoger y acompañar a las usuarias, trabajando los propios prejuicios. Priorizarlas en la educación sobre su salud bio psico social de manera integral en patologías de Salud Mental (Duelo, Crisis de pánico, Stress post traumático).

Es de suma urgencia la creación de un protocolo nacional unificado de apoyo a les denunciante (la afectada y/o el funcionario públque), por ejemplo exigiendo por ley a los Centros de Salud la existencia de un representante (como el Director del establecimiento, por ejemplo) que entregue los datos de contacto de la Institución a la que pertenece el denunciante y no sus datos personales y ofreciendo curadores ad litem de existir riesgo de ser agredidos en las Audiencias posteriores a la denuncia. Esta posibilidad actualmente sólo puede representar a menores de edad. Revisar el historial de denuncias o agresiones previas e informarlas, sumando pruebas audiovisuales, para dar peso y agilizar el proceso de apoyo a las afectadas.

Educarse sobre las instituciones de ayuda: SernaMeg, grupos de autoayuda, círculos de mujeres, Centros de atención a víctimas del delito (CAVD), Carabineros, Fiscalía, Paz Ciudadana. Que la entrega de esta oferta no recaiga solo en los EPS y no se entregue solo en manifestaciones físicas y severas de violencia.

Algunas Asesoras Jurídicas de la Unidad de Violencia contra la Mujer en SernaMeg pueden recibir las referencias sobre funcionarios que no lleven a cabo los protocolos legales establecidos: si un funcionario no denuncia, puede enfrentarse a sumario y desvinculación. Además, se recomienda derivar a las mujeres afectadas a Comisarías con Salas de Familia.

Saber quién soy es una posibilidad de ser diferente⁷, de hacer nuestras propias posibilidades. Mostrar en la práctica diaria, enmarcada con Perspectiva de Género el entramado que cruza su existencia y vida cotidiana de hombres y mujeres en torno a los roles de Género impuestos: educar y sensibilizar a todos sobre los tipos de violencia.

Considerando que la exigencia temporal está aun vigente, creer que el cambio puede hacerse por cualquier otro que le sea significativo a la consultante y que puede hacerse rápido estratégicamente. Aumentar denuncias solo viene a sobrecargar el sistema con casos que podrían desistir; con esta propuesta es de esperar que muchos más procesos se concreten satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

¹Decreto 1640. Promulga la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Ministerio de Relaciones exteriores. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar-app?idNorma=127037>

²“Violencia de género contra las mujeres, desafíos en la Respuesta judicial y análisis derecho”. Alicia Candia Molina. Boletín Machi. Número 4, Agosto 2017.

³Conversatorio Internacional Posracionalista, 2021. Giampiero Arciero. Leonor Walker, 1979.

⁴Leonor Walker, 1979.

⁵Seligman, 1991.

⁶Paul Ricoeur, 1990. <https://core.ac.uk/download/pdf/230191733.pdf>

⁷Paul Ricoeur, 1990. <https://core.ac.uk/download/pdf/230191733.pdf>

CIERRE ENCUENTRO CLÍNICO 2022



POR PAMELA MERRILL SILVA

Creamos el Encuentro Clínico de Psicología con Perspectiva de Género y Feminista con el fin de generar espacios de conversación en torno a uno de los ejes principales que se produce en y entre las relaciones de poder a partir de la organización social de la diferencia sexual: el género. Y por tanto que nos compete a nosotrxs como psicologues, no solo incorporar en nuestro trabajo, si no también inscribir en nuestra práctica el análisis del género como forma de resistencia y lucha contra las categorías heteropatriarcales.

Entender qué, cómo y de qué forma el género se reproduce en nuestro orden social nos da luces y abre el camino del entendimiento de todas las disciplinas que nos rodean: la historia, la literatura, el arte, la música, las ciencias sociales y científicas. La salud mental se gesta -como la gran mayoría de las disciplinas- en un contexto patriarcal, patologizante de los cuerpos oprimidxs, e instrumentalizador. Utilizando siempre nuestros cuerpos abyectos, invisibles, a beneficio de la estructura operante: el patriarcado. Interesante me parece que en tantas disciplinas hemos sido olvidadx o invisibilizadx, pero en la psicología hemos sido siempre objeto de estudio: el concepto de "inversión" de la sexualidad - inversión en el sentido de una desviación del sujeto respecto a la sexualidad supuestamente "normal"-, "Las histéricas" freudianas, entre muchas otras categorías opresoras. **¿Qué pasa si no concebimos la histeria como malestar de un contexto? ¿Qué sucede si no pensamos críticamente las categorías que nos imponen? ¿Si no las concebimos desde la perspectiva de género?** Tomar el concepto de género en nuestra práctica nos permite entender de

otra forma las categorías con las cuales tantas veces han buscado nombrarnos: la histeria como símbolo del malestar frente a una moral sexual tradicional que oprime, la histeria como resultado frente a la imposibilidad de accionar fuera del espacio privado: la familia, el hogar, lo doméstico. Frente a la dificultad de ser reconocidxs: como escritores, como científicos, como sujetxs.

La historia de la disciplina psicológica ha estado marcada por la omisión, presente en discursos hegemónicos que invisibilizan aquello que se diferencia de lo considerado normal, evidenciando por tanto en ella desigualdad y discriminación social que operan desde la construcción de su conocimiento.

Hablar de género en la salud mental no quiere decir aprender, entender, hablar de la diferencia entre un hombre y una mujer. Hablar de género hace alusión a reconocer una de las categorías de poder -entre otras categorías como la clase y la raza- que es construída y afectada desde y por las instituciones económicas y políticas. No solo entender cómo este discurso de poder - el conocimiento de la diferencia sexual- sucedieron sino también como éste discurso se usa para sostener nuevas relaciones de poder. Relaciones de poder que no podemos reproducir en nuestra práctica como profesionales de la salud mental. Y el feminismo es fundamental para esta lucha.

La Red de Apoyo Psicológico Feminista se gesta por ésta razón. Lo que comenzó como una instancia de análisis teórico nos llevó causalmente a transformarlo en práctica. Una organización que no solo pueda hacerse estas preguntas críticas fundamentales, sino también ofrecer un espacio de accionar efectivo

hacia la erradicación del ejercicio patriarcal en la salud mental. Hoy nuestra misión es brindar un espacio seguro de promoción y contribución a la salud mental con perspectiva de género, luchando tanto por una sociedad que permita la expresión libre de la diversidad, así como contra las diferentes formas en las que se expresa la violencia de género en Chile y Latinoamérica. Así, convertirnos en un apoyo activo en la promoción, asistencia y formación de la salud mental, siendo sustanciales en el trabajo que aboga por la inclusión en ésta de la perspectiva de género a través del feminismo. Hoy somos una organización que reúne a más de cincuenta psicologxs que ofrecen un espacio seguro para el ejercicio de la salud mental. A través de politizar la psicología hemos encontrado espacios de resistencia, de aprendizaje y de preguntas. ¿Qué implica trabajar desde el feminismo?, ¿De qué forma se inserta el feminismo en la salud mental? ¿Qué efectos tiene?

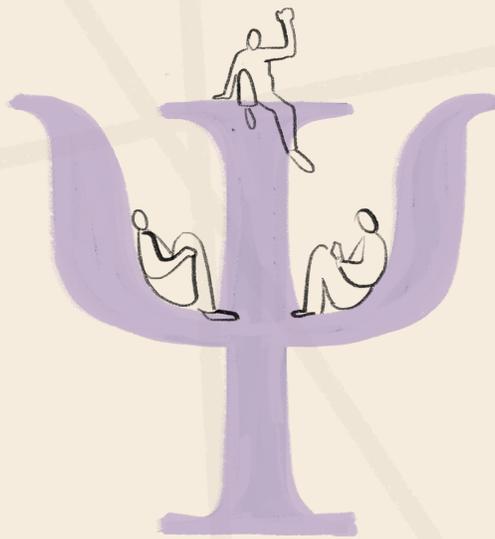
El Encuentro de Psicología con Perspectiva de Género y Feminista es una de las instancias fundamentales que construimos para reunirnos y conversar, generar espacios de encuentro fomentando el recorrido, la búsqueda y la deconstrucción de la psicología como la entendemos. Conversar sobre teoría pero fundamentalmente entender cómo esta teoría se lleva a la práctica psicológica. Comprender desde la experiencia y permitirnos sostener las preguntas que nos planteamos. Un conocimiento que se gesta desde lo personal e íntimo, desde la subjetividad. Y desde la subjetividad avanza. Entendiendo que no hay verdades absolutas en el conocimiento. Y así permitiéndonos siempre abrir nuevas preguntas que nos guíen en este recorrido. El vínculo entre

feminismos y salud mental resulta fundamental a la hora de poder pensar la relación entre el malestar, lo particular de cada consultante y la relación social y política en la que este se encuentra inserto.

Gracias por las presentaciones y las, les ponentes. Por entregar su intimidad en sus ponencias, qué importante es hacer de lo personal, de lo privado, un espacio de colectivización, un espacio de voz compartida. Tocamos tantas temáticas: el trabajo sobre el abordaje de la clínica psicológica, la resignificación y entendimiento del concepto de suicidio, nuevos abordajes del amor, la maternidad y sus contradicciones esenciales, y la violencia de género en nuestro contexto como país y como ésta pasa a ser violencia institucional. Abordajes nuevos que la perspectiva de género y feminista nos permite entablar. ¿Por qué necesitamos mirar las cosas desde ese lugar? Pienso en cómo nos enseñaron de historia. Cuando nos dijeron a todxs en nuestra clase de historia cuando pequeños que las mujeres se emanciparon a partir de la primera guerra mundial, ya que por primera vez trabajaron. Si lo vemos así, ¿desde qué lugar entendemos el trabajo? desde la concepción de lo que sería trabajo para el patriarcado, el trabajo como lo que hace el hombre. Pero la mujer siempre ha trabajado, toda su vida solo que su trabajo nunca ha sido considerado relevante. Si no abordamos la perspectiva de género nos perdemos la historia de lo que realmente sucede. Así también en nuestro trabajo clínico, así también en nuestro trabajo social.







REDPSICOFEM

www.redpsicofem.com

 [@redpsicofem](https://www.instagram.com/redpsicofem)