

Universidad de Chile
Facultad de Filosofía y Humanidades
Centro de Estudios de Género

Estudio de caso sobre la incorporación de perspectiva de Género en un centro de salud mental comunitaria.

Tesis para optar al grado de Magíster [en Estudios de Género]

Autora:

CAROLINA CASTRUCCIO A.

Profesora Patrocinante: MARGARITA IGLESIAS S.

Santiago – Chile 2008

Agradecimientos .	1
Introducción .	3
Preguntas que orientan la investigación .	5
Objetivos . .	7
Objetivos Generales: .	7
Objetivos Específicos: .	7
Marco Teórico . .	9
Capítulo 1: La enfermedad mental. .	9
1.1 El Discurso Científico. La Enfermedad mental como concepto. . .	9
1.2 La historia del concepto de enfermedad mental. . .	13
1.3 Historia de la Psiquiatría en Chile. . .	24
Capítulo 2: Lo Femenino. Construcción de Identidad Femenina y Enfermedad Mental. .	30
2.1 El sistema Sexo Género .	30
2.2 La Construcción de una imagen femenina en la historia del discurso médico, en Chile. . .	33
2.3 Subjetividades Femeninas y Salud Mental. .	37
2.4 Ejemplo de crisis NO Normativa: La Violencia Conyugal. . .	43
Capítulo 3: Perspectiva de Género en la Intervención Psicosocial para y con Mujeres. .	46
3.1 Perspectiva de Género en la investigación. .	47
3.2 Intervención con perspectiva de Género. . .	49
Marco Metodológico . .	53
1. Fundamento Teórico de la Investigación. .	53
2. Antecedentes de Contexto para la Investigación. . .	54
2.1 Políticas Públicas para la intervención en salud mental. .	54
2.2 Políticas Locales para la intervención en salud mental. .	57
3. Categorías y dimensiones para el análisis de Documentos y Entrevistas. .	58

Resultados .	63
1 Texto: Programas de Intervención y Sistematización de Fichas Clínicas. .	63
1.1 Categoría: Poder y Concepto de Enfermedad Mental .	63
1.2 Categoría: Contexto Social . .	69
1.3 Categoría: Estereotipos de Género .	71
2 Texto: Entrevistas a encargados de programas de intervención. .	73
2.1 Categoría: Poder y Concepto de Enfermedad Mental .	73
2.2 Categoría: Contexto Social . .	78
2.3 Categoría: Estereotipos de Género .	80
Síntesis de Resultados .	83
Categoría Poder y concepto de enfermedad mental. .	83
Categoría de Contexto Social .	84
Categoría Estereotipos de Género .	85
Discusión y Conclusiones . .	87
Reflexión Personal .	95
Metodología aplicada a la investigación .	99
1. Técnica a utilizar en la investigación .	99
2. Atributos Muestrales .	99
3. Modalidad de Análisis de Resultados . .	101
Guía para las Entrevistas realizadas a encargados de programa en COSAM .	103
Transcripción de Entrevistas .	105
Entrevista a encargada programa Violencia Intrafamiliar. .	105
Entrevista encargada programa trastornos Psiquiátricos Mayores. . .	112
Entrevista a encargado de Programa de Adicciones .	119
Bibliografía .	129
ANEXOS .	131

Agradecimientos

Quisiera comenzar agradeciendo sinceramente a mi profesora guía, Margarita Iglesias, por patrocinar, apoyar e interesarse en este proyecto en todo momento; por su invaluable paciencia y flexibilidad con los cambios que fueron surgiendo en el camino, por su tiempo destinado a reuniones, por sus comentarios que ampliaron y enriquecieron mis planteamientos, y por su dedicación para entender y guiar mi forma de pensar, con firmeza y cariño.

Agradezco a mis demás profesoras del magíster, por sembrar en mí el interés y curiosidad por el estudio e investigación en temas socioculturales relativos al género y la etnia, entre otros. El conocimiento de estos temas constituye ya una apertura de perspectiva, imposible para mí de olvidar y seguir desarrollando en mi quehacer profesional y personal.

A mis compañeros de trabajo en COSAM, agradezco su entera disposición y tiempo para las entrevistas realizadas. Agradezco especialmente a Italo García, director del centro, por su apoyo incondicional en cuanto a la utilización de documentos, la pertinencia y relevancia de este trabajo como un aporte y, por supuesto, los tiempos y espacios necesarios para la realización de esta tesis.

A toda/os mis amiga/os por reforzar y apoyar constantemente este proyecto. A mi gran amigo Jorge un agradecimiento especial, por su gran y oportuno aporte metodológico en momentos de interminables dudas.

Finalmente quiero agradecer de corazón a mi familia, mis padres y hermanos, por su incondicional e infinito apoyo, interés, cariño y amor para comenzar, elaborar y terminar todos los proyectos que he emprendido a lo largo de mi vida. ¡!!Muchas Gracias a Todas y Todos!!!

Carolina.

Introducción

Históricamente, en diversas leyendas, fábulas, cuentos, y narraciones, se ha asociado al género femenino con la naturaleza de lo indómito, y al género masculino con la producción de la cultura, de lo social. ¿Qué quiere decir esto?, a primera vista pareciera que las mujeres no han participado activamente de esta construcción social y que el mundo ha sido creado por los hombres....., sin embargo lo que reflejan más bien estos relatos es como “lo social” ha sido asociado y aún, en gran medida, escrito y contado por el género históricamente hegemónico, el masculino.

La historia o las historias contadas desde un género hegemónico se transforman en historias y discursos hegemónicos, reflejando años de dominación, subyugación y marginación, en este caso, hacia las mujeres. Discursos de “verdad”, que nombran, configuran, limitan y aprisionan, definiendo qué es una mujer, qué se siente ser mujer, qué es lo femenino, y por supuesto cuál será su posición en “lo social”.

Foucault postulaba, en la práctica histórica, la revisión del valor del documento, a fin de reconstituir a partir de ellos el pasado del que emanan. Pensando en el documento como un reflejo del discurso y, en la historia y contexto del cual surge este último, se encuentra que los discursos se basan en otros discursos, similares, configurando una historia oficial, que confirman distintas “verdades históricas”. Siguiendo la idea inicial, los discursos hegemónicos sobre las mujeres se basan en otros discursos históricos y hegemónicos tales como la justicia, la religión y, la ciencia. Es a través de este último discurso, que la presente investigación postula cómo el discurso médico junto a su carácter de “verdad” detentado, intentará a lo largo de la historia controlar y dominar,

corporal y mentalmente, la “naturaleza” femenina.

En una relación humana de posturas sociales asimétricas, como la es la de médico – paciente, interesará conocer cuáles serán los parámetros para configurar realidades en el discurso, suponiendo que esta relación uno de los dos ha sido al menos designado para cumplir el rol social de tratar, corregir, remediar, y sanar. Si los imaginarios, concepciones, ideas, estereotipos, prejuicios, configuran nuestras realidades en relación con otro, sobre todo cuando es del otro sexo / género..... ¿cuáles serán entonces desde el rol social de “terapeuta”, las concepciones e imaginarios sobre lo/s femenino/s y lo/s masculino/s pensando en que se circula dentro de un discurso de “verdad”, y que por lo tanto se crean y recrean constantemente conceptos “verdaderos”?

Justamente para analizar el impacto y construcción cultural en el lenguaje, se ha escogido el terreno de “lo mental” como el espacio más intangible dentro del discurso médico científico, y por lo tanto uno de los más sensibles a las subjetividades de los involucrados en la relación médico – paciente, puestas en el lenguaje. A partir de esta base, es que la presente investigación se desarrollará en una institución de salud pública, correspondiente a un centro de salud mental, en la cual han existido y existen muchas relaciones entre terapeutas y pacientes. El estudio es de carácter exploratorio, y pretende conocer la noción institucional de género en el marco de las enfermedades mentales en mujeres.

Como ya se señaló la relevancia de esta investigación radica en las distintas posibilidades como resultado de un tratamiento, basados principalmente en la palabra; ya que las configuraciones de realidad construidas en el lenguaje constituyen las orientaciones sobre la calidad de la atención en salud y sobre la calidad como personas participantes y constructores activos de la sociedad.

En este sentido, al mismo tiempo de constituir un ejercicio de hipótesis sobre los resultados de las intervenciones para el otro, interesa conocer el impacto personal como terapeuta de las intervenciones, suponiendo que antes de esa reflexión existe una conciencia adscriptiva por parte del o la terapeuta a un lugar en el sistema sexo género actual.

Por estas razones y otras, que serán descubiertas en el camino, el presente trabajo constituye un paso adelante en la formación como persona, profesional e investigadora, abriendo nuevas interrogantes y etapas por continuar más adelante.

A continuación, el marco teórico, metodológico, resultados y conclusiones que componen esta investigación.

Preguntas que orientan la investigación

¿Qué componentes socio históricos han formado y forman parte del discurso hegemónico científico y médico con respecto a las mujeres y sus enfermedades?

¿Cómo han operado y operan estos componentes discursivos en la práctica terapéutica con mujeres?

¿Cuáles son las concepciones e imaginarios de los/las terapeutas con respecto a las mujeres que padecen trastornos mentales?

¿Existe reflexión sobre la propia pertenencia al sistema sexo género por parte del o la terapeuta?

¿Existe hoy perspectiva de género en salud mental? ¿Existe concordancia entre la ideología y la práctica? ¿Cuáles son las brechas?

Objetivos

Objetivos Generales:

1. Analizar el discurso histórico en torno a la enfermedad mental en mujeres, y su asociación con otros discursos.
2. Analizar la práctica del concepto de enfermedad mental en mujeres, en la actualidad, a través del análisis discursivo institucional en un centro de salud mental familiar.

Objetivos Específicos:

- 1.1. Describir las relaciones de poder al interior del/os discurso/s médico científico/s sobre enfermedad mental en mujeres.
- 1.2. Describir las condiciones socio históricas para la emergencia de este/os discurso/s.
- 1.3. Describir los estereotipos de género presentes en el/los discurso/s médico

científico/s sobre enfermedad mental en mujeres.

2.1. Describir contenidos y/o conceptos sobre género y enfermedad mental en mujeres, presentes institucionales.

2.2. Analizar la existencia o no de reflexiones, por parte de los terapeutas, en torno a su pertenencia al sistema sexo género y sus implicancias en la práctica clínica.

2.3. Describir diferencias y brechas existentes entre los enunciados programáticos, registros en fichas clínicas, y relatos de profesionales, en torno al género y concepto de enfermedad mental en mujeres.

Marco Teórico

Capítulo 1: La enfermedad mental.

1.1 El Discurso Científico. La Enfermedad mental como concepto.

Tal como se señaló en la introducción, uno de los dispositivos discursivos de mayor influencia y poder sobre la categoría sexo genérica femenina, será el discurso médico científico. Para los efectos de la presente investigación, este primer capítulo estará dedicado a profundizar en la historia de la medicina científica, en particular la psiquiatría, en torno a los conceptos de enfermedad mental, en general y, específicamente en mujeres. Esto, como una forma de entender el contexto socio histórico desde el cual surgen conceptos presentes en los imaginarios y lenguajes que orientarían las prácticas actuales en la intervención con mujeres que padecen trastornos mentales.

Para comenzar se presenta una, de las muchas posibles, descripción histórica sobre la disciplina científica en el área de la salud y enfermedad mental, es decir la psiquiatría; aparecen como importantes algunas consideraciones previas sobre los mecanismos articuladores y reproductores de “la producción conceptual” en la cultura.

Entre las más recientes producciones críticas respecto al concepto de enfermedad

mental, A. Vásquez plantea que lo que consolida a las distintas disciplinas como tales, es el poseer un lenguaje propio, que las constituye y funda. Este lenguaje surgiría a partir de la interacción entre un lenguaje “común o corriente” y el discurso científico. Desde este autor, lo que llamamos “discurso científico” es un espacio de representación colectiva en el cual se da la ciencia, cuya principal actividad es la permanente reformulación de sus objetos. Desde este marco, las disciplinas científicas pueden caracterizarse como discursos que crean y re-crean objetos de los cuales “fabrican” enunciados. Estos arte-hechos se convierten, cuando el diálogo y la polémica fructifican, en hechos. Los “hechos” de la naturaleza serían el resultado de disputas zanjadas.¹

De aquí se desprende el hecho que la ciencia posea un lenguaje cerrado, en el sentido de ser la única disciplina de “traducirse a sí misma”, por lo tanto un objeto creado y recreado en ella, por un lado tiene sólo significado en su lenguaje, pero por otro no existe posibilidad de cuestionamiento a la “creación” de ese objeto, al menos inicialmente. Asimismo también puede desprenderse de esto, el supuesto sobre la afirmación de las disciplinas, discursos y enunciados en otras disciplinas, discursos y enunciados similares. En el caso de la ciencia, su histórica relación con la religión y la justicia para otorgar a lo largo del tiempo el carácter de verdad a sus distintos conceptos y enunciados.

Se plantea entonces como necesario estudiar el discurso científico reflexionando sobre sus orígenes y modo de constitución, aceptando que no es sólo un producto sino una fuerza productiva. *“La realidad es una narrativa exitosa. Es aquello que se hace hablando en una comunidad de reconstrucciones de objetos que sólo existen en tanto se habla de ellos de una determinada manera”.*² El discurso del especialista, no sería más que una diferenciación, a veces deformada, del lenguaje corriente (especialmente en las disciplinas cuya formalización discursiva no es de orden matemático y que basan su progreso más bien en la acumulación y ordenamiento de enunciados con contenido empírico). La “verdad” como una narrativa exitosa, es el logro al que aspiraría la ciencia. Tal sería el caso, desde Vásquez, del discurso de la psiquiatría. Es en este sentido que el lenguaje del médico psiquiatra, y la validación de éste, se traduce por ejemplo en la práctica clínica del Consultorio o Centro de Salud. Chartier aporta a esta caracterización sobre los discursos científicos, señalando que las convenciones lingüísticas que operan en estos discursos no serían neutras, ni universales, sino que estarían fundadas en los conceptos clásicamente manejados por “la historia de la ideas”³, que alude a la pretensión de encontrar equilibrios estables y regulaciones constantes; es decir “verdades” estables. Es por esto que una historia “alternativa” de las ideas, estará más interesada en los fenómenos de ruptura y la incidencia de estas interrupciones, que en las regularidades. ¿Cuáles son entonces las principales características del discurso de la psiquiatría en su historia de equilibrios estables? ¿Cómo se articula desde ella una

¹ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatría.htm>

² VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatría.htm>

³ CHARTIER, Roger. “Escribir la prácticas”. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 18.

historia alternativa, que disida de la hegemónica?

Desde los postulados descritos, un eventual análisis del discurso psiquiátrico, en su búsqueda de equilibrios estables, se podría basar en torno a dos ideas centrales: el lenguaje técnico y reificador de esta disciplina, y la dimensión de poder que articula y en la cual opera este lenguaje.

En cuanto al lenguaje utilizado por la ciencia psiquiátrica, ya se señalaba desde Vásquez el gran impacto de la cultura y la época en la constitución del vocabulario técnico y repertorio conceptual de este discurso, es decir, el peso del lenguaje en la creación “problemas”, abriendo caminos a la investigación y la práctica. Relativo a esta idea, Roger Chartier señala que *“el ‘orden del discurso’... está dotado de eficacia: instauration divisiones y dominaciones, es el instrumento de la violencia simbólica y, por su fuerza, **hace ser a lo que designa**ese orden no carece de límites ni de restricciones. Los recursos que los discursos pueden poner en acción, los lugares de su ejercicio, las reglas que los contienen, están histórica y socialmente diferenciados. De allí el acento está puesto sobre los sistemas de representaciones, las categorías intelectuales, las formas retóricas que, de maneras diversas y desiguales, determinan la potencia discursiva de cada comunidad.”*⁴ Es decir, se hace referencia al poder reificador del lenguaje, en la historia y en la configuración discursiva de las disciplinas científicas, en este caso de la psiquiatría.

En este sentido, se consolida la idea sobre el gran impacto relacional del lenguaje, de su poder reificador, de construcción para un objeto, sujeto, y en este caso diagnósticos, que muchas veces se transforman en el lenguaje no como una parte del sujeto sino en el sujeto mismo; la persona deja de ser portadora de una enfermedad y pasa a transformarse en la enfermedad, en su diagnóstico. Es interesante también detenerse en el contexto de emergencia social para el “orden del discurso”, que se basa en el sistema de representaciones, categorías intelectuales, etc. de los que los enuncian. De aquí que no sea casual el estudiar una de las partes dialogantes en esta relación entre el representante de la ciencia, el terapeuta, y su paciente. ¿Cuáles son las categorías representacionales, el orden simbólico de estas representaciones, en los enunciados terapéuticos? Siguiendo esta idea, se podría postular, y se revisará más adelante, que las características de estos enunciados estarían determinadas en gran medida por el poder de discursos oficiales, referidos a elementos sociales tales como la clase, etnia, y género.

El segundo aspecto a relevar en este análisis discursivo, tiene relación con el estatuto del saber psiquiátrico como discurso inquisidor; es decir el discurso como una particular forma de emplazar constructos como dispositivos del poder. Dicho desde Chartier *“...para imponer una disciplina, un orden o una representación (del poder, del otro o de uno mismo) siempre debe transigir con los rechazos, distorsiones y artimañas de aquellos y aquellas a quienes pretende someter”*.⁵, de modo tal que una misma expresión en boca de una persona común carece del peso ante la palabra dicha por un

⁴ CHARTIER, Roger. “Escribir la prácticas”. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 8.

⁵ CHARTIER, Roger. “Escribir la prácticas”. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 9.

perito psiquiátrico. En esta idea, Vásquez por ejemplo, propone suponer que alguien rotula a un individuo de “demente”; la “verdad” no interesa para poner en marcha el sistema de atención médica, sólo la reconstrucción técnica de lo designado por el vocablo es válida socialmente; y ello, en virtud de ser el término usado por alguien que “sabe”. Saber en este caso, supone que el instrumental lingüístico ha sido previamente “socializado” en usos y contextos específicos por parte de quien profiere la expresión, alguien que participa de una tradición que valida el uso.⁶ Así, el trabajo de investigación, en cualquier disciplina, consiste en construir significados o, lo que es casi idéntico, inventar objetos para hablar de ellos. El lenguaje es la realidad constitutiva esencial de toda ciencia y también de toda práctica social. Una y otra se perpetúan por la enseñanza, que es la reconstrucción perenne de los significados sociales.

Relativo a este punto, para existir una relación terapeuta – paciente, se necesitan ambos protagonistas, y sus enunciados son igualmente relevantes para los efectos presentes. Sin embargo lo que se trata de relevar es el hecho que uno de los dos discursos o enunciados se encuentra avalado por una disciplina que otorga el manto de “verdad”, y poder, a lo dicho. Esto no constituiría un mayor problema, si ambos enunciados (con mayor o menor asidero disciplinario) se encontraran en un campo de diálogo igualmente válido. Se piensa, por el contrario, que muchas veces el enunciado o discurso médico científico psiquiátrico, y psicológico, se transforma en una especie de monólogo que da razón y verdad a los diagnósticos y postulados existentes para tal o cual caso; un mecanismo donde el otro se convierte sólo en la presencia necesaria que justifica la existencia del monólogo.

¿Cómo entender entonces esta relación?

“¿ Cómo pensar las relaciones que mantienen las producciones discursivas y prácticas sociales?”⁷ . Se esboza una respuesta desde Chartier, al proponer la articulación de la construcción discursiva del mundo social con la construcción social de los discursos, “dicho de otro modo, de inscribir la comprensión de los diversos enunciados que modelan las realidades dentro de coacciones objetivas que, a la vez limitan y hacen posible su enunciación”.⁸ Vásquez plantea por su parte, que hacer del discurso de la psiquiatría el punto central de la indagación, estudiarlo en sus mutaciones y en sus permanencias, no significa otra cosa que detenerse en su opacidad. “Hay que analizar el conjunto de las resistencias al panóptico en términos de táctica y de estrategia, diciéndose que cada ofensiva de un lado sirve de punto de apoyo a una contraofensiva del otro lado. El análisis de los mecanismos de poder no tiende a mostrar que el poder es a la vez anónimo y siempre ganador. Se trata, por el contrario, de localizar las posiciones y los modos de acción de cada uno, las posibilidades de resistencia y de contraataque de uno y otros.”⁹

⁶ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatria.htm>

⁷ CHARTIER, Roger. “Escribir la prácticas”. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 7.

⁸ CHARTIER, Roger. “Escribir la prácticas”. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 8.

Tal como se señaló para una relación, en este caso entre terapeuta y paciente, o binomio terapéutico, es necesaria la existencia de ambos lugares, uno/a que ocupe el lugar de terapeuta y el otro/a que ocupe el lugar de paciente. Desde los autores antes mencionados, ambos lugares conformarían dinámicas lingüísticas de poder que sería necesario estudiar. Desde ¿dónde, entonces, analizar el discurso y relación psiquiátrica, con el fin visibilizar la construcción social de los lugares de los protagonistas de esta relación de poder dinámico descrita por Foucault?

Al parecer una de las respuestas posibles estaría en el análisis histórico de la disciplina, ya que siguiendo los planteamientos de Michel de Certeau, *“la ciencia de la historia es la más apta para representar la diferencia, para poner en escena la alteridad”*¹⁰o desde Foucault, el análisis de la “desviación”, a partir de las series regulares y discontinuas de acontecimientos.

1.2 La historia del concepto de enfermedad mental.

“¿respecto de qué norma se estima que la enfermedad mental constituye un apartamiento?” (Thomas Szasz)

A lo largo de la historia el concepto de enfermedad mental ha variado, según sus contextos sociales de emergencia. Al respecto Elizabeth Roudinesco, habla sobre el tránsito del concepto de enfermedad mental a lo largo de la historia: *“En las sociedades preclásicas, jerarquizadas, y no igualitarias, el loco solo era tolerado porque se lo consideraba infrahumano (la bestia insensata) o suprahumano (la posesión divina). En las sociedades modernas, democráticas e igualitaristas, se operó una inversión: el loco ya no era considerado como el Otro excluido sino como el Alter – Ego, como un sujeto enfermo”*¹¹

Justamente dentro de esta transición histórica de conceptos, desde sus contextos de emergencia, interesa al presente trabajo destacar aquellos tránsitos históricos que constituyeron o constituyen inflexiones o “discontinuidades” con respecto a la historia más clásica u oficial de la disciplina psiquiátrica. En este sentido, una de las grandes vertientes que quiebra el orden establecido, es la denominada corriente antipsiquiátrica.

La antipsiquiatría, que tiene su auge en la década de los 70, postula que las condiciones sociales en que una persona perderá su salud y/o razón (en el caso de las enfermedades mentales) y la asistencia que reciba en ambas situaciones, dependerá decisivamente de su condición de clase, así como la de su observador. Es decir, pone acento por un lado en el contexto social y económico del “paciente”, así como las condiciones socio históricas de su observador, el/la terapeuta.

⁹ CHARTIER, Roger. *“Escribir la prácticas”*. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 45.

¹⁰ CHARTIER, Roger. *“Escribir la prácticas”*. Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 57.

¹¹ ROUDINESCO, Elizabeth, y otros. *“Pensar en la locura. Ensayos sobre Michel Foucault.”*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 24.

Es por estas razones que, la antipsiquiatría, constituye una empresa práctica y política, más que técnica teórica, que busca subvertir las relaciones de las instituciones psiquiátricas dentro de ellas mismas, y sobre todo las relaciones de éstas con las instancias económico político ideológicas que las definen y condicionan.

1.2.1 La fabricación de la locura.

“...si uno va a la iglesia y habla con Dios, a eso se le llama rezar. Si sale uno de la iglesia y le dice al policía de la esquina que Dios ha hablado con uno, eso es esquizofrenia” (Thomas Szasz)

Uno de los más importantes exponentes de la corriente antipsiquiátrica es Thomas Szasz. Este médico, con entrenamiento psicoanalítico, comienza en la década de los 50 a generar polémicas en torno y contra el imperialismo psiquiátrico y la ideología de la salud mental. Uno de sus más importantes trabajos se refiere a la enfermedad mental como un mito, iniciando con éste un debate mundial sobre los denominados trastornos mentales. Este autor plantea que la enfermedad mental es un concepto, y existe en la misma forma que existe cualquier concepto teórico; sin embargo, al existir éstos dentro de teorías muy difundidas (por no decir hegemónicas) aparecen, ante los ojos de quienes creen en ellas, como “verdades objetivas” o “hechos”. Señala: *“En determinados períodos históricos, conceptos explicativos tales como las deidades, las brujas y los instintos parecían ser no solo teorías sino causas evidentes por sí mismas de un vasto número de fenómenos. En la actualidad, la enfermedad mental es concebida en buena medida de manera análoga, vale decir, como la causa de una cantidad innumerable de acontecimientos diversos”*¹²

Con respecto a esta concepción de enfermedad mental como mito, Vásquez concuerda con Szasz, planteando que cuando se habla de enfermedad mental se está hablando en sentido figurado, y que los diagnósticos psiquiátricos serían etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad. Señala que si no hay enfermedad mental, tampoco puede haber hospitalización o tratamiento para ella; y se pregunta por qué si la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro, tal como la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Alzheimer, existen leyes especiales para el internamiento o tratamiento forzado de los llamados esquizofrénicos. Con esto, no intenta negar la existencia de la locura, sino más bien lo que se cuestiona es la veracidad científica de categorizarla y tratarla como una enfermedad legítima tan curable como una apendicitis o una neumonía. Desde este punto de vista, la locura, en su sentido clásico y literario, es más bien un asunto personal (anormalidad) y/o político (desacato o disidencia).

En estos postulados se hace referencia al carácter dogmático y ostentador de “verdad” de la disciplina científica, teniendo el poder de crear y recrear un concepto como el de la esquizofrenia, dotando esta palabra de significados, síntomas, y necesario tratamiento. Al crear este concepto se crea inmediatamente también su posibilidad de cura, sanación, en manos de los médicos, los únicos capaces de observar y entender su composición. Bajo esta concepción científica, el doctor es el experto en la vida, y mente del otro. Y esta dinámica relacional justamente es la que critica y quiebra la corriente

¹² SZASZ, T. “Ideología y enfermedad mental”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970 Pág. 22.

antipsiquiátrica. Pero ¿por qué o para qué la creación de este concepto o mito de la enfermedad mental?

Al señalar la enfermedad mental como mito se hace referencia, a un hecho ya enunciado, la idea que los “locos” tratan de decir cosas incómodas, lo que no se quiere oír, y es por esto que la sociedad contaría con los psiquiatras para silenciarlos; se articula una conspiración de silencio. Lo que se denomina como 'enfermedades mentales' son los comportamientos de individuos que perturban. Szasz y Vásquez, señalan que la esencia de la locura es el disturbio social y el tratamiento que se aplica a aquellos que la “padecen” se asimila al de un cargo político en el marco de un Estado totalitario, el de disidencia. Así, la psiquiatría es también un emplazamiento de lo que se podría denominar como el Estado Terapéutico, caracterizado por una sociedad excesivamente medicalizada y una cultura que tiene como correlato el crecimiento desmedido de la industria farmacéutica y sus ganancias, llegando a constituir una de las áreas de actividad económica más rentables y pujantes en la actualidad.¹³

Siguiendo en la línea de esta denominada necesidad psiquiátrica de silenciar a los “pacientes”, son interesantes los postulados de Szasz al señalar que las enfermedades mentales entendidas como deformaciones de la personalidad y causas de la falta de armonía entre las personas suponen la idea de que la interacción social es intrínsecamente armoniosa. Epistemológicamente esta afirmación incurre en error al considerar el concepto de enfermedad mental como causa de cierto tipo de conductas, disruptivas, siendo este concepto creado para expresar este mismo tipo de conductas. Por otro lado señala que la enfermedad mental implica el apartamiento de una norma claramente definida, pero....¿cuál es esta norma? Responde planteando que sea cual fuere ésta, estaría forzosamente expresada en función de conceptos psicosociales, éticos y jurídicos “...cuando se habla de enfermedad mental, el apartamiento se mide respecto de un patrón psicosocial y ético. Pese a ello, el remedio se busca en procedimientos médicos...”¹⁴ Si las normas se encuentran establecidas, pueden ser dos las instancias que decidan una separación de ellas: la persona misma u otros, familia, autoridades, psiquiatra. Y, la acción correctiva de este alejamiento será buscada dentro de un marco terapéutico, es decir médico. Se sostiene, por tanto, que desviaciones psicosociales, éticas y jurídicas pueden corregirse mediante una acción médica.

Aparece como relevante la idea de este autor en torno a cómo desviaciones a la norma social, encuentran su corrección en procedimientos médicos. Esto, porque de alguna forma podría explicar cómo actualmente, tanto en la concepción misma de la salud mental, así como en la práctica de la cura en distintos recintos de tratamiento en salud mental, como por ejemplo los hospitales psiquiátricos, se encuentre una gran variedad de motivos de ingreso, siendo no todos necesariamente de origen psiquiátrico, sino también por indigencia, delincuencia, dependencia de drogas, hacinamiento, etc. Es decir la locura se confunde y camufla, tal como se verá más adelante, con distintas

¹³ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatria.htm>

¹⁴ SZASZ, T. “Ideología y enfermedad mental”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970. Pág. 25.

problemáticas psicosociales de marginación y exclusión; como si todas estas condiciones fueran equivalentes bajo la mirada médico científica, y social, a enfermedad. Al respecto, se piensa que, el recluir, “tratar” y re marginar a una persona en un hospital es definitivamente más económico que realizar profundas transformaciones y coordinaciones con aparatos jurídicos, religiosos, económicos y otros, en busca de equidad y justicia para toda la sociedad en su conjunto; sin considerar además que la internación reproduce las relaciones sociales que justamente provocan o convocan la marginación de esa persona.

La neutralidad supuesta en el lenguaje científico, señalada anteriormente por Chartier y Vásquez, nuevamente es cuestionada y puesta en jaque también desde Szasz. Este último postula que las dificultades en las relaciones humanas, de las cuales se ocuparían los psiquiatras, son analizadas, interpretadas y dotadas de sentido dentro de contextos sociales y éticos específicos. Por lo tanto, la orientación ético social del médico influirá en sus ideas sobre lo que anda mal en el paciente, sobre lo que merece un comentario o una interpretación, sobre la dirección conveniente en la cual debería darse el cambio, etc. De aquí podría desprenderse que: “...*las intervenciones psiquiátricas que la gente busca y recibe dependen más de su status socioeconómico y de sus creencias morales que de las “enfermedades mentales”.....*”¹⁵. En este sentido importará, en términos de la calidad y eventuales resultados de la relación terapéutica, conocer cuáles son las condiciones psicosociales de ambos miembros del binomio terapéutico que se exponen en la relación; ya que se puede pensar, a partir de estos postulados, que al tener mayor conciencia y reflexión sobre la orientación ético social como terapeuta cambiarían de algún modo los discursos y dinámicas al interior de esta relación.

Sobre estas dinámicas posibles en la relación terapéutica, Szasz realiza una distinción disciplinaria, diferencia los procesos psicoterapéuticos que se ocupan de problemas de la vida, en contraste con los psiquiátricos que tratan enfermedades mentales “reales” y “objetivas”. Plantea que la psiquiatría opera con una idea de la enfermedad mental como entidad nosológica, como una infección o un cáncer. Con esto no quiere apoyar la inexistencia de fenómenos sociales o psicológicos a los que se les adhiere el rótulo de enfermedad mental, tal como es señalado anteriormente por Vásquez. Lo que le interesa mostrar es justamente los rótulos que adquieren estos fenómenos y cómo se utilizan los mismos. Le interesa proponer una mirada renovada y simple sobre los fenómenos que actualmente se denominan enfermedades mentales, removiendo su categoría de enfermedad para ver en ellos expresiones de lucha que debe librar el hombre con el problema de *cómo debería vivir*. Este problema, a su juicio, refleja la incapacidad del ser humano para enfrentarse a su medio y en mayor medida, la incapacidad para reflexionar sobre sí mismo. En este sentido, la enfermedad mental “*es la auténtica heredera de los mitos religiosos en general, y de la creencia de las brujas en particular. La función de estos sistemas de creencias fue actuar como tranquilizantes sociales, alentando la esperanza de adquirir dominio sobre ciertos problemas mediante operaciones mágico simbólicas sustitutivas. El concepto de enfermedad mental sirve, pues, principalmente para ocultar el hecho diario de que la vida es, para la mayoría de la gente, una lucha continua, no por la supervivencia biológica, sino por “encontrar un lugar*

¹⁵ SZASZ, T. “Ideología y enfermedad mental”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970. Pág. 28.

*bajo el sol”, por alcanzar la “paz del espíritu” o algún otro sentido o valor.”*¹⁶ Señala que en la adhesión al mito se esconde la evitación del conflicto, en la certeza de que la salud mental (concebida como ausencia de enfermedad mental) asegura decisiones correctas y seguras en la vida. No niega la existencia de infelicidad personal o conductas socialmente desviadas, solo propone que la categoría de enfermedad mental es una construcción conceptual hecha a propia cuenta y riesgo de la sociedad.

La reflexión sobre construir un mito social para evitar el conflicto o esconder la falta de felicidad o satisfacción es interesante, esto porque se piensa que al objetivar o nombrar un “algo” que es la enfermedad mental, allá fuera, en el otro, lo que se hace es externalizar una responsabilidad personal y social en conjunto en cuanto a proporcionar los medios para una igualdad, justicia y bienestar común. Al producir estereotipos sobre los enfermos mentales, lo que hace la sociedad es proyectar afuera todo lo que no quiere ver internamente, ni de lo cual quiere hacerse cargo.

Desde otra perspectiva, más centrada en el espacio donde se produce y reproduce la práctica psiquiátrica sobre la enfermedad mental, se encuentra Franco Basaglia, otro de los exponentes de la llamada antipsiquiatría. Dentro de su biografía se encuentra el hecho de haber vivido dos situaciones diametralmente opuestas pero íntimamente unidas: haber sido recluso en la cárcel, bajo el régimen de Mussolini, y haber sido luego director de un hospital psiquiátrico, en la década de los 70, desde el cual emprendió una de las subversiones más radicales de la institución psiquiátrica en los últimos tiempos. Para este autor, uno de sus principales postulados es que cárcel y manicomio son instituciones cerradas con un mismo propósito, proteger a la sociedad de lo que se desvía de la norma, en estos casos del delincuente y del enfermo mental respectivamente. Aparece la concordancia con otros antipsiquiatras sobre la protección de la sociedad contra la desviación de sus normas. Él postula que las instituciones públicas no sirven al contenido de las instituciones: la rehabilitación de la persona, sino que responden a una exigencia del sistema social: la marginación. *“Nuestra sociedad, tal como está organizada, no está hecha a la medida del hombre sino que está hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, está hecha solamente pensando en la eficiencia productiva. Pues bien, quien no responde a este juego social es marginado”*¹⁷

En los casos del delincuente y el enfermo mental, las personas no son tratadas por lo que son, sino por la molestia social que causan. Dentro de la institución psiquiátrica el enfermo nunca recibe una respuesta a sus necesidades, éstas están permanentemente normadas por horarios y formas que las condicionan y moldean. La institución psiquiátrica no es un espacio de cuidado, es un espacio de custodia, de castigo, si no se cumple con la norma organizacional. ¿Este es el espacio que desde los científicos posibilitarán la “cura” de la enfermedad mental?, se pregunta. Plantea también una diferencia entre diagnóstico y etiqueta, siendo esta última una utilización del diagnóstico para marginar, invalidar y eliminar a la persona. Sin embargo, el concepto de diagnóstico no escapa a un

¹⁶ SZASZ, T. “Ideología y enfermedad mental”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970. Pág. 33.

¹⁷ BASAGLIA, F., LANGER, M., SZASZ, T. “Razón, locura y sociedad”. Ed. Siglo Veintiuno. México. 1978. Pág. 17.

análisis histórico social en el sentido de ser considerado un juicio de valor que condensa la agresividad del médico hacia el enfermo, quien escapa a su comprensión.

Por último, señala que al interior mismo de una institución psiquiátrica existirían burgueses y proletarios. Los burgueses estarían representados por los médicos, asistentes sociales, psicólogos. Los proletarios corresponderían a la imagen de los enfermeros y enfermos. *“En el hospital existe el proletariado y la burguesía, y si no tenemos en cuenta esta situación no podemos hacer absolutamente ninguna transformación....si no liberamos y no recuperamos los intereses comunes que existen entre enfermos y enfermeros, es decir entre personas que representan la misma clase social, si no podemos dar conciencia de clase al enfermero y al enfermo no podemos en absoluto estimular una transformación. Cuando el enfermo y el enfermero se hayan unido y hayan encontrado juntos el significado de su existencia, solo entonces va a ser posible un trastocamiento de la institución, todo lo cual deviene en una transformación social”*¹⁸

Con Basaglia se renueva la apreciación antipsiquiátrica sobre la marginación de lo distinto a la norma, agregando la figura del encierro, en hospitales y manicomios. Asimismo habla de las condiciones sociales de los participantes en la relación de tratamiento, condiciones sociales externas al espacio de tratamiento y que se juegan al interior del mismo, existiendo “burgueses” y “proletarios”. De alguna forma el interior del hospital reproduce los mismos roles y condiciones de producción y marginación externas. En este sentido, y pensando en que el motivo de ingreso a un hospital muchas veces estará cruzado por condiciones de pobreza, delincuencia, drogadicción, marginación, cabe preguntarse ¿qué tipo de cambio será posible en un espacio “terapéutico” que refleja las mismas desigualdades y estructura social del espacio desde el cual fueron exiliados?

Al leer los distintos planteamientos de estos autores surgen algunos ejes temáticos comunes: una concepción histórica de enfermedad mental como una trasgresión o desviación de una norma, y su necesidad de tratarla y/o silenciarla de algún modo; así como también las condiciones sociales, políticas, jurídicas, económicas, jurídicas, religiosas en que surgen estas normas, los enunciados y conductas de quienes las validarán. Desde Elizabeth Roudinesco, estos distintos “antipsiquiatras” (Szasz, Cooper, Basaglia, y Laing), al mismo tiempo de aludir a la enfermedad mental como una respuesta al malestar social, otorgan también a este concepto una dimensión histórica: *“Para estos rebeldes la locura no era una enfermedad sino una historia: la historia de un viaje, de un pasaje o de una situación, que encontraba en la esquizofrenia su forma más acabada, porque ella traducía en una respuesta delirante el malestar de una alienación social o familiar”*¹⁹

Sobre los cambios y transformaciones históricas en una disciplina científica, Vásquez señala que la historia de la ciencia está llena de teorías y modelos que fueron descartados una vez que se lograron avances que permitieron un conocimiento preciso

¹⁸ BASAGLIA, F., LANGER, M., SZASZ, T. “Razón, locura y sociedad”. Ed. Siglo Veintiuno. México. 1978. Pág. 41.

¹⁹ ROUDINESCO, Elizabeth, y otros. “Pensar en la locura. Ensayos sobre Michel Foucault.”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 14.

de los fenómenos, y que no hay razón para pensar que no va a ocurrir lo mismo con la teoría de la enfermedad mental. A modo de ejemplo, citando a Szasz y con una leve alusión al tema de género, señala que a fines del siglo XIX, los psiquiatras trataban sobre todo a los histéricos y epilépticos; la histérica, como la bruja de la Edad Media era generalmente una joven, y su denominación obedecía sólo a una categoría verbal inventada por Charcot para medicalizar los conflictos que surgen entre las mujeres jóvenes y su entorno. Plantea que hoy, la histeria ha desaparecido prácticamente -y sin tratamiento-, como diagnóstico ha caído en desuso, y ha sido reemplazada por la esquizofrenia y la paranoia. La conclusión es que “lo que molesta ha evolucionado”. *“La teoría de la enfermedad mental tuvo, pues, su utilidad histórica hasta el siglo pasado pero es, en la actualidad, científica y médicamente anticuada...; y es moral y políticamente dañina porque se ha vuelto una cortina de humo para toda una serie de problemas económicos, existenciales, morales y políticos que, estrictamente hablando, no requieren terapias médicas sino alternativas económicas, existenciales, morales y políticas”*.²⁰

La corriente de antipsiquiatría constituye así un importante quiebre y discontinuidad en la historia “oficial y clásica” de la psiquiatría, por su develación de las razones socio políticas a la base de la creación de un diagnóstico. No obstante este aporte, la ideología y práctica de la antipsiquiatría no incorpora la incidencia de la perspectiva de género, que se ha demostrado determinante para el análisis de discursos y comportamientos sociales. Al hacer alusión a la discriminación en términos generales, sin señalar ésta por género, se pierde la posibilidad de análisis sobre una doble o triple condición de discriminación y representación femenina: mujer, pobre y “loca”; que se ha demostrado como una categoría útil para la comprensión del concepto de enfermedad femenina.

1.2.2 La Institución Psiquiátrica como espacio de poder

Sobre las dinámicas relacionales presentes en el binomio terapéutico, y las organizaciones sociopolíticas, simbólicas y prácticas, presentes en la producción de los discursos sobre la enfermedad mental, los aportes de M. Foucault sobre el análisis del poder, en el sentido que éste no radica sólo en un organismo superior sino en todas las relaciones humanas, permite una mejor comprensión sobre el ejercicio del poder: cada persona ejerce poder y a la vez otros ejercen poder sobre ella. La problematización a esta organización, radicaría en el anquilosamiento de discursos y prácticas, que producen y reproducen formas de dominación, subyugación y dolor; esto en directa relación con el contexto histórico en el cual se enmarcan y muchas veces se legitiman distintas prácticas de dominación. En el caso que convoca el presente trabajo, las prácticas de dominación se relacionan con la dinámica del poder presente en la relación del médico/a con el/la paciente; en este sentido, el escenario por excelencia para esta relación será la institución psiquiátrica, en sus distintas formas de hospitales, clínicas, consultorios y centros de salud.

Michel Foucault, en *“La Historia de la locura en la época clásica”*, habla sobre el denominado “gran encierro” para señalar cómo la institución psiquiátrica, desde ya sus

²⁰ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatría.htm>

inicios, se hará cargo de la locura, o enfermedad mental de esos tiempos. *“La locura, cuya voz el Renacimiento ha liberado, y cuya violencia domina, va a ser reducida al silencio por la época clásica, mediante un extraño golpe de fuerza”*.²¹ Este golpe de fuerza alude a la articulación de un nuevo dispositivo de poder, que configurará relaciones y roles al interior de este “gran encierro”. Sobre los inicios escribe, *“...1656, decreto de fundación, en París, del Hospital General. ...se trata de acoger, hospedar y alimentar a aquellos que se presenten por sí mismos, o aquellos que sean enviados allí por la autoridad real o judicial; es preciso también vigilar la subsistencia, el cuidado, el orden general de aquellos que no han podido encontrar lugar, aunque podrían o merecerían estar. Estos cuidados se confían a directores nombrados de por vida, que ejercen sus poderes no solamente en las construcciones del hospital, sino en toda la ciudad de París, sobre aquellos individuos que caen bajo su jurisdicción”*.²²

Tal como se señaló, lo “encerrado” corresponde a todo aquello enviado por la autoridad real o judicial; es decir hay otro que designa, otro a quien se le otorga el poder social de decidir sobre la vida de otro. En este sentido nuevamente aparecen diversas razones o motivos para ingresar a alguien a este espacio, incluso los que “no han encontrado un lugar”. Foucault alude también al carácter jurídico, y no necesariamente médico, de la institucionalización que comienza en el siglo XVII. *“Un hecho está claro: el Hospital General no es un establecimiento médico. Es más bien una estructura semijurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales, decide, juzga y ejecuta”*.²³ *“...el Hospital General es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión.”*²⁴ Se concluye entonces, que se sientan las bases para un poder detentado por una figura monárquica y jurídica, administrado por directores (y más tarde médicos) en recintos destinados a la salud de las personas.

Hasta ese momento, en la creación del hospital general, no existían correlatos médicos de internación; en vez de corresponder al hospital enfermedades individuales, se habla más bien de enfermedades sociales. *“El confinamiento es una creación institucional propia del siglo XVIII. Ha tomado desde un principio tal amplitud, que no posee ninguna dimensión en común con el encarcelamiento tal y como podía practicarse en la edad Media. Como medida económica y precaución social, es un invento. Pero en la historia de la sinrazón, señala un acontecimiento decisivo: el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrársela grupo; el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad. Las nuevas significaciones que se atribuyen a la pobreza, la importancia dada a la obligación de trabajar y todos los valores éticos que le son agregados, determinan la*

²¹ FOUCAULT, Michel. “Historia de la locura en la época clásica”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967. Pág. 75

²² FOUCAULT, Michel. “Historia de la locura en la época clásica”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967. Pág. 81

²³ FOUCAULT, Michel. “Historia de la locura en la época clásica”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967. Pág. 82

²⁴ FOUCAULT, Michel. “Historia de la locura en la época clásica”. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967. Pág. 82

experiencia que se tiene de la locura, y la forma como se ha modificado su antiguo significado".²⁵

Foucault señala la importancia de los contextos sociales de los cuales emergen las distintas conceptualizaciones, en este caso de la enfermedad mental y la locura en particular; y que constituye la historia y precedente del concepto que se maneja en la actualidad. Con respecto a esta idea, se utilizan los postulados de Estela Serret para señalar el carácter dinámico de las sociedades tradicionales y modernas. *"Sin duda, una de las maneras de estudiar el poder es observar cuáles son los fundamentos de su legitimidad, es decir, qué es lo que permite que una relación de desigualdad sea eficaz en la producción y reproducción de relaciones sociales en tanto que su existencia genera un consenso relativo. Esto porque el poder, tal como se concibe aquí, no puede nunca ser pura coacción, aunque tampoco sea simplemente la manifestación de un consenso. Para decirlo rápidamente, el poder, en tanto que es una puesta en acto de las jerarquías simbólicas, no puede identificarse con el ejercicio de la violencia, porque de ser así, no implicaría propiamente una relación."*²⁶ Por lo tanto, se desprende de estos planteamientos que el poder siempre implica una resistencia al mismo; se trata de un poder que construye alteridades en una relación de desigualdad, de jerarquía. *"La traducción imaginaria de esa jerarquía equivale a su actuación, lo que, entre otras cosas, significa que en la relación de poder interactúan menos los sujetos que **sus** acciones. Esta actuación sobre las acciones de los otros, requiere tanto de la coacción como del consenso, no como principios constitutivos, sino como sus instrumentos, de ahí que una forma de conocer el poder sea estudiando los fundamentos de su legitimidad, es decir de los acuerdos que genera"*²⁷. El problema radicaría entonces, en que la dominación legal, que correspondería a la forma de organización del poder en las sociedades modernas, fundamentaría su legitimidad en una normatividad que se pretende emanada de un *consenso racional*. *"La norma que legitima las situaciones de poder se reconoce como artificial, en el sentido que ha sido creada por un orden humano – no natural, no divino- que se pretende racional. Este supuesto tiene implicaciones muy importantes, ... las diversas desigualdades existentes a nivel social no son obra de la naturaleza, ni designio de Dios, sino producto de un ordenamiento humano, artificial, y por lo tanto, contingente y cambiante"*²⁸

Por lo tanto, es posible inferir que todo aquello que se desvía de la norma social, y por lo tanto debe ser marginado y/o encerrado, es producto de este mismo orden social, moderno. Es decir, para que existan normas deben existir sus "alter ego", desviaciones a

²⁵ FOUCAULT, Michel. "Historia de la locura en la época clásica". Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967. Pág. 124

²⁶ SERRET, Estela. "El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina". Editorial Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco. México. 2001. Pág. 75

²⁷ SERRET, Estela. "El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina". Editorial Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco. México. 2001. Pág. 76.

²⁸ SERRET, Estela. "El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina". Editorial Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco. México. 2001. Pág. 79.

la misma (desviaciones que ya están contenidas en la construcción de una norma); lo que circularmente mantiene, retroalimenta y justifica el orden social. Al respecto, Vásquez señala que la esencia de la locura es el disturbio social, pero los “locos” hacen algo más que molestar, prestan también eminentes servicios. El concepto de “enfermedad mental” permite acomodar comportamientos que cuesta aceptar que puedan ser normales y ello porque atentan contra el narcisismo primario: *“Un ejemplo propuesto por Szasz: en Florida (EEUU), un condenado a muerte no puede ser ejecutado porque los psiquiatras de la prisión lo encuentran demasiado loco para sufrir su pena ¿Hay que curarle, para poder ejecutarlo? Los criminales ya no son ejecutados, sino que son tratados. La gente busca la enfermedad mental o la locura detrás del crimen; pero en la mayoría de los casos el criminal es normal y lo bastante inteligente para hacer crímenes complejos”*.²⁹ Szasz señala que si se reconoce que un hombre es capaz de cometer a sabiendas un crimen espantoso, es porque la naturaleza humana puede ser absolutamente malvada. Y ocurre que lo que se desea es que la naturaleza humana sea buena; no se quiere admitir que el libre albedrío pueda conducir al crimen. Por tanto, el crimen no debe ser el resultado del libre albedrío, sino el de la enfermedad mental. Vásquez indica que la transformación de los criminales en enfermos mentales no es más que la punta del iceberg; es sólo la expresión de un profundo movimiento de medicalización de la sociedad moderna, así como de la negativa a considerar al hombre como un individuo libre y responsable³⁰.

Dentro de esta configuración social en la modernidad, J. Postel y F. Bing relevan la figura y rol que tendrá el médico en este entramado de relaciones de poder. *“Como se sabe, Histoire de la folie, de Michel Foucault, termina con una descripción de la “apoteosis del homo medicus”. En la institución asilar que creó el médico alienista, éste se convierte en un verdadero monarca que asume todos los poderes y al que deben someterse a la vez el “celador” o “vigilante”, los guardianes y los enfermos. En lo que Foucault denomina “una culpable paradoja”, el médico trata de ser a la vez traumaturgo en ese “dominio incierto de cuasi milagro” del tratamiento de la locura, y el hombre de ciencia que procura hacer entrar esa misma locura en el marco positivista de una ciencia médica también muy incierta”*.³¹ Se habla de un doble rol y poder social, por un lado el de curar o sanar la enfermedad, y por otro seguir perteneciendo a la estirpe científica, con todo el marco positivista y de pretendida neutralidad que eso implica.

Este hombre de ciencia, que a la vez proporciona tratamiento a la enfermedad, se debe diferenciar de otros (pacientes); y esto lo logra a través de su lenguaje, mirada y vestir. El médico, el nuevo guardián del orden social es alguien que “sabe”, incluso con la mirada. *“La clínica es probablemente el primer intento, desde el Renacimiento, de formar*

²⁹ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatria.htm>

³⁰ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatria.htm>

³¹ ROUDINESCO, Elizabeth, y otros. “Pensar en la locura. Ensayos sobre Michel Foucault.”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 37.

una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada”.³² “...la mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad y esta visibilidad es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción”.³³ Sumado al lenguaje técnico, y a la mirada que diferencia salud de enfermedad, está también la vestimenta (delantales). Al respecto, y guardando las diferencias, esta “diferenciación” médica necesaria, se hace eco en las palabras de Foucault en sus escritos de Vigilar y Castigar, “He aquí la figura del soldado tal como se describía aún a comienzos del siglo XVII. El soldado es por principio de cuentas alguien a quien se reconoce de lejos.”³⁴ El médico también es alguien que se reconoce, o al menos se debiera desde la disciplina, reconocer desde lejos.

Con respecto a esta figura médica, Vásquez alude al rol “silenciador” del psiquiatra dentro de un fenómeno religioso, no científico. “El diagnóstico de “locura”, como señala Szasz, ha sucedido, en nuestra civilización occidental, a la “posesión”. La bruja, los poseídos, molestaban, y eran, por tanto, eliminados por los inquisidores en nombre de la verdadera fe. Hoy, los psiquiatras son los nuevos inquisidores, y proceden a una eliminación semejante, pero ahora en nombre de la “verdadera” ciencia. Antaño se creía en la religión; hoy en la ciencia”.³⁵

En la década de los 70, Szasz distingue entre dos tipos de psiquiatría: la contractual y la institucional. La Psiquiatría Contractual comprende todas las intervenciones psiquiátricas buscadas por las personas, motivadas por sus dificultades o problemas. Estas intervenciones se caracterizarían por la completa retención, por parte del llamado paciente, del control de la relación con el psiquiatra. Su aspecto económico más importante es que el psiquiatra es un profesional privado pagado por la propia persona. Su característica social más notoria es la evitación de la coacción o del engaño. La Psiquiatría Institucional, en cambio, comprende todas las intervenciones impuestas a las personas por los demás. Estas intervenciones se caracterizarían por la completa pérdida, por parte del denominado paciente, del control de la relación con el psiquiatra. Su aspecto económico más importante es que el psiquiatra es un empleado pagado por una entidad privada o pública. Su característica social más destacada es el uso de la fuerza o del engaño.

En el caso de la Psiquiatría Institucional, que es a la cual se alude permanentemente en el presente trabajo, al considerar la salud mental dentro del ámbito público, podría pensarse en la dinámica sobre la institucionalización de los cuerpos, acuñada por Foucault. Al respecto él señala “El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que

³² FOUCAULT, Michel. “El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”. Editorial Siglo Veintiuno. Buenos Aires, Argentina. 2004. Pág. 130

³³ FOUCAULT, Michel. “El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”. Editorial Siglo Veintiuno. Buenos Aires, Argentina. 2004. Pág. 130

³⁴ FOUCAULT, Michel. “Vigilar y Castigar”. Editorial Siglo Veintiuno. Madrid, España. 1976. Pág. 139.

³⁵ VÁSQUEZ, Adolfo. “Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental”. En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatría.htm>

*lo explora, lo desarticula, lo recompone. Una “anatomía política”, que es igualmente una “mecánica del poder”, está naciendo; define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles”. La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una “aptitud”, una “capacidad” que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta”.*³⁶ Se podría señalar entonces que, al ingresar una persona en la institución psiquiátrica no sólo se marca su marginación y exclusión del orden social, sino también la pertenencia a un nuevo dispositivo socio político que pretenderá “contener”, y por qué no mantener, su enfermedad a través de la escisión mente cuerpo, haciendo productivo este último en algún ámbito; lo que confirma la hipótesis sobre una nueva reproducción de los roles sociales de producción que marginaron a la persona anteriormente. Sobre la producción de los cuerpos, se encuentra un apartado del Hospital Psiquiátrico de Santiago, a fines del siglo XIX: *“El trabajo de los enfermos, abastecía de pan a todos los hospitales de Santiago, después de verduras, carne, escobas, materiales de construcción, etc. Existía ya, la idea del autofinanciamiento. El sueño actual, de todo Director de hospital llevado a cabo en el siglo XIX gracias al trabajo de los enfermos. El espacio interno hecho autónomo, solo locos que entran y locos que salen mejorados al espacio externo. Un sueño”*³⁷.

¿Cuál es la mejoría de la cual se habla? Luego de esta revisión sobre las dinámicas presentes en la relación médico – científico y paciente, las cuales no parecen históricamente promover la igualdad y diálogo entre sus participantes, cabe preguntarse ¿Cómo ha sido entonces la historia de la psiquiatría en Chile? ¿Cómo se fue conformando el concepto de enfermedad mental? ¿Cuáles han sido los giros o movimientos más importantes en esta historia? A continuación una breve reseña.

1.3 Historia de la Psiquiatría en Chile.

Para comenzar esta reseña es importante señalar la dificultad en encontrar fuentes diversas acerca de la historia de la psiquiatría en Chile; por lo que se trabajó con una de ellas principalmente.

Alfredo Aroca, médico psiquiatra, en *“Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”*³⁸ se refiere al espacio social de la locura y a sus movimientos, en Chile desde la Colonia hasta el siglo XXI; en este artículo aborda la locura desde los espacios que se le asignan, diferenciando espacio interno, intramuros o institucional y espacio externo o

³⁶ FOUCAULT, Michel. “Vigilar y Castigar”. Editorial Siglo Veintiuno. Madrid, España. 1976. Pág. 142.

³⁷ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

³⁸ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

extramuros. Este autor describe principalmente tres movimientos, en la psiquiatría nacional: centrífugo en relación a la ciudad, centrípeto hacia el espacio interno de la Institución psiquiátrica y de nuevo centrífugo hacia el espacio externo. El primer movimiento comprende el periodo colonial y termina en 1852 con la apertura de la Casa de Locos de Yungay. El segundo movimiento se sitúa entre 1852 y 1990 con el retorno a la democracia. El tercer movimiento está en curso.

En la historiografía chilena, la locura se habría centrado, en el espacio interior, en el intramuros que constituye la Casa de orates, establecimiento, para estos fines, único en Chile durante casi toda la segunda mitad del siglo XIX. Señala que, Garafulic, J. propone una división en cuatro etapas: 1) prepsiquiátrica, desde la Colonia hasta los primeros años de la República; 2) médico-filantrópica, que incluye la creación de la Casa de Orates; 3) predominio del criterio psiquiátrico y 4) expansión psiquiátrica. Por otro lado, indica que Escobar, E. distingue tres periodos para los primeros cien años de vida de la Casa de Orates: 1) periodo fundacional (1852-1891); 2) Periodo de desarrollo institucional (1891-1931) y periodo de consolidación institucional (1931-1952).

Con respecto a la primera etapa de la psiquiatría en Chile Aroca plantea, *“En Europa, durante la Edad Media, los locos eran excluidos mediante la expulsión fuera de los muros de la ciudad. Eran puestos, fuera de los límites que encerraban un espacio relativamente seguro; se pone en el límite, se pone fuera”*³⁹, para señalar que aunque no ha encontrado antecedentes chilenos, la expulsión de la ciudad de pequeños delincuentes lo hace presumir que en algún tiempo también se haya expulsado a los locos de los límites, sin muros, de las ciudades coloniales chilenas, con prohibición de volver. Y es aquí donde se encuentra desde el primer movimiento; se trata de sacar de la ciudad, de las calles, del espacio público, estos elementos poco gratos para la autoridad, los locos. Este movimiento lo denomina **centrífugo**; del gran espacio de la calle, a espacios alejados de la ciudad, fuera de la ciudad, fuera del país.

Plantea que en la época colonial, los locos recorrieron los caminos y calles de las ciudades y que, al parecer, la atención de alienados durante este período no constituyó una gran preocupación para las autoridades. Los médicos contaban con pocos conocimientos acerca de la locura y los espacios institucionales especializados no existen. *“Desde las observaciones del médico Enrique Laval, quien hace grandes aportes a la Historia de la medicina chilena, se describe que los espacios de la locura son compartidos con delincuentes, desertores, prostitutas, borrachos, etc. Se clasificaba a los locos en 3 grupos: furiosos, deprimidos y tranquilos. A los furiosos, se los amansaba mediante ayunos, palos y duchas frías. De no resultar, se los instalaba en el cepo. Como última medida, se les fijaba a un muro, mediante una cadena corta. Los deprimidos, eran cuidados en su domicilio y se les aislaba en una habitación separada del resto de la familia y se les ocultaba de sus relaciones sociales. Los tranquilos, alternaban con la familia y las amistades, pues no constituían peligro”*⁴⁰. Nuevamente aparece la diversidad y coexistencia de motivos suficientes para ser internado; sin embargo lo

³⁹ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

⁴⁰ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

esencial de estas descripciones es que confirman que este primer movimiento, **centrifugo**, se verifica en Chile durante la Colonia, ligado al grupo social de mayor éxito: la oligarquía y el grupo de los comerciantes exitosos de la ciudad. El destino de exclusión, desde la revisión de este autor serán generalmente las “Loquerías de San Andrés”, Lima, por vía marítima. Es decir, la posibilidad y capacidad para sacar “fuera” la locura, era de aquellos que poseían los recursos económicos sociales y políticos para hacerlo, la clase socio económicamente dominante.

Un segundo movimiento, desde los postulados de Aroca, se prepara con la creación del asilo y del Hospital General. En Europa, se inicia con la creación del asilo en el siglo XVII, lo que Foucault llama el gran encierro. Este proceso tiene dirección hacia el centro, es **centrípeto**. En Chile comienza en la segunda mitad del siglo XIX. En el año 1852 se crea la **Casa de locos de Yungay**, en la ciudad de Santiago, en un antiguo cuartel militar, para solucionar el problema de la locura en Chile. “*Numerosos locos vagaban por las calles de la naciente República y solo se les encerraba cuando hacían desordenes. Espacios de la locura eran entonces los hospicios, hospitales, cárceles, además de la vía pública*”⁴¹. Señala que según las estadísticas disponibles sobre la composición social de los internados durante toda la segunda mitad del siglo XIX en la Casa de orates, no se puede afirmar que los grupos sociales más privilegiados hayan enviado a sus familiares a internarse en ella, desde sus inicios; en cambio los pobres ocupan todo el espacio de la casa. Ésta, era un establecimiento destinado a hacer caridad con los pobres, y que solo a fines del siglo XIX, con la creación de servicios con pensión y pagados, se los ve figurar en las estadísticas.

Claramente en este segundo movimiento se postula, una vez más, que la pobreza como condición de marginación social colabora silenciosamente a las estadísticas de la “locura”. Aroca indica que la gran mayoría de los casos de locura relatados por la prensa, de esa época, se refieren a personas pobres. Contrariamente, los casos de personas de mayores recursos son escasísimos. “*Locos de esta condición social, por cierto existen, recordemos que la locura es una condición que atraviesa todos los grupos sociales en todo tiempo y lugar; pero, no se los encuentra en la calle*”⁴². Esto último porque una condición social superior, económicamente, puede confinar domésticamente la locura o enviarla por mar lejos.

Sobre los locos de “buena familia”, en esta segunda mitad del siglo XIX, este autor plantea que al parecer ocupaban otro espacio social, seguían en sus casas, en los fundos, resguardados de la mirada de los otros, en el espacio familiar. Existen archivos que contienen procesos judiciales destinados a declarar incompetentes a muchos locos, y que tenían por finalidad, desheredarlos, por incapaces de manejar la fortuna familiar. Sin duda lo que esta en juego, desde Aroca, en estas distintas descripciones de locura según su nivel social, es la existencia de los locos; el loco de la calle, existe. Los locos de familias acaudaladas, por el contrario, parecen no existir en el espacio familiar; no pueden ser vistos. Son escondidos, incluso y sobretodo, de la mirada de los otros, de las

⁴¹ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

⁴² AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

amistades y de las relaciones sociales. La mirada de los otros, estigmatizaría a la familia entera. *“Estamos ante un hecho cultural, que en Chile se conoce bien: lo que no se ve, no existe, no ha ocurrido, en el espacio social de las apariencias”* señala el autor. Los locos pobres, serán recogidos por la policía y enviados por los jueces a la Casa de locos, los otros, serán reclusos por sus propias familias y negados. De cómo los locos pobres, ocupan el espacio urbano, tiene que ver, también, con una cuestión socioeconómica. Una tentativa de explicación de la actitud de las familias pobres, para dejar en la calle y a veces en el abandono, a sus locos, no pasa, necesariamente, por la dificultad de su manejo; podría deberse al espacio del que disponen para habitar. Aroca indica que en 1870, El Mercurio publicaba que las casas se hacían insuficientes para contener el exorbitante número de moradores.

En esta última descripción se hace notar otra condicionante en este contexto de emergencia para la locura como será la actitud de la prensa. *“Ésta (la prensa) solicita invariablemente que los locos (habría que decir locos pobres) sean recogidos del espacio público por la policía, reclusos en sus cuarteles y pide que se les traslade a la Casa de locos (Casa de orates). Se trata, de limpiar de locos el espacio público. En esto, la prensa reclama su recogida, como también lo hace con la basura en tiempos de epidemias y con los perros callejeros, cuando muerden a alguien”*⁴³. La Prensa, se instala, desde su creación en Chile, en la función de conciencia crítica de la sociedad. La prensa se irá transformando en juez, condenando al otro, el loco, estigmatizando su condición hasta el día de hoy.

Por último y relativo a este segundo movimiento, centrípeto, propuesto por Aroca cabe señalar otra idea interesante, que es el fenómeno de la errancia del loco, señalando que *“la movilidad parece estar ligada a la locura, forma parte de ella”*⁴⁴ y atraviesa los siglos. *“De ciudad en ciudad, de pueblo en pueblo, de camino en camino. De la Stultifera navis, con sus locos convertidos en perpetuos pasajeros, a la Institución siquiátrica moderna, el loco siempre parece estar en movimiento, su cuerpo y su mente. El Quijote de la Mancha es el mejor ejemplo literario”*⁴⁵. *“Al interior del espacio institucional, el movimiento de los pacientes es continuo y estereotipado. Está allí presente para testimoniar de una cierta rebeldía frente al encierro. Ni la camisa de fuerza, ni los neurolépticos han podido cambiar la movilidad intrínseca a la locura. La idea de la fuga acecha, mientras tanto la acatisia reemplaza la necesidad de errancia”*⁴⁶. Este autor plantea que en el espacio exterior, los locos vagando por las calles ocupan el centro de la ciudad, o su parte más pobre, donde pueden entregarse con más libertad a sus comportamientos bizarros, diferentes al del otro, cuerdo. En un estudio que realiza en 1999, basándose en uno similar pero del año 69, encuentra un patrón de centralidad y concentricidad, en torno al Instituto Psiquiátrico de Santiago. Al respecto plantea que la

⁴³ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

⁴⁴ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

⁴⁵ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

⁴⁶ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

antropología, en una tentativa de explicación de la centralidad, avanza en dos hipótesis: la hipótesis de la producción, en la cual el centro urbano produce esquizofrenia mediante factores ambientales desconocidos o por la pobreza y la desorganización social asociada; y la hipótesis de la orientación en que los esquizofrénicos tienden a habitar el centro debido a su movilidad dentro de la estructura social o, gracias a su tendencia al retraimiento que pueden practicar mejor en estas áreas de la ciudad.

Al respecto se puede señalar que hoy en día, aunque no oficialmente, existen hipótesis dentro de los servicios de salud justamente sobre la centralidad y concentración de la enfermedad mental, señalando que ésta sería más visible y presente en los alrededores de los centros de salud, por su proximidad a la atención. Aún cuando no sea confirmada esta hipótesis, lo que si se observa es una distribución poco homogénea de la población que padece enfermedades mentales, y cabe preguntarse qué pasa con los enfermos que habitan o vagan por otros lugares, no próximos a un centro de salud. ¿Será que su padecimiento no tiene el mismo nombre, o más bien que no son vistos porque la ciencia no ha entrenado esa mirada en busca de lo enfermo y anormal? Optando por esta última explicación, al ser la enfermedad mental una producción social (sin negar la existencia de un correlato de padecimiento mental asociado a ciertos estados), las categorías, nombres, situaciones y entrenamiento de lo que se ve también está teñido por este constructo, que obedece a un relativismo cultural. Si no fuera así, ¿por qué en la cultura mapuche cuando una joven padece de “alucinaciones” (desde la óptica urbana y científica) es considerada por sus congéneres como la futura machi del pueblo? Relativismo cultural que objeta la pretendida “verdad absoluta” de la ciencia, de la medicina, relativismo que obliga al avance, al cambio y movimiento en la historia.

Finalmente y continuando con la división histórica del autor, éste resume el período de este segundo movimiento centripeto, señalando que el siglo XIX de la psiquiatría chilena, fue francés. La formación de dos neuropsiquiatras con Charcot, en París, en la última década del siglo, fue un aporte significativo a la naciente psiquiatría chilena, trayendo al país la electroterapia, el tratamiento de la histeria, entre otros. El siglo XX, en cambio, tendrá para el autor una gran influencia de la psiquiatría de habla alemana. Entra en escena el psicoanálisis. *“Luego, el viaje de otro becado a Rusia permitirá ingresar, al cerrado espacio de la Institución psiquiátrica, el conductismo. La creación de sectores al interior de la Institución psiquiátrica, permitirá desarrollar una especialización creciente. Aumenta el número de médicos y disminuye el de las camas....El uso de neurolépticos permitió cerrar progresivamente los sectores de pacientes crónicos....Crece una red de establecimientos cercanos a la comunidad: casa club, hospital diurno, unidad de terapia ocupacional, taller protegido, unidad de salud mental, etc. El espacio que permaneció cerrado y protegido por altos muros comienza a perder importancia y se abre iniciando el tercer movimiento. Es un **movimiento centrífugo** . El péndulo de la historia comienza a moverse en el sentido contrario”*⁴⁷ .

Este tercer movimiento Aroca lo sitúa en la segunda mitad del siglo XX, iniciándose en Italia, en los años 60, con el cierre de los establecimientos psiquiátricos, en medio del movimiento antipsiquiátrico. Con respecto a la dinámica de este movimiento, que pretende

⁴⁷ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

la desinstitucionalización, señala: *“La multiplicación de establecimientos, que se da actualmente en la institucionalidad psiquiátrica y el uso de fármacos que permiten mantener a los pacientes fuera del gran hospital psiquiátrico, tiene ventajas y desventajas. Entre las ventajas, podemos citar algunas: la cercanía de las unidades de atención, al domicilio de los pacientes urbanos, al menos; la disminución de la posibilidad de ver severamente estigmatizados a los pacientes; la mayor aceptación de los enfermos mentales por parte de sus familias; el mantenimiento de los pacientes junto a sus familias la mayor parte del tiempo; el cierre de los grandes hospitales herederos de una psiquiatría represiva del siglo XVIII; el aprendizaje, ojala, de un oficio que permitirá finalmente, la integración del Otro, loco, a la sociedad de todos. Entre las desventajas, están: la tendencia a la dispersión de recursos; a la atomización del espacio, si no se logra una buena coordinación de las iniciativas; las descompensaciones de pacientes por falta de atención oportuna; la falta de recursos humanos preparados para la naciente institucionalización destinada a reemplazar la antigua; la dificultad para formar a los futuros psiquiatras en espacios nuevos.”*⁴⁸

Sin duda que actualmente el tema de la desinstitucionalización presenta diferentes posturas, las que la apoyan y las detractoras, por las mismas razones que argumenta Aroca. Sin embargo, lo que no está en duda es la necesidad de una mirada reflexiva y práctica en cuanto a la enfermedad mental. Hasta aquí se han revisado distintos conceptos a la base de la relación del binomio terapéutico, tales como el poder del discurso científico médico, los contextos socio culturales de emergencia de este discurso, los espacios físicos y simbólicos en los cuales se crea y recrea, los quiebres en este discurso y la historia del mismo en Chile. En la síntesis y reflexión sobre estos puntos, se observa como eje el imaginario de la norma y lo que se desvía, por lo tanto la constante de exclusión y marginación en la historia de la psiquiatría, en Europa y en Chile. Diferentes disciplinas, y poderes, dominantes o hegemónicos se van asociando y coordinando en la mantención de un orden establecido. Es así como el poder judicial, médico y comunicador de masas incluso, van construyendo, articulando y consolidando discursos de normalización, que excluyen y separan lo que se desvía de lo creado y recreado como “normal”. Los pacientes, lo desviado de la norma, o “enfermos” son designados categóricamente como objetos/sujetos susceptibles de dominar, encerrar y utilizar (docilización de los cuerpos). Por otro lado, la condición social de pobreza será una razón más para esta doble marginación: el ser pobre y loco. Con respecto a este factor social de la pobreza, cabe insistir en que los inicios históricos científicos no separan la locura de la pobreza u otras condicionantes de marginación; sin embargo, más adelante la ciencia en su esfuerzo de clasificar y ordenar todo lo que observa, olvidará esta conjunción inicial, despojando los diagnósticos clínicos de todas las condicionantes psicosociales que conforman el contexto de emergencia para los trastornos estudiados.

En la historia revisada existen interesantes puntos de inflexión y crítica al establecimiento de la psiquiatría como disciplina normalizadora y hegemónica; sin embargo, estas perspectivas no incorporan la dimensión del género, dejando fuera la ampliación de las reflexiones posibles. Si se alude a una problemática social a la base de la construcción de enfermedad mental, las mujeres, que conforman la mitad de la

⁴⁸ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

sociedad, deben ser incluidas en un análisis que se pretenda integral, dinámico y orientado al cambio que se enriquece con la participación de todos y todas los/las ciudadanos/as.

En este sentido, y señalando la falta de perspectiva de género en la apreciación teórica, cabe preguntarse: ¿qué sucede entonces con la categoría sexo genérica, en la historia de la psiquiatría? ¿constituye su posición en esta historia una doble, o triple dominación? ¿desde dónde mirar esta/s historia/s femenina/s?, ¿qué antecedentes existen en cuanto a historias sobre mujeres y enfermedad, mental, en Chile?

Capítulo 2: Lo Femenino. Construcción de Identidad Femenina y Enfermedad Mental.

2.1 El sistema Sexo Género

“Si el género se construye, ¿podría construirse de manera diferente, o acaso el hecho de su construcción implica alguna forma de determinismo social que excluya la posibilidad de que el agente actúe y se transforme?” (Butler, 2001)

Tal como se ha señalado al finalizar el primer capítulo, la perspectiva de género constituye otro elemento necesario de integrar en el análisis de organizaciones sociales, históricas y políticas determinantes de normas, y la interrelación de los distintos poderes inherentes a ellas. Al respecto, conceptos relevantes al presente estudio serán los elementos de sexo y género como construcción social y, las condiciones y consecuencias psicosociales, para las mujeres, de esas construcciones.

En el primer capítulo, se postula que los discursos sociales crean y recrean conceptos, distinguiendo y marginando en cuanto a la salud y enfermedad, mental. En este segundo capítulo se plantea el poder de esos mismos enunciados y discursos en cuanto a la construcción de categorías diferenciadoras de sexo y de género.

Con respecto a este punto, Judith Butler evidencia la intrincada relación entre lenguaje, poder y construcción de identidad femenina. El tema de la construcción aparece al hacer referencia a la identidad de género, *“...independientemente de la inmanejabilidad biológica que parezca tener el sexo, el género no es resultado causal del sexo ni tampoco es tan aparentemente fijo como el sexo.....si el género es los significados culturales que asume el cuerpo sexuado, entonces no puede decirse que un género sea resultado de un sexo de manera única”*⁴⁹ Asimismo cita a otras autoras que enuncian este construccionismo en la conformación de identidad femenina; *“...Simone de Beauvoir afirma claramente que una “llega a ser” mujer, pero siempre bajo la obligación cultural de hacerlo. Y queda claro que la obligación no proviene del “sexo”...si*

⁴⁹ BUTLER, J. “Sujetos de Sexo/ Género/ Deseo” en “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.” UNAM. Paidós Mexicana, 2001. Página 39.

el cuerpo es una “situación”, como ella dice, no se puede hacer referencia a un cuerpo que no haya sido desde siempre interpretado mediante significados culturales.....”⁵⁰

Butler señala que, tanto el género como el sexo son concebidos como construcciones culturales. Estas construcciones proclaman la continuidad del orden heterosexual. Los enunciados discursivos inventan el sexo.⁵¹ Pero estas construcciones culturales no son “neutras”; ella plantea que a la base de éstas operaría el discurso hegemónico falogocéntrico. *“Los límites del análisis discursivo del género presuponen las posibilidades de las configuraciones imaginables y realizables del género dentro de la cultura y se apropian de ellas....esos límites siempre se fijan dentro de los términos de un discurso cultural hegemónico apoyado en estructuras binarias que aparecen como el lenguaje de la racionalidad universal. Así, se construye la restricción dentro de lo que ese lenguaje constituye como el campo imaginable de género”.*⁵² *“El género es el aparato mediante el cual tienen lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino, junto con las formas intersticiales hormonal, cromosómica, psíquica y performativa que el género asume”*⁵³.

Simone de Beauvoir, haciendo también alusión a un discurso falogocéntrico, señala: *“La mujer se determina y diferencia con relación al hombre, y no éste con relación a ella; ésta es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el sujeto, él es lo Absoluto: ella es el Otro.”*

⁵⁴ Butler señala que para Beauvoir las mujeres son los negativo de los hombres, la carencia frente a la cual se diferencia la identidad masculina; en cambio para Irigaray el sexo femenino no es una carencia ni un “Otro”, es la imposibilidad de una sustancia gramaticalmente denotada.⁵⁵ Para ella, las mujeres representan el sexo que no puede pensarse, constituyen lo no designable, *“.....dentro de un lenguaje totalmente masculinista, falogocéntrico, las mujeres constituyen lo no representable.....las mujeres representan el sexo que no puede pensarse, una ausencia, una opacidad lingüística.....”*⁵⁶

⁵⁰ BUTLER, J. “Sujetos de Sexo/ Género/ Deseo” en “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.” UNAM. Paidós Mexicana, 2001. Página 41.

⁵¹ Apuntes Seminario dictado por Dora Barrancos. Universidad de Chile, Santiago 2005.

⁵² BUTLER, J. “Sujetos de Sexo/ Género/ Deseo” en “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.” UNAM. Paidós Mexicana, 2001. Página 42.

⁵³ BUTLER, J. “Regulaciones de Género”. En Revista de estudio de género La Ventana. Universidad de Guadalajara. N° 23. Guadalajara, México. 2006. Pág. 11

⁵⁴ BEAUVOIR, S. “El Segundo Sexo” Ed. Siglo Veinte. Buenos Aires, 1965. Página 12.

⁵⁵ BUTLER, J. “Sujetos de Sexo/ Género/ Deseo” en “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.” UNAM. Paidós Mexicana, 2001. Página 43.

⁵⁶ BUTLER, J. “Sujetos de Sexo/ Género/ Deseo” en “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.” UNAM. Paidós Mexicana, 2001. Página 42.

Estas autoras, en sus diferencias, plantean al discurso hegemónico como masculino y dominante con respecto a los imaginarios y construcciones simbólicas que se crean socialmente sobre el sexo y sobre el género. En esta situación lo femenino quedará en una posición de “lo otro” de lo masculino o, lo que no tiene nombre, porque no es siquiera imaginable. Interesa relevar el hecho que el discurso hegemónico masculino tiene el poder de designar a la mujer, misma situación que ocurre con la ciencia médica y la enfermedad mental; serían por lo tanto dos situaciones de exclusión y marginación en manos de un mismo discurso que, como se insinuó anteriormente, va de la mano con otros discursos de hegemonía similar.

La simbólica, o imaginario en torno al sexo y el género constituye lo que se denomina como sistema sexo género. Éste es definido por Teresita de Barbieri como los conjuntos de prácticas, normas, valores, y representaciones que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anatómica fisiológica y, que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie y a la relación entre las personas. A partir de esta definición se comparten los postulados de Joan Scott, al señalar que el concepto de género opera como “*un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y, como una forma primaria de relaciones significantes de poder*”; y que esta definición comprende cuatro elementos interrelacionados y necesarios entre sí: los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples y, a menudo contradictorias; los conceptos normativos que interpretan o “limitan” los significados de los símbolos (doctrinas religiosas, legales, educativas, políticas, que especifican categóricamente y unívocamente los significados de hombre y mujer, por ejemplo); la consideración de la economía y la política como medios importantes en la construcción de género y; la identidad subjetiva que, utilizando elementos del psicoanálisis, se formula como una transformación de la sexualidad biológica a medida que los individuos entran en la cultura.

El sistema sexo género, por lo tanto, construye relaciones, discursos, e identidades y, a la vez está cruzado por relaciones, discursos y subjetividades; es lingüístico y translingüístico. Hablar sitúa a una persona ante otros. Sin embargo, como se ha revisado, el lenguaje está genéricamente marcado. Desde el fallogocentrismo no hay posibilidad de un sujeto mujer, queda un vacío que es invadido por el sujeto fálico, que tradicionalmente se ha correspondido con el género masculino.

Poco a poco se han ido develando y construyendo las historias femeninas, alternativas a este discurso masculino; historias que recorren desde otro punto de vista los símbolos, normas, condiciones contextuales y subjetividades. Pensando en los objetivos de este análisis, y puesto el foco en mujeres que padecen enfermedades mentales, interesaría conocer cuáles símbolos pertenecen a esta categoría femenina, cómo el discurso hegemónico y médico limita la significación de esta simbólica, cómo se interrelaciona esta interpretación con otros poderes sociales como la economía y la política, para finalmente hipotetizar sobre las consecuencias de esta construcción socio histórica en las identidades femeninas. Al pensar en mujeres que padecen enfermedades mentales, siendo Chile uno de los países que posee las más altas tasas de stress y depresión, estadísticamente marcadas al sexo femenino, surgen algunas preguntas: ¿Cómo ha sido la construcción entonces, de discursos fallogocéntricos que cruzan las

variables de género y enfermedad, en Chile?, ¿qué consecuencias identitarias femeninas ha acarreado su enunciación?.

2.2 La Construcción de una imagen femenina en la historia del discurso médico, en Chile.

Claudia Araya, historiadora, realiza un estudio sobre la construcción de imagen femenina a través del discurso médico ilustrado en Chile, en el siglo XIX.⁵⁷ Ella señala que *“de acuerdo a la teoría liberal clásica el nuevo pacto social que da origen a la comunidad político moderna es un contrato entre individuos iguales. Es además un contrato sexual porque consagra la marginación de las mujeres como sujetos políticos en razón de su sexo. Comienza así un proceso de subjetivación femenina, al que contribuirán todos los ámbitos de la sociedad: político, filosófico ycientífico médico.”*⁵⁸

“.....La tesis central es que a partir del modelo médico imperante en la segunda mitad del siglo XIX, la mujer comienza a ser definida como “enferma””.⁵⁹

Araya indica que en Chile, hasta la segunda mitad del siglo XIX, las mujeres habían estado relegadas al espacio de lo privado; y, que la construcción de este modelo se sostuvo en argumentos religiosos, políticos, filosóficos y científicos, que postulaban la desigualdad biológica de la mujer y su disposición natural a la sensibilidad, la maternidad y el sufrimiento. Señala que a este modelo contribuyeron tanto el positivismo como la teoría de Darwin. Con respecto a esta última, una de las teorías científico filosóficas más influyente de la época, indica que dos de sus consecuencias fueron: la expansión de la teoría científica al campo de lo moral y social; y, la discusión acerca de la inferioridad biológica de la mujer. *“...el evolucionismo extendió su influencia más allá de lo meramente biológico, contribuyendo a crear una teoría acerca del carácter femenino, que ejercería una influencia más allá del siglo en la que fue creada y que permanece hasta hoy.”*⁶⁰

Otra corriente, netamente científica, que influyó también en este modelo de mujer pasiva e inmovilista, desde la autora, fueron los postulados de Freud sobre la castración psicológica que experimentan las niñas como origen al conservadurismo femenino.

Araya indica que, a partir de distintas teorías científicas se construyen modelos

⁵⁷ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En *Historia* N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006.

⁵⁸ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En *Historia* N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 6

⁵⁹ ARAYA, C. ***“La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”.*** En *Historia* N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 6

⁶⁰ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En *Historia* N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 8.

médicos concretos acerca de la salud y enfermedad de la mujer; cuya esencia es establecer una conexión entre el sistema reproductor y el sistema nervioso. Otro de los pilares de esta construcción médica será el fino límite entre la fisiología y patología femenina, entre normalidad y anormalidad. Basándose en los postulados de Duby, señala: “*En la mujer, naturaleza y enfermedad se confunden a lo largo de la vida. Los ciclos exclusivamente femeninos, como la menstruación, la pubertad, el embarazo, la lactancia, la menopausia, aún siendo procesos fisiológicos, de acuerdo al modelo imperante son capaces de provocar trastornos tan poco fisiológicos como la enajenación mental. En este precario límite se basa la ciencia para defender la idea de que la mujer está naturalmente dispuesta para un permanente estado nervioso*”.⁶¹

“En resumen, el modelo científico – médico femenino propuesto en Europa se construye a partir de la inferioridad biológica y fisiológica de la mujer. No sólo la religión, sino que ahora también la ciencia apoya la idea de la debilidad femenina”.⁶²

Hasta este punto se confirma el hecho que, al menos en Europa, el discurso médico científico se entrecruza y valida con un discurso masculino falococéntrico que pone en un plano inferior y como objeto de conocimiento y exploración a la mujer. Curioso, por decir lo menos, el hecho de que lo que no experimentan los hombres, que no está en su fisiología y que por lo tanto no conocen (menstruación, embarazo, menopausia) sea catalogado y avalado a lo largo de la historia por una disciplina como “enfermedad”. La analogía, desde la antigüedad, de mujer con naturaleza, pareciera cobrar nuevas formas en lo desconocido equivalente a enfermedad, marginación, exclusión..... ¿de qué norma?.....de lo que no es masculino.

¿Y, qué pasa en Chile entonces?

Araya señala que la mirada en Chile estuvo siempre ligada al devenir europeo. Por lo tanto, médicos, intelectuales y políticos se inspiraron en estas ideas, especialmente las de pares franceses, ingleses y alemanes. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, las ideas positivistas comenzaron a influir el escenario político de Chile. El darwinismo “se hizo carne” en humanistas y políticos. Como los médicos chilenos, en esta época, tuvieron una amplia participación en el sector político y humanista, la medicina en Chile estuvo ligada fundamentalmente al surgimiento del positivismo. “*El positivismo europeo le dio a la medicina el rigor científico que necesitaba para validarse como saber entre la sociedad chilena. El médico e historiador de la medicina chilena, Ricardo Cruz Coke, sostiene que en Chile la medicina “nació con el apellido de positivista”*”.⁶³

⁶¹ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En *Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 9*

⁶² ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En *Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 9*

⁶³ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En *Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 10.*

La consecuencia de esta influencia, positivista, fue la explosión de estudios de anatomía, neuroanatomía, biología y fisiología. La gran revolución provocada fue: la localización de las enfermedades, cada una de ellas tenía un órgano que la producía. Este desarrollo anatómico – clínico, se expandió más allá de lo biológico y pretendió localizar en el cerebro enfermedades tanto neurológicas como las del ámbito psicológico, fijando en el cerebro facultades morales y espirituales de la persona. Surge una nueva mirada, científica antropológica. *“Esta estrecha relación entre antropología y medicina permitió elaborar complejos mapas cerebrales donde se localizaban la amatividad, la maternidad, la responsabilidad.....La corriente médica y científica en donde más eco tuvo el frenesí por la localización física de las enfermedades fue la frenología. La disciplina frenológica sostiene que tanto las facultades espirituales como morales de los individuos tienen su asiento en el cerebro”*.⁶⁴

Con respecto al modelo médico femenino chileno, Araya indica que los médicos de esta época estudiaron las enfermedades femeninas en un manual del siglo XVIII. Señala que no existen registros, pero que a través de algunos tratados de ginecología es posible inferir una estrecha relación, para los médicos chilenos y europeos, entre histeria, epilepsia y el útero. Es decir, como se citará más adelante la condición de ser mujer, y por tanto poseer útero, predispone a padecer enfermedades.

Desde la autora, un caso ilustrativo y que según Armando Roa y Enrique Laval fue el que inauguró la psiquiatría en Chile, es el caso de Carmen Marín. El hecho ocurre en 1857, cuando la iglesia católica invita a un grupo de facultativos a examinar a esta paciente, con el fin de determinar si se trata de una enfermedad o una posesión demoníaca. *“...Un caso, el de Carmen Marín, porteña pobre, llama la atención en 1857, de las autoridades eclesiásticas y de los médicos. Para algunos médicos está endemoniada, para otros está enferma. Este caso, nos permite darnos cuenta que en ese año, en Chile, había conocimientos contradictorios acerca de la locura. Para algunos es una enfermedad no natural: Benito García Fernández, médico español de muchos pergaminos dice, “el cuadro (clínico) de la Carmen Marín a ninguno se parece tanto como al de una enfermedad demoníaca” y su conclusión después de examinarla varias veces es “la Carmen Marín es endemoniada”. Para otros es una enfermedad natural, Manuel Antonio Carmona la califica de “histérico confirmado, convulsivo y en tercer grado” . Para él no está endemoniada y califica a su estado, desde el punto “médico-teológico”: “una rara manifestación de su alma”*”⁶⁵.

A partir del análisis e informe de este caso, la autora propone un modelo construido a partir de cuatro tópicos: el determinismo orgánico del útero en el carácter y ser femenino; la localización anatómica de la sensibilidad femenina; la relación entre los ciclos propios de la mujer y la enfermedad; y, la condición de dolor y sacrificio asociada al ser biológico femenino.

Con respecto al determinismo orgánico uterino, se señala la histeria, como

⁶⁴ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 12.

⁶⁵ AROCA, Alfredo. “Historiografía de la locura. El péndulo de la historia”. En www.observacionesfilosoficas.net/historiografia.html

enfermedad femenina por excelencia y cuyo nombre deriva de la palabra útero. Ésta es concebida como una enfermedad nerviosa que simula una enfermedad orgánica. El útero sería el responsable de esta simulación. Araya citando a Orrego Luco, precursor de la “localización” médica en Chile, señala “...el hecho de tener útero predispone orgánicamente a la mujer a desarrollar en el curso de su vida episodios de histeria. Esta disposición física condiciona al mismo tiempo el carácter femenino. Es decir, a una “manera de ser física corresponde un estado mental que reproduce en la inteligencia, los sentimientos y la voluntad esos mismos caracteres de una excitabilidad fácil y desproporcionada al excitante”⁶⁶.

El segundo tópico, la localización de la sensibilidad femenina, se refiere a las diferencias entre el cerebro femenino y masculino, y como por ejemplo un médico, Cubí y Soler, postula que el órgano de la “adhesividad” estaría más desarrollado en mujeres que en hombres. Este órgano tendría que ver con la *conyugatividad*, la *amatividad* y la *filoproletividad*, inspiraría el impulso, cuyo principal designio es la familia. Araya cita a este médico: “La mujer ha de ser timorata, más circunspecta, más temerosa que el hombre, para poder cuidar mejor de su reputación, de sus hijos, de su casa, de sus acciones, de su porte, según lo exigen el grado de escrupulosidad con que se observa y examina su conducta; puesto que las mismas acciones que a veces nos admiran en el hombre por su audacia o arrojo, las reprobaríamos por su desenvoltura en la mujer”⁶⁷.

Relativo a la relación entre los ciclos de la mujer y la enfermedad, esta autora cita un estudio realizado en 1886, sobre las causas de ingreso a la Casa de Orates de Santiago. Entre los documentos médicos se encuentra, con mucha frecuencia, causas como el embarazo, la menstruación, el puerperio, el parto, y la menopausia. Además entre las “enajenadas mentales”, es frecuente encontrar hipertrofias, alteraciones y/o inflamaciones en el cuerpo del útero.

Por último, sobre un cuarto tópico que sería la condición de dolor y sacrificio asociado al ser biológico femenino, Araya alude a los dichos de Eloísa Díaz (una de las dos primeras médico chilenas) señalando “el temperamento de las mujeres es por excelencia nervioso, y el de la mujer chilena es predominantemente linfático nervioso, lo que la predispone para “los fenómenos de excitación de este aparato reproductivo, favoreciendo al mismo tiempo ataques de histerismo o accidentes epileptiformes, precursores para la pobre mujer de una existencia de quejas y dolores”⁶⁸. Las consecuencias inmediatas de este tópico será la justificación para la extirpación de los órganos reproductores femeninos.

A modo de conclusión esta autora reflexiona sobre cómo la fisiología femenina ha

⁶⁶ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 16.

⁶⁷ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 17.

⁶⁸ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 18.

estado históricamente ligada al concepto de patología; pero que además de esta fisiología, la anatomía cerebral estaría configurada para determinados roles sociales como la maternidad, el cuidado de la familia, la entrega de amor, etc. *“El ser mujer es una condición premórbida de la que es prácticamente imposible sustraerse...”*⁶⁹

A partir de la investigación de Araya es posible concluir que, a lo largo de la historia, también en Chile, la ciencia médica ha buscado y encontrado distintos postulados y prácticas orientadas a validar sus supuestos y discursos con respecto a las mujeres. Estos supuestos discursivos se han construido y re construido sobre la base de la distinción de inferioridad intelectual, predisposición a un rol designado desde lo masculino y correlatos biológicos con efectos “mentales” y anímicos, que caracterizan la identidad femenina. De muchas formas este discurso médico falogocéntrico es un discurso cerrado en sí mismo, ve y busca lo que quiere ver y encontrar. Se confirma en sí mismo con respecto a sus hipótesis, planteando al mundo éstas como verdades absolutas, posesionando al sujeto femenino como objeto de estudio, donde otro masculino paradójicamente es el que más conoce y “sabe” sobre un cuerpo y mente femenina.

Hasta el momento se ha hecho alusión a la construcción del discurso médico científico y falogocéntrico en torno a las enfermedades femeninas de carácter más biológico, referidas principalmente al cuerpo femenino, que no es menor porque al ser el correlato más visible y explícito será en apariencia, quizás, más fácil de doblegar y dominar por la ciencia. Pero, ¿qué pasa con el terreno de lo mental, la enfermedad y lo femenino?, ¿qué pasa con la psicología femenina?

2.3 Subjetividades Femeninas y Salud Mental.

Mabel Burin, psicóloga, al referirse sobre la construcción de subjetividad, y subjetividad sexuada, cruza distintos elementos de lo que se ha denominado como sistema sexo género. Al respecto, señala *“...hacia los años 50, y más acentuadamente en la década de los 70, los estudios de género han puesto sobre el escenario académico gran cantidad de estudios e investigaciones que revelan diversos modos de construcción de la subjetividad femenina, a partir de la ubicación social de las mujeres en la cultura patriarcal.”*⁷⁰ Esta ubicación social será la condición que en la mayoría de los casos contemplará la marginación y, que irá moldeando la constitución de subjetividades femeninas.

*“Los estudios de género han enfatizado la construcción de la subjetividad femenina como un proceso multideterminado, que fue sufriendo variadas transformaciones a lo largo del tiempo y de los distintos grupos de mujeres”*⁷¹. En el campo de salud mental de

⁶⁹ ARAYA, C. “La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX”. En Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006. Pág. 21.

⁷⁰ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 61.

⁷¹ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 70

las mujeres, Burin se interesa en describir los procesos que llevan a la generación de subjetividades femeninas vulnerables, a través de la articulación de modelos teórico – clínicos de comprensión sobre las patologías del género femenino en relación con áreas de poder predominantes, dentro de las cuales desarrollan su vida gran parte de las mujeres en la cultura patriarcal. Dentro de esta cultura, a las mujeres se las identifica, en tanto sujetos, con la maternidad. Con esto, se les asignaría un lugar y papel social como garantía de salud mental, utilizando diversos recursos materiales y simbólicos para la mantención de dicha identificación. Los dispositivos de poder implicados en esta mantención identitaria se inician ya desde la revolución industrial, planteando la división de dos ámbitos de producción y representación social diferenciados: el doméstico y el extradoméstico, señalando el poder racional y económico para los varones, y el poder de los afectos para las mujeres. A juicio de Burin, esta distribución de poder ha tenido gran alcance en la salud mental de mujeres y varones. *“En el caso de las mujeres, la centración en el poder de los afectos fue un recurso y un espacio específico, dentro del ámbito doméstico, mediante la regulación y el control de las emociones que circulaban dentro de la familia. Sin embargo, el ejercicio de este poder también significó modos específicos de enfermar y de expresar su malestar”*⁷²

Dentro el contexto histórico de la revolución industrial, la familia nuclear, por los fenómenos de urbanización e industrialización, fue estrechando sus límites de intimidad afectando también el contexto social de las mujeres, *“(sobre las mujeres)...su subjetividad quedó centrada en los roles familiares y domésticos, que pasaron a ser paradigmáticos del género femenino. El rol familiar de las mujeres se centró cada vez más en el cuidado de los niños y de los hombres (sus padres, hermanos y maridos)”*⁷³, configurando también una moral sobre lo familiar y lo maternal, que suponía características emocionales de receptividad, contención y nutrición para todos. El cumplimiento de este papel y rol femenino, garantizaba un lugar y papel en la cultura, definiendo formas de pensamiento, acción y desarrollo de los afectos en el cumplimiento de sus deberes familiares. A través de estos roles específicamente femeninos, se van configurando sub categorías como rol de madre, rol de esposa y rol de dueña de casa.

En este sentido, se puede decir que el contenido de lo designado por el discurso falogocéntrico con respecto a las mujeres, hace referencia a distintos roles sociales centrados en la ética del cuidado, a otros. Estos roles estarían plenamente avalados por la historia de la ciencia y la medicina, tal como se vio anteriormente, con el órgano de la “adhesividad”, por ejemplo. Si bien estos roles sociales, heterodesignados, posicionaron de alguna forma a las mujeres socialmente, son los mismos que constituyen más adelante factores de riesgo para la salud mental de las mismas. La simbólica social sobre los roles femeninos, en este sentido, pareciera no avanzar con todos los cambios psicosociales e históricos de más adelante.

⁷² BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 71.

⁷³ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 71.

Volviendo a Burin, el punto crítico entonces es que a lo largo del tiempo los roles que garantizaban la salud mental de las mujeres, produjeron efectos inversos, observándose numerosas condiciones de malestar psíquico que las ponía en riesgo. Y la respuesta frente a la pregunta de qué había pasado, fueron los diferentes hechos sociales y económicos a lo largo de este siglo (tales como la mayor cantidad de espacios educativos, la tecnología, el aumento y difusión de los anticonceptivos, el trabajo remunerado fuera del hogar, entre otros), que multiplicaron factores que fueron quitando a los roles de género femenino tradicionales el valor y sentido social que les había sido asignado. Esta “puesta en crisis” de los sentidos tradicionales, también implicó una puesta en crisis de la subjetividad femenina construida por las mujeres hasta entonces, en particular el sentido otorgado al poder emocional a través del cuestionamiento desde diversas teorías psicológicas. En cuanto a las mujeres, la decepción ante esta pérdida de poder, se comienza a observar en el grupo etéreo de la mediana edad, particularmente cuando los hijos crecían y se alejaban del hogar, dando lugar a expresiones como “neurosis del ama de casa”, “depresión en mujeres de mediana edad”, “síndrome del nido vacío”. La autora señala que así como la histeria se configuró como la enfermedad paradigmática femenina de fines del siglo XIX, los estados depresivos serían los modos de las mujeres para expresar su malestar, a fines del siglo XX. *“Estaríamos ante la finalización de aquel proyecto de la modernidad en cuanto a la composición subjetiva de las mujeres, que les ofrecía garantías de salud mental si cumplían con éxito los roles de género maternos, conyugales y domésticos”*⁷⁴

Asimismo, Irene Meler indica en sus postulados, que la histeria y la depresión constituirían la modalidad subjetiva que caracteriza a la feminidad, en función de la ubicación social asignada a las mujeres a lo largo de la historia (entendiendo lo femenino como el posicionamiento subjetivo de quienes se identifican con el lugar asignado a las mujeres, cualquiera sea su sexo biológico). *“Lo mujer”, entonces, se entristece cuando desearía enojarse, porque teme de un modo físico y moral ser hostil. El otro le es cercano y las fronteras de su self retienen la suficiente porosidad como para “ponerse en su lugar”. De ese modo le es más fácil componer que confrontar, se posterga en lugar de competir y, por supuesto, experimenta un sutil resentimiento que cobra “su tributo de maneras inadvertidas. “Lo mujer” está devaluado, y responde a esa situación con una mezcla variable de aceptación, delegación de sus anhelos en otros (hombre o hijo) y rebelión. La trampa hasta ahora no superada por la rebelión, característica de nuestro tiempo, es que al ganar se pierde, porque, apropiándose de los aspectos valorizados por el conjunto, generalmente se traviste. “Lo mujer” seduce, desesperándose por agradar, y en esa búsqueda apela a la sexualidad alienada que responde al deseo masculino como una mascarada encubridora de su inmadurez, propia del enclaustramiento y la censura secular.”*⁷⁵

Interesante como desde estas autoras lo femenino asociado al ámbito afectivo,

⁷⁴ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 74.

⁷⁵ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 7. Pág. 247.

emocional tiene como principales características la expresión de tristeza, enmascarando a la rabia, la contención, la reparación, la conciliación, la empatía... características de un ser que siempre está pensando en los demás aún a costa suya. Sin embargo, otra lectura sugiere que bajo esta sutil apariencia se esconderían resentimientos y rebeliones que surgen de distintas formas, como asemejarse al otro valorado, el hombre, o enfermarse. A partir de esta reflexión de Meler, se plantea la inquietud por la apropiación de aspectos valorizados. ¿Es que acaso se estará frente a la falta de aspectos valorizados por las propias mujeres?, ¿existe primero la identificación y conocimiento en cada una de estos aspectos, desde sí mismas....no desde los hombres? Más adelante en la reflexión se volverá sobre este aspecto.

Emilce Dio Bleichmar señala que muchos son los estudios sobre roles, en diversos ámbitos de las ciencias sociales (educación, psicología, sociología), que tipifican la feminidad y la masculinidad en relación a dos grandes categorías: femenino= roles emocionales, y masculino= roles instrumentales. Los rasgos que describen el modelo de feminidad más generalizado son: sensibilidad, complacencia, dulzura (ausencia de agresividad y competencia), pasividad, obediencia, necesidad de contacto afectivo, dependencia y fragilidad. Los rasgos masculinos serían: actividad, firmeza, capacidad para afrontar el riesgo, autonomía, decisión, autoconfianza y fuerza. *“La correlación entre los rasgos que definen la personalidad depresiva y los que caracterizan a la feminidad.....se superponen significativamente”*⁷⁶. Nuevamente la idea sobre la condición femenina como equivalente o antesala para la enfermedad o situación premórbida.

Burin señala un estudio realizado que analiza factores depresógenos a los cuales un grupo de mujeres atribuye sus estados depresivos en la mediana edad. Dentro de las hipótesis postuladas, la primera, desde el psicoanálisis, se centra en la identificación de la niña con la madre, a través del sistema superyo- ideal del yo. Burin observa en su estudio, un ideal que pareciera haber suministrado una fuente de satisfacción *“debido a la movilidad pulsional que tal identificación provoca, una movilidad pulsional desplegada ampliamente en el vínculo con sus hijos”*.⁷⁷ En el caso de un grupo de mujeres, denominado “tradicionales en el ejercicio de la maternidad”, el alejamiento de los hijos correspondería al alejamiento del objeto libidinal, desprotegiéndolas ante magnitudes pulsionales desbordantes, que se expresarían bajo la forma de hostilidad. Citando a Freud, continúa la autora señalando, *“la pérdida del vínculo protector- en este caso de sus hijos- deja a estas mujeres en un estado de inermidad yoica, proclive a “dejarse morir” o a abandonarse psíquicamente. La movilidad pulsional antes desplegada con los hijos quedaría sin destinatario aparente, y provocaría una situación crítica al aparato psíquico”*⁷⁸, condición que ha sido llamada *estasis pulsional*. Las mujeres denominadas como “transicionales e innovadoras”, enfrentarían esta problemática con recursos

⁷⁶ DIO BLEICHMAR, E. “La depresión en la mujer”. Editorial Temas de hoy. Buenos aires, Argentina. 1991. Pág. 69.

⁷⁷ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 76.

⁷⁸ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 76.

alternativos, logrando mayor movilidad pulsional. Algunos de estos recursos son reforzar su inserción laboral, participación social, actividades recreativas, de estudio, de autocuidado, etc. A pesar de esto, Burin también encuentra estancamiento libidinal en mujeres que logran un máximo de movilidad pulsional a través de sus carreras laborales; en estos casos señala, opera lo que se ha denominado como *“techo de cristal”*.

El techo de cristal, que podría señalarse como una hipótesis desde el género que analiza factores de riesgo para la depresión, se denomina como *“una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar y que les impide seguir avanzando.”*⁷⁹ Esta superficie obstaculizadora, se gestaría como límite en la temprana infancia, adquiriendo una dimensión más relevante a partir de la adolescencia. Algunos rasgos culturales en los cuales se basa el “techo de cristal” para las mujeres, serían: las responsabilidades domésticas, niveles de exigencia, estereotipos sociales y poder, percepción de las mujeres sobre sí mismas, principio de logro, y los ideales juveniles.

Al cruzar psicoanálisis y subjetividad femenina, Burin adhiere a una hipótesis sobre el vínculo fusional materno filial, dada la temprana e intensa identificación de la hija con su madre, en la identidad de género femenino. Los vínculos con la hija se construirían sobre la base de la cercanía y la fusión, al mirarla como una igual a sí misma. La identidad se configuraría sobre el “ser”, ser una con la madre. Dentro de esta hipótesis el deseo hostil y el juicio crítico serían elementos claves en la construcción de la subjetividad femenina, como factores de constitución del aparato psíquico, que contribuyen junto con los factores culturales a la invisibilidad discriminatoria presente en el “techo de cristal”.

El deseo hostil, que surge en la temprana infancia, y que sería fundante en la subjetividad femenina, gestante de deseo de saber o el deseo de poder, ha tenido un predominante destino de represión; esta situación se debe a que este deseo representaría una ruptura de los vínculos identificatorios con la madre. Por otro lado, el deseo hostil, a diferencia de la hostilidad como desarrollo afectivo (que busca su descarga bajo estallidos emocionales, transformaciones afectivas, o representaciones en el cuerpo), promueve nuevas búsquedas de objetos libidinales al aparato psíquico, *“éste sería un tipo de deseo cuya puesta en marcha en la construcción de la subjetividad femenina ofrecería mejores garantías para provocar resquebrajamientos en el “techo de cristal”*⁸⁰. Por otro lado el juicio crítico, la autora lo define como *“uno de los procesos lógicos que operan en el aparato psíquico en las situaciones de crisis vitales. Se trata de una forma de pensamiento que surge en la temprana infancia, ligada al sentimiento de injusticia. Este tipo de juicio se constituye inicialmente como un esfuerzo por dominar un trauma: el de la ruptura de un juicio anterior, que es el juicio identificatorio”*.⁸¹

⁷⁹ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 79.

⁸⁰ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 89.

⁸¹ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Pág. 90.

La puesta en marcha del deseo hostil y del juicio crítico, entonces, podría ser útil en la resistencia ante el dispositivo social que supone el “techo de cristal”; puesta en marcha que implica la crítica a los paradigmas tradicionales sobre los cuales se han construido los discursos acerca de la feminidad.

Por último, y relativo a los roles sociales femeninos, Irene Meler habla sobre los criterios de lo normal y lo patológico, señalando sobre estos últimos que: “...*el afán cognitivo por cercar, delimitar y solidificar categorías se desliza fácilmente hacia un objetivo normalizante que, en última instancia, revela su carácter socialmente conservador*”.⁸² En este sentido, plantea que el establecimiento de los criterios de salud mental y trastorno emocional dependería de la tensión existente entre reproducción e innovación social. En el caso de los roles de género esta tensión estaría presente un factor de ascenso, pero no sin conflicto, ya que se observaría a las mujeres apropiándose de ideales y procedimientos tradicionalmente masculinos, pero sin modificar la dirección heterosexual de su deseo ni hipertrofiar los indicadores convencionales de deseabilidad femenina; es decir se busca asegurar un núcleo de feminidad pese al cambio. Plantea, al igual que Burin que dos importantes indicadores de salud mental, o salida, en estos días son la *flexibilidad y la potencialidad creativa*, “*para no sucumbir al sin sentido y la ansiedad de pérdida que tiende a generar la velocidad del cambio de roles y expectativas*”⁸³, señalando diversas crisis normativas y no normativas comunes que pueden devenir en “fracturas vinculares no elaboradas” o patología mental.

A partir de los postulados de Burin, Meler y otras autoras que se enunciaron, es posible señalar que tal como en el entrecruzamiento de mujer y medicina en cuanto a la dimensión fisiológica, el terreno psicológico femenino que involucra cognición, afectos, sentimientos y símbolos, representa asimismo un espacio de vulnerabilidad dados los distintos roles sociales definidos desde la cultura y discursos falogocéntricos. La salud mental de las mujeres estará cruzada por designios y caracterizaciones desde fuera.

Las autoras proponen salidas o posibilidades ante el designio social sobre el ser femenino, tales como la puesta en marcha del deseo hostil, el juicio crítico, la flexibilidad y potencialidad creativa. Pensando en la inquietud antes planteada, a partir de los postulados de Meler, sobre la falta de reflexión sobre la dirección heterosexual del deseo femenino o el quiebre con los indicadores convencionales sobre feminidad; se piensa que esta puesta marcha, constituye una tarea esencial para las mujeres en el sentido de promover la autorreflexión y construcción subjetiva desde sí mismas. Este resultado, sin embargo, involucra un proceso, en el cual cabrían algunas preguntas tales como: ¿Cuáles serían/son las simbólicas femeninas desde las propias mujeres? ¿Cuál/es es/son la/s construcción/es que buscará subvertir y reaccionar ante el discurso, creado por otros, sobre sí mismas? ¿Desde la terapia en torno a enfermedades mentales, se potencia o promueve esta reflexión?

⁸² BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 7. Pág. 241.

⁸³ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 7. Pág. 245.

No obstante, se intentará responder a algunas de estas preguntas más adelante en la reflexión sobre los resultados del estudio presentado, al destacar el concepto de Meler sobre las crisis no normativas que devienen en patología mental, se quiere señalar la problemática de violencia conyugal como una respuesta posible ante estas preguntas, en el sentido de encontrar en el relato de su vivencia y elaboración, historias de reflexión y transformación, simbólica y práctica, sobre el ser femenino, desde las propias mujeres. A través del trabajo terapéutico con ellas se observa el resurgimiento del sujeto, un sujeto femenino que desde el discurso falocéntrico, con dolor y diferentes tipos de pérdidas en la mayoría de los casos, se piensa y construye a sí misma en un espacio nuevo...y libre.

2.4 Ejemplo de crisis NO Normativa: La Violencia Conyugal.

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...toda persona tiene todos los derechos y libertades sin distinción alguna de raza, color, sexo....todos ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad....a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes...”⁸⁴

En Chile durante una de cada cuatro mujeres es agredida físicamente y una de cada tres sufre violencia psicológica.⁸⁵

Sin duda que la violencia conyugal e intrafamiliar, es uno de los problemas sociales en crecimiento más necesarios de abordar actualmente a nivel estatal, social, comunitario, familiar e individualmente. Diversos estudios sobre este tipo de violencia hablan sobre el poder de las representaciones sociales en su conceptualización. La violencia conyugal es definida, desde Graciela B. Ferreira, como aquella instalada en la relación íntima y estable entre una mujer y un hombre, estén o no legalmente casados⁸⁶.

En esta conceptualización, la autora alude a la situación de violencia contra la mujer, a través de la historia. Plantea que en diferentes períodos del desarrollo de la sociedad, la mujer ha sido puesta en una categoría de inferioridad con respecto al hombre, a través de costumbres, leyes, rituales, comportamientos; y se ha insistido en un folklore que habla de los aspectos malignos de su personalidad. Dados estos criterios, se avaló la calidad de la mujer como la de una propiedad controlada por el hombre, primero el padre, luego el esposo, donde ambos tienen el derecho tácito de vigilar, utilizar y disciplinar a las mujeres de su pertenencia. *“Se ha observado que en una sociedad cuanto más se utiliza la violencia hacia las mujeres, más se las niega y oculta, lo cual equivale a un permiso implícito para seguir golpeándolas; en otras sociedades el maltrato forma parte de un acervo cultural, de costumbres arraigadas, aceptadas por las mismas mujeres que no han visto otra forma de vivir y nacen y mueren pensando que “así son las cosas”*⁸⁷

⁸⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948. Artículos 1, 2, 3, y 5. En www.un.org

⁸⁵ LARRAÍN, S. Citada por MARTINEZ, WALKER y otros en *“Una reconstrucción posible”*. Santiago, Chile. 1997.

⁸⁶ FERREIRA, G. “La Mujer Maltratada”. Editorial Sudamericana, Buenos Aires. 1989. Pág. 29.

Nuevamente aparece la dominación ejercida por un discurso o cultura patriarcal, en torno a las mujeres. Esta dominación o poder se expresaría en su sentido más extremo en la violencia conyugal. Ferreira hace alusión a la observación, desde esta cultura, de la mujer como un objeto de propiedad, y por tanto susceptible de ser maltratado. También se hace referencia a la historia de construcciones simbólicas sobre la mujer y el hombre que posibilitan, validan y normalizan este tipo de relaciones.

“Si la mujer parte de una plataforma social en la cual se la considera inferior, se le infunden miedos, se le da un trato discriminatorio y se la conceptualiza peyorativamente por su sexo, resulta evidente que su experiencia vital se desarrollará de una manera especial. Estará signada por el esfuerzo combinado de sobrellevar la desvalorización tácita y de integrar las contradicciones culturales explícitas. Una de ellas podría ser el hecho de caracterizar a la mujer como inestable, alterada, ilógica, susceptible, insegura, indecisa, llorona, débil, pero exigirle al mismo tiempo que sea el sostén afectivo y emocional de la familia, que haga gala de fortaleza moral y que no se le ocurra desertar de las obligaciones de apoyo y contención emotiva que le reclaman marido e hijos”⁸⁸.

Respecto de estos enunciados, más adelante en la exposición de los resultados, se apreciará también cómo los discursos sociales en torno a la cultura patriarcal, designada como machismo, son expuestos por la encargada del programa de intervención en violencia intrafamiliar, como el factor psicosocial a la base de esta destructiva dinámica relacional. Dada esta asociación, se explica cómo la violencia intrafamiliar más que una enfermedad mental, corresponde a una enfermedad social, anclada en los imaginarios sobre género y ejercicio del poder (hombre dominador, mujer dominada) que produce y reproduce constantemente el discurso patriarcal. A este respecto cabe mencionar que quizás los programas de intervención en una relación de violencia, son los que mejor evidencian las desigualdades entre hombres y mujeres por medio de la coacción; de múltiples formas es la vivencia más extrema y brutal de un género por sobre el otro, de ahí que las conclusiones y explicaciones en su abordaje sean más explícitas y distinguibles. No obstante esta apreciación, el discurso patriarcal sigue operando, y siguen existiendo relaciones entre hombres y mujeres que, sin llegar al extremo de la violencia, reproducen los imaginarios y representaciones sobre hombre y mujer de este discurso. En este sentido, hace falta una mayor distinción de género en los programas de intervención transversalmente a las problemáticas que se traten; ya que este discurso no estaría circunscrito a la violencia sino a las dinámicas sociales en general.

S. Velásquez aporta señalando cómo el impacto de las representaciones sociales contribuye en el ocultamiento de la violencia. Ella plantea que sexualidad, violencia y poder aparecen como elementos interpenetrados y presentes en todas las relaciones humanas, y que en este sentido las representaciones sociales, desde los prejuicios hasta los discursos científicos, distorsionan y ocultan estas relaciones. *“Los tabúes y prejuicios que operan sobre ellos dificultan el pensar y el accionar sobre los hechos de violencia*

⁸⁷ FERREIRA, G. “La Mujer Maltratada”. Editorial Sudamericana, Buenos Aires. 1989. Pág. 86.

⁸⁸ FERREIRA, G. “Hombres Violentos: Mujeres Maltratadas”. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina. 1992. Pág. 35.

sexual"⁸⁹ Por otro lado, las huellas que dejan las representaciones sociales sobre la feminidad en torno a las advertencias sobre una amenaza sexual, "*las mujeres no sólo deberán cuidar de su propia sexualidad sino también no provocar las de los hombres*"⁹⁰, más que propiciar un miedo instrumental (y de consecuente defensa), se interioriza como un miedo ideológico, definiendo así su forma de ver y sentir el mundo, inhibiendo la posibilidad de identificar situaciones de violencia. Asimismo las maneras de comprender la conducta masculina, desde las representaciones sociales, naturaliza la agresión y "*favorece la invisibilización de la violencia de género*"⁹¹.

Se indica que la violencia es ejercida con el objetivo de dominar y controlar al otro a través del miedo. Se trata de una estrategia de poder que instala un nuevo orden a través de la intimidación; orden que trasgrede el espacio de autonomía y genera una dependencia que impide el crecimiento propio de la persona. Señala que uno de los efectos más traumáticos de este nuevo orden sería la destrucción psíquica, atacando los aparatos perceptuales y psicomotores, raciocinio y emocionalidad de personas agredidas; tal como plantea Marie France Hirigoyen, en su tratado sobre el acoso moral.

Los efectos de la violencia en general, y conyugal en particular, son múltiples. Distintos autores y la clínica señalan que una situación crónica de abuso lleva a la mujer a vivir un estado de desesperación permanente, depresión, e incluso tener síntomas de enfermedad mental y/o ideación suicida. Ferreira indica que la opresión sugestiona a la mujer, perdiendo ésta la capacidad de verse como víctima, aceptando su situación como irremediable; se habitúa a la condición de sobreviviente y se somete a cualquier cosa para ver si acaba el sufrimiento y la tortura. "*Cuando todo lo que se hace y cuando todos los esfuerzos no logran causar ningún efecto ni la situación se modifica, se abandonan los intentos y la actividad*"⁹². La autora señala que, instalados estos procesos y efectos en la mujer, es común que sobrevengan depresiones, trastornos orgánicos, trastornos adaptativos, trastornos ansiosos, adicciones, etc.

Estos efectos traen a la superficie la pregunta sobre los imaginarios de los terapeutas sobre las mujeres. En el caso de la vivencia de violencia, la imagen o visión de la mujer por parte de los terapeutas generalmente alude a la de víctima, tal como se expone en los resultados. Si esta es la visión que se transmite en la comunicación terapéutica, quizás en un principio para la mujer es difícil verse como víctima, pero el peligro radicaría en verse así permanentemente. La concepción de mujer como víctima si bien reconoce la devaluación que la mujer ha sufrido en cuanto a su autoestima y salud mental y física en general, también sostiene una postura pasiva e inmóvil frente al cambio. Es decir, la

⁸⁹ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) "Género, Psicoanálisis, Subjetividad". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 10. Pág. 315

⁹⁰ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) "Género, Psicoanálisis, Subjetividad". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 10. Pág. 316.

⁹¹ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) "Género, Psicoanálisis, Subjetividad". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 10. Pág. 317.

⁹² FERREIRA, G. "La Mujer Maltratada". Editorial Sudamericana, Buenos Aires. 1989. Pág. 141.

victimización alude a un concepto más estático que dinámico, que no incorpora los elementos de proceso que se van sucediendo en la elaboración de la vivencia. Se piensa que esta conceptualización puede ser útil inicialmente en un sentido descriptivo, pero de ninguna forma como una postura permanente. Es por esto que, lo que interesa al presente trabajo relevar es que los distintos y diversos efectos de la dinámica de la violencia contra mujeres, reclama un necesario análisis en la forma en que se están abordando estas problemáticas en la atención de salud pública actualmente.

“Los trastornos emocionales y físicos por los que consultan las mujeres que son víctimas de agresión establecen y confirman la relación existente entre las condiciones de vida, la estructuración del aparato psíquico y los síntomas que expresan esta relación. De no tener en cuenta la interrelación existente entre las condiciones de vida estresantes y las condiciones de salud, los malestares que las llevan a la consulta pueden ser considerados por los profesionales como estados que sólo han de encontrar alivio mediante la medicación que silenciará la angustia y el sufrimiento que padecen las mujeres que han sido o son víctimas de violencia (Velásquez, 1990, 1993)”⁹³

Lo que se propone, a la luz de todos los planteamientos relativos a la salud mental de las mujeres y su condición de vulnerabilidad desde las representaciones sociales históricas sobre su ser, es un abordaje terapéutico que integre, complete y amplíe las diferentes condicionantes y componentes de un trastorno mental, en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Se piensa en un abordaje que involucre un protagonismo femenino, y que posibilite la búsqueda de reflexiones en torno a su propia historia, como individuo y como género; incorporando también el propio género de quien es terapeuta en esta reflexión. Se propone entonces un abordaje con perspectiva de género, que releve la importancia de los factores psicosociales y su internalización individual y colectiva.

En los comentarios posteriores, se observará cómo el programa de intervención en violencia intrafamiliar es el único, del estudio, que releve aspectos más sociales en la “enfermedad mental” que aborda, tales como la existencia de una cultura patriarcal con todos los prejuicios y estereotipos para cada género que ello conlleva. Se señala que sólo releve estos aspectos porque aún no se ocupa plena y sistemáticamente de ellos en la intervención comentada.

¿Qué significaría abordarlos plenamente? ¿Cómo es posible extender la importancia del contexto social otros programas que no trabajen con violencia, pero que si trabajan con mujeres y con hombres?

A continuación algunas respuestas encontradas.

Capítulo 3: Perspectiva de Género en la Intervención Psicosocial para y con Mujeres.

⁹³ BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) “Género, Psicoanálisis, Subjetividad”. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996. Capítulo 10. Pág. 329.

3.1 Perspectiva de Género en la investigación.

“La perspectiva de género en la intervención psicosocial apunta a una modificación epistemológica psicodinámica de las ciencias sociales en cuyos estudios e intervenciones las personas participantes no se plantean como objetos de estudio sino como sujetos en un lugar simétrico con los/las sujetos de conocimiento”⁹⁴.

Pilar Errázuriz, psicóloga y psicoanalista, apunta a la condición de co existencia, tanto del investigador/a como del sujeto investigado/a, en el sistema sexo genérico marcado por la cultura. Ella plantea que, desde la perspectiva de género en la intervención, no sólo se debiera apuntar al estudio sobre los estereotipos y/o prejuicios en torno a los géneros, sino además incorporar el análisis del poder y la influencia del contexto social en el cual se desarrolla la situación que vive la persona. *“De modo que la psicología social y sus intervenciones no deben referirse al estudio de “la mujer” como si fuera un objeto de estudio, sino que cualquier intervención debe remitir a un sujeto protagónico e incardinado”⁹⁵*. Al respecto, cabe preguntarse por las condiciones previas de reflexión para un análisis sobre las intervenciones en general. En el caso del estudio que se presenta, preguntarse por las posibilidades de un centro de salud para reflexionar sobre su mismo accionar; se piensa que si se encuentra este piso mínimo de reflexión es posible la incorporación de un análisis y posterior aplicación práctica de una perspectiva de género.

La autora señala que se hace necesario por un lado, una intervención que intente no reproducir patrones hegemónicos de conocimiento científico, y que tienda más bien a una democracia cognitiva, la cual incorpore una pluralidad de perspectivas; y, en segundo lugar, postula una intervención que intente mantener una perspectiva crítica, ante la posibilidad de emergencia de este binomio dinámico de dominio- saber- experto, y subordinado- sin conocimiento–objeto.

Citando a Fox Keller, indica que otro aspecto a incorporar en esta intervención entonces, es la construcción identitaria de la investigadora o el investigador, la cual estaría necesariamente mediada por la socialización de género. El sentido de identidad estaría relacionado con la internalización de la dicotomía sujeto / objeto. La rígida separación entre sujeto y objeto será conocida, como *objetividad estática*. El uso de la experiencia subjetiva y reconocer la diferencia con otro como una oportunidad para una relación más profunda y articulada, apunta a una *objetividad dinámica*.

Esta última objetividad sería la pretendida para las intervenciones psicosociales. Esta objetividad dinámica planteada, se piensa, apunta a las posibilidades de reflexión y crítica señaladas anteriormente; en el caso de de la construcción identitaria del/a investigador/a – terapeuta, se relaciona directamente con los espacios de autocuidado, grupales e

⁹⁴ ERRÁZURIZ, P. *“Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”*. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 31.

⁹⁵ ERRÁZURIZ, P. *“Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”*. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 32.

individuales, que se puedan generar conocimiento sobre su rol. En el caso del centro estudiado, como se señalará más adelante, existen los espacios de reflexión sobre las intervenciones realizadas; sin embargo, éstos se orientan principalmente a las metas logradas más que al proceso para lograr las mismas, último aspecto en el cual se encontraría por ejemplo el análisis de la relación terapéutica incorporándose el mismo terapeuta como sujeto de análisis.

Hasta el momento, por lo tanto, en el planteamiento de este abordaje de intervención con perspectiva de género, se conjugan los elementos de poder, contexto social, y la propia adscripción del investigador- interventor con respecto al sistema sexo género. El análisis de la dinámica, de poder, establecida en la relación médico - paciente vuelve a cobrar una relevancia poco observada en la práctica clínica; los contextos socioculturales de emergencia para las representaciones e imaginarios sociales sobre lo masculino y femenino amplía los horizontes de una práctica médica focalizada sólo en el alivio de la sintomatología; estos dos ejes junto al tercero implican un compromiso activo del que observa en lo observado, y la reflexión sobre el mismo. Desde la autora, la intervención se debiera transformar por tanto en una acción política y social, conciente y dinámica.

Con respecto a estos planteamientos, se concuerda en que el análisis de la dinámica de poder es poco observada en la práctica clínica, lo que en sí demuestra un ejercicio del poder resguardado desde la práctica médica. En el análisis de los resultados del estudio, se verá que si bien el centro de atención en salud mental incorpora un análisis ideológico sobre los contextos socioculturales para la emergencia de problemáticas tratadas, la dimensión de poder, planteada para el contexto de este centro: sobre la relación terapéutica, no es explicitada.

P. Errázuriz plantea que se pretende colocar a la investigación psicosocial como un conocimiento *situado y responsable*, con conciencia de la objetividad *incardinada*, y que persiga proyectos de ciencia paradójicos y críticos “...desde la perspectiva de género – la intervención científica es una práctica social: producción colectiva con las sujetos de la investigación en lugar de una recolección y acumulación estática del saber. Se cuestiona al/a investigador/a psicosocial como sujeto autónomo independiente del contexto social, aislado y neutral, porque lo consideramos un emergente de una situación relacional de una objetividad dinámica y en proceso”.⁹⁶ Se requiere, por tanto, en la intervención una participación comprometida por parte del investigador/a en la construcción relacional con el sujeto investigado, reconociendo los efectos de su presencia en la relación y en el otro/a. “La construcción colectiva entre sujetos de ambos lados de la investigación psicosocial, ha de ser una construcción de memorias sociales, en un espacio de multiplicidades narrativas”⁹⁷.

En el caso del centro analizado, el análisis de la postura del/a terapeuta, centrada principalmente en la participación que tiene en la evaluación de metas, involucra un

⁹⁶ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 36.

⁹⁷ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 37.

conocimiento, parcial, sobre su incidencia en los resultados del proceso terapéutico; es decir el o la terapeuta se visualiza como parte importante del resultado binomio terapeuta-paciente, lo que hace pensar en una eventual conciencia sobre sí mismo/a en la relación con otro. Sin embargo, el no incorporar la dimensión de poder, ni las condicionantes sexo genéricas en esta eventual conciencia, hacen que el análisis de esta postura adolezca de un conocimiento situado en el contexto sociocultural del cual emerge esta postura de terapeuta, retrasando una asunción responsable (con conciencia) de su posición.

3.2 Intervención con perspectiva de Género.

¿En qué consisten concretamente, entonces, las intervenciones con perspectiva de género?

P. Errázuriz propone dos tipos de aproximaciones en el espacio psicosocial, una será la entrevista psicológica y la segunda será el trabajo con grupos de mujeres. La entrevista psicológica *“está destinada no sólo a recabar información sino también, por el solo hecho de realizarla, sensibilizar a los sujetos acerca de algún tema concreto que se haya propuesto el o la profesional, así como la persona que consulta o participa.”*⁹⁸

Al respecto, interesa destacar algunos elementos propuestos por la autora, como partes importantes de atender en la entrevista con perspectiva de género y porque más adelante serán utilizados en el análisis de datos. Uno de estos elementos es la **Perspectiva**, que se refiere al lugar en el que se situará el/la investigador/a con respecto a el/la entrevistado/a. La idea es situarse en un lugar lo más simétricamente posible. *“...Esta forma de organizar el vínculo entrevistador/a – entrevistado/a establece per se una asimetría que hay que cuidar no devenga subordinación o relación de poder.....teniendo conciencia de no repetir el binomio dominación / subordinación de género que en este caso sería masculino – dominante (el o la investigador/a – científico/a – supuesto saber) y femenino – subordinado (el o la sujeto de investigación)...”*⁹⁹. La salida, sería la postura disociada, es decir, estar atento/a al material y vínculo con el entrevistado/a y, paralelamente, realizar una permanente introspección sobre las repercusiones internas del material que se va jugando en la entrevista. Se sugiere que, desde una perspectiva de género, sean mujeres las que entrevisten mujeres, con el fin de construir un vínculo que *“resuene en las genealogías femeninas y en el colectivo de experiencias con denominadores comunes”*¹⁰⁰. En este sentido, desde una *conciencia activa antihegemónica*, algunos esfuerzos deconstructivos de la situación de asimetría

⁹⁸ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 39.

⁹⁹ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 45.

¹⁰⁰ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 45.

serán por ejemplo adecuaciones discursivas que incluyan el *nosotras* (en el caso de entrevistas de mujeres hacia mujeres), que demostraría un subversión frente al discurso dominante; otro, la interpretación del existente transferencial en la relación, con su explicitación al/a entrevistado/a; y, la perspectiva de una objetividad dinámica, que alude a un conocimiento situado de la subjetividad del investigador/a y su consecuente influencia en el curso de la entrevista y en el entrevistado/a.

Los **Antecedentes** se refieren a *“la “pre- historia” de la construcción del campo vincular de la entrevista”*¹⁰¹. Dentro de los antecedentes se incluirán, por lo tanto, los modelos vinculares, historias, estructuras de personalidad, mundo interno, fantasías, expectativas, tanto de el/la entrevistado/a como del/a entrevistador/a. La autora plantea que en un binomio homosexual (entrevistadora – entrevistada), sería mayor la resonancia de antecedentes relativos al género. Sin embargo, en el caso de los hombres, un binomio heterosexual (entrevistadora – entrevistado), permitiría la emergencia de aspectos femeninos en ellos, difíciles de conocer en una relación más jerarquizada y patriarcal. Con respecto a el/la investigador/a, *“en el bagaje que trae consigo el/la entrevistador/a no solo entrará en línea de cuenta su formación, ideología, experticia, experiencia profesional, además de toda la subjetividad, experiencias personales, y otros, sino que sus expectativas e hipótesis las cuales lo/la colocan en una situación determinada. Sus motivaciones inconscientes y aquellas que pueda hacer consciente son un punto de partida para situarse en el campo de la entrevista. Más precisamente, la expectativa de dicho/a científico/a que se articula antes, durante y después de la situación misma de entrevista”*¹⁰².

Otro elemento a incorporar en esta perspectiva de género serán las **Ansiedades y Miedos** a los que están expuestos tanto el/la entrevistador/a como el/la entrevistado/a, ante la situación de entrevista. Las ansiedades y miedos, pueden proyectarse o introyectarse, siendo claramente elementos que acompañan los temas e intervenciones durante el proceso de entrevista. Estas ansiedades y miedos variarán según el binomio de la entrevista (homo o heterosexual); en el caso de una mujer entrevistada por un hombre se rigidiza el par subordinación/ dominación, femenino/ masculino.

Finalmente, un último elemento que interesa destacar, a la luz del análisis y resultados del caso que se presentará a continuación, lo constituye la **Introspección del/a Entrevistador/a post entrevista**, que se refiere al compromiso subjetivo por parte del entrevistador/a, en cuanto a la conciencia de emociones e ideas que consueñan con sus propias conflictivas sobre los mandatos sexo genéricos, durante el proceso de entrevista. Lo que se propone es que además de la introspección disociativa, que se recomienda durante toda la entrevista, se realice una post entrevista con el fin de *“recabar los residuos contratransferenciales y los puntos de identificación, egosintonía y/o egodistonía con el material conseguido”*¹⁰³.

¹⁰¹ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 49.

¹⁰² ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 50.

Con respecto a la intervención psicosocial con y en grupos de mujeres, se plantea que más que utilizar un criterio grupal por “patología femenina”, se incorpora en el trabajo grupal una filosofía de grupos operativos, es decir la operatividad que representa la organización del grupo para una tarea determinada. La característica distintiva sería que en un trabajo grupal con mujeres, se requiere una perspectiva que contenga los siguientes parámetros: *“la autoconciencia dentro del sistema sexo género, la diversidad entre nosotras y de cada grupo particular, la generalización que une las diferencias (subordinación femenina v/s dominación masculina), la recuperación de la memoria colectiva y de la lucha de las mujeres, y el reconocimiento del orden simbólico de la madre.”*¹⁰⁴

En síntesis, se desprende de los planteamientos expuestos que, el poder crear en la intervención un espacio de continua transformación y construcción, para ambas partes de la relación, posibilita la emergencia de la historia personal y colectiva. Y, el recuperar estas historias favorece la apropiación e identificación de distintas identidades femeninas, enunciadas desde y para las mujeres. *“Recuperar la genealogía y la memoria colectiva del quehacer, permite abrir un espectro de identificación para las mujeres más allá de la distonía que encuentran en los espacios de interacción psicosocial de la cotidianidad. Lugares que permitan a las mujeres construir una trama vincular resignificante dentro de un colectivo que tiene una estructura determinada y que comparte generalidades históricas y culturales, estarían destinados a posicionar a las mujeres en espacios de sublimación cultural y cumplir con al recomendación freudiana de amar y trabajar como garantía de salud mental”*¹⁰⁵. Ante las preguntas que finalizan el segundo capítulo, la perspectiva de género en las intervenciones en salud mental, aparece como una respuesta deseable.

Este tercer capítulo lo que ha buscado poner de manifiesto es que el abordaje de intervención, y terapéutico, integral, de género, es posible. Sin embargo, el cambio a este tipo de abordaje implica una conciencia, compromiso y reflexión activa y permanente por parte del investigador/a- terapeuta; conciencia, compromiso y reflexión en torno a sí mismo/a como a la relación que está estableciendo con otro/a. Junto a esta reflexión está presente también la noción de conocimiento situado, es decir, desde dónde se está observando y enunciando discurso, lo que implica ir más allá de lo que comúnmente se denomina como el setting terapéutico, e intentar desde la postura personal transformarse en un verdadero “arqueólogo/a” en la historia del otro que convoca, observando las resonancias de esa historia en la propia, siendo capaz de incorporar esto en la observación y enunciación general y completa sobre la relación.

¹⁰³ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 72.

¹⁰⁴ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 79.

¹⁰⁵ ERRÁZURIZ, P. “Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres”. Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006. Pág. 38.

Se ha mencionado anteriormente que los resultados observados en la investigación, que a continuación se presentará, denotan una falta de reflexión e integración de algunos elementos que configuran una perspectiva de género, como la aquí propuesta. Tal como se señaló, es importante considerar las bases previas para una reflexión en torno al quehacer, para luego considerar la integración de elementos relativos al género, clase, etnia, en la intervención. Considerando este piso mínimo o base de reflexión necesaria para la posterior aplicación de una perspectiva de género, cabe preguntarse ¿En qué estará la situación de intervención psicosocial actual en salud pública? ¿Qué tipos de abordajes incorpora? ¿Considera actualmente estos elementos enunciados? ¿Cuál es la postura de los terapeutas, que intervienen psicosocialmente, con respecto al género? ¿Qué implicancias subjetivas podrían estar teniendo las actuales intervenciones en los usuarios de las redes de atención en salud?

Estas preguntas se pretenden responder con la presentación del siguiente estudio de caso en un centro de salud mental comunitaria, dentro del sistema chileno actual de salud pública. En él se busca conocer la presencia o no de los diferentes elementos abordados desde el marco teórico, como son la dinámica del poder inherente a las relaciones humanas, el contexto psicosocial del cual emergen las representaciones sociales que enmarcan y norman estas relaciones y discursos, las subjetividades presentes en estas relaciones y la práctica misma en ellas. La aplicación de estos conceptos al estudio de caso presente, estaría dado por ejemplo en el análisis de la relación terapeuta – usuario, o binomio terapéutico, en cuanto a la conciencia de poder, los imaginarios o representaciones sociales sobre género presentes y dinámicas en esta relación, la reflexión personal o “adscripción” del/a terapeuta dentro del sistema sexo género, entre otros. Finalmente, interesa observar cómo se plasma o “reifica” esta relación, con todos los análisis señalados anteriormente, en las intervenciones. Al respecto es de especial interés poder señalar la existencia o no de brechas entre lo que se piensa o dice que se hace (nivel ideológico) y lo que se practica (nivel operativo), ya que al ser un espacio de salud inserto dentro de la red más amplia, puede otorgar una idea de cómo está funcionando la misma, y en el caso de ser posible hacia dónde orientar las futuras y eventuales intervenciones, como profesionales y miembros sociales.

Marco Metodológico

A continuación se presentarán algunos antecedentes básicos sobre la metodología utilizada para la presente investigación. La profundización de estos aspectos fueron referidos al apartado de anexos.

1. Fundamento Teórico de la Investigación.

Tal como señaló en el primer apartado, la presente investigación corresponde a un estudio de caso llevado a cabo en el Centro de Salud Mental comunitaria (COSAM), en la comuna de Pudahuel. El estudio es de carácter exploratorio, y se genera en un marco metodológico cualitativo, que corresponde a una epistemología constructivista. Desde el constructivismo el acto de conocer es un acto de *distinción*, es decir, “*desde el constructivismo el conocimiento se hace posible al indicar y describir observaciones, vale decir, haciendo distinciones cuyos resultados constituyen pisos autorreferidos para la emergencia de nuevas distinciones*”¹⁰⁶, esto implica que en el acto de conocer no es posible acceder a una verdad *objetiva*, por lo que el objeto de la investigación se traslada a la búsqueda de explicaciones. En este sentido, el observador configura desde su mirada lo observado; no es posible, por lo tanto, hablar de una realidad independiente de

¹⁰⁶ ARNOLD, M. “Introducción a las Epistemologías Sistémico/ Constructivistas”. *Cinta de Moebio* N° 2, Diciembre 1997. En <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/02/frames32.htm>

quien la observa.

La investigación cualitativa tiene como objeto abordar el estudio de la construcción social de la realidad, a través de las prácticas discursivas. Es además, metodológicamente reflexiva, a partir de la distinción de que todo lo observado es construido por el observador. Taylor y Bogdan caracterizan la investigación cualitativa como inductiva y de diseño flexible, en que la comprensión se va construyendo en el desarrollo de la investigación y no está determinada a priori por hipótesis y teorías.

2. Antecedentes de Contexto para la Investigación.

2.1 Políticas Públicas para la intervención en salud mental.

Ministerio de Salud y la atención en Salud Mental.

Se entenderán por políticas públicas todas aquellas disposiciones, en el ámbito de la salud mental, que provengan desde el espacio ministerial o de gobierno actual. La relevancia de señalarlas es que éstas otorgan un marco referencial, en cuanto a normativas y límites, en el trabajo público sobre la salud mental, a nivel nacional. Y cabe detenerse en esto un momento, ya que si bien se entregan las normas clínicas para la atención en diferentes situaciones de trastorno mental (como se verá más adelante), se entregan marcos conceptuales incompletos, que no incorporan una mirada integral sobre las problemáticas. En la mayoría de estas disposiciones normativas no existen alusiones a las diferencias y condicionantes psicosociales de género, clase, y etnia estudiadas en los capítulos anteriores. Y, por tanto, si desde el marco conceptual se omiten estos relevantes antecedentes, no se explicitarán claramente (para los ejecutores) las metodologías adecuadas a aplicar en las intervenciones que contemplen las diferencias mencionadas. Asimismo, esta situación remite nuevamente al punto sobre el límite de la enfermedad mental; es decir, si en un diagnóstico o normativa ministerial no se consideran intervinientes sociales de género y etnia como la pobreza, la delincuencia, el hacinamiento, la drogadicción, la normalización de la violencia de género, el maltrato infantil, la calidad de la educación formal, las tasas de empleo, etc., la patología social es ocultada y silenciada por la disciplina médica, psiquiátrica y psicológica, tal como fue expuesto en el apartado teórico. La pobreza, y todo lo que esté fuera de la norma, se confunde con la locura una vez más, y la medicación aparece como una respuesta individual ante un problema social.

Siguiendo con el cometido inicial, desde el ministerio de salud (MINSAL), entonces, se articulan las políticas públicas, (incompletas) que se ejecutan a través de los servicios de salud. En el caso de la región metropolitana, la red de atención en salud se divide en zonas territoriales: norte, sur, centro, oriente y occidente. La red de salud está constituida por tres niveles de atención preventiva: la primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria tiene que ver con la prestación de servicios a las problemáticas catalogadas

como leves dentro de la población, la especialización de los profesionales por lo tanto será de carácter general; este nivel lo constituyen todos los consultorios en las diferentes comunas del país. La atención secundaria en salud, corresponde a un nivel de especialización mayor en las patologías atendidas; lo constituyen principalmente los centros de referencia en salud (CRS), que convocan a más de una comuna generalmente, y los centros de salud mental y comunitaria (COSAM). Por último, el nivel terciario apunta al trabajo en patologías catalogadas como crónicas; los dispositivos en este nivel lo conforman los hospitales asignados a la población.

Dentro de esta red de salud se supone, desde el MINSAL, la adecuada articulación y coordinación entre los distintos niveles para un tránsito expedito del usuario por los distintos dispositivos que requiera. Esta coordinación se traduce en interconsultas, derivaciones asistidas, reuniones de coordinación a nivel de servicio y locales, etc. Lamentablemente para los usuarios, desde la propia experiencia y visión, esta coordinación global se dificulta bastante, siendo la mayoría de las veces más fácil coordinarse localmente que con instancias superiores (y por tanto con las políticas que dirigen las orientaciones técnicas y el quehacer diario).

La red de salud pública aquí descrita configura el dispositivo nacional en cuanto a las normativas en salud mental. La implicancia de esto, tal como se señaló anteriormente, es mayor si se tiene en consideración que cada dispositivo de la red produce y reproduce de alguna forma esta normativa. Si bien actualmente, y siguiendo los postulados de Aroca, se estaría ante un movimiento de desinstitucionalización de la enfermedad mental (a lo largo de todos los dispositivos de la red) esto no necesariamente garantiza el fin del encierro. Como dispositivos reticulares, la emergencia de consultorios, centros de salud y hogares protegidos, entre otros, apoyan la idea de desinstitucionalización al constituirse como espacios ambulatorios e integrados a la comunidad local. Sin embargo, en las relaciones terapéuticas al interior de estos espacios, la pérdida del control de la relación, por parte de la persona que consulta, existe; lo que apoya, por otro lado, la mantención del orden de la psiquiatría institucional, planteada por Szasz. ¿Cómo sucede esto? La respuesta está en que ya no es necesario un gran edificio para encerrar, sino normativas públicas y nacionales para ejecutar y ordenar.

Es por esto, que al interior de estos espacios de atención más locales cabe la reflexión o análisis sobre la perspectiva de las intervenciones que allí se realizan. En el caso de no existir mayor reflexión se aplicarán las normativas ministeriales, llenando los vacíos metodológicos con bagaje individual más que desde una perspectiva institucional. En el caso del centro estudiado, si bien no existe una perspectiva de género integrada y transversal a las intervenciones, existe una base crítica y reflexiva sobre las políticas públicas y una propuesta institucional al respecto, al menos en el ámbito ideológico, como será descrito más adelante. Se piensa que es esta crítica reflexiva, junto con la sistematización cuantitativa y cualitativa de la misma, la que podría posibilitar un discurso alternativo y dialogante con la institución ascendente en términos de cambios en las políticas públicas actuales.

Mientras no suceda esto, las directrices públicas seguirán siendo verticales, y peligrosamente incompletas en su visión contextual de los problemas "individuales". A continuación los programas propuestos por el MINSAL en materia de salud mental.

Programas de intervención desde MINSAL

Nota de título ¹⁰⁷

La reforma en salud, señalada desde el Ministerio de Salud, formula un Plan de Psiquiatría y Salud Mental, que se instala desde el año 2005 al interior de los distintos dispositivos de la red de salud pública.

Este plan contempla especificaciones teórico técnicas para distintas patologías o trastornos en la salud mental tales como la depresión, la violencia intrafamiliar, adicciones y esquizofrenia, entre otros. Cabe señalar que si bien la mayoría de estos programas cuenta con una trayectoria histórica de normativas y manuales en cuanto a las intervenciones a realizar en cada temática, no es sino hasta su ingreso a las garantías explícitas en salud (AUGE/ GES) que se sistematizan y norman en mayor medida las disposiciones de intervención sobre cada “patología”. A continuación un breve resumen sobre los programas de intervención, que interesan a este estudio, señalados por el MINSAL:

Depresión. La frecuencia con que se presenta la Depresión y sus efectos en la calidad de vida de las personas que la padecen, determinó que esta patología fuese incluida en la modalidad GES a partir del 1º de julio del 2006. La guía clínica para depresión, incluye la epidemiología (2:1, mujeres y hombres), detección, diagnósticos y tratamiento, junto con el flujograma de la red de salud para su atención. La guía y los documentos en ella, cuestionarios principalmente, están enfocados a una población femenina.

Violencia Intrafamiliar . En el año 1997 el Ministerio de Salud elabora, junto a un equipo técnico, un manual de apoyo técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar, destinado a distintos agentes de salud que trabajen con este tema. El manual incluye conceptos relacionados con la violencia (infantil, conyugal y hacia los adultos mayores). En lo que se refiere a la violencia conyugal entrega algunos elementos básicos tales como las creencias asociadas, la definición del ciclo de la violencia, sus principales características y las consecuencias para la mujer en este tipo de relaciones. Entrega también herramientas para la intervención, a saber promoción de relaciones saludables y acciones de prevención en violencia conyugal, así como herramientas técnicas para la detección y detención de la situación de violencia que vive la mujer. Cabe señalar como importante el hecho que la Violencia Intrafamiliar (VIF) aún no es incluida como patología AUGE, por lo tanto el actual financiamiento, y toda la cobertura mediática y a nivel institucional que puede tener esta problemática, sigue siendo acorde a los estándares de antaño. El valor, económico, por prestaciones en VIF es significativamente menor a una problemática de adicciones, por ejemplo, aún cuando cada día se sumen más y más casos de femicidio y maltrato, sin considerar la cifra negra de los casos que no son denunciados.

Adicciones. En el año 2005 el MINSAL publica la Guía de “Detección y Tratamiento Temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias

¹⁰⁷ En www.minsal.cl

psicoactivas en la atención primaria”, manual al cual se suma la guía clínica el año 2007, por haberse configurado como un problema GES. Tanto el manual como la guía clínica incluyen elementos relativos a antecedentes relevantes, tipos de consumo, detección, intervención precoz y flujogramas de atención y derivación en el tema. No se explicitan diferencias por género en la atención.

Trastornos Psiquiátricos Mayores. También el año 2005 se publica la “Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia”, mismo año en que pasa a ser patología GES. La guía incluye antecedentes, intervenciones para sospecha de esquizofrenia (EQZ), intervenciones para la confirmación del diagnóstico, e intervenciones para el tratamiento; así como las redes y flujogramas de atención y derivación. No se explicitan diferencias por género en la atención.

Al revisar y resumir las problemáticas, y sus normativas, atendidas como prioridad en salud desde el ministerio, se observan aspectos comunes a todas ellas. En primer lugar la agrupación de las mismas en torno a “patologías”, es decir la falta de salud en un ámbito en particular. Tal como se veía en el marco teórico y anteriormente en este apartado, el concepto de patología obedece a un concepto, una norma, que no necesariamente aborda dimensiones que no sean las “enfermas”, desde la perspectiva médica. Por otro lado, otro aspecto en común a las normas clínicas es la ausencia de diferenciaciones por género, clase o etnia, postulando una atención homogénea para ambos sexos. Las implicancias de estas observaciones es que el concepto de salud y enfermedad mental, junto con la ausencia de una integración social en los factores intervinientes en la misma, desde las políticas públicas, marcan un precedente con respecto a las representaciones sociales que se manejarán y jugarán en el espacio de intervención. La política pública enuncia el discurso oficial en cuanto a salud mental; evoca una determinada construcción de realidad, por lo tanto, se podría pensar que las mismas ausencias y construcciones observadas en el discurso, estarán presentes en la práctica de las intervenciones.

Sin embargo, desde otro punto de vista, justamente al existir vacíos psicosociales en las directrices y metodologías de intervención planteadas desde el ministerio, existen posibilidades de acción local distintas a las propuestas. De aquí el motivo de elegir un estudio de caso en un centro ejecutor de estas políticas, ya eventualmente sería posible encontrar en él intervenciones más integrales (más psicosociales) que las propuestas por la política general.

2.2 Políticas Locales para la intervención en salud mental.

Se entenderá por políticas locales la forma en que cada comuna y/o cada dispositivo reticular de salud pública, ejecuta o incorpora operativamente las disposiciones emanadas desde los espacios gubernamentales; en el caso del COSAM Pudahuel, la forma en que se organiza internamente para dar cumplimiento a los objetivos planteados desde el ministerio.

Es en este centro que se elige donde se buscarán inflexiones con respecto al discurso oficial (gubernamental), local, profesional y personal, en cuanto al poder relacional, los contextos de emergencia para los discursos y la incorporación o no de

perspectiva de género en las intervenciones propuestas, y ejecutadas.

Antecedentes COSAM de Pudahuel

El COSAM de Pudahuel, se ubica tal como lo señala su nombre en la comuna de Pudahuel. Los usuarios del centro incluyen a hombres y mujeres, de distintas edades, que viven en la comuna. La población femenina, adulta, que se atiende concentra los ingresos en el rango etéreo de los 30 – 60 años, la gran mayoría casada o convivendo, con hijos, teniendo como actividad laboral el trabajo dentro de la casa, dueña de casa, y/o fuera de la casa (en actividades que tienen que ver principalmente con auxiliar de aseo, asesoras de hogar, vendedoras).

Con respecto a la población femenina en Pudahuel, se puede indicar como dato importante que ésta es una de las comunas que concentra mayor cantidad de población indígena en la región metropolitana. Según los resultados del censo, del año 2002, de la población mapuche total, unos 409.079 viven en la Región Metropolitana, aproximadamente un 41%. 200.862 son hombres, y 208.216 son mujeres. Se señala que la distribución por género en esta región es interesante ya que indica que son especialmente las mujeres las que han migrado y migran a la ciudad, buscando actividades laborales relacionadas principalmente con el trabajo doméstico dentro de casa o de “puertas afuera”, vendedora de artesanía u obrera en fábricas. (Sonia Montecino, Loreto Rebolledo, 1993). La relevancia de presentar estos datos radica en que esta diversidad étnica que presenta Chile, Santiago, y Pudahuel en este caso, enfrenta a los equipos de salud a la necesidad de desarrollar estrategias que faciliten la relación entre médicos y pacientes, incorporando visiones que integren cada vez más las variables contextuales de género y etnia. *“En la última década, se ha empezado a utilizar conceptos como el de salud intercultural o interculturalidad en salud, de manera de incorporar la cultura del usuario/a indígena y de su contraparte, la/el funcionario de salud, en el proceso de atención en salud. Se refiere, además, a la capacidad de moverse entre diferentes culturas, con conocimientos, creencias y prácticas culturales diversas respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”*¹⁰⁸. ¿Será que se logra incorporar las diferencias culturales, en las intervenciones en salud? Más adelante se responderá a este cuestionamiento.

Como se señaló anteriormente los COSAM se ubican, dentro de la red de salud, en el nivel secundario de atención. Particularmente el COSAM de Pudahuel se ubica dentro de la comuna, en coordinación con un centro de referencia de salud (CRS Salvador Allende), cinco consultorios de atención primaria (C. La Estrella, C. Raúl Silva Henríquez, C. Gustavo Molina, C. Pudahuel Poniente, y C. Violeta Parra), y un hospital de referencia (H. Félix Bulnes). Los COSAM son definidos desde las políticas ministeriales, en la reforma de salud, como centros articuladores de la red que coordinan el tránsito del usuario por la misma. En este sentido es de gran relevancia la permanente coordinación con los distintos dispositivos señalados.

¹⁰⁸ PÉREZ, M° Soledad; DIDES, Claudia. “Panorama sobre salud, sexualidad y reproducción de pueblos indígenas en Chile 1990 – 2004” En Revista Mujer Salud / Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. RSM 3-4 / 2006. Pág. 6

3. Categorías y dimensiones para el análisis de Documentos y Entrevistas.

A partir de la revisión del marco teórico, y junto con los objetivos planteados para este estudio, se distinguieron áreas temáticas o categorías que conformaron una guía para el análisis de documentos y la realización de la entrevista. Algunos de estos contenidos temáticos son recogidos del apartado sobre intervenciones psicosociales con perspectiva de género, aplicándolos en el análisis de la práctica clínica terapéutica en el contexto del centro de Salud Mental antes descrito.

El contenido del análisis está agrupado en torno a estas áreas temáticas o categorías, y se analiza su presencia, a través de la emergencia o ausencia en los documentos de: programas y fichas, y entrevistas. En cada uno de los tipos de documentos, se establecen las dimensiones mediante las cuales se observarán estas categorías. Las siguientes fueron las categorías establecidas:

1. Poder y Concepto de Enfermedad Mental

Se entenderá por esta categoría, la emergencia del discurso médico científico como dispositivo de “verdad” y poder normalizador, que diferencia entre salud mental y trastorno mental. Este discurso científico produce y reproduce enunciados sobre salud mental y expertos técnicos en ella, los profesionales de la salud mental.

2. Contexto Social

Esta categoría alude a las condicionantes históricas en la vida de la persona, que ayudan a comprenderla como sujeto de conocimiento incardinado, es decir anclado a condiciones socio históricas, individuales, familiares, institucionales y sociales que configuran el relato sobre sí mismo y su entorno.

3. Estereotipos de Género

Se entenderá por esta categoría a las distintas alusiones en torno a caracterizaciones sobre mujeres y hombres, ya sea desde el plano profesional y/o personal, que den cuenta de la emergencia de elementos relativos al sistema sexo género.

A continuación un cuadro que resume las categorías a observar, y las dimensiones a través de las cuales se analizará cada categoría en los distintos textos.

Estudio de caso sobre la incorporación de perspectiva de Género en un centro de salud mental comunitaria.

Categoría / Texto	Poder	Contexto Social	Estereotipos de Género
Programas (*)	Planificación del proceso de tratamiento: Criterio agrupación Prestaciones	Participación Red Comunal Incorporación Factores Psicosociales en planificación de tratamiento	Perfil usuario por género Objetivos y/o prestaciones por género
Fichas (**)	Diagnóstico Objetivos	Tipos de antecedentes personales consignados	Descripción Características demográficas por usuario
Entrevistas (***)	Perspectiva del Terapeuta Técnicas de intervención percibidas como utilizadas en el programa	Antecedentes Personales Consignados Factores psicosociales que intervienen en la problemática del programa	Características perfil usuario por género Introspección / Reflexión con respecto al trabajo con mujeres y hombres.

(*) Programas: estos documentos configuran la norma institucional para las intervenciones realizadas en COSAM. En cada uno de ellos se incluye: objetivos generales y específicos; definición del perfil de usuario (diagnóstico, y características demográficas); criterios de ingreso/ egreso; prestaciones o intervenciones; proceso de tratamiento; trabajo en red; equipo profesional; sistema de registro; sistema de evaluación, gestión de equipo; y programación anual.

() Fichas Clínicas:** corresponden al registro sistemático de las intervenciones realizadas con las personas que ingresan al centro. La sistematización de fichas clínicas, a la cual se hace referencia en el cuadro, se refiere a la revisión de 28 fichas pertenecientes a los tres programas señalados, en torno a distintos ejes. Éstos fueron: edad, estado civil, n° hijos, ocupación, derivación, contenidos consignados en la entrevista inicial, diagnóstico, profesionales tratantes, y tipos de intervenciones realizadas durante su proceso terapéutico. El criterio de selección de las fichas estuvo dado desde los encargados de programa, a quienes se les solicitó un número determinado de fichas de mujeres.

(*) Entrevistas:** éstas fueron realizadas a cada encargado de programa, y tuvieron un carácter semi estructurado, ya que existía el objetivo de indagar en ciertos temas definidos previamente. Estos temas fueron referidos a ámbitos generales y a otros más referidos al género. Los de carácter general tuvieron relación con: edad, año de ingreso a COSAM, tiempo de coordinación del programa, y breve trayectoria del mismo. Los ámbitos referidos al género se estructuraron en torno a: perspectiva del terapeuta sobre elementos sexo genéricos percibidos tanto en la coordinación, estructuración,

funcionamiento, del programa, como en el aspecto personal.

Resultados

Se presenta el análisis de los datos obtenidos, basándose en los documentos previamente señalados. Se expone cada tipo de texto a analizar (programas y sistematización de fichas; y, entrevistas), para luego señalar la categoría aplicada a cada documento.

1 Texto: Programas de Intervención y Sistematización de Fichas Clínicas.

1.1 Categoría: Poder y Concepto de Enfermedad Mental

En los programas de intervención y fichas clínicas, se distinguirá esta categoría principalmente a través de los elementos relativos al inicio de la planificación, mediante el criterio de agrupación o convocación para el programa, y objetivos planteados; elementos relativos al proceso, las prestaciones planificadas; y elementos relativos al final, como la evaluación sobre la efectividad y eficiencia de las actividades e intervenciones.

Con respecto a la etapa inicial, el diagnóstico se configura en los programas, como el criterio de agrupación para el ingreso de pacientes y para la planificación de objetivos. El CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que se compone de seis ejes:

cuadro clínico, trastornos del desarrollo, evaluación de coeficiente intelectual, antecedentes mórbidos, factores psicosociales, y evaluación de desempeño global de la persona), que constituye un decreto desde el MINSAL, se configura como el lenguaje compartido por los profesionales de la salud mental en la red pública, y particularmente también en COSAM. Se observa en los programas que la distinción diagnóstica será la orientación prioritaria de los objetivos; más no la única.

“ El diagnóstico clínico corresponde al F43 “Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación” según el CIE 10.....El diagnóstico clínico se realiza en el selector del programa, actualmente se establece con la información que se obtiene por medio de la entrevista clínica y la aplicación del instrumento diagnóstico elaborado por el servicio de salud... ”. ¹⁰⁹ (Programa Violencia Intrafamiliar - VIF) “....se realiza un diagnóstico que implica distintas áreas, por una parte se evalúa el aspecto motivacional, utilizando los parámetros de los estadios de cambio de Prochaska. Por otra parte, se evalúa el compromiso biopsicosocial del consultante, utilizando para esto los criterios definidos desde el Minsal. También se realiza un diagnóstico del cuadro clínico utilizando el sistema de registro CIE 10. ¹¹⁰ ” (Programa Adicciones) “Se entiende por paciente de TPM un adulto mayor de 18 años, beneficiario de FONASA y con diagnóstico de trastorno psiquiátrico mayor según sistema de clasificación CIE10, trastorno en F20 – F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes y trastornos en F30 – F39: trastornos afectivos, específicamente trastorno bipolar con deterioro en su funcionamiento (intercrisis)”. ¹¹¹ (Programa Trastornos Psiquiátricos Mayores - TPM)

Con respecto a las fichas, se puede observar que en todas ellas hay diagnósticos establecidos, sin embargo en la mayoría de ellas pertenecientes a dos de los programas señalados sólo se consigna el cuadro clínico del primer eje. Sólo las fichas del programa de Violencia Intrafamiliar (VIF), poseen diagnósticos en el eje uno y en el eje cinco (variables psicosociales, donde se explicita la relación de violencia conyugal con un código aparte).

La implicancia de esta observación, tal como se señalaba anteriormente, es que un diagnóstico incompleto proveerá una visión incompleta y parcial sobre lo observado. Aún en VIF, donde se incorporan otros aspectos, se sigue observando la generalidad bajo un manto médico de diagnóstico, donde se intenciona o busca “lo enfermo”; el diagnóstico inicial no incorpora la observación de factores protectores de la salud mental, es decir aspectos de la persona “sanos” o que no presenten problemas. Este aspecto cobra especial relevancia al analizar hipotéticamente la primera entrevista en la cual se consignan estos datos; si se enfoca el diálogo en lo patológico, el resultado de esa conversación será la certeza sobre padecer “realmente” una enfermedad mental. Se insiste, tal como se señaló en el marco teórico, que no se intenta desconocer la presencia de dificultades en el orden de lo mental, sino simplemente cuestionar el carácter reificador

¹⁰⁹ Programa Violencia Intrafamiliar. COSAM de Pudahuel. 2007

¹¹⁰ Programa Adicciones. COSAM de Pudahuel. 2007

¹¹¹ Programa Trastornos Psiquiátricos Mayores. COSAM de Pudahuel. 2007

de enfermedad a través de un lenguaje centrado en ella.

Con respecto a este lenguaje, operacionalizado en el diagnóstico, los objetivos propuestos en los programas, se orientan a la disminución o cese de la problemática asociada al diagnóstico inicial; pero al mismo tiempo, se observa la intención de promover factores protectores de orden psicosocial en el consultante.

***“Acoger a él o la consultante y su problemática relacionada con VIF favoreciendo el cese de la violencia en el modo de la relación existente. / Favorecer estilos de relaciones familiares que promuevan la salud mental de sus integrantes”.*(Programa VIF) “Acoger y atender la demanda de personas que consultan por dificultades asociadas al consumo de alcohol y drogas. /Promover hábitos de vida protectores en las distintas etapas del desarrollo, que prevengan la aparición de la problemática personal, familiar y social asociada al consumo de alcohol y drogas”(Programa Adicciones) “Dar soporte a la persona portadora de un TPM para disminuir el riesgo de recaída y favorecer la readaptación a la vida en comunidad”.(Programa TPM)**

Esta observación denota ya una primera brecha entre el plano ideológico y el plano operativo, ya que si bien se considera como objetivo el favorecer la relación de la persona con su entorno, no se consignan elementos relativos a esta dimensión en el diagnóstico.

En las fichas clínicas de los programas de adicciones y VIF, los objetivos siguen primariamente la línea de los programas, incluyendo factores psicosociales relacionados con el problema. En las fichas revisadas del programa de Trastornos Psiquiátricos Mayores (TPM), solamente una de las fichas revisadas tiene objetivos para la persona en cuestión; situación sobre la que se hipotetizará más adelante.

***“...el objetivo de la integración a COSAM de Pudahuel dice relación con la mantención de la abstinencia y el acompañamiento en su reinserción social ”.* (Extracto certificado en ficha clínica emitido por técnico en rehabilitación, Programa Adicciones)**

En resumen, en la etapa inicial de la planificación del proceso terapéutico, en este centro, el diagnóstico clínico orienta la formulación de objetivos, que en el caso de los programas de VIF y Adicciones posee una dimensión preventiva (acciones sobre el problema tipificado por el diagnóstico) y una dimensión promocional (acciones sobre los factores psicosociales protectores para las personas, que son más amplios que el problema).

En la etapa intermedia, correspondiente a las prestaciones e intervenciones planificadas para el diagnóstico inicial, se encuentran en los programas prestaciones que incluyen, en general, a un equipo multidisciplinario, que incorpora modalidades de atención individual y grupal. Nuevamente aparece una brecha en el sentido de consignar intervenciones multidisciplinarias para problemáticas circunscritas, en el registro, a factores más patológicos y médicos. Las intervenciones consideradas como necesarias incluyen la participación en redes de apoyo (dimensión relacional), la práctica de una actividad (dimensión ocupacional y/o corporal), instancias no sanitarias como justicia, etc.; es decir, instancias más psicosociales que expanden la mirada médica centrada en lo enfermo, y/o la mirada psicológica centrada en la dimensión individual.

“(Prestaciones:) ...Entrevista de ingreso a través del selector del programa. Derivación a grupo psicoeducativo o a terapia psicológica individual...”

Derivación de las mujeres que hayan cumplido con el grupo psicoeducativo a la psicoterapia grupal. Derivación si corresponde a talleres en Cosam como gimnasia, lanigrafía o yoga. Derivación a instituciones que presten patrocinio legal para las demandas de VIF. Seguimiento psico-social a los casos que presentan riesgo de VIF grave.” (Programa VIF, prestaciones con mujeres) “Las prestaciones contenidas en el programa serán las siguientes: Consulta Psiquiátrica. Consulta Médica. Consulta por Psicólogo. Consulta Salud Mental (Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación de Adicciones). Psicoterapia Individual. Intervención psicosocial de grupo. Psicoterapia Grupal” (Programa Adicciones) “(Prestaciones:) ...Entrevista de ingreso de pacientes derivados de otros dispositivos de la red de salud mental del área occidente (HFB – Comuna de Pudahuel) con interconsulta de médico tratante. La entrevista la realiza el equipo del programa de TPM, dónde define si el perfil del paciente corresponde al de la unidad, para luego elaborar plan de tratamiento estratégico. Este plan de tratamiento estratégico corresponde: Frecuencia de controles. Consulta de salud mental. Tratamiento farmacológico y derivación a terapeuta ocupacional, psicóloga o asistente social conforme al caso”. (Programa TPM)

En la sistematización de fichas es posible observar coherencia con las prestaciones señaladas en los programas. Así en el programa de VIF un 80% de las fichas revisadas registran consulta con asistente social y psicóloga, el 20% restante tiene intervenciones sólo con asistente social; las prestaciones en su mayoría incluyen controles para descripción de la situación de VIF, vía cuestionarios e instrumentos, grupos psicoeducativos y psicoterapia individual y grupal. Cabe destacar al respecto que según la mayoría de las fichas, la mirada sobre la violencia intrafamiliar formula estrategias de intervención en el orden psicosocial (psicóloga y asistente social), incorporando la dimensión individual y social de la persona.

“Modalidades de Tratamiento: atención social individual, atención psicológica individual, intervención psicosocial grupal, intervención psicoterapéutica grupal, visita domiciliaria” (Extracto Plan de tratamiento paciente VIF)

En el programa de Adicciones es donde se observa el equipo interdisciplinario más amplio. En este programa se aprecia que el 100% de las fichas registran atención con médico y psicóloga; el 55% de ellas incorpora enfermera; el 33% técnico/a en rehabilitación; y el 22% terapeuta ocupacional. En este sentido las prestaciones, en todos los casos revisados, implican controles médicos y medicación, psicoterapia individual y psicoterapia grupal. Esta apreciación hace suponer que la mirada sobre la problemática de adicciones incluye principalmente la dimensión biológica e individual en su tratamiento, señalando para menos de la mitad de los casos estrategias que incorporan la dimensión ocupacional. Siguiendo las líneas de una planificación estratégica, es decir a la medida de cada usuario/a, las prestaciones son distintas entre los casos; la observación a esto es que la toma de decisiones o justificación de una prestación por sobre otra no queda registrada en la ficha, lo que constituye otra brecha entre las ideas sobre el caso y lo accionado en él.

En el programa TPM se observa que el 100% de las fichas revisadas poseen atención por psiquiatra y enfermera, el 45% de ellas incorpora además a terapeuta ocupacional, el 33% a psicóloga, el 22% a técnico paramédico, y el 10% a asistente

social. Las prestaciones por lo tanto incluyen en esos porcentajes la descripción de sintomatología, medicación, incorporación a talleres de rehabilitación, y psicoterapia individual. Las sesiones de estas fichas no contienen objetivos para la sesión y lo que se realiza es sólo un control de los síntomas y la medicación, dando la pauta el psiquiatra; pauta que es seguida en los controles por enfermera y técnico paramédico.

“.....paciente lúcida orientada, psicomotricidad enlentecida, se refiere a pseudopercepción auditiva.....adecuada, cooperadora. Lenguaje comunicativo sin conciencia de enfermedad, pregunta por su ficha y lo que se anota en ella. Discordancia afectiva, pueril. Diagnóstico: Esquizofrenia catatónica paranoide. Indicaciones: Modecate 1.5 cc c/28 días; Tonaril 2g 1-1-0; Haldol 5g ½ noche”. (Sesión completa de control por psiquiatra en ficha paciente TPM)

En el caso de este programa, la visión sobre los trastornos psiquiátricos es netamente médica, lo que justifica la totalidad de intervenciones por médico, enfermera y técnico paramédico. Interesa señalar que con esta observación, al igual como fue señalado en el marco teórico, no se desconoce la necesidad de medicación que sin duda colabora en la disminución de la sintomatología asociada a estos trastornos, ni se obvia el hecho que la distribución de horas por profesionales orienta necesariamente la distribución de prestaciones para una persona; lo que se quiere acentuar es a través del registro extraído de la ficha clínica, se observa la limitación lingüística que pudo haber existido en esa conversación. Nuevamente se podría estar frente a una brecha, que lo registrado no incorpora la mayoría de lo hablado. Aún así, se piensa en la rigidez del modelo médico para señalar que bajo esta mirada ortodoxa será más difícil la incorporación de integración; porque un aspecto es considerar los límites de la disciplina profesional, pero otra muy distinta es desconocer cómo la conversación acerca de otras dimensiones humanas (relacional, histórica, corporal, etc.) dentro de la disciplina, podrían enriquecer la visión y posibilidad de cambio para una persona que consulta.

Finalmente, relativo a la etapa final de la intervención, la evaluación de los programas se centra en el análisis de las metas, que incluyen principalmente el número de actividades técnicas (prestaciones clínicas, individuales y grupales, consultorías) y el número de actividades administrativas (reuniones de gestión, coordinación, etc).

“ El programa se evaluará a través del cumplimiento de los indicadores establecidos. Además, se trabajará en el desarrollo de indicadores clínicos que permitan evaluar el logro de objetivos durante el proceso psicoterapéutico” (Programa Adicciones). “La evaluación del programa se hará a través de la revisión del cumplimiento de las metas establecidas para este programa”. (Programa VIF)

No obstante, existe una dimensión incipiente, que aún no se sistematiza, sobre la inclusión del paciente en esta evaluación.

“La evaluación del impacto de las actividades en el usuario será a través de la aplicación de instrumentos antes y después del proceso de intervención, los cuales están en proceso de elaboración y redacción, cuyo espacio de realización son las reuniones clínicas del programa....” (Programa VIF). “El proceso de seguimiento se realiza una vez al año en nuestro centro, específicamente en los meses de enero y febrero. Este proceso abarca a todos los pacientes que están egresados desde nuestra institución con un mínimo de 3 meses al momento de

esta entrevista. Este proceso se realiza telefónicamente con el usuario y se indagan los siguientes aspectos: estado del proceso terapéutico al dejar de asistir; con las razones que tuvo para dejar el tratamiento; estimación porcentual del grado de logro de los objetivos buscados a través del tratamiento; estado actual de su situación general, necesidad de consultar nuevamente; características actuales del consumo de sustancia; si está activo educacional y/o laboralmente, estado de la situación familiar". (Programa Adicciones).

En algunas fichas es posible observar esta dimensión pequeña e incipiente, del registro escrito sobre la participación del consultante en la evaluación del proceso terapéutico.

"Fue una buena experiencia, aprendí cosas que no sabía. Estuvieron bien todos los temas" (Apartado de "Observaciones" consignada por asistente social en la ficha de registro del grupo psicoeducativo de VIF)

Sobre la observación de evaluación, registrada, se puede señalar el punto crítico de las brechas señaladas. Si se considera en una formulación de objetivos la incorporación de dimensiones y factores psicosociales, en primer lugar éstos no estarían registrados en todas las fichas ni para todos los casos; y, en segundo lugar lo que se evalúa principalmente es la cantidad no la calidad (salvo en las aproximaciones a satisfacción usuaria señaladas). El problema que radica en esta apreciación, es que la base reflexiva necesaria para la incorporación de perspectiva, de género, u otras, señaladas en el marco teórico, se dificulta en un terreno en que las metas están por sobre el proceso conducente a ellas.

En síntesis, la construcción psicosocial del discurso de los programas y fichas difiere entre sí. Si bien estos documentos están orientados fuertemente a la disminución de sintomatología, la perspectiva de esta disminución es distinta. Centrándose en la intervención con mujeres, a partir de la observación, en el programa de VIF, la disminución de síntomas en la mujer estará dada por el cese de la violencia, con la paralela reconstrucción identitaria; todo en el entendido de la necesaria ayuda de soportes sociales tales como la participación en distintas redes sociales, asistencia judicial, etc. En cambio, en el programa TPM, la disminución de síntomas en la mujer pasa principalmente por una medicación y el seguimiento de su resultado. En un programa se concibe a la mujer como parte de un entorno social del cual es necesario participar para la consecución de un cambio y su salud mental; en el otro, la mujer es vista como un enfermo (ya que no hay mayor distinción por género) que necesita medicamentos.

La explicación para esta diferencia pudiera estar en que el programa de trastornos psiquiátricos mayores se ocupa de dificultades que han pertenecido históricamente al ámbito de la psiquiatría, por lo tanto la visión sobre estas problemáticas estará teñida y mediada en diferentes grados por la postura médica al respecto; es decir considerar al género femenino como una condición premórbida, tal como fue visto en el marco teórico. La violencia intrafamiliar en cambio, al considerar una postura de víctima y otra de victimario, pone el problema en el ámbito relacional, ámbito que escapa a la psiquiatría, al menos en su tratamiento único. En VIF se involucran aspectos más sociales, se evidencian las diferencias e inequidades entre hombres y mujeres en la legitimidad del ejercicio de la violencia como medio para resolver conflictos. La diferencia entre estas dos explicaciones y visiones, para lo que se "ve" es lo que determina también la construcción

de dos discursos distintos que se plasman en intervenciones completamente distintas.

1.2 Categoría: Contexto Social

Las principales dimensiones a analizar serán: la participación del programa en la red comunal (entendiendo por ésta la red de apoyo psicosocial al tratamiento clínico) y los antecedentes del paciente consignados en la ficha clínica. Estas dimensiones buscan observar si tanto en los contenidos del programa como en las fichas se incorporan elementos psicosociales (en el discurso y/o registro), entendiendo por ellos factores relativos a la persona, familia, entorno, sociedad, género, clase, etnia que influyan directa o indirectamente en la problemática clínica a intervenir en el programa.

Con respecto a la red comunal, hay dos programas que la caracterizan integrando diferentes dispositivos:

“RED COMUNAL : es utilizada como una unidad de apoyo al proceso de tratamiento que brinda el programa en el entendido de que la VIF es una problemática que necesariamente requiere el abordaje de diferentes instancias.. Está compuesta por el Programa de Asistencia Judicial, Carabineros y Juzgados locales. RED DE PREVENCIÓN : El programa contempla la participación en la red comunal de VIF. Esta participación tiene el objetivo de lograr la coordinación con las diferentes instituciones y organizaciones sociales que trabajan en el tema de VIF, también se pretende realizar actividades conjuntas de prevención para la comuna como el día de la no violencia hacia la mujer, actividades de capacitación a organizaciones sociales, preparación de monitores comunales, etc.” (Programa VIF) “Red Comunal: las distintas organizaciones e instancias que existen en la comuna, que se vinculan con nuestro programa. En este contexto, destacan algunos establecimientos educacionales (especialmente liceos), los cuales nos derivan jóvenes para diagnóstico y tratamiento por consumo de drogas. Sin embargo, la institución comunal con la cual mantenemos un contacto más permanente, es con PREVIENE”. (Programa Adicciones)

En el tratamiento aparece la incorporación en el programa de Adicciones de factores individuales y familiares, relativos al espectro psicosocial:

“Los criterios de alta dicen relación con el cumplimiento de los objetivos acordados al inicio del tratamiento. Sin embargo, existen otros indicadores asociados al motivo de consulta inicial que nos interesa evaluar en el proceso de egreso de un consultante, por cuanto creemos que muchos de ellos constituyen factores protectores para el consultante respecto del consumo problemático de alcohol y/o drogas. Estos factores son: autocuidado personal, autoestima positiva, reinserción laboral y/o capacitación laboral o educacional, buenas relaciones familiares, establecimiento de redes sociales positivas, etc.”. (Programa Adicciones)

Tanto en la definición de red comunal, como en la alusión a factores psicosociales tales como reinserción escolar y recreación, se observa la dimensión promocional, observada en la primera categoría, en la ideología de los programas de intervención. Existe una concepción sistémica sobre la persona, conformando ésta entornos micro y macrosociales necesarios de incorporar en su tratamiento. Aparece sin embargo, el

fantasma de la brecha entre lo ideológico y la práctica, más aún dentro de la práctica, lo registrado sobre la misma.

Sobre la consignación de antecedentes personales, ésta es observable sólo en las fichas, ya que en los programas no existen contenidos alusivos a los mismos. Dentro de la sistematización de fichas clínicas es posible señalar que en el programa VIF, en un 90% de las fichas se consignan los antecedentes personales básicos (nombre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación), el motivo de consulta (asociado a VIF), tratamientos anteriores, expectativas y diagnóstico. En sólo 2 de las 9 fichas revisadas se incorpora el genograma y la historia familiar.

“Historia Clínica/ Queja: ella lo demanda por VIF, la trataba mal por celos. Lleva 11 años de convivencia, señala que hace 5 meses se puso más celoso de lo acostumbrado. No la deja trabajar, no le gusta que converse con cualquiera, desconfiado. Después de la demanda la relación dejó de ser más tensa, pero está deteriorada. Ella por disposición del Tribunal debe salir de la casa ya que ésta es de propiedad de él. (¿...?) Sra. Lloro en la entrevista. Se siente mal, le tiene miedo, dificultades de sueño, se siente nerviosa, le afecta irse por la vida de los niños más chicos. ¿Qué espera? No sabe, él no cambia. A (marido) lo enviaron a COSAM para tratamiento, previa entrevista psicológica. Él no la deja trabajar mientras viva en el hogar. Hijos testigos de VIF. Expectativas: No sabe, ayuda con la relación de pareja” (Ficha Clínica, realizada por asistente social, Programa VIF)

En el programa Adicciones se consigna en un 90% de las fichas los antecedentes personales, la historia clínica (asociada al consumo), y el diagnóstico. Un 77% incorpora además los tratamientos anteriores; un 66% la historia familiar y/o de pareja; y un 33% el genograma y expectativas.

“Historia Clínica/ Queja: Comienza consumo de OH a los 15 años, ron, whisky. Siempre bebía sola. En las actividades sociales no consumía para mantener la imagen. En su hogar existió VIF hacia su madre y ella. Paciente está luchando por la tuición. Expectativas: Apoyo” (Ficha clínica, realizada por Técnico en Rehabilitación, Programa Adicciones)

Finalmente en el programa TPM, se observa que la totalidad de las fichas (9) incorpora sólo los antecedentes personales, la historia clínica (asociada al cuadro diagnóstico) y el diagnóstico. El 22% suma antecedentes familiares, mórbidos, es decir asociados también al cuadro clínico del paciente.

De la observación de fichas y los principales antecedentes consignados en ellas, se puede decir que éstos se centran principalmente en torno a la persona y la historia de relación con el problema que la aqueja (violencia, adicción, “locura). Esto quiere decir que, a pesar de considerar ideológicamente la necesidad de incorporar dimensiones más sociales, en la práctica del registro se vuelve sobre una visión individual y médica de las dificultades. En este sentido, se recuerda la observación teórica sobre tratar de forma médica e individual problemas sociales. Pareciera entonces, que la brecha señalada entre la ideología y la práctica, constituyera un espacio de emergencia actual, para los difusos límites de antaño sobre la enfermedad mental.

1.3 Categoría: Estereotipos de Género

En esta categoría, el caso de los programas, se observarán caracterizaciones de perfil, objetivos y/o prestaciones diferenciadas por género. En el caso de las fichas, se observará la caracterización de la población que se integra a las intervenciones.

El programa de VIF aparece como el que realiza una mayor diferenciación, en cuanto a características de la mujer y hombre consultante, y su tratamiento.

“CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS / Mujeres: La edad fluctúa entre los 18 y 65 años. Generalmente mujeres jóvenes solteras presentan VIF físico grave por parte de sus parejas que suelen ser el padre de sus hijos, no viven juntos sino que ellas viven junto a sus padres y dependen económicamente de ellos. En su mayoría se dedican a las labores del hogar. Presentan sintomatología depresiva y ansiosa . Hay un porcentaje alto de mujeres que requieren o vienen con tratamiento farmacológico antidrepesivo. Ingresan al programa derivadas de los juzgados civiles, consultorios, demanda espontánea y derivaciones internas del centro. / Hombres: En su mayoría son derivados de los juzgados civiles en donde son demandados por sus parejas, es decir llegan obligados a cumplir con la disposición judicial . Por lo general trabajan lo que presenta un obstáculo para ser atendidos en los horarios que dispone el centro para estos efectos. La edad de los hombres es variable fluctuando entre los 18 y 70 años. Vienen en su mayoría con una percepción minimizada de las situaciones de violencia intrafamiliar. Existe una prevalencia de casos donde hay consumo problemático de alcohol y/o drogas”. “El proceso de tratamiento que contempla el programa varía de acuerdo al sexo y a la consideración de la parte que demanda. El perfil general es que en un 99% la demandante es la mujer y para ella existe un determinado proceso de tratamiento, para el hombre demandado existe por ende un proceso de tratamiento con otros énfasis terapéuticos” “MUJERES: El abordaje clínico se basa en el entendimiento que entrega el modelo ecológico sobre la violencia intrafamiliar, cuyas ideas centrales son que la violencia surge en la instalación de una relación de poder en la pareja, en cuya relación el hombre tiene generalmente el poder y la mujer esta por debajo de éste, en este sentido la mujer pasa a ser víctima trayendo consigo esto una serie de consecuencias negativas para ella desde lo emocional (baja autoestima, depresión), lo social (aislamiento) y lo físico (gastritis, colon irritable). El hombre en este entendimiento minimiza sus reacciones agresivas o abusivas, dándolas por normales en una sociedad machista en donde ser hombre y ser mujer implica tener ciertos roles inamovibles de generación en generación....Lo que se pretende con el plan de tratamiento es lograr que las mujeres primero sepan sus derechos posicionándolas en lo legal y en lo social a través de los grupos psicoeducativos. Luego por medio de la psicoterapia individual se pretende en líneas generales, lograr en ellas un cambio de actitud frente a la violencia, empoderarlas, reparar en ellas los efectos nocivos de la relación violenta, mejorar su auto imagen, acompañarlas en el proceso de cambio que ellas han iniciado; se evita la victimización secundaria y en todo momento se brinda un acompañamiento tanto socio-legal como psicológico. “HOMBRES: El abordaje

clínico corresponde al sistémico en donde el hombre es visto como parte del problema de VIF y no sólo como el causante de ésta. A través del proceso de intervención se pretende modificar la relación violenta, lograr el autoconocimiento. El autocontrol y tratar temas de género como el machismo, entre otros tópicos”

En la descripción de este perfil usuario del programa de VIF, se puede observar la alusión a una cultura patriarcal, machista, en la cual el hombre se relaciona con la mujer mediante la dominación, producto de lo cual ella terminaría enfermándose. En este sentido se evidencia una diferencia de género que deviene en desigualdad, y que se busca subvertir a través del proceso terapéutico con ella. También es importante señalar que la dicotomía inicial entre hombre agresor y mujer víctima, con todas las implicancias y peligros que fueron señalados en algún momento anterior, se diluye al describir los objetivos de intervención con cada uno ellos. En el caso de la mujer, se buscará su empoderamiento en la noción de sujeto, en el caso del hombre su responsabilidad como parte activa en una relación con otro. Nuevamente se juegan, en estos objetivos, las dimensiones individuales y sociales, ampliando los espectros de intervención.

En el caso del programa de adicciones, se enuncia una diferencia por género, pero no se explicita en qué consiste. Se podría decir entonces que este programa mantiene una perspectiva de género en un nivel ideológico, más no práctico.

“ El programa tiene diferentes subprogramas, de acuerdo al perfil del usuario. Este perfil, como ya se señaló anteriormente, implica aspectos relativos a la edad, género, sustancia de abuso y complejidad de su problemática.....Los programas de alcohol, drogas-mujeres y drogas-hombres, implican diferentes etapas. Los usuarios van avanzando en su proceso de tratamiento a través de estas etapas, donde se abordan diferentes temáticas. Para el avance de etapa, se deben alcanzar algunos objetivos y metas que están especificados para cada uno de ellos.”

En el programa de TPM, no se explicitan diferencias por género en la definición del perfil de sus usuarios. Más adelante en los textos relativos a las entrevistas, surgirán algunas distinciones no registradas en el programa oficial.

Con respecto a la sistematización de fichas, es posible apreciar que en un 30% de las fichas revisadas las mujeres son solteras, concentrándose la mayor cantidad de ellas en el programa de TPM; a diferencia del programa VIF donde todas las mujeres mantienen/mantienen una relación de convivencia o están/estaban casadas. La dimensión relacional está nuevamente contendida, esta vez a través de datos conyugales, en mayor medida en el programa de VIF.

En cuanto a la ocupación llama la atención el concepto “dueña de casa”, en el programa de TPM. En el programa de adicciones se hace la distinción entre mujeres “dueñas de casa” y “sin actividad”. En cambio, en el programa TPM, todas las mujeres son “dueñas de casa” per se, independientemente que realicen o no una actividad al interior del hogar.

“...Buen funcionamiento en domicilio, realiza aseo y cocina.....” (Programa TPM, control por psiquiatra, hombre) “....Buen arreglo personal, adecuada.....dueña de casa y trabaja ocasionalmente.....” (Programa TPM, control por psiquiatra,

hombre) “...actualmente es dueña de casa. Hace todo, compra el pan, limpia, etc....” (Programa TPM, control por técnico paramédico, hombre)

En los ejemplos, desde este programa, aparece el cumplimiento de las labores del hogar como un factor de salud mental, en sí mismo, para las mujeres. Esto sin duda recuerda las apreciaciones señaladas en el segundo capítulo teórico sobre la construcción de identidad femenina dentro de un discurso médico; así como en un momento se pensó en el órgano de la adhesividad como constituyente del ser femenino, pareciera hoy la limpieza y motivación por el aseo y la cocina otra característica esencial e inherente a ella, lo que constituye por lo demás una discriminación.

En síntesis, se observa que la mayor diferencia en cuanto a perfil por género, lo realiza el programa de VIF, avanzando en la tipificación de eventuales factores de riesgo para el ejercicio de la violencia (estrato social, experiencias de vida, lazo afectivo con la pareja, ocupación, educación, etc.). No obstante esto, y a pesar de ser el programa más cercano a la implementación de una reflexión de género, falta aún la incorporación de otros factores psicosociales como la etnia. Ya se señaló que Pudahuel es una de las comunas con mayor asentamiento de etnia indígena en la ciudad de Santiago, por lo tanto un porcentaje no menor de las mujeres que consultan son mapuches. ¿Qué distinciones se hacen en este sentido?, aún ninguna en el centro citado. La importancia de la incorporación de etnia y clase al género, son múltiples, se enriquece y amplía la visión de las problemáticas que llevan a las mujeres a consultar; el conocer los oficios desempeñados por mujeres desde su cultura, la importancia de los ancestros en la genealogía individual, el papel social de la mujer, etc., constituyen elementos claves a la hora de hacer significativa una intervención para esa persona. ¿Se tiene en cuenta esta posibilidad?

2 Texto: Entrevistas a encargados de programas de intervención.

2.1 Categoría: Poder y Concepto de Enfermedad Mental

La dimensión a explorar en estos documentos, relativa al poder, serán dos. La primera de ellas: la perspectiva del terapeuta, que se entiende como el lugar desde el cual se sitúa el terapeuta en cuanto al manejo del poder presente en su relación con el/la usuario/a (binomio terapéutico). Se trata de indagar sobre la conciencia de asimetría en la relación de terapia y la implementación de una conciencia activa contra la misma. La segunda dimensión dice relación con las metodologías de intervención, que se perciben por parte de los terapeutas como, utilizadas en la práctica.

Con respecto a la primera dimensión, al preguntar sobre la percepción de diferencias en el trabajo terapéutico de una mujer terapeuta con mujeres y hombres pacientes v/s un hombre terapeuta con mujeres y hombres pacientes, las respuestas indican que dos encargados de programa perciben que podrían existir diferencias en cuanto al espectro

de conversaciones posibles, las cuales se verían restringidas según el sexo del terapeuta, principalmente las relativas a la sexualidad. La explicación se daría en la empatía frente a los temas en personas de un mismo sexo. En el caso de la encargada de VIF, se observa la percepción de una diferencia en el trabajo de terapeuta mujer con hombres; no así, con terapeuta hombre y mujeres pacientes, lo que ella relaciona con el machismo de los hombres y sus dificultades para reconocer a una mujer en el rol de terapeuta.

(Sobre las diferencias percibidas en el binomio mujer terapeuta – mujer paciente)

“Mmm.....no sé....no podría decirlo así tan....a ciencia cierta...pero por la experiencia que yo tengo con F (psicólogo hombre que trabajó en el centro) que atendía a mujeres víctimas, que les hacía terapia individual y eso....no había ninguna queja, digamos...ninguna señora me dijo “me siento incómoda con él”....o “no me mande con un hombre”...en la experiencia de F...no hubo problemas...a lo mejor también es por su forma de ser...que era bien acogedor, en fin...pero no te podría decir si hay una diferencia radical, o que es mejor que una mujer atienda a una mujer en relación a un hombre terapeuta en relación que atienda a una víctima, digamos mujer...no podría ser categórica en decir “no, sólo tiene que ser mujer”...mm?” (Encargada Programa VIF)

En este ejemplo, la empatía en un binomio terapéutico heterosexual, sería atribuible a la característica de acogida observada en el hombre terapeuta, característica tipificada como femenina desde algunos estudios culturales, revisados en el apartado teórico, sobre los imaginarios sociales en torno a los roles de género. ¿Coincidencia o cambio en estos imaginarios?

“...hay literatura que señala que eso es así...y algunas experiencias que indican la conveniencia de que las terapeutas.....sean mujeres... para las pacientes...o por lo menos existan en los equipos profesionales mujeres para atender mujeres...yo tiendo a estar de acuerdo...en mi práctica profesional me he encontrado con que existen algunas limitaciones....en las conversaciones.....en avanzar en ciertas conversaciones cuando he tenido que atender mujeres por ejemplo...(conversaciones) que tengan que ver con aspectos quizás un poco más íntimos...o con experiencias que son un poquito atentadoras contra la intimidad... por ejemplo...aspectos en la sexualidad, o aspectos en otros ámbitos que tengan que ver con una dimensión más íntima...eh....tengo la idea de que ha habido probablemente a lo mejor alguna dificultad para entrar en esos espacios.....” (Encargado Programa Adicciones) “...en el caso de las mujeres que vienen conmigo...en determinadas ocasiones...no han pedido que salga L (Técnico Paramédico)...pero aprovechan que él no está...o en fin...se las arreglan de alguna forma para hablarme...sobre todo de su vida sexual...de problemas de la menopausia....problemas de las relaciones mismas..” (Encargada Programa TPM)

En estas dos últimas citas se observa cómo la dimensión de la sexualidad aparece fuertemente ligada al género, y las conversaciones posibles en torno al mismo. En este sentido, sólo un cuerpo igual podría entender estas conversaciones. La empatía en estos casos, está dada más que por el sexo del terapeuta.

(Sobre las diferencias percibidas en el binomio hombre terapeuta – hombre paciente)

“Es mejor el hombre....un terapeuta hombre...porque en su mayoría son bien machistas...entonces....figúrate que en las entrevistas de ingreso hay algunos que dicen “qué me va a entender usted, si usted también es mujer”...entonces ya después que les empieza a hacer un taller una terapeuta que es mujer, puede que no sea muy tomada en cuenta....no lo sé.. como en su mayoría son bien rígidos, minimizan el abuso...y ven a la mujer como...no sé...como histérica...y que no tiene sentido la demanda...que venga otra mujer...no sé si les haga tanto sentido...no les genera tanta empatía.” (Encargada Programa VIF)

Es interesante observar, que la percepción por parte de la entrevistada es que dentro de la cultura patriarcal el único que podría ejercer algún tipo de poder en la relación terapéutica con un hombre que ejerce violencia, sería un terapeuta hombre, no una mujer, lo que de alguna forma seguiría reproduciendo una cultura machista si no se tiene en cuenta lo estratégico y oportuno de esta intervención, al menos inicialmente.

Desde los otros dos entrevistados, la conversación en torno a la sexualidad masculina se menciona nuevamente.

“...en términos de las relaciones de hombres....de las mujeres con hombres, pueden existir también las mismas limitaciones ... la verdad no es una de las conversaciones que tengamos muy sistematizadaspero en general los pacientes hombres tienden a cambiar en grupo, por lo menos, cuando hay una mujer que cuando no la hay...cambian el tipo de conversaciones...hay conversaciones que se restringen.....” (Encargado Programa Adicciones) “Con los hombres me pasa al revés...hay hombres que les cuesta mucho confesar que no tienen erección por ejemplo...y que hace muchos meses que no tienen relación con su pareja, y que eso los tiene angustiados... no eyaculan...y eso los asusta, los angustia...porque no es lo normal, no es lo habitual.....y muchas veces se inhiben de contarlo...” (Encargada Programa TPM)

Al preguntar sobre otros aspectos en los cuales pudiese afectar la composición genérica del binomio, se sitúa la transferencia como otra situación posible, entendida como un vínculo de “enamoramiento”; señalada por el terapeuta masculino entrevistado.

“Como la transferencia...esta cosa como del enamoramiento que podría producirse en una relación terapéutica....que es más probable.....en....relaciones como....hetero...cuando el terapeuta es hombre y la terap....y la paciente es mujer y viceversa...cuando la paciente mujer...hay un tema ahí probablemente más..... de piropo....de... generar conversaciones que tengan que ver con ese tipo de elementos ..”

La transferencia señalada en este ejemplo, alude a la reproducción del discurso oficial sobre las relaciones sociales entre hombres y mujeres, en cuanto al enamoramiento heterosexual. Sin embargo, no se alude, en ninguno de los ejemplos citados, a otras condiciones, como las de poder, presentes en esta relación.

Una segunda dimensión a través de la cual observar esta categoría de poder y concepto de enfermedad mental, serán las técnicas de intervención percibidas como utilizadas al interior del programa; con esto se busca conocer cuáles son los objetivos propuestos e implementados en las intervenciones, y cuáles son los caminos para llegar a ellos.

Con respecto a esta dimensión la encargada del programa de VIF diferencia

objetivos para mujeres y para hombres.

“(Objetivos para el trabajo con mujeres)... Básicamente tratar en primera instancia que cese la violencia.yo creo que a lo más nosotros conseguimos disminuirla...y en lo mejor pararlay...otro objetivo que perseguimos es lograr empoderar a la víctima, sobre todo a la mujer...porque una mujer que está empoderada, con una mejor autoestima..va a estar en condiciones de parar...ella el ciclo de la violencia.....y lo otro..en la intervención grupal..es como explicarles los conceptos básicos de violencia...porque la mayoría..mmm....como que tiende a tener ciertos mitos con respecto a que...por ejemplo “no, él no me pega..no es violento”...pero sí la insulta, la obliga a tener relaciones...es un poco clarificar conceptos básicos de violencia...” **“(Objetivos para el trabajo con hombres)...Cesar la violencia o disminuirla....no pretendemos mucho más... sería muy ostentoso decirte “los modificamos....modificaron su condición de agresor”...mentira...cambiar un agresor implica intervenciones de más largo plazo ...pero con lo que tenemos ahora, nos basta con que disminuya por lo menos... o que ellos sepan las consecuencias legales que pueden traer sus actos....pero de ahí a que modifiquen internamente eso...no sé si lo estamos logrando”.**

En el caso de las mujeres se esperan cambios conductuales (no permitir más violencia) e ideológicos (autoestima y empoderamiento). En cuanto a los hombres, se observan expectativas principalmente en el plano conductual (no ejercer violencia); en cuanto a su ideología, la falta de expectativas pareciera reconocer el poder e impacto de ser hombre en una cultura patriarcal, sin muchas posibilidades y intenciones de cambiar una posición social históricamente privilegiada por sobre las mujeres.

En el programa de Adicciones, se reconoce que los objetivos e intervenciones no están diferenciados por género. Sin embargo, se reconoce el conocimiento de temas diferenciados y la necesidad de incluirlos en los tratamientos (dimensión ideológica).

“....no sé.... si tenemos la diferenciación por género ...yo creo que no estamos haciendo mucha diferencia respecto de hombres y mujeres, estamos funcionando como si fueran más o menos iguales...o sea no estamos por ejemplo viendo si hay diferencias en el manejo del síndrome de abstinencia.....yo creo que no estamos haciendo diferencias respecto del impacto social que tiene el tema del consumo pa´ las mujeres...que es absolutamente más fuerte..... el prejuicio...el tema con los hijoscómo estamos enfrentando la relación de maternidad de esa mamá con sus hijos, y en relación a su consumo.... hay aspectos en los que no nos hemos metido, y que pueden ser.....y que son aspectos que están referidos por la literatura respecto a elementos importantes en el tema....(con respecto a diferencias en los planes de tratamiento grupal)....no están explicitadas en el programa.... “...ahora el tema del género en el tema de las drogas es un tema que estamos tratando de meter...desde el año pasado....pero partió como una cosa ideológica...y ahora le hemos estado asignando como algunos recursos para que pase de una cosa ideológica a una cosa práctica.....en términos de que tú puedes decir “ya, vamos a hacer tratamientos diferenciados por género”...pero en el fondo no le estás haciendo un tratamiento con la misma intensidad a las mujeres que a los hombres...a las mujeres las ves una vez a la semana, tienen un tratamiento sin fases...a los

hombres los ves tres veces a la semana, tienen un tratamiento con fases...es distinto...” “... cuando uno tiene un dispositivo que diferencia por género ...tiene que tener la infraestructura que lo permita...tiene que tener espacios diferenciados por hombres y mujeres....y tener actividades que puedan ser complementarias.... acordes al tema del género...o sea si hacemos un partido de fútbol para los hombres... “¿qué vamos a hacer para las mujeres?”... que reconozcan las motivaciones que podrían estar asociadas más frecuentemente a los hombres y a las mujeres.....o a los intereses de los usuarios.”

Finalmente en el programa de TPM, en un primer momento se señala que no se hacen diferencias a la hora de planificar objetivos e intervenciones; sin embargo, más adelante en el discurso llama la atención la discriminación negativa que se hace desde la perspectiva de la terapeuta con respecto a los mismos.

**“(Sobre el trabajo individual y grupal)... Yo diría que no hay diferencia...no.”
“(sobre los objetivos)... primero que nada estabilizar al paciente, hacer un trabajo psicoeducativo con la familia.... y lo otro pasa por la rehabilitación....o reinserción, si es posible....porque para no todos es posible, hay pacientes que ya están demasiado deteriorados como para pensar en eso....no son todos los pacientes.” “(sobre objetivos diferenciados)....hay aquí una.....sí, pero no pasa tanto por género.....porque por ejemplo hay mujeres en las que nosotros no pretendemos que se reinseren, que trabajen.....al contrario del hombre, uno siempre pide...está esperando que él cumpla con alguna labor y aporte a la casa ni que sea como...no sé...como jardinero, suponte tú....ya?...en cambio hay mujeres en que nosotros lo único que pretendemos es que funcione en su rol de mujer...en su vida hogareña, en el cuidado de los hijos, en que pueda hacer..no sé...un plato de comida...y con eso ya estamos satisfechos....porque realmente antes de su enfermedad tampoco....eran dueñas de casa....entonces no podemos exigirle después que...que no sé poco menos que empiece o inicie estudios...en cambio con el hombre las expectativas son un poco diferentes...y tiene que ver con los roles sociales...que trabaje...aunque sea esporádicamente y en labores menores, mal pagadas, pero que trabaje”.**

El concepto de dueña de casa aparece nuevamente como el piso mínimo de objetivos a cumplir. Para el hombre se alude a objetivos marcados desde los roles sociales. El punto es que al interior del programa se reproducen esos imaginarios sociales sin crítica ni reflexión al respecto, se opera siguiendo lo estipulado socialmente sobre lo esperable en una mujer y un hombre con esquizofrenia, que por lo demás y como se ha revisado históricamente, no será mucho.

Relativo a esta categoría en general, por lo tanto, se observa la existencia de una noción de diferencias de roles en el binomio terapéutico, que estaría dada por la pertenencia o no al mismo sexo que el usuario. Los relatos apuntan a que existe la percepción en estos profesionales que personas de un mismo sexo conformarían un mejor binomio terapéutico por la empatía de género que allí se podría generar. Esto orientaría de alguna forma a que los objetivos propuestos para dos de los programas que dirigen los entrevistados (VIF y Adicciones) se diferencien, al menos ideológicamente por género. En el caso de TPM, nuevamente se parte de una base ideológica más centrada en las carencias que en las potencialidades de la persona, lo que incide negativamente en la formulación de objetivos pobres y prejuiciosos en cuanto al género, femenino.

2.2 Categoría: Contexto Social

Dentro de esta categoría las dimensiones a observar serán los antecedentes personales, que aluden a cuáles son los datos históricos necesarios que se consignan en los planes de intervención de las personas en los programas de atención, y si tienen que ver con modelos vinculares, que lleven a reflexiones relativas a ordenamientos sexo genéricos. Por otro lado, también se observará cuáles son a juicio de los entrevistados los factores personales, familiares, sociales que inciden en las problemáticas relacionadas con su programa a cargo.

El programa de VIF, nuevamente, es el que hace distinciones por género en cuanto a los antecedentes y factores asociados a esta problemática; incorporando dimensiones individuales, familiares y culturales.

“(Sobre los antecedentes consignados en mujeres)...la historia de la primera infancia...de la familia nuclear....si hubo o no hubo violencia entre sus padres...o si ella fue víctima o no de maltrato...básicamente para tener antecedentes en términos de cómo ella visualiza la violencia...porque de repente eso te ayuda a explicárselo ...si ha tenido otras parejas...cuánto tiempo lleva con esta relación actual, cuáles han sido los hitos como trascendentes en esta relación... para que ella visualice violencia...cuántos hijos tiene...eso más o menos. (Sobre los antecedentes consignados en hombres)...en el caso de los hombres...es más escueta la entrevista que yo les hago ...pero en general lo que se hace es recabar información antecedentes en términos de la relación actual...cómo él visualiza la relación actual...si ameritó o no ameritó la demanda.. por qué se produjo la demanda...un poco para configurar yo...qué motivación tiene él para venir...”

“(Sobre los factores intervinientes en mujeres)... Yo creo que mujeres con muy baja autoestima...tal vez con historias familiares donde se consintió la violencia...como que era normal...ser violento.. mujeres con sintomatología depresiva....con pocas esperanzas en el futuro ...pocas redes sociales también....hay muchas mujeres que vienen del campo, o que han tenido una relación de pareja, que ha sido el marido.... entonces no tienen muchas redes en términos de poder comparar...de poder decir “no, esto no está bien, no tengo por qué tolerarlo”. (Sobre los factores intervinientes en hombres)...Machistas....súper machistas...la generalidad son hombres muy rígidos, vienen con una estructura de pensamiento donde el hombre es superior, donde la mujer es la que tiene que estar en la casa, haciendo las labores de la casa...y ellos no se conciben como ayudando...o conciliando temas, “la mujer no tiene que trabajar”...la mayoría piensa así....o...son personas que tienden a no transar mucho...porque “el hombre es el que sabe más”...y si la mujer trabaja, en lo que sea...siempre va a ser que no genera tanto esfuerzo como lo que tiene que hacer él, aunque objetivamente sea hartó más el esfuerzo de la mujer, pero para él siempre va a ser menor...en general son hombres súper machistas y rígidos de pensamiento...”

Al analizar estos relatos y pensar en el cambio ideológico, postulado para las mujeres que viven situaciones de violencia, no se puede dejar de pensar en el alcance de esta diferencia por género para las generaciones posteriores. Al recordar los objetivos de una

perspectiva de género, en el sentido de convocar genealogías femeninas, el impacto en las historias, de hijas y nietas, en las cuales no se permita la violencia hace pensar en un cambio social mayor, lo sembrado en la actualidad es cosechado a futuro.

En el caso de Adicciones, los antecedentes son consignados igualmente para mujeres y hombres, lo que insiste en una postura de género más ideológica e informal, que práctica.

“(Sobre antecedentes)...la historia de consumo...y...algunos elementos que pudieran ser críticos...en el desarrollo evolutivo del consultante...haber sido testigo de violencia intrafamiliar...haber sido víctima de alguna experiencia traumática...en el caso de las mujeres, las experiencias de abuso son bastantes... su historia biográfica ...la historia de pares, o la pérdida de algún familiar... es un dato si los padres son alcohólicos...cuál es la historia que desarrolla asociada al vínculo de la sustancia...¿tiene que ver con carrete...con juerga?...tiene que ver con el manejo de las emociones...tiene que ver con delincuencia...tiene que ver con el grupo de pares....¿tiene que ver con qué?...eso determina probablemente la relación actual...” **“(Sobre los factores)La historia de vinculación con la sustancia yo creo que es un elemento importante....(¿Tú crees que hay factores distintos en mujeres y en hombres?)...hay mujeres que consumen drogas por ejemplo para bajar de peso....cosa que no he visto en hombres por ejemplo... he visto algunos casos...donde el consumo de sustancias en las mujeres es claramente medicinal...o sea es...claramente una benzodiazepina por ejemplo...y no tan altamente...como en los hombres por ejemplo...(que estaría relacionado)....a la juerga...al carrete...(en el caso de las mujeres)... tiene que ver con el componente...con un componente.... histórico..... “esta relación con este hueon´ ...este sentirme deprimida”.....es el afecto...”**

En el programa de TPM, desde su encargada, no hay diferencias sobre los antecedentes consignados.

“...comenzamos por el sexo, la edad...número de hijos es muy importante, y saber si está casado, separado, anulado....si convive....eso por lo menos para mí es importante...porque es la red....que tiene la persona en cuestión....y después claro, vienen todos los otros datos clínicos”.

Sin embargo, al preguntarle por los factores intervinientes, pone la diferenciación de roles como un factor importante.

“....el sexo...Yo entiendo que los hombres cuidan mejor a las mujeres, que las mujeres a los hombres.....salvo excepciones....no es que las mujeres seamos más malas, no....yo a eso le encuentro una explicación...social....Para mí el hombre tiene una mujer esquizofrénica en su casa, y....le ayuda, porque lo siente su obligación..../ ...entonces yo encuentro que (la mujer) se neurotiza más con un paciente que...en resumidas cuentas no le sirve ni sexualmente, ni económicamente.....ni con los hijos....porque lamentablemente un esquizofrénico es muchas veces...es como....es como un peso para ella...y he visto mujeres que maltratan a los pacientes...desde pegarle puntapiés...que te das cuenta ahí que les está pegando puntapiés...hasta abandonarlos...irse de vacaciones....”

Interesante cómo se centra el maltrato hacia pacientes, por parte de las mujeres principalmente, argumentando “mayor neurosis” ante la inutilidad sexual y económica del

hombre esquizofrénico. En cambio un hombre, desde este relato, se encontraría en la obligación de cuidar a la mujer. Una vez más en este programa se reproducen acríticamente las representaciones y estereotipos sociales del sistema sexo género imperante.

En esta categoría se han observado las distintas visiones y teorías explicativas en la conformación de las problemáticas atendidas por parte de los encargados de programa. En el caso de VIF, que es el que más destaca, se hace alusión a factores psicosociales tales como la historia familiar, la historia de vinculaciones afectivas, el autoestima, las redes sociales, una cultura machista, entre otras, como factores intervinientes y determinantes en una vivencia de violencia. No sucede esto en los otros dos programas donde los factores consignados son los mismos para mujeres y hombres, dejando fuera ámbitos sociales que se enuncian pero no formalmente en los documentos normativos.

2.3 Categoría: Estereotipos de Género

Dentro de esta categoría, se encuentran dos dimensiones: una relativa a las características del perfil del usuario, por género. Y, la dimensión de Introspección / Reflexión, que se refiere a las repercusiones subjetivas del trabajo con hombres y mujeres en la práctica clínica, y que pudiera denotar elementos relativos a las concordancias y disidencias sexo genéricas, del entrevistado/a. Con respecto a esta última, como tiene que ver con una dimensión subjetiva, en este apartado no se harán diferencias por programa.

Relativo a las características por perfil de usuario, la encargada de VIF caracteriza a la mujer que ingresa al programa como víctima, y al hombre como agresor, sin mucha conciencia de esta condición.

“En mujeres son básicamente mujeres adultas, que fluctúan entre los 18 hasta los 60 años, inclusive más ... el hombre.... fluctúan entre los 18 hasta 60 años....y....la particularidad es que la mayoría de estos hombres no reconoce la violencia...entonces el trabajo con ellos es un poco más complicado en el tema que no existe un motivo de consulta, no es como la víctima que viene mandada para reparar... un poco es más fácil ahí construir el motivo....pero en el hombre no, viene a cumplir y esa es como la gran distinción con la mujer.” (Programa VIF) “....generalmente ocupo el tema de víctima, mujeres víctima de violencia...como que les aclaro que yo no tengo nada en contra de los hombres...pero que lamentablemente la estadística apunta a que...bueno nosotros hemos recibido sólo a mujeres víctima...o sea les hablo siempre de la mujer víctima...” (Encargada VIF) “...de repente les digo “las mujeres a veces somos un poco más sensibles....y por eso tendemos a ser más víctimas”...me incluyo....no sé...quizás está malo...pero es no sé como para empatizar con las señoras” (Encargada VIF)

La sensibilidad, como característica femenina, aparece asociada como una condición de riesgo para la victimización en una situación de violencia. En este sentido se encuentra una contradicción y arma de doble filo, ya que por intentar mayor empatía se puede caer en la discriminación de género obviando el sustrato de desigualdad relacional entre

hombres y mujeres que sostienen una relación de violencia.

En adicciones se reconocen las características culturales de reprobación diferenciada por género, en las cuales una mujer consumidora de droga es peor que un hombre consumidor. Por otro lado, también se alude a características tipificadas para las mujeres, como el centro en los afectos, como condición de riesgo para el consumo.

“.....O sea.... una mujer drogadicta es peor que un hombre drogadicto...en términos de discurso cultural y social....” (Encargado Adicciones) “(Sobre los antecedentes recogidos) ...uno suele esperar que hayan más experiencias de abuso en mujeres que en hombres...” (Encargado Adicciones) “(sobre el consumo en mujeres)... tiene que ver con el componente...con un componente... histórico..... “esta relación con este hueon´ ...este sentirme deprimida”.....es el afecto...” (Encargado Adicciones)

Finalmente en TPM, se alude a la falta de redes, que sería más evidente en el caso de las pacientes mujeres.

“.. él tiene un escape que la mujer no tiene...él sale a tomar con los amigos.....él va a jugar fútbol los fines de semana...él puede salir.....tener una amante...ah?...no sé, puede tener muchas actividades fuera de casa, y la mujer...aunque no tenga enfermedad alguna, raramente la tiene...salvo conversar con la vecina....me estoy refiriendo a la mujer en el contexto en que estamos...Pudahuel....qué es lo que puede hacer...va a copuchar con la vecina, va a conversar con alguien que se encuentra en el almacén....y nada más.....no hay...no hay un club deportivo....no hay no sé....un bar de mala muerte para ir a tomar con amigos...por razones sociales no tiene otra pareja....” (Encargada TPM)

De alguna forma en este comentario, la entrevistada cambia su discurso y da la impresión de hablar más desde el ser mujer que desde el discurso médico oficial.

En cuanto a la dimensión de introspección reflexión, donde se alude a la percepción de efectos en su propia persona al trabajar con mujeres y hombres, se observa en todos un reconocimiento de un cambio. En la encargada de VIF se observan efectos como una mayor valoración del trabajo femenino, y mayor empatía con situaciones difíciles que viven mujeres (por ejemplo Violencia Intrafamiliar).

“..yo creo que sí...sí, porque no es que uno tienda a ser más feminista, no...pero...cuando converso con cualquier persona, con cualquier mujer....y de repente, no sé, conversaciones cotidianas como “qué haces tú” – “Yo soy dueña de casa no más”...cómo “no más”...yo..una gran ocupación...como algunas personas piensan que si no trabaja no hace nada ...y voy siempre como con la bandera puesta (risas)...”Por favor”, le digo yo, “el trabajo de dueña de casa es tan valorable como alguien que trabaja fuera de la casa” (J) “....estar en una relación de violencia no es menor....no está loca, pero...no es una mujer que está como...cualquier otra...mmm...que está como con buena autoestima, que sabe defenderse, o no tolerar ciertas cosas...yo creo que en ese sentido sí me ha afectado...en términos de entender más a las mujeres..que están pasando por ciertos problemas, en fin..o que si estoy en una conversación, me asalta... “ah, esta señora es víctima de violencia”, no sé...trato de hablarle, una cosa así...” (J)

En el encargado de Adicciones se observa una conciencia de mayor movilización y

cuidado como terapeuta al encontrarse frente a una paciente mujer.

“..O sea me da profunda lata cuando una mina está embarazada y está consumiendo droga y no puede parar...esa huela´....como que me...me obliga a tener que movilizarme tres veces lo que me movilizo cuando un tipo está poniéndose algo....y se está haciendo algo.....o cuando una mina está poniéndose algo también, sin que esté embarazada....pero cuando está embarazada.....como que...se me activa cuestiones que yo creo que van más allá del tema.....de mi rol profesional.....sino que...me veo mucho más comprometido en el tema...como que me impacta mucho más.....como que me resiento un poco más con el tema...eso tiene que ver con mayor preocupación..y con...sentimientos negativos asociado a eso...tristeza, y cosas por el estilo....” (I)

En el caso de la encargada de TPM, se relata una mayor compasión con mujeres, pero nuevamente una discriminación negativa hacia ellas.

“.....tal vez me sienta más compasiva con las mujeres....en el sentido que las veo con menos.... posibilidad...de poder....con menos red social...aunque la red social sea...digamos una buena mierda...como los hombres, con prostitutas, los otros que toman...pero las veo más aisladas, más....con menos soporte...con menos soporte...incluso de la propia familia muchas veces....siempre hay siempre existe el temor....siempre existe....no sé poh la otra vez alguien me decía.... la hermana de una paciente decía que no la podía tener con ella porque empezaba a pasarse rollos con el marido.....claro, y uno se pregunta ¿será que se pasa rollos con el marido?...o es el marido...la mirará...porque la ve indefensa.....y la mirará con otros ojos...te das cuenta?...entonces.... no sé...con el hombre pasa eso...con el hombre no pasan esas cosas ...tengo más...tengo sentimientos mas compasivos con ellas...y las veo con menos armas...un hombre igual se las arregla, no sé...aunque sea esquizofrénico....sale a pedir....por último sale a estirar la mano....o a robar, no sé...y una mujer no.” (P)

Distintos son, entonces, los impactos y repercusiones personales del trabajo con mujeres y con hombres. La implicancia e importancia de estas repercusiones individuales, es que orientarán (por el cargo de cada uno de los entrevistados) las intervenciones colectivas en estas temáticas. Así es como una visión esperanzadora sobre las posibilidades femeninas, se translucirá en la conversación y expectativas con esa usuaria; y por el contrario una visión pesimista, limitada y sin crítica a lo estipulado socialmente, incidirá negativamente también en la persona con la cual se conforma el binomio terapéutico. La reflexión y conocimiento, por lo tanto, sobre los impactos personales del trabajo con uno u otro género es de gran relevancia personal, profesional e institucional en la gestación de un cambio en la perspectiva de las enfermedades mentales.

Síntesis de Resultados

Categoría Poder y concepto de enfermedad mental.

Relativo a la categoría de poder, observada principalmente a través de la organización del proceso terapéutico, objetivos y alusiones al binomio heteroterapéutico (hombre terapeuta – mujer paciente; mujer terapeuta – hombre paciente), se puede decir que tanto en programas como fichas existe una agrupación y planificación de objetivos terapéuticos en torno al diagnóstico clínico, desde el CIE 10 principalmente en su primer eje. Los objetivos planteados, en los tres programas, están orientados a la disminución de los síntomas planteados en la definición del cuadro clínico, incorporando dos de ellos, de manera escrita, el trabajo sobre factores psicosociales protectores para los cuadros clínicos. Se encuentra la presencia de un equipo multidisciplinario en las intervenciones registradas en la mayoría de las fichas clínicas revisadas; y, la evaluación de las intervenciones se centra principalmente en la consecución de metas técnicas y administrativas, siendo un terreno incipiente la incorporación de los usuarios a la misma.

El concepto de enfermedad mental, por lo tanto, aparece en torno a la clasificación diagnóstica, que guía los objetivos e intervenciones para el perfil de usuarios que ingresa a cada programa. El concepto manejado es un constructo netamente clínico médico, que si bien incorpora objetivos psicosociales en su planificación o equipos multidisciplinarios

en sus intervenciones, evalúa principalmente porcentajes de cumplimiento en metas establecidas desde lo técnico y administrativo, considerando muy poco al usuario en la relación y gestión de su propio proceso terapéutico.

En cuanto a la perspectiva de los terapeutas con respecto al binomio heteroterapéutico, la opinión de los entrevistados es disímil con respecto algunos aspectos relativos a la dinámica de poder relacional. Dos de ellos concuerdan en que podrían existir limitaciones en cuanto a las conversaciones, principalmente sobre sexualidad, en un binomio terapéutico heterosexual. Frente a las posibles explicaciones frente a esto estaría la empatía de género, donde los temas tratados serían más familiares o conocidos para un terapeuta del mismo sexo. También se encuentra una alusión al tema de la transferencia como posible efecto de este binomio, en que la paciente mujer se “enamoraría” eventualmente del terapeuta hombre. Otra persona señala que también existiría esta limitación pero sólo en el binomio mujer terapeuta – paciente hombre, viceversa no. La explicación estaría en el machismo de los hombres usuarios, y su poca capacidad para legitimar a una mujer en un rol de terapeuta. Por lo tanto, se puede señalar que se observa una conciencia, por parte de los terapeutas y encargados de programa, sobre la dimensión de poder en un binomio terapéutico heterosexual; sin embargo, esta distinción se haría sólo en base a la diferencia sexual, teniendo como supuesto la empatía de género en el tratamiento de ciertos temas. No se observan alusiones a la situación de poder del terapeuta en términos de ser un representante del discurso médico oficial, salvo el comentario de la transferencia posible entre una mujer paciente hacia su terapeuta varón. Entonces, si bien existe una conciencia por parte de los coordinadores sobre algunas limitaciones posibles en el binomio heterosexual, el único programa que incorpora diferencias por género en cuanto a la planificación programática es el programa de intervención en Violencia.

Categoría de Contexto Social

Con respecto a esta segunda categoría propuesta, que busca conocer la incorporación del contexto social en la planificación y aplicación de las intervenciones, se puede señalar que en programas y fichas se observa la importancia dada a la participación en una red comunal de apoyo, por lo tanto se reconoce la necesidad de apoyo psicosocial en el tratamiento de las dificultades de las personas acogidas en los programas. Sin embargo, a pesar de expresarse esta necesidad en objetivos, planificación de intervenciones y participación de redes, no existe mayor registro sobre estos antecedentes en las fichas, lo que abre la brecha entre lo ideado y lo registrado. En las fichas se incorpora escasamente por ejemplo la participación social en redes de apoyo, la historia familiar, o las expectativas propias del usuario con respecto a su tratamiento. En los casos en que sí se registran, estos factores son relativos únicamente en torno al cuadro clínico, que motiva la consulta. En las entrevistas también se observa la incorporación de antecedentes biográficos en torno a la problemática de la persona, pero nuevamente en torno al cuadro clínico. Con respecto a los factores que intervienen en las problemáticas

acogidas, la coordinadora de VIF es la única que hace alusión a factores más macrosociales, como son una ideología machista en el caso de los hombres, y falta de redes sociales y baja autoestima, en las mujeres.

Por lo tanto, se puede señalar que existe en la dinámica institucional de este centro una conciencia de la importancia del contexto social en la génesis y tratamiento de las problemáticas acogidas. Sin embargo, esta conciencia se mantendría más en la ideología que en la práctica, dados los escasos registros sobre estos antecedentes en las fichas clínicas. Por otro lado, la incorporación de factores psicosociales es la mayoría de las veces en torno al cuadro clínico, dejando fuera otras posibilidades de exploración, y por lo tanto conocimiento sobre la persona, como incorporaciones que diferencien por género, etnia y clase.

Categoría Estereotipos de Género

En esta última categoría se observó la presencia, o no, de una diferenciación por género en sus distintas aplicaciones. El único programa que hace estas distinciones y que las registra en las fichas es el programa de intervención en Violencia. El programa de Adicciones mantiene estas diferencias en la ideología, y el programa de TPM no las plantea. En las entrevistas es posible observar coherencia con el nivel de avance en cuanto a la diferenciación por género en sus programas. En el caso de VIF, las mujeres son definidas como víctimas y los hombres como victimarios. En el programa de Adicciones se reconoce el prejuicio y estigmatización social diferenciada por género en cuanto al consumo de droga, pero no se realizan mayores diferencias. En el programa de TPM, se reconoce que las mujeres tendrían menos redes sociales que los hombres, pero tampoco impacta esto en la organización y aplicación de sus intervenciones. Estas diferencias determinarán en gran medida la orientación de los objetivos terapéuticos.

Relativo al impacto personal del trabajo con mujeres y hombres, en el caso de las mujeres entrevistadas ambas reconocen mayor empatía con las mujeres; sin embargo, una de ellas reconoce su potencial de empoderamiento y valoración posible para salir adelante, y la otra considera la desventaja en que se encuentran las mujeres, que participan del programa que ella coordina, y sus casi “nulas” posibilidades de alcanzar mayores objetivos y/o metas que los propuestos. En el caso del único hombre entrevistado, éste reconoce sentir mayor activación y protección hacia una mujer paciente que hacia un hombre.

En síntesis con respecto a esta categoría, y por los textos analizados, es posible señalar que se observa una concepción general de la paciente femenina en salud mental como una víctima, con baja autoestima, pocas redes sociales y necesidad de protección. Podría decirse que esta sería una concepción femenina inicial generalizada; sin embargo, el programa de VIF y su coordinadora son los que incorporan la posibilidad de empoderamiento y nuevas construcciones posibles en estas mujeres.

Discusión y Conclusiones

La conclusión general que se desprende de la elaboración de la presente investigación, es que se postula la idea de un proceso gradual, e inicial, en la incorporación de una perspectiva de género en la intervención en el centro de salud mental, a nivel público, referido en este estudio.

En este sentido, y con respecto a los objetivos propuestos para la presente tesis al analizar los discursos históricos en torno a enfermedades mentales en mujeres, aparece claramente la existencia de un discurso hegemónico falocéntrico a la base de la construcción conceptual de enfermedad mental y de mujer. Asimismo se observó que este discurso se avala, ampara y consolida en asociación con otros discursos de poder hegemónico, tales como la religión, la justicia, la economía. En este sentido ha sido posible describir las relaciones de poder al interior de este discurso hegemónico, relevar las condicionantes socio históricas en su emergencia y construcción, así como los estereotipos de género emanados del mismo. A partir de estas conclusiones históricas teóricas, fue posible realizar un análisis exploratorio sobre la aplicación práctica del concepto de enfermedad mental en mujeres en la actualidad, en un centro de salud local en la ciudad de Santiago de Chile. A través del análisis discursivo institucional en este centro, se pudieron describir contenidos relativos al género y salud mental, que tipo de reflexión y adscripción existe por parte de los terapeutas al sistema sexo género imperante, y las diferencias y/o brechas que existen entre el nivel ideológico sobre el quehacer terapéutico y el nivel de acción práctica.

Al señalar en la conclusión general, la existencia de un proceso inicial de

incorporación de perspectiva de género, se hace referencia a la distancia encontrada entre el nivel ideológico y el nivel de práctica interventiva; por lo que aparece como necesario, incorporar tanto a nivel de ideas como de la práctica, una diferenciación por género en cuanto a los tratamientos realizados en un centro de salud de estas características. También aparecen desde esta perspectiva, las diferencias de un binomio terapéutico homosexual o heterosexual, siendo el primero el más idóneo desde la perspectiva de los terapeutas en el trabajo con usuarios; esto por la supuesta empatía de género generada en cada binomio.

Se puede observar también que es en este nivel ideológico, donde aparecen con mucha claridad desde el relato de los terapeutas, estereotipos de género donde ser hombre siempre es más provechoso o ganancial que ser mujer; lo que se traduciría entonces en tratamientos que refuerzan la idea de las fortalezas estereotipadas de los hombres versus la caracterización de las mujeres, que en la mayoría de los casos son entendidas como víctimas. En esta observación sólo un programa, el de intervención en Violencia Intrafamiliar, explicita el tránsito hacia la propuesta de un rol más protagónico de las mujeres, tanto desde su comprensión como de la propuesta terapéutica. En este último programa se evidencian en mayor medida las condicionantes sociales e históricas de una cultura patriarcal como explicación al fenómeno de la violencia. Esta explicación sumada a las actuales condicionantes y limitantes femeninos en cuanto a las distintas actividades educacionales, laborales, familiares e individuales fuera de la casa y dentro de ella (techo de cristal), configuran un entendimiento más integral sobre el rol y subjetividad de la mujer, empatizando con sus problemáticas y posibilitando su empoderamiento y protagonismo a fin de hacer frente a las mismas limitaciones antes descritas.

Por último, con respecto a las variables psicosociales (como son las presentes en el “techo de cristal”, por ejemplo), nuevamente en este nivel ideológico existe el entendido de incorporarlas al diagnóstico y tratamiento de un caso; sin embargo al no incorporarlas de manera práctica y sin una perspectiva de género y etnia, no se sabe cuánto del trastorno observado obedece a patología individual y cuanto a patología social, cayendo en análisis parciales e incompletos sobre las dimensiones de experiencia humana, que dificultan la cura, y que no dimensionan la responsabilidad social del entorno, familia, comunidad, y sociedad en su conjunto.

En este nivel de visibilización de la problemática cabe preguntarse ¿Qué es lo que dificulta la puesta en práctica de estas reflexiones de género ideológicas?

Si se cruzan los conceptos enunciados en el marco teórico y los resultados del estudio, la presencia de discursos históricos médicos hegemónicos falogocéntricos y oficiales como poder de verdad, se pueden explicar las dificultades para incorporar otras perspectivas a los análisis y prácticas de atención en salud mental, en este tipo de Centros de Salud. El poder de este discurso no actúa solo, sino en coordinación con otros discursos de poder a lo largo de la historia, tales como el religioso (enfermedad mental como posesión), el jurídico (enfermedad mental como antecedente de crimen y por lo tanto encarcelamiento) y el sociopolítico (enfermedad mental como condición de marginalidad y/o exclusión). La re actualización de todos estos discursos en su conjunto, y particularmente la psiquiatría y su creación de enfermedad mental, que a su vez justifica

su existencia como ciencia, operan como reproductores sociales de marginación y exclusión para aquello que se encuentre fuera de la norma. En la práctica clínica, ese “aquello” lo constituyen los “enfermos mentales”, que son reducidos en su expresión vital completa a un diagnóstico o, más bien a una etiqueta como mecanismo de marginación a partir de ese diagnóstico. En los resultados analizados para la presente investigación, es posible apreciar que el criterio de agrupación y consolidación de las intervenciones para programas de atención en salud mental, tiene que ver con la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), portavoz del discurso médico científico. La disciplina científica, crea y recrea objetos de conocimiento, que fabrican enunciados, en este caso sobre la enfermedad mental, con tipos, características, números y nombres, que diferencian unos cuadros de otros. La psiquiatría, se articula como un discurso que instala divisiones, un discurso inquisidor de poder, ya que esta nomenclatura psiquiátrica tendrá el poder de decidir cuáles son las intervenciones más idóneas y adecuadas al paciente, desde la mirada del experto, desde la ciencia, desde la “verdad”.

No obstante lo anterior, es importante señalar que este “lenguaje científico nosológico”, que constituye actualmente un necesario entendimiento en beneficio de la persona en su paso por la red de salud, contempla distintas áreas o ejes para la observación, como ya se señaló anteriormente (el cuadro clínico, trastornos en el desarrollo, evaluación cognitiva, antecedentes mórbidos, factores psicosociales concomitantes con el cuadro clínico, y evaluación de desempeño global). En el análisis de resultados, dentro de las dimensiones señaladas para el diagnóstico, se ocupan en algunas oportunidades otros ejes que dan cuenta de la dimensión más integral o biopsicosocial de la persona. La crítica apunta a que el eje que principalmente se ocupa y registra es el del cuadro clínico sobre la patología o enfermedad, dejando fuera otras evaluaciones. En este caso, si la visión se limita sólo al eje clínico centrado en lo “enfermo”, se pierde la noción de sujeto incardinado, en este caso de sujeto mujer en relación con su medio. La implicancia de esta situación, es mayor si se considera que la planificación del tratamiento para quien acude a consultar, estará mediada casi exclusivamente por una visión patologizada de su ser. La consecuencia de esto es la falta de visión de lo “sano” y los factores protectores desde sí (y desde el medio) siempre existentes en la vida de la persona y, por otro lado, la falta de integración de los contextos sociales, de trabajo, familia, etc., en los cuales participan también otras personas, por lo que hay necesariamente involucradas otras relaciones de poder. Las limitaciones en cuanto a los objetivos terapéuticos propuestos para una mujer (u hombre), junto con el aislamiento y ceguera ante su contexto personal y social, pueden transformar un espacio de supuesta ayuda en uno orientado al control directo sobre comportamientos y personas, fomentando la negación y olvido de la mujer como sujeto y como persona; tanto por otros como por ella misma. Aquí se presenta un problema, ya que no obstante el señalamiento de estas posibles consecuencias en la relación terapéutica, existe la brecha entre lo que se piensa y lo que se hace, y más aún entre lo que se registra y lo que se hace terapéuticamente, por lo que estas consecuencias se mantienen aún en el ámbito hipotético. En la observación de las fichas, al no ser aún el registro en las mismas un procedimiento homogéneo, sistematizado y estandarizado para todo el equipo profesional, se piensa opera un desconocimiento sobre los datos de las intervenciones realizadas (en términos de cantidad y calidad). En síntesis se considera existe un

subregistro de las actividades realizadas, lo que no permite conocer completamente cuál es el tipo de abordaje utilizado y cuán amplio es, en la práctica.

Una de las más importantes consecuencias, del dominio del discurso médico hegemónico en los discursos más locales, profesionales e individuales, se observa en la concepción del rol del/la terapeuta como experto/a. La asunción de este rol conllevará una relación terapéutica donde escasamente se incorpora la postura y opinión del usuario en el programa y proceso de intervención; la única participación observada es la que se incorpora mediante la evaluación cualitativa que se registra, a veces, al final del proceso. Por otro lado, llama profundamente la atención la inexistencia de alusión o cuestionamiento al poder relacional entre el terapeuta y usuario; ese poder que implica avance y resistencia en ambos operando desde distintos espacios, el de representante del discurso “que sabe” y el del que confía en una promesa de bienestar, a través de la operación de ese discurso. La persona situada en el rol de usuario articula y ejerce poder en la relación terapéutica. La idea sin embargo es que no la ejerza desde la resistencia, por ejemplo, sino a través de un poder activo y en coordinación con el terapeuta. Al postular una relación terapéutica dinámica, la participación de la mujer u hombre paciente tiene enorme relevancia en cuanto a lo estratégico que pueda ser un tratamiento, ya que en la medida que el/la terapeuta considere la visión de mundo del otro, más se significará como apropiada o coherente la intervención devuelta y co construida entre ambos. Al no considerar sistemáticamente esta visión se empobrece el tratamiento, ya que se actúa sobre un “monólogo” experto, una pretendida “verdad objetiva”, en vez de un diálogo terapéutico; al respecto resuena con fuerza la idea, planteada en el marco teórico, que señala que el diagnóstico lo que encerraría es la agresividad del médico hacia el enfermo, condición que escapa de su comprensión. Asimismo y por otro lado, con la creencia de una única verdad y visión terapéutica, y los escasos espacios para permitir la opinión del otro/a, se mantiene circularmente la creencia sobre el escaso interés en y de la participación ciudadana (con la consecuente exigencia y reflexión sobre deberes y derechos de las personas como sujetos) y el refuerzo del terapeuta como único interlocutor válido.

Profundizando en este punto, y teniendo en cuenta lo postulado en el marco teórico, la institución psiquiátrica reproduce el binomio burguesía – proletariado, siendo cada uno condición de existencia para el otro. Desde esta perspectiva, la burguesía psiquiátrica, médicos, terapeutas, psicólogos, producirían y reproducirían la norma en dos sentidos. El primero, porque al pertenecer a la “burguesía” se ven beneficiados y relacionados con otros intereses burgueses detentadores simbólica y/o prácticamente de poder, tales como la justicia, la política, la economía. En segundo lugar, porque la norma demarca un límite, una división entre lo sano y lo insano, lo correcto y lo desviado, lo bueno y lo malo, un mundo en el cual se impone el orden, se diferencia, se encierra, se cataloga, se excluye. Sin “locos” no se justifica la clínica psiquiátrica como práctica inequitativa de poder, donde uno es el que sabe y el otro es el que acata, el objeto que se mira y se trata. El loco/a es el otro infamante del médico. En el análisis de datos referidos a la relación presente en el binomio terapéutico, principalmente a través de las entrevistas realizadas, es posible observar la percepción mayoritaria sobre limitaciones en cuanto a las conversaciones posibles con un paciente del sexo opuesto; explicado esto principalmente desde la mayor

o menor empatía de género que podría generarse con otro, es decir se percibe mayor cercanía entre mujer terapeuta y mujer paciente, lo mismo que el binomio terapéutico homosexual masculino. Si bien se tiene esta percepción sobre las diferencias de género presentes en la relación terapéutica, no se hace alusión a la producción y reproducción histórica de relaciones de dominación hacia las mujeres, dominación que podría reificarse en la relación del experto y el sujeto (u objeto, en niveles epistemológicamente distintos) de conocimiento o intervención. El no considerar o percibir, al menos concientemente, esta relación de poder y dominación posible en la situación terapéutica, hace pensar sobre lo instaladas y arraigadas de estas relaciones en el imaginario colectivo, en este caso en el imaginario de los profesionales en salud mental, que no reflexionan mayormente sobre esta posible diferencia, aceptándola como cotidiana y dada. Asimismo, cabría señalar el interés en analizar las características sociodemográficas de ambos participantes en la relación. Características como género, etnia, nivel socioeconómico, nivel educacional, comuna de habitación, nivel de ingresos, hacen pensar en la real adscripción al modelo burgués – terapeuta / proletario – usuario; más aún en salud pública y en una comuna económicamente deprimida, y étnicamente rica como lo es Pudahuel.

En el contexto de una dominación y hegemonía ejercida por el discurso médico científico a lo largo de la historia, aparece como interesante la emergencia del movimiento antipsiquiátrico. Como ya se señaló, los postulados antipsiquiatras constituyeron un quiebre a esta estabilidad pretendida y defendida por la ciencia, describiendo y analizando intrínsecamente el discurso médico clásico; este análisis revela y va dando cuenta de inconsistencias epistémicas, juicios de valor utilizados como verdades absolutas, y relaciones verticales de dominio en la práctica, en síntesis, la relación de los discursos psiquiátricos con otros discursos e instituciones detentadoras de poder. En este sentido aparece la construcción de este “contradiscurso”, ante la historia médica oficial, como un esfuerzo importante en el rescate de miradas y discursos alternativos en vías de historia/s integrales sobre la vivencia del ser humano en el mundo. No obstante esto, si bien la antipsiquiatría criticó el concepto de marginación, emanado del concepto de enfermedad mental, no incluyó en su análisis las variables sociales de etnia, clase y género. Por lo tanto este punto es, a juicio de quien escribe, el eslabón no abordado por la crítica antipsiquiátrica.

Una de las consecuencias de no incorporar estas variables en los análisis es la mantención histórica de estereotipos de género, y enfermedades “típicamente femeninas”, por lo tanto, con sus fatales consecuencias corporales y mentales revisadas anteriormente. Diagnósticos inmediatos de depresión ante cualquier atisbo de angustia o tristeza (principalmente en la atención primaria de salud), stress femenino por rendir adecuadamente en la multiplicidad de roles, son ejemplos discursivos en torno a la construcción social e histórica sobre el sexo, femenino. Tal como se señaló en el marco teórico, la condición femenina ha sido históricamente una condición premórbida, y desde el discurso médico positivista se ha intentado conocer su “enfermedad” determinándola orgánicamente, localizando la sensibilidad, relacionando ciclos femeninos con enfermedad, condicionando el dolor y sacrificio a la condición femenina, entre otros. Se alivia este encierro nosológico con el surgimiento de una respuesta a estas

“enfermedades”, no desde lo orgánico sino desde el contexto social, señalando subjetividades femeninas vulnerables desde una cultura patriarcal, desde la cual se identifica a la mujer con maternidad, se la centra en los afectos, y se reprime tempranamente su deseo de saber, su deseo de poder. En cuanto a los resultados del estudio, se observa la presencia de una ideología que piensa debiera incorporar diferencias por género en los tratamientos de intervención, lo cual constituye un avance. Sin embargo, esta diferencia de género está basada en perfiles de mujeres vulnerables; en el caso de VIF mujer como víctima de su agresor, en caso de Adicciones mujer con mayor sanción social por ser consumidora, en el caso de Trastornos psiquiátricos mayores como sin redes y por lo tanto sin mayor posibilidad de bienestar. Desde la vulnerabilidad femenina se orienta su tratamiento. Si bien esto constituye una especie de discriminación positiva hacia la mujer (por el acceso a atención), el problema radicaría en que esta concepción inicial no cambiara, considerándola permanentemente vulnerable e incapaz de responsabilizarse por su cambio siempre posible.

Los efectos, por tanto, del discurso médico científico en la práctica son múltiples, variados y se piensa, mantienen aún sus raíces en el imaginario colectivo e individual de los terapeutas. Se observa a nivel institucional, de centro, una concepción de enfermedad mental ideológicamente más amplia, que pretende y requiere integrar más antecedentes contextuales e históricos de los usuarios en las intervenciones; el problema es que en la práctica esta visión es aún limitada. Ya se ha postulado cuál sería la razón del anquilosamiento que dificulta llevar a cabo las ideas, y que pavimenta el ingreso a la enfermedad mental como condición de limitación y exclusión. Este ingreso, adoptando la explicación más psicosocial y de género, tiene que ver con el discurso patriarcal, hegemónico, falogocéntrico. En mayor o menor grado la condición de enfermedad mental, que de por sí es una condición de exclusión en hombres y mujeres, lo será doblemente en el caso de mujeres, excluidas históricamente. Dentro de las relaciones de poder que determinan este ingreso al mundo excluido, participamos los distintos profesionales de la salud mental en tanto sujetos sociales, a través de nuestros discursos. Hasta el momento se ha hablado genéricamente de médicos y psiquiatras como principales exponentes del modelo médico científico (quizás porque personalmente en ellos se percibe una mayor rigidez y extremidad discursiva); sin embargo en mayor o menor medida de este discurso hegemónico participamos psicóloga/os, terapeutas ocupacionales, enfermera/os, técnicos en rehabilitación, asistentes sociales, etc. Y es precisamente en este punto donde se hace presente el poder del lenguaje, un poder que según su utilización puede ser enormemente destructivo o, potentemente constructivo; se trata de un poder que implica responsabilidad. Tal como señalaba Foucault, no se escapa al poder implícito en las relaciones de cualquier tipo...el punto es cómo utilizar ese poder y para qué.

El uso del lenguaje con otros y con uno mismo como terapeuta, se entrelaza directamente con las posibilidades de salida frente a la enfermedad mental como condicionante de marginación. En la observación de los resultados analizados, se observa un matiz interventivo de acuerdo a la lejanía o cercanía con respecto a la disciplina médica. En los casos denominados como trastornos emocionales en mujeres (dentro de los cuales se incluyen VIF y Adicciones), aún prevalece la noción de la

necesaria inclusión y permanencia social, que se denota en la formulación de objetivos y prestaciones terapéuticas dadas por equipos multidisciplinarios. Sin embargo en el programa de TPM, en el cual participan profesionales más “ortodoxa” e históricamente ligados a la disciplina médica (enfermera, técnico paramédico), se observa una marginación social mayor, desde su visión, con respecto a los resultados posibles con mujeres que padecen trastornos psiquiátricos mayores, por los objetivos propuestos para la intervención con ellas. Al respecto cabe señalar que no se desconoce la existencia ni las limitaciones de enfermedades psiquiátricas en mujeres, lo que se critica, y molesta al menos a quien suscribe, es la marginación explícita y a priori a la cual las someten los propios terapeutas, condición que sumada al olvido social que muchas veces proviene de su propia familia constituyen una segunda victimización o agresión hacia ellas. A modo de ejemplo, ya en el análisis de resultados se menciona la utilización del concepto de dueña de casa. Éste se ocupa con dos acepciones distintas; en el caso del programa de Adicciones se lo ocupa junto al concepto de “sin actividad”, es decir se distingue a las mujeres que no están trabajando fuera de la casa, ni en la casa, con las que sí lo hacen: “dueñas de casa”. En el caso del programa TPM, no se distingue y se ocupa indistintamente “dueña de casa” para todas las usuarias. Al mencionar los objetivos propuestos para las mujeres del programa, la encargada señala que algunas mujeres “ni siquiera hacen las labores del hogar” y “si no lo hacían antes, no se los vamos a pedir ahora”; es decir mujeres que no hacen tareas del hogar ni actividad alguna son denominadas indistintamente “dueñas de casa”. Dejando al margen el hecho de las bajas y cuestionables expectativas terapéuticas que se tienen sobre estas mujeres, está el hecho de considerar dueña de casa como equivalente a no hacer nada. Curioso, por decir lo menos, considerando que la que señala esto es una mujer; sin embargo se sabe que esta afirmación obedece a un prejuicio personal sobre la necesaria existencia de una solidaridad de género. El punto es cómo una palabra, una denominación sobre la actividad ejercida, trae a la mano tantos significados y representaciones sociales del otro, pero que claramente expresan la ubicación personal del terapeuta con respecto al sistema sexo género imperante.

¿Cuál será entonces la salida ante las condiciones de marginación y dominación, teóricas y prácticas, por parte del discurso médico científico? ¿Cómo operaría esta salida en las intervenciones en salud mental con mujeres?

Concordando plenamente con los postulados desde el marco teórico, y pensando en que los objetivos de esta tesis se han centrado en la visión desde los terapeutas, la salida debiera corresponder a dos procesos paralelos: la atención al proceso de intervención, y la atención a su propio proceso como terapeuta, la introspección.

La atención al proceso terapéutico incluye la participación comprometida en la construcción relacional, considerando la relación terapéutica como una relación en simetría, incluyendo el análisis de poder y la influencia del contexto social, remitiendo al sujeto como protagónico e incardinado; todo esto a través de técnicas que convoquen genealogías femeninas, es decir la posibilidad de configurar historias y asociaciones entre mujeres. Se articula este objetivo terapéutico con la relevancia de los estudios culturales en el sentido de poner acento en el sujeto, en el retorno del mismo, en cómo se empodera, cómo se hace sujeto de crítica, asumiendo el lugar desde el cual habla,

otorgando más espacios de participación y valoración en su proceso, en este caso terapéutico. En el caso de mujeres, la visibilización de ella/s en la/s historia/s, personales y colectivas. Las técnicas terapéuticas para mujeres, con perspectiva de género, se asimilan a los postulados políticos de Kirkwood en cuanto a la propuesta de análisis de los procesos de formación de identidad femenina, como sujeto y como grupo, en contestación a la dominación u opresión en sus distintas formas. Estos argumentos apuntan a la importancia de un rescate o visibilización de la historia femenina oculta, historia cuya demanda de igualdad, respeto, tolerancia y libertad ha estado presente a lo largo del tiempo. Se trata de una historia que denuncia la opresión y subordinación en y desde la cual se construyen las categorías de “mujer”, en la cual el/la terapeuta también forma parte. La subversión de categorías, la deconstrucción de identidades esenciales, y/o el rescate de nuevas identidades articula la identidad comunitaria como movimiento, de participación e incidencia política. En este sentido la terapia se articula como un espacio discursivo privilegiado para la deconstrucción y construcción de nuevas narrativas para historias invisibilizadas; historias que son parte no sólo de mujeres particulares sino de todas las mujeres, incluyendo a las terapeutas.

En segundo lugar, el otro movimiento que permitiría una salida a la marginación, exclusión y dominación relativa a la enfermedad mental en mujeres, es la introspección; ésta incluye la conciencia del compromiso subjetivo por parte del terapeuta, la atención a antecedentes, modelos vinculares, historias, que provoquen y convoquen resonancias y conflictos en relación a las propias organizaciones sexo genéricas. Desde este eje, y en relación a los, a veces, limitados objetivos propuestos para mujeres, los discursos “hegemónicos y científicos” desde los terapeutas tratantes no serían otra cosa que el reflejo de la propia relación, percepción e inclusión en el sistema sexo género. Y es desde este punto donde surge un nuevo interés por un eventual estudio que profundice en las historias de vida de las/los terapeutas en salud mental, a fin de hipotetizar y/o conocer sobre la relación entre sus prácticas interventivas y su inclusión en organizaciones sexo genéricas. En las entrevistas realizadas (dos mujeres y un hombre), se observan diferencias en cuanto a las reflexiones como personas dentro de sistemas sexo genéricos. En el caso del colega hombre, se observa su percepción sobre la propia necesidad de protección a mujeres consumidoras de drogas, centradas en los afectos y vulnerables ante abusos, lo que daría cuenta de la asunción de un rol “tradicionalmente” masculino de protección y activación frente a la fragilidad femenina. En el caso de las colegas mujeres, se observa ambivalentemente la empatía por pertenecer al mismo género, y la victimización hacia las mujeres consultantes; por un lado entienden la situación problemática por la que está pasando la mujer, pero también en este proceso tienden a fragilizarlas y ver limitaciones en su tratamiento. En el caso de una de ellas, encargada del programa de violencia, si bien define a las pacientes como víctimas de su agresor, reconoce en ellas el potencial de empoderamiento y apuesta por ello en los objetivos del programa. Es en este espacio donde se observa un mayor avance en cuanto a la perspectiva y conciencia de género, ideológica y práctica; es un programa en que quizás la misma desigualdad dada por una relación de poder abusiva y dominante ha hecho más que explícita las diferencias, que perjudican histórica y mayoritariamente a las mujeres, diferencias que evidencian las desigualdades socio culturales para mujeres y hombres. La clave de la intervención, consistiría justamente en hacer concientes estas

diferencias impidiendo transformarlas en desigualdades; consiste en hacer protagonista al sujeto mujer, incardinada, luchando no contra su pareja, sino contra los miedos y dominaciones históricas internos y externos, que una vez elaborados se reflejan en el rompimientos de ataduras relacionales insanas y poco productivas en su desarrollo como persona. En el caso de las entrevistas, las repuestas con respecto a la incidencia personal del trabajo con mujeres y hombres, da cuenta de la posición que ocupa cada uno de ellos con respecto a su propia inclusión y percepción en el sistema sexo género actual; que es lo que se pretendería también en el trabajo con el otro, una reflexión y conciencia crítica activa de su rol, espacio, posición en este sistema.

Pero se insiste, para lograr facilitar estos procesos en otros, es necesario facilitarlos primero en uno/a mismo/a como persona. Ya se ha mencionado la práctica deconstructiva y constructiva que significa la atención dialéctica al proceso terapéutico y a la introspección sobre este proceso; como tal, esta práctica constituye un permanente cambio como terapeuta y como persona.

Al respecto, y desde mi perspectiva de terapeuta, esta tesis constituye distintas dificultades y oportunidades a la vez. Dificultades por el hecho de trabajar y conocer desde hace años el centro de salud mental que se describe, y las personas que lo conformamos. En este sentido en algunos momentos de análisis, fue difícil opinar sobre la ideología y práctica terapéutica de compañeros, ya que en mayor o menor medida se participa permanentemente en la planificación e implementación de las intervenciones. Se piensa sin embargo, que esto último justamente constituye a la vez una oportunidad; oportunidad en el sentido de tomar mayor conciencia activa sobre la pertenencia personal de las relaciones que producen y reproducen las prácticas descritas. Oportunidades también, en el sentido de enriquecer, ampliar y conocer nuevos caminos y brechas en la práctica profesional personal y como centro. La posibilidad que enmarca esta ampliación permite la planificación cada vez más intencionada a propiciar tratamientos terapéuticos más estratégicos y acordes a los contextos culturales, sociales e históricos de las mujeres, favoreciendo en ellas un empoderamiento de genealogías y narraciones femeninas. Enriquecimiento también, en el sentido de propiciar reflexiones en torno al propio ser mujer y ser hombre terapeuta en el binomio hetero y homosexual terapéutico y en los sistemas sexo genérico en los cuales se opera. Siempre se habla sobre la importancia del autocuidado y la persona del terapeuta, por qué no diferenciarla por género? Parece que avanzar un poco más en el entrelazamiento de la historia personal como mujer o como hombre y las decisiones, prejuicios, intervenciones, palabras que operan en el rol de terapeuta, es un paso posible. Ya decía una profesora que antes de ser terapeuta uno es persona...y yo agregaría....persona...de género.

Reflexión Personal

Este tiempo de trabajo me ha permitido reafirmar que, la oportunidad de trabajar con el dolor y las alegrías de otros, y la asistencia a sus procesos de cambio, es un privilegio, ya que posibilita la emergencia de la conciencia en tanto personas; cada consultante espeja

y refleja condiciones y procesos internos, cada mujer consultante refleja una posibilidad individual y colectiva sobre subjetividades femeninas, y pienso que la posibilidad de genealogías femeninas es un proceso interaccional entre todas mujeres, independientes de nuestros roles. En este sentido, quisiera destacar y también agradecer por la experiencia de trabajar con mujeres que han cambiado sus narrativas respecto a historias de dominación y subyugación, de otros masculinos, de otros femeninos, de ideas, prejuicios, de ellas mismas. Creo que estas historias hablan del maravilloso poder de transformación que tenemos las mujeres.....historias necesarias de compartir, y que renuevan en mí la motivación por seguir trabajando e investigando con respecto a las mismas.

Al finalizar el presente trabajo es importante mencionar que quedan aún muchas preguntas y desafíos futuros. Preguntas en torno a las brechas existentes entre lo pensado o dicho y la práctica, registrada y no, que se hubiesen resuelto en mayor medida con una sistematización de muestra mayor. También el contar con más entrevistas a diferentes terapeutas habría posibilitado mayores matices sobre el avance en la utilización de perspectiva de género; ya que si bien las entrevistas son hechas a los representantes institucionales de los programas, reflejan como se ha señalado su propia historia y no necesariamente la de todo un centro en cuanto a categorías sexo genéricas. También relativo a este punto, el considerar que el lenguaje configura realidades; por lo que las preguntas realizadas en eventuales entrevistas futuras debieran revisarse y ampliarse.

Con respecto a los desafíos pienso que la perspectiva centrada en el terapeuta (en cuanto a la intervención y reflexión sobre la misma), es necesaria cruzarla con la perspectiva centrada en el/la consultante, conociendo en el caso de mujeres sobre su construcción personal de identidad/es femenina/s, describiendo desde ellas las consecuencias subjetivas y sociales a partir de la internalización o no de categorías operantes en el sistema sexo género actual. Queda pendiente, por lo tanto, un estudio sobre y desde ellas como sujetos narradores, en el ámbito de la salud mental; así como también queda pendiente la incorporación de la variable de etnia, así como la de clase, a este estudio, ya que como se señaló en los antecedentes de la comuna, una alta población de las mujeres atendidas pertenecen a la etnia mapuche.

Por último, quisiera destacar que observo el trabajo de un centro en que se avanza gradualmente en ideologías e implementación de intervenciones con perspectiva de género. Sin duda queda mucho camino y muchas brechas por trabajar y acortar, pero pienso que la conciencia sobre la necesidad de una perspectiva de género en mis compañeros y en mí (a través del presente trabajo), constituye también un paso más en este camino de libertad relacional y narrativa para las/los consultantes y las/los terapeutas. ¿Por qué? Porque pienso y creo firmemente que el cambio en la mirada y práctica de la relación terapéutica, con mujeres en este caso, posibilita cambios discursivos. Estos cambios podrán iniciarse a nivel subjetivo, individual, para más adelante poder ser colectivos y de centro como institución. Más adelante podrían gestarse y consolidarse éstos en cambios en políticas locales, que siguiendo un ascenso vertical pueden llegar a configurar cambios en las políticas públicas. Este cambio discursivo se hace necesario en la medida que involucra cambios en el concepto de

enfermedad mental, cambios en la relación terapéutica, cambios en los estereotipos de género, cambios en las reflexiones como terapeutas pertenecientes como personas al orden sexo genérico, y cambios en la dinámica del poder.....cambios que finalmente se traducen en una nueva mirada hacia las mujeres y desde las mujeres, cambios en las representaciones sociales simbólicas.....cambios en las narrativas sobre nuestra historia social y personal, convirtiéndonos tal como señala Foucault en "iniciadoras de prácticas discursivas"

"La luna brillaba y también la pequeña estrella que la escolta fielmente, y una gran paz descendió en mí. Reencontraba las viejas palabras en mi garganta, Tal como habían sido escritas. Me unían a los siglos pasados, Cuando los astros brillaban, exactamente como hoy. Y ese renacimiento y esa permanencia me daban una impresión de eternidad." Fragmento "La Mujer Rota" Simone de Beauvois

Metodología aplicada a la investigación

1. Técnica a utilizar en la investigación

Los resultados obtenidos en la presente investigación fueron recogidos a través de dos técnicas: la sistematización de documentos y, la técnica de la entrevista.

La sistematización de documentos incluyó por un lado la revisión de los programas de intervención terapéutica en salud mental antes descritos y, por otro la revisión de fichas clínicas pertenecientes a esos programas. Esta técnica pretendió organizar y conocer la experiencia clínica del COSAM de Pudahuel, a través de los registros escritos que existen en este centro.

La entrevista, de carácter semi estructurado (donde existen temas definidos previamente), se realizó a los encargados de los programas explicitados. El motivo para incluir entrevistas fue básicamente triangular la información de los registros escritos, y conocer las eventuales brechas entre lo que se piensa y/o habla y lo que se registra o escribe.

2. Atributos Muestrales

La muestra la constituyen documentos y entrevistas, relativas a programas de intervención en salud mental, realizados en el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de Pudahuel.

Historia COSAM de Pudahuel

El COSAM inicia su funcionamiento como Centro de Atención Psicológica (CAP Pudahuel) el año 1992 como una iniciativa de la FECH (Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile) y la Junta de Vecinos de Santa Corina Poniente, siendo sus principales objetivos el brindar atención psicológica a la población demandante de la comuna y el ser un centro de formación y práctica para los estudiantes de psicología de la Universidad de Chile. El año 1993 recibe por primera vez subvención para su funcionamiento por parte de la I. Municipalidad de Pudahuel. En el año 1994 comienza a recibir también financiamiento por parte del MINSAL insertándose en la red de salud mental del área occidente, convirtiéndose en un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar COSAM Pudahuel, lo que permite aumentar las horas profesionales existentes junto con ampliar y diversificar el equipo. En los años siguientes se amplía la subvención municipal, el aporte del MINSAL, de la JUNAEB (Junta Nacional de auxilio escolar y becas) y se incorporan otros financiamientos como CONACE (Comisión nacional del control de estupefacientes), lo que permite consolidar un equipo multidisciplinario, que realiza acciones de promoción, prevención y recuperación de salud mental en problemas y trastornos como depresión, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas, problemas conductuales, de aprendizaje y lenguaje. Durante este periodo y hasta la actualidad, junto con la labor clínica, se han desarrollado en este centro actividades docentes y de investigación a través de la realización de prácticas profesionales de la carrera de Psicología de distintas universidades; pasos prácticos de diversas carreras relacionadas con la salud y la salud mental, y la asesoría docente de Tesis de Psicología. En síntesis, el equipo profesional y técnico del COSAM de Pudahuel (que asciende actualmente a 40 personas) lleva 14 años trabajando en la comuna de Pudahuel, desarrollando acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción, investigación y docencia en el ámbito de la salud mental, constituyéndose en el articulador de la red de salud mental comunal y en el principal dispositivo de ésta a nivel comunal y local.

Programas de intervención en COSAM de Pudahuel

La atención de usuarios en este centro incluye personas adultas, adolescentes y niños, hombres y mujeres. Dada la población atendida, interna y clínicamente el COSAM se divide en dos áreas de atención: la infantil y la de adultos. Para los efectos del presente estudio se caracterizará sólo el área de atención en adultos, la cual se encuentra conformada por cuatro programas de atención, cada uno de ellos con un profesional encargado y equipo responsable. Los programas son:

Programa de **Violencia Intrafamiliar** , cuyas intervenciones tienen que ver con mujeres, hombres y niños inmersos en situaciones de violencia. Este programa se divide según género y edad en cuatro subgrupos: programa con mujeres, programa con hombres, programa con niños testigos de violencia, y programa de intervención familiar.

Programa de **Trastornos Psiquiátricos Mayores** . Este programa interviene en

hombres y mujeres que padezcan esquizofrenia, trastornos bipolares y trastornos de personalidad, compensados. El equipo es multidisciplinario, contando con psiquiatra, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico, asistente social y psicóloga. Cabe señalar que la esquizofrenia es GES desde el año 2005.

Programa de **Adicciones** (GES). Este programa interviene en las problemáticas asociadas al consumo de drogas (marihuana, pasta base y otros) y alcohol, en hombres, mujeres y adolescentes. También cuenta con un equipo multidisciplinario amplio: psicólogos, terapeuta ocupacional, médico de medicina general, técnicos en rehabilitación, asistente social y enfermera. Adicciones es un problema GES desde el año 2007.

Por último, se encuentra el programa de **Trastornos Emocionales**, que incluye problemáticas relacionadas con trastornos ansiosos, adaptativos, trastornos de personalidad y dificultades en las relaciones familiares (no tipificadas para VIF) en mujeres y hombres. Cabe señalar que este programa no interviene en casos de depresión (GES, 2006), trastorno que es visto por la red de salud en otros dispositivos.

Características de los Documentos a analizar

El análisis de datos, que incluye la sistematización de documentos y entrevistas, se realizó en torno a tres de los programas señalados, que operan en el centro. Con respecto al último programa señalado, *Trastornos Emocionales*, la razón para no incluirlo en el análisis es que la coordinadora del mismo es quien suscribe. A continuación, un cuadro que resume los tipos de documentos y las áreas en salud mental a las cuales están referidos.

Programas COSAM / Áreas temáticas	Programa COSAM	Sistematización Fichas Clínicas	Entrevista a Encargado/a Programa
Programa Violencia Intrafamiliar (VIF)	Año 2007	10 fichas	Asistente Social (Sexo femenino) 36 años
Programa Trastornos Psiquiátricos Mayores (TPM)	Año 2007	09 fichas	Enfermera (Sexo femenino) 59 años
Programa Adicciones	Año 2007	09 fichas	Psicólogo (Sexo Masculino) 38 años

3. Modalidad de Análisis de Resultados

La estrategia utilizada en el análisis de los textos, tanto de los documentos programáticos

y fichas, como de las entrevistas, fue el análisis de contenido. Este análisis se realizó en distintas etapas que apuntaron a:

- Describir elementos relativos al poder, contexto social y género en los **programas** formulados para intervenir en trastornos asociados a la salud mental en mujeres.
- Describir elementos relativos al poder, contexto social y género en los **contenidos de las fichas** asignadas dentro de estos programas de atención.
- Describir elementos relativos al poder, contexto social y género en los **relatos enunciados en las entrevistas** a los encargados de estos programas de intervención.

Las etapas se detallan a continuación:

En primer lugar, se realizó una lectura general de todos los textos, clasificándolos de acuerdo a los ejes o categorías señaladas en la guía inicial de análisis.

Posteriormente, para cada categoría se establecieron dimensiones a través de las cuales pudiera ser posible observar la misma. Estas dimensiones fueron diferenciadas por tipo de texto (documentos escritos y entrevistas).

En cada categoría se determinó la frecuencia de aparición o las ausencias significativas de los temas, ejemplificando cada tema con viñetas del documento.

Finalmente se elaboró una síntesis del análisis de cada categoría y una síntesis global.

Guía para las Entrevistas realizadas a encargados de programa en COSAM

Antecedentes sobre el programa coordinado:

- Fecha inicio

- Población por género

1. Perspectiva:

- Conciencia binomio dominación subordinación:

- ¿Cree Ud. que existen diferencias en el trabajo terapéutico mujer terapeuta- mujer, hombre terapeuta-mujer? ¿Cuáles? ¿Cómo influirían en el trabajo terapéutico?

- Uso del lenguaje:

- ¿Cómo se refiere, en terapia, a personas de su mismo sexo?

2. Antecedentes:

- ¿Qué antecedentes biográficos es necesario conocer, en su programa, para planificar la intervención terapéutica con mujeres?

- Detalles temáticos en cada antecedente.

3. Técnicas de Intervención:

- Contexto Social:

- ¿Cuáles son en su opinión los factores que configuran las problemáticas que su programa acoge?

- ¿Qué objetivos (individuales, familiares, sociales) persiguen los planes de intervención en su programa?

- ¿Cómo se trabaja individual / grupalmente en el mismo?

4. Introspección:

- Resonancias en la experiencia y trabajo en su programa, en el trabajo con mujeres

Transcripción de Entrevistas

Entrevista a encargada programa Violencia Intrafamiliar.

Encargada: J, Asistente Social.

E: Entonces esto es una entrevista sobre algunos temas relacionados con el programa que tú coordinas....ok?

J: Ok.

E: Empecemos entonces por tu edad....

J: 36.

E: ¿Desde qué año estás trabajando en el centro?

J: Desde el 99.

E: Son 8 años...bastante tiempo.....

J: mmm....sí.

E: ¿Cuál es el nombre del programa que coordinas?

J: Programa de Intervención en Violencia Intrafamiliar....

E: Y ¿hace cuánto tiempo estás encargada de ese programa?

J: Desde hace cuatro años más o menos.

E: Ya... y ¿hace cuánto tiempo esta el programa instalado acá en el COSAM?

J: Como del 2000....cuando yo empecé, empezó como a formalizarse...porque antes de esa fecha habían intervenciones aisladas... así no muy protocolizadas. A partir del año en que yo empecé, hicimos el programa...hicimos un flujo de intervención.... en hombres en Chile cómo se podía trabajar...y a lo largo de los años se fue como formalizando..eh... de mejor manera....hasta que llegamos.....no sé... a... sabemos lo que hacemos con una mujer víctima y sabemos lo que tenemos qué hacer con...un hombre agresor.

E: Mmm.... Con esto que me cuentas de la historia...¿consideras que ha habido grandes cambios en el programa?

J: Sí...

E: ¿Cómo lo ves tú?

J: Sí...porque antes se atendía en forma individual...los tiempos de espera eran muy, muy amplios...porque una terapia para una señora implicaba por lo menos cuatro...cinco meses, entonces eso generaba una lista de espera que tenían poco flujo...se movían poco, porque tampoco hay tanto psicólogo para atender tanta demanda...pero si bien es cierto hace unos años atrás no era tanta la demanda, pero a medida que se fue incrementando....eh.... fue necesario...eh....digamos formalizar esta atención...porque era irrisorio que una mujer llegara en Marzo y tenía hora, no sé, en Julio....Agosto..era mucho....entonces por eso ha sido bueno que...exista este programa...porque permite una mayor movilidad, se agiliza la atención, a grandes rasgos, digamos....igual tenemos todavía algunos defectos...pero ha sido muy bueno que exista el programa porque permite digamos abordar la demanda que existe...que en promedio son unos 200 casos por año...más o menos... baja a veces un poco más, a veces sube...pero va por ahí.....sin contar los niños, estamos hablando de hombres y mujeres no más...entonces igual no es de más.

E: ¿Cuál es el perfil de las personas que ustedes atienden en el programa?

J: En mujeres son básicamente mujeres adultas, que fluctúan entre los 18 hasta los 60 años, inclusive más...eh...la mayoría vienen derivadas de los tribunales de justicia, fiscalía o...tribunales de familia...eh....en mayor medida llegan derivadas de los centros de atención primaria y también en menor grado los casos espontáneos o que vienen por referencia, pero nuestro grueso son mujeres derivadas de los tribunales....además también hay mujeres derivadas internamente...que digamos llegan a este programa. Ese es el perfil de la mujer.....del hombre....es en su mayoría, casi el 90%, solamente derivado desde tribunales...de familia o juzgado de garantía....fluctúan entre los 18 hasta 60 años....y....la particularidad es que la mayoría de estos hombres no reconoce la violencia...entonces el trabajo con ellos es un poco más complicado en el tema que no existe un motivo de consulta, no es como la víctima que viene mandada para reparar... un poco es más fácil ahí construir el motivo....pero en el hombre no, viene a cumplir y esa es como la gran distinción con la mujer. Ese es el perfil de los hombres.

E: Mmm.....¿crees que existen diferencias en el trabajo terapeuta mujer – mujer paciente, y en terapeuta hombre – mujer paciente?

J: Si existen diferencias.....mmm.....quizás en el hombre se puede notar más, en el hombre terapeuta que trabaja con hombres agresores....

E: Y primero en el caso de las mujeres...¿consideras que existen diferencias entre un hombre que atiende una mujer y una mujer que la atiende?

J: Mmm.....no sé...no podría decirlo así tan...a ciencia cierta...pero por la experiencia que yo tengo con F (psicólogo hombre que trabajó en el centro) que atendía a mujeres víctimas, que les hacía terapia individual y eso....no había ninguna queja, digamos...ninguna señora me dijo “me siento incómoda con él”....o “no me mande con un hombre”...o F nunca me dijo “sabes qué, no puedo trabajar con ellas porque son mujeres”...pero es un hombre, o sea una vez no más....no podría decirte “no, no existen diferencias”....capaz que sí en otros centros, con otros terapeutas...pero en la experiencia de F...no hubo problemas...a lo mejor también es por su forma de ser...que era bien acogedor, en fin...pero no te podría decir si hay una diferencia radical, o que es mejor que una mujer atiende a una mujer en relación a un hombre terapeuta en relación que atiende a una víctima, digamos mujer...no podría ser categórica en decir “no, sólo tiene que ser mujer”...mm?

E: Ya...y ¿en relación a los hombres?...pacientes hombres.

J: Es mejor el hombre....un terapeuta hombre...porque en su mayoría son bien machistas...entonces....figúrate que en las entrevistas de ingreso hay algunos que dicen “qué me va a entender usted, si usted también es mujer”...entonces ya después que les empiece a hacer un taller una terapeuta que es mujer, puede que no sea muy tomada en cuenta....no lo sé...te fijas....pero siempre acá por la experiencia ha sido mejor que sea un hombre....ahora por un tema súper circunstancial la D (psicóloga) con la M (psicóloga) están haciendo los grupos de los hombres, pero....no es la norma del programa...de hecho I (psicólogo y director del centro) quiere tomarlos el próximo año...porque ellos mismos se sienten hasta un poco más cómodos...por así decirlo...pero teniendo a la mujer al frente y... como en su mayoría son bien rígidos, minimizan el abuso...y ven a la mujer como...no sé...como histérica...y que no tiene sentido la demanda...que venga otra mujer...no sé si les haga tanto sentido...no les genera tanta empatía.

E: O sea...dentro del programa, tú consideras que existen normativas para trabajar con hombres....hay más normativas...o sea que sea hombre ojala, que con mujeres....

J: Sí...

E: ...con mujeres pueden trabajar indistintamente hombres y mujeres.....

J: ...independientemente, sí... porque de hecho el grupo psicoeducativo ponte tú..con alumnos en práctica hombres...y yo no he visto ninguna cosa como de rechazo de las mismas señoras.....se mantiene la adherencia al grupo...claro, son grupos cortos...cuatro sesiones, cinco sesiones..más no...pero no influye en ninguna cosa....no...ellas se dirigen a él, o se dirigen a mí....ningún problema....pero yo quizás en el hombre veo como más dificultad....por lo que te decía antes...esa cosa como que la mujer es un poco inferior...”qué me va a venir a decir una mujer que es mejor o no”...por

eso.

E: Y en el caso de las mujeres en grupo...abren los temas...igual...

J: Súper bien..súper bien..incluso yo tengo una sesión...es la primera sesión que hablamos del tipo de violencia y hablamos de la violencia sexual, que a mí igual de repente como que me incomodaba cuando estaba M (estudiante en práctica)...y en otras generaciones..no me acuerdo de los hombres...y no, ningún problema..o sea no...es que también a lo mejor depende del vínculo que se vaya generando con al señora...pero no hay un cosa a sí como que ellas se cohíban al hablar de sus temas sexuales...que tampoco hablamos una sesión entera, sino que ponte tú hablamos....de que porque uno esta casada tiene que aceptar tener relaciones con él...o aceptar que él le imponga ver pornografía, qué se yo...etc...y no.... nunca vi que una señora ni siquiera se pusiera como rojita....tampoco no las obligamos a hablar, te fijas...pero...no era una cosa que incomodara.

E: Ya....mmm....tú trabajas en grupo y también individualmente...

J: Sí...

E: Con respecto al lenguaje....cuando tú...cómo te refieres, en terapia, a personas de tu mismo sexo...cómo lo hablas...

J: ¿Cómo..a mujeres?

E: Claro...

J: O sea cómo lo hablo...como mujer...o sea a ver...generalmente ocupo el tema de víctima, mujeres víctima de violencia...como que les aclaro que yo no tengo nada en contra de los hombres...pero que lamentablemente la estadística apunta a que...bueno nosotros hemos recibido sólo a mujeres víctima...o sea les hablo siempre de la mujer víctima...o "si usted es víctima no es porque sea tonta, o porque sea mujer"..sino que digamos está inserta en el círculo de violencia... no sé si te respondo la pregunta...

E: Sí...y...por ejemplo cuando tú quieres decir... no sé.. por ejemplo "las mujeres en Chile....son...X.¿es "son" o "somos"?

J: No, yo me incluyo....

E: Ya...

J: Yo me incluyo..... yo me incluyo, incluso...no sé si sea bueno...de repente les digo "las mujeres a veces somos un poco más sensibles....y por eso tendemos a ser más víctimas"...me incluyo....no sé...quizás está malo...pero es no sé como para empatizar con las señoras.

E: Absolutamente.....¿qué antecedentes biográficos es necesario conocer en el programa para planificar la intervención terapéutica con mujeres?

J: Eh...la historia de la primera infancia...de la familia nuclear....

E: Con respecto a ¿qué temas específicamente?

J: ¿Con respecto a núcleo?...me refiero a sus padres, si hubo o no hubo violencia entre sus padres...o si ella fue víctima o no de maltrato....eh...básicamente para tener antecedentes en términos de cómo ella visualiza la violencia...porque de repente eso te

ayuda a explicárselo...no necesariamente, pero es un dato...eso en términos biográficos...eh...si ha tenido otras parejas...cuánto tiempo lleva con esta relación actual, cuáles han sido los hitos como trascendentes en esta relación... para que ella visualice violencia...cuántos hijos tiene....eso más o menos.

E: Y ¿en el caso de los hombres?

J: Eh...en el caso de los hombres...eh...es más escueta la entrevista que yo les hago...no reviso tantos datos, porque un poco eso se lo paso al terapeuta que va a quedar a cargo, eh...pero en general lo que se hace en la primera entrevista es recabar información antecedentes en términos de la relación actual...cómo él visualiza la relación actual...si ameritó o no ameritó la demanda...qué opinión tiene con respecto eso...cuánto tiempo lleva casado...cuántos hijos tiene...por qué se produjo la demanda...un poco para configurar yo...eh...qué motivación tiene él para venir...como eso...pero en la segunda entrevista que tiene la psicóloga con él un poco...van recabando más antecedentes.....

E: ¿Cuáles son en tu opinión los factores que configuran las problemáticas de violencia?

J: Que configuran las problemáticas de violencia....

E: Qué factores crees tú que son.... como los ingredientes de los problemas que se ven en el programa.

J: Yo creo que mujeres con muy baja autoestima....con...eh...tal vez con historias familiares donde se consintió la violencia...como que era normal...ser violento..y eh....creo que es fundamental el tema de la autoestima...porque no generan la capacidad como para decir "no, por qué tengo que tolerar esto"..sino como distinto..."bueno a lo mejor esto es lo que me tocó, tengo que vivirlo así"...y todo lo que eso va implicando, mujeres con sintomatología depresiva....con pocas esperanzas en el futuro...eh...y que a la larga mientras más tiempo pasa en una relación de violencia, más daño van a tener estas mujeres...como para poder romper el ciclo...mientras más luego se rompe, mejor que más... más tarde...pero nunca es tarde.

E: O sea historias de ellas consigo mismas y su historia de vida...

J: Sí...pocas redes sociales también....hay muchas mujeres que vienen del campo, o que han tenido una relación de pareja, que ha sido el marido.....o la pareja..y no tienen como mucha experiencia...entonces sienten que hay ciertas cosas que pasan y que no le gustan, pero....como...como que tienen que ser así...entonces no tienen muchas redes en términos de poder comparar...de poder decir "no, esto no está bien, no tengo por qué tolerarlo"...y quizás con el tiempo lo va elaborando distinto...y ahí es cuando se atreven a buscar ayuda...o cuando ven que sus hijos están siendo afectados...pero como eso...falta de redes, baja autoestima, familia donde hubo violencia....creo que son elementos...que siempre están, uno de los tres o los tres.....

E: Mmm....¿y los hombres?

J: Machistas....súper machistas...la generalidad son hombres muy rígidos, vienen con una estructura de pensamiento donde el hombre es superior, donde la mujer es la que tiene que estar en la casa, haciendo las labores de la casa...y ellos no se conciben

como ayudando...o conciliando temas, “la mujer no tiene que trabajar”...la mayoría piensa así...o...son personas que tienden a no transar mucho...porque “el hombre es el que sabe más”...y si la mujer trabaja, en lo que sea...siempre va a ser que no genera tanto esfuerzo como lo que tiene que hacer él, aunque objetivamente sea hartó más el esfuerzo de la mujer, pero para él siempre va a ser menor...en general son hombres súper machistas y rígidos de pensamiento...

E: ¿Qué objetivos individuales, familiares, sociales, en general, persiguen los planes de intervención en el programa?

J: Básicamente tratar en primera instancia que cese la violencia, en primera instancia...pero eso es algo de repente un poco utópico, porque no necesariamente porque la mujer venga acá va a parar...no va a haber nunca más violencia...yo creo que a lo más nosotros conseguimos disminuirla...y en lo mejor pararla...pero así como que la cesemos en todos los casos es súper variable...y...otro objetivo que perseguimos es lograr empoderar a la víctima, sobre todo a la mujer...porque una mujer que está empoderada, con una mejor autoestima...va a estar en condiciones de parar...ella el ciclo de la violencia...porque claro yo la puedo aconsejar que haga esto y esto otro, pero si ella no está bien, no va a hacer nada...entonces por eso se hacen tratamiento como a largo plazo, no hay tratamientos cortos...está unas sesiones conmigo, después está...o sea un mes conmigo, tres meses con la psicóloga, o sea cuatro meses...después se hacen a lo mejor algunas sesiones de control o de visita...entonces no es menor el tiempo que viene acá la mujer...pero...incluso creo que a veces debería ser más...pero básicamente porque ala mujer víctima le cuesta moverse de la relación de violencia...entonces lo que se persigue como te digo yo, es poder empoderarla para que ella pueda salir de este ciclo y lo pueda ella misma intervenir....

E: Y...¿en el caso de los hombres?

J: Cesar la violencia o disminuirla...no pretendemos mucho más...porque la intervención de tres meses, o doce sesiones.. que por ejemplo ahora con la M y la D van a ser alrededor de diez, y un poquito menos...no podemos modificar la conducta de un hombre... o sea sería muy ostentoso decirte “los modificamos...modificaron su condición de agresor”...mentira...cambiar un agresor implica intervenciones de más largo plazo...entonces nosotros no tenemos todavía la capacidad técnica para hacerlo o... no lo hemos pensado... como tal vez “ya, si están doce sesiones con nosotros...”...después hacerles un seguimiento...en un mes más...te fijas...eso, yo creo que hay que darle una vuelta, no está tan determinado...pero con lo que tenemos ahora, nos basta con que disminuya por lo menos... o que ellos sepan las consecuencias legales que pueden traer sus actos....pero de ahí a que modifiquen internamente eso...no sé si lo estemos logrando.

E: El objetivo en grupos con mujeres...el objetivo sería...

J: Lograr que la mujer...eh...en una primera instancia tenga los elementos básicos para tomar buenas decisiones..pero para eso se hace...eh...a ver.. se entrega información...se posiciona a la mujer social y legalmente frente al tema de la violencia...eso es lo básico que hacemos en la primera parte...porque de repente no sacamos nada con intervenir con ella si no sabe de repente defenderse...dónde

demandar...dónde es mejor, ir a carabineros o al tribunal...o “me voy directo a la fiscalía”...entonces si ella sabe todo eso, ya sabe cómo moverse...y ahí ella misma va sola poder parar todo esto...porque si no sabe va a seguir la violencia...y lo otro..en la intervención grupal..es como explicarles los conceptos básicos de violencia...porque la mayoría..mmm....como que tiende a tener ciertos mitos con respecto a que...por ejemplo “no, él no me pega..no es violento”...pero sí la insulta, la obliga a tener relaciones...es un poco clarificar conceptos básicos de violencia...eso es lo que se pretende un poco en grupo por lo menos...me perdí un poco en la pregunta...

E: No...está bien..eso sería en grupo....

J: Eso conmigo por lo menos...y después con la psicóloga potenciar su autoestima, empoderarla, entregarle elementos para que ella..mm...refuerce las acciones que está tomando..o cómo poder ella ser más fuerte..cómo poder asegurarse...es un trabajo más personal...

E: Ya...y la última pregunta...en el trabajo que has realizado todo este tiempo con mujeres, en el programa...y con hombres....¿te ha afectado alguna vez personalmente...los relatos o el trabajo mismo, con ellas...con ellos?

J: Yo creo que sí...porque es como difícil no...ser tan...neutral..no sé si neutral...que no te llegue nada....sí hay relatos que me....

E: ¿En qué te han afectado?

J: Ehhh....en que me preocupa qué le va a pasar a esa señora en su casa hoy día... está tan dañada que es no es capaz de moverse....entonces yo legalmente sí quizás estoy obligada a demandar y todo...pero qué saco con demandar si ella no se va a mover y va a quedar nula la demanda..entonces igual es un programa de...un cierto riesgo....por eso de repente me cuesta.... “chuta, qué le va a pasar a esta señora, irá a venir o no irá a venir..ojala que demande”..eso..me preocupa..

E: Ya...como en tu parte terapeuta...

J: Claro...a pesar que yo no soy psicóloga...y yo respeto mucho...

E: Pero todos somos terapeutas...

J: Sí..pero igual trato de separar...para no herir susceptibilidades..pero sí..en cierto modo...uno hace un trabajo de cambio, de motivar a la señora, no ser tan directiva...pero busca las maneras para intencionar ciertas cosas...entonces eso..

E: Mmm....como una preocupación..

J: Sí...

E: Eso en tu rol de profesional...y ¿en tu rol de persona, en tu posición de persona...te han afectado algunos relatos?...en términos de cuestionarte algunas cosas...te ha afectado cognitiva...afectivamente...

J: Ehhh....yo creo que sí...sí, porque no es que uno tienda a ser más feminista, no...pero..es como...cuando converso con cualquier persona, con cualquier mujer..y de repente, no sé, conversaciones cotidianas como “qué haces tú” – “Yo soy dueña de casa no más”...cómo “no más”...yo..una gran ocupación...es que no...como algunas personas

piensan que si no trabaja no hace nada ...y voy siempre como con la bandera puesta (risas)...”Por favor”, le digo yo, “el trabajo de dueña de casa es tan valorable como alguien que trabaja fuera de la casa”...y de repente no sé...con amigos...o con familia...noto relaciones de violencia (risas)...y analizo un poco eso...y eso...pero mayormente no sé...si tu pregunta va dirigida a eso...como que me afecte en términos que me de mucha pena y que no pueda hacer mi vida normal...no..pero sí como que no me puedo a veces desconectar de los casos....estoy en mi casa como pensando..cómo puedo hablarle mejor a una persona.. o cómo puedo moverla mejor....como eso...no sé si respondo a tu pregunta...

E: Sí...sí...no necesariamente que te afecte en forma negativa...sino como que el trabajo con mujeres te ha ido cambiando como persona también....

J: Sí...sí.

E: Que es un poco lo que me dices...

J: Sí...porque en el fondo...igual uno es persona...y a veces pasan cosas...similares a ellas....entonces a veces yo me escucho..cuando estoy media confundida.. “a ver...qué me diría yo”..o ...yo me escucho...pero me cuesta..por eso a veces de repente me pongo en el lugar de las personas...y creo que es súper fácil criticar...es súper fácil... “ay, esta mujer es tonta, qué se yo”...pero hay que estar en el lugar de la mujer que está pasando por esto, para darse cuenta que no es tan fácil llegar y tomar decisiones....entonces he llegado a ser...quizás demasiado, como que soy súper empática, y me carga la gente que critica..... “ah..a esta tipa le gusta sufrir”...qué se yo...yo siento que...es fácil criticar, pero es bueno conocer más y saber lo que es llevar una relación de violencia como para llegar y juzgar....porque estar en una relación de violencia no es menor, no es una mujer....no está loca, pero...no es una mujer que está como...cualquier otra...mmm...que está como con buena autoestima, que sabe defenderse, o no tolerar ciertas cosas...yo creo que en ese sentido sí me ha afectado...en términos de entender más a las mujeres..que están pasando por ciertos problemas, en fin..o que si estoy en una conversación, me asalta... “ah, esta señora es víctima de violencia”, no sé...trato de hablarle, una cosa así.....no ando haciendo trabajo por todos lados, pero siendo más empático...si alguien critica como “oye, no es llegar y criticar...”...eso..o “porque voy al psicólogo estoy loca”..no, no es así (risas)...eso..no sé si respondí.....ojala que te ayude.

E: Me ayudaste mucho....muchas gracias por el tiempo y tu relato...gracias.

Entrevista encargada programa trastornos Psiquiátricos Mayores.

Encargada: P (Enfermera Universitaria)

E: Ya P...entonces la idea es preguntarte acerca de algunos temas en la coordinación de este programa de Trastornos Psiquiátricos Mayores....empecemos con tu edad...

P: 59.

E: Mmm.....¿desde qué año trabajas en el COSAM?

P: A ver...déjame sacar las cuentas.....es que tengo una confusión con el....Comge (antiguo programa de psiquiatría ambulatoria que funcionaba en al comuna)....pero este cuaderno lo tengo desde que llegué....desde el 2005....mayo del 2005.

E: Y ¿desde qué año estás a cargo del programa?

P: Desde esa misma fecha, el 2005.

E: Ya...en.. ¿qué año comienza el programa?

P: En esa misma fecha también...se integra aquí al COSAM...

E: Ya...y dentro del transcurso de estos años, de estos dos años....¿qué cambios has visto tú en el programa?...¿cómo ha sido un poco la historia de este programa?

P: En qué aspectos...

E: Cualquier aspecto...¿ha habido cambios...modificaciones?

P: Sí, naturalmente...porque cuando empieza el programa, comenzamos con los mismos pacientes...iniciamos el programa con los mismos pacientes que ya existían aquí en el comge..y el hecho de habernos incorporado al COSAM de Pudahuel significa que aquí contamos también con los recursos del COSAM que antes no los teníamos...desde una secretaria por ejemplo...hasta psicóloga y asistente social...que no existían en el programa.

E: Mmm...el perfil de las personas que se ven en el programa...es..

P: El perfil....mayores de 18, con un trastorno psiquiátrico grave..mayor..o sea esquizofrenia, bipolaridad y trastorno de personalidad....también.... trastornos de personalidad, como dirías tú, "galopantes"...(risas)...y tenemos algunos RM (Retardo mental)...que se arrastran de años atrás....pero son poquitos..deben ser unos tres..no más.

E: Mmm..y en cuanto a la población por género...tú dirías que son más....¿es la misma proporción...o?

P: Sí...sí.. yo diría que es más o menos la misma proporción...si me lo hubieras dicho antes te habría dado las cifras exactas...te las puedo dar si quieres...si me esperas 5 minutos....

E: O después si quieres..mejor

P: ¿En la tarde?... te las puedo dar si quieres..te lo puedo dar exactamente.

E: Tenemos al menos... hombres y mujeres... la misma cantidad...

P: Pienso que sí...pero te los doy...si no me cuesta nada....tengo todo registrado

E: Ok....¿crees que existen diferencias en el trabajo terapéutico de una mujer terapeuta, independientemente que sea enfermera, psicóloga, asistente social...y paciente mujer...y terapeuta mujer paciente hombre....y viceversa también..terapeuta hombre, que sea doctor, enfermero...paciente mujer, paciente hombre?...¿crees que

exista una diferencia?...¿según el sexo del terapeuta?

P: ...fíjate que.... a veces hay...yo diría que no siempre...por ejemplo en el caso de las mujeres....¿ya?...en el caso de las mujeres que vienen conmigo...en determinadas ocasiones...eh...no han pedido que salga L (Técnico Paramédico)...pero aprovechan que él no está...o en fin...se las arreglan de alguna forma para hablarme...sobre todo de su vida sexual...de problemas de la menopausia....problemas de las relaciones mismas...¿ya?...dificultades más bien en ese aspecto...porque les da vergüenza...hablarlo delante de L...

E: Ya..

P: Con los hombres me pasa al revés...hay hombres que les cuesta mucho confesar que no tienen erección por ejemplo...y que hace muchos meses que no tienen relación con su pareja, y que eso los tiene angustiados...porque no sé si tú sabes...hay fármacos antipsicóticos...que les impide tener sexo..o sea no tienen erección, les baja la libido...y hay otros que...eh...no les permite eyacular...tienen relaciones sexuales, tienen orgasmos, pero no eyaculan...y eso los asusta, los angustia...porque no es lo normal, no es lo habitual....y muchas veces se inhiben de contarlo...hay que sacárselo con tirabuzón.... “sí, pero por qué no me lo había dicho antes, para hablar con el doctor, para que le cambie el fármaco, para ver cómo solucionamos....” – “ah, es que tenía vergüenza...”...mmm

E: O sea.. si te entiendo bien...habría ciertos temas, como el tema de la sexualidad...que.....

P: Que..los hombres se inhiben y las mujeres prefieren hablarlo conmigo...

E: Ya...y en términos de resultados terapéuticos...crees que haya alguna diferencia también?...además del tema...

P: Además del tema de sexualidad...no....sinceramente pienso que no...yo por lo menos no lo he notado...salvo en el tema de la sexualidad...

E: Ok....no percibes otra diferencia....

P: No....conmigo por lo menos no...

E: O que tú pienses que podría haber diferencias....

P: O que yo piense...mmm....no...no...no.

E: Mmm....cuando estás con una paciente mujer...¿cómo te refieres a personas de tu mismo sexo?...¿cómo te refieres a las mujeres?...cuando les dices...”las mujeres de Chile...presentan tales índices de.....salud mental...

P: No....no...a ver...ese tipo de conversaciones regularmente no las tengo..pero ya comprendí...y digo “nosotras”....”nosotras”...

E: Te incluyes...

P: Me incluyo....digo “nosotras”...

E: ¿Qué antecedentes biográficos es necesario conocer en este programa para planificar la intervención terapéutica?...¿cuáles son los datos esenciales que hay que tener sobre la historia de la persona.....para planificar?

P: A ver....bueno, comenzamos por el sexo, la edad...número de hijos es muy importante, y saber si está casado, separado, anulado....si convive....eso por lo menos para mí es importante...porque es la red....que tiene la persona en cuestión....y después claro, vienen todos los otros datos clínicos.

E ¿Hay diferencia de los tratamientos entre mujeres y hombres...en el programa?

P: No....no..no hay diferencias...

E: Ya...¿no hay enfoques distintos tampoco?

P: No...no hay enfoques diferentes.....hay diferencias entre los pacientes.

E: ¿Cómo serían esas diferencias?

P: Claro.....diferencia en la problemática.....que muchas veces tienen en el hogar.....pero en terapia.....como terapia....yo noto que la problemática entre las mujeres y los hombres son diferentes....

E: Mmm....y ¿cuáles serían a tu juicio los factores que intervienen en esas problemáticas?

P: Fíjate que...te va a admirar a lo mejor un poquito lo que te voy a decir...pero el sexo...

E: Mmm....

P: Yo entiendo que los hombres cuidan mejor a las mujeres, que las mujeres a los hombres.....salvo excepciones...y a eso le encuentro...no es que las mujeres seamos más malas, no....yo a eso le encuentro una explicación...una explicación social...

E: Yaa.....¿Cuál sería?

P: Para mí el hombre tiene una mujer esquizofrénica en su casa, y....le ayuda, porque lo siente su obligación....pero por otro lado él tiene un escape que la mujer no tiene...él sale a tomar con los amigos.....él va a jugar fútbol los fines de semana...él puede salir....tener una amante...ah?....no sé, puede tener muchas actividades fuera de casa, y la mujer...aunque no tenga enfermedad alguna, raramente la tiene...salvo conversar con la vecina....me estoy refiriendo a la mujer en el contexto en que estamos...Pudahuel....qué es lo que puede hacer...va a copuchar con la vecina, va a conversar con alguien que se encuentra en el almacén....y nada más.....no hay...no hay un club deportivo....no hay no sé....un bar de mala muerte para ir a tomar con amigos...por razones sociales no tiene otra pareja....entonces yo encuentro que se neurotiza más con un paciente que...en resumidas cuentas no le sirve ni sexualmente, ni económicamente.....ni con los hijos....porque lamentablemente un esquizofrénico es muchas veces...es como...es como un peso para ella....y he visto mujeres que maltratan a los pacientes...desde pegarle puntapiés...que te das cuenta ahí que les está pegando puntapiés...hasta abandonarlos...irse de vacaciones....ah?

E: O sea...si te entiendo bien....¿existiría un explicación sociocultural que incide en el cuidado de la enfermedad?

P: Sí...sí, yo lo veo así....sí, sí, sí...hay otras mujeres que no....que aguantan..y son verdaderas "mártires", digo yo....ya?...pero se ve menos...el hombres parece ser más

como ..no sé....solícito, no sé....pero se preocupa más...porque consigue sostener mejor eso que una mujer...porque una mujer...como te digo...tiene un marido que no....que no sirve...es cruel decirlo pero es así, y tiene que ver los hijos, tiene que hacer la comida, tiene que administrar el dinero...tiene que trabajar incluso, porque él no puede trabajar....entonces para ella es un cacho...y...yo esa explicación le doy....él no, él puede arrancarse, puede llegar a las dos de la mañana....(no se escucha bien)...él es como un niño....

E: Y esta distinción que haces tú ¿se aborda de alguna forma en la intervención?

P: Sí....sí.

E: ¿Cómo?

P: Eh....con psicoeducación...y muchas veces yo también me pongo media seria porque.... lo siento muy violento....

E: A ¿quién? o ¿quiénes?

P: A ella o a él....mmm...siento que es muy violento que....porque muchas veces lo maltratan...o la maltratan delante de uno... “no que este es un flojo”, que no sé “qué no sirve pa’na”....

E: Y la psicoeducación sería relativa a....

P: Sería relativa a la enfermedad y a la sintomatología negativa de la enfermedad, que no es porque sea flojo, no es porque no quiera....que...es porque está enfermo, y lamentablemente él no escogió estar enfermo, ni ella eligió esta enfermedad...pasa un poco por ahí....

E: Y estas determinantes un poco más macroculturales...¿dirías que tienen que ver un poco con los roles de género?

P: Sí....obvio...

E: Y eso ¿se aborda también?

P: No...no...no se aborda.

E: Mmm.....¿qué objetivos persiguen los planes de intervención en este programa?

P: Primero que nada estabilizar al paciente...primera cosa....estabilizar el paciente, hacer un trabajo psicoeducativo con la familia....a pesar que ya vimos que en conjunto no resulta mucho (refiriéndose a experiencias pasadas de citar grupalmente a los familiares de pacientes)pero sí ellos acuden, no sé si te has dado cuenta...pero ellos siempre acuden acompañados...y lo otro pasa por la rehabilitación....o resinserción, si es posible....porque para no todos es posible, hay pacientes que ya están demasiado deteriorados como para pensar en eso....no son todos los pacientes.

E: Mmm....¿hay distinciones en los objetivos planteados para mujeres y para hombres?

P: No.....no.

E: Mmm...

P: Aunque hay aquí una....sí, pero no pasa tanto por género....a ver, podría

ser.....porque por ejemplo hay mujeres en las que nosotros no pretendemos que se reinserten, que trabajen.....al contrario del hombre, uno siempre pide...está esperando que él cumpla con alguna labor y aporte a la casa ni que sea como...no sé...como jardinero, suponte tú...ya?...en cambio hay mujeres en que nosotros lo único que pretendemos es que funciones en su rol de mujer...en su vida hogareña, en el cuidado de los hijos, en que pueda hacer..no sé...un plato de comida...y con eso ya estamos satisfechos....porque realmente antes de su enfermedad tampoco....eran dueñas de casa....entonces no podemos exigirle después que...que no sé poco menos que empiece o inicie estudios...en cambio con el hombre las expectativas son un poco diferentes...y tiene que ver con los roles sociales...que trabaje...aunque sea esporádicamente y en labores menores, mal pagadas, pero que trabaje.

E: Ahí estaría la diferencia....

P: Ahí estaría la diferencia, y tiene que ver con los roles sociales.

E: Mm...eh....en el programa se trabaja individual y grupalmente...

P: Sí.

E: ¿Cómo sería el trabajo individual y el grupal con las mujeres....y con hombres?...en qué se diferencian...

P: Yo diría que no hay diferencia...no.

E: Mm....o sea ¿cómo se determina si alguien va a trabajo individual o grupal?

P: Depende un poco del..... estado del paciente, de la evaluación que se haga del paciente....porque hay pacientes que...tienen conciencia de enfermedad, que adhieren a su tratamiento...y están bien, están estables...y hay otros pacientes que....en los cuales tú no puedes confiar, que se va a tomar sus fármacos, que comprendieron las indicaciones.....están absolutamente.....entonces necesitamos ahí sí hacer un trabajo yo no diría grupal...familiar.

E: Familiar....

P: Sí...

E: Tanto con mujeres como con hombres...o...con uno...

P: Sí....sí, ahí no hay diferencias...pasa exclusivamente por el estado del paciente, sea mujer...sea hombre...no hay diferencias.

E: En este programa son súper importante las redes familiares, las redes sociales...cierto?

P: Mmm...

E: Tú notas que las familias...¿hacen diferencias con pacientes hombres que con pacientes mujeres?

P: Déjame pensar...son cosas que nunca me había preguntado....yo creo que no, fíjate que el nivel de exigencia es el mismo....yo pienso que no....o los comprenden y los ayudan o....no les comprenden y ya los van a tratar mal, sean hombres o sean mujeres.....la mujer porque no cumple con su rol de mujer por último...ayudar en las labores domésticas, no es capaz de ir a la feria a comprar....etc....etc...y el hombre

porque no trabaja.

E: Mmm...y la última pregunta...sientes tú que en el trabajo con estos pacientes, con estas personas te ha afectado de manera...eh...personal...en término de ideas...o concepciones del mundo....?

P: Sí....

E: ¿En qué sentido?

P: No sé...no te lo podría explicar...pero muda...muda...es que es difícil de explicar...es difícil de explicar.....yo...yo no sabría decir si me ha mudado...yo diría que...que no es mudar...que me ha reafirmado algunas cosas...ya?...yo diría que no es mudado...

E: Y ¿qué cosas te ha reafirmado?...

P: No sé...cosas que tienen que ver...no sé si tanto con la pers...sí, también con una cuestión personal, pero tiene que ver más con una cuestión...tipo social...tipos social...el hecho que estos pacientes estén tan estigmatizados....

E: Como ¿más conciencia de eso?...

P: Más conciencia...absoluta...más conciencia..el hecho que...pasa un poquito más por la estigmatización del paciente...lo que trae como consecuencia toda una...una cuestión conceptual, ideológica de lo que es la sociedad chilena y la sociedad en general...ya?...sí, en ese aspecto sí.

E: Y ¿hablas de los pacientes en general?...o ¿también te ha pasado algo particular con pacientes mujeres y con pacientes hombres?

P: Mmm.....tal vez me sienta más compasiva con las mujeres....

E: Yaa...y eso ¿cómo es?...en qué sentido....

P: En el sentido que las veo con menos.....tiene que ver con lo que te decía anteriormente...con menos posibilidad...de poder...con menos red social...aunque la red social sea...digamos una buena mierda...como los hombres, con prostitutas, los otros que toman...pero las veo más aisladas, más....con menos soporte...con menos soporte...incluso de la propia familia muchas veces....siempre hay siempre existe el temor....siempre existe....no sé poh la otra vez alguien me decía.... la hermana de una paciente decía que no la podía tener con ella porque empezaba a pasarse rollos con el marido.....claro, y uno se pregunta ¿será que se pasa rollos con el marido?...o es el marido...la mirará...porque la ve indefensa....y la mirará con otros ojos...te das cuenta?...entonces.... no sé...con el hombre pasa eso....con el hombre no pasan esas cosas....además que son personas aplanadas...entonces me es difícil a mí creer que..la señora poco menos...no sé, que coqueteé...no sé...es absurdo....es absurdo....ahora no sé, podría ser que.... la señora no sé a veces se quedara media psicótica y creerá que el caballero la mira..mira no sé.....en todo caso son aquellas cosas que no...que no me convencen...y ella me decía...tú la conoces a la señora.... "sí, la queremos poner en un hogar, porque no la puedo tener conmigo...me trae problemas con mi marido"....

E: Mmm....en ese sentido tú empalizas....

P: Sí fíjate...yo empatico...tengo más...tengo sentimientos mas compasivos con ellas..y las veo con menos armas...un hombre igual se las arregla, no sé...aunque sea esquizofrénico....sale a pedir....por último sale a estirar la mano....o a robar, no sé...y una mujer no.

E: Mmm....bueno P....te agradezco mucho tu tiempo y relato...muchas gracias....

P: Ok....

Entrevista a encargado de Programa de Adicciones

Encargado: I (Psicólogo y actual Director de COSAM)

E: Bien I.....vamos a dar inicio a esta entrevista preguntándote tu edad...

I: 38.

E: 38....eh...¿desde qué año estás trabajando en el COSAM?

I: 93.....hice mi práctica en el 93...

E: Y ¿desde qué años estás a cargo del programa de Adicciones?

I: A cargo del tema de adicciones del 96....o 98 más o menos...y ya de los programas más formales, como de los que son...programas de tratamiento más formal...porque antes eran como áreas temáticas no más...como del 2000.

E: Ya...cuéntame un poquito de la trayectoria del programa...o sea antes eran áreas temáticas...

I: Sí...lo que pasa es que al principio diseñamos como...porque éramos poquitos antes, éramos pocos profesionales, como cinco o seis....entonces decidimos...estamos siempre invitados a la reuniones de los distintos organismos que trabajaban en salud mental, en el sector occidente...tuvimos que empezar a nombrar personas encargadas de áreas temáticas...aún cuando todos atendíamos de todo, porque antes la atención era solamente clínica individual....eh...entonces...empezamos a...tuvimos que definir quiénes se iban a hacer cargo supuestamente de algunas áreas temáticas...y ahí yo asumí el tema de adicciones..pero no teníamos programa....en el fondo lo que hacíamos era que teníamos atenciones individuales....de pacientes que presentaban ese tipo de dificultades asociadas al tema de drogas...y eso fue probablemente incentivando a que las personas que tenían ese tipo de problemáticas fueran derivadas...o sea atendidas más preferentemente....en este caso por mí....versus otra persona que estaba más encargada del tema de trastornos emocionales...entonces ellos atendía....aún cuando en un momento todos atendíamos de todo....pero después con la llegada de los...con el aporte de los fondos de CONACE...y lo que tiene que ver con empezar a implementar a nivel nacional una línea de tratamiento en el tema de...tratamiento y rehabilitación de drogas...eh..a partir de un acuerdo que establece el FONASA, el CONACE y el MINSAL para la implementación de estos programas...se estructura...le empiezan a pedir a los centros el desarrollo de un programa de intervención con ciertos requerimientos

técnicos...y...con cierto tipo de prestaciones...y eso reconfigura un poco el tema, aporta plata a los centros y también empieza a definir una modalidad de tratamiento más o menos específica...entonces ahí ya empiezan a desarrollarse y consolidarse los programas de tratamiento...hay exigencias en términos de qué tipo de profesionales, qué tipo de prestaciones, que...en ese sentido son determinantes para el desarrollo de los programas...y eso partió alrededor del 2000...2001 puede ser...

E: Ya...mmm

I: Puede ser 2001...no me acuerdo bien.

E: Mmm...el perfil más menos de las personas que ven en el programa....

I: Es que ahí tenemos como distintos perfiles...tenemos un perfil que es adolescente, menores de 20 años...14 a 20 años con consumo de sustancias...hombres y mujeres...y...con..consumo experim...no, con consumo perjudicial..eh..sí, consumo perjudicial o con dependencia, con compromiso biopsicosocial leve a moderado...después tenemos ya el segmento más alto, también hombres y mujeres, son mayores de 20 años..que la gran mayoría de los usuarios está entre los 20 y 35 años....hombres....la gran mayoría...en hombres y mujeres..con dependencia del tema de drogas...y también tenemos un perfil que lo llamamos de alcohol, que...son hombres y mujeres que consumen alcohol... probablemente....solamente consumo de alcohol...sin alcohol y otras sustancias...ese es un grupo etéreo probablemente mayor....cincuenta años...ese debe ser como el promedio de edad...45, 50 años.

E: Ya...¿y la población por género que tienen, tu dirías que son más hombres, que son más mujeres?

I: Muchos más hombres....

E: Más hombres...

I: Sí.

E: Y eso es por....¿las derivaciones?

I: No...hay mucho.... que nosotros atendemos por derivaciones y demanda espontánea...y yo creo que la proporción de los derivados y la proporción de los espontáneos es más o menos similar.....aún no tengo el dato ah.....habría que analizar si la proporción de espontáneos es igual a la proporción de hombres, igual a la proporción de mujeres.....o son más derivados los hombres y las mujeres...lo que sí ha habido un aumento notable de mujeres...consultantes...eh...por el tema de...consumo de drogas...ahora donde el tema es un poquito más equilibrado es en adolescentes...menores de 20 años, y sobre todo los menores de 16, 17 años....ahí los derivados...los consultantes son más o menos homogéneos...no más o menos homogéneos...pero hay menos disparidad... la proporción de hombres y mujeres en otros programas es....mayor...y donde es mayor aún es en el programa de alcohol...hay muchas menos mujeres en ese programa...muchas menos.

E: Mmm...¿consideras que existe alguna diferencia en el trabajo terapéutico entre mujer terapeuta que atienda a una mujer, mujer terapeuta que atienda un hombre....y viceversa....con hombres terapeutas?

I: Diferente... ¿en qué tipo?

E: Diferente en los resultados..en la terapia, o en la relación misma que se establece....

I:Yo creo que sí....ahora, hay literatura que señala que eso es así...y algunas experiencias que indican la conveniencia de que las terapeutas.....sean mujeres... para las pacientes...o por lo menos existan en los equipos profesionales mujeres para atender mujeres....

E: Y ¿qué opinas tú de eso?

I: Yo tiendo a estar de acuerdo...yo...en mi práctica profesional me he encontrado con que existen algunas limitaciones....en las conversaciones.....en avanzar en ciertas conversaciones cuando he tenido que atender mujeres por ejemplo...eh.....

E: ¿En qué conversaciones por ejemplo?

I: Que tengan que ver con aspectos quizás un poco más íntimos...o con experiencias que son un poquito atentadoras contra la intimidad...en las personas....cuando por ejemplo...aspectos en la sexualidad, o aspectos en otros ámbitos que tengan que ver con una dimensión más íntima...eh....tengo la idea de que ha habido probablemente a lo mejor alguna dificultad para entrar en esos espacios.....

E: Mmm....

I: Y de hecho muchos....muchas plantean que es así...que... esa es una de las principales dificultades que se genera.....ahora en términos de las relaciones de hombres con....de las mujeres con hombres, pueden existir también las mismas limitaciones...yo..la verdad no es una de las conversaciones que tengamos muy sistematizada....eh...yo he visto probablemente más interacciones más de....pero en general los pacientes hombres tienden a cambiar en grupo, por lo menos, cuando hay una mujer que cuando no la hay...cambian el tipo de conversaciones...hay conversaciones que se restringen.....

E: Ya...

I: Y otras conversaciones que no...

E: Y ese es un criterio que se puede ocupar....

I: Claro, ese es un criterio que uno podría ocupar y decir que es importante que los equipos...sean como...que tengan distintos géneros los profesionales.... para poder incluir las conversaciones....que con un terapeuta de género distinto vaya a verse limitada....

E: Ya...pero no es un criterio que se ocupe actualmente...o ¿si se ocupa más o menos?

I: O sea nosotros tenemos para el programa de mujeres...mujeres....

E: Ah ya...o sea lo incorporan...

I: Sí...y para el programa con hombres mujeres y hombres.....y para el programa de mujeres, mujeres y hombres...pero claramente la presencia de las técnicas en rehabilitación mujeres, la presencia de las mujeres...como.... la terapeuta, la psicóloga

como mujer...eh...en el hombre.....un terapeuta hombre como hombre...aún cuando ahí tenemos un tema porque no tenemos psicólogo hombre ahora..en el tema drogas...tenemos súper pocas horas...entonces casi....pero tenemos técnico en rehabilitación, que es hombre...ahí también tenemos la diferencia entre hombres y mujeres....y hay algunos... psiquiatras...tenemos solamente hombres...no tenemos psiquiatra mujer...con suerte tenemos psiquiatra (risas)...y eso...pero tratamos que algunas prestaciones sean.....las que tienen que ver con trabajo terapéutico estén diferenciadas...o sea que esté el género....el mismo género del paciente.

E: Ya...y además del tema de las temáticas.... que pudieran comentarse en el trabajo terapéutico...¿sientes que existiría alguna otra limitante o alguna otra diferencia?...en la relación como hombre-mujer....en terapia.

I:(silencio)...mmm....la transferencia quizás pueda ser un tema....

E: ¿Cómo sería eso?

I: Como la transferencia...esta cosa como del enamoramiento que podría producirse en una relación terapéutica....que es más probable.....tengo yo la idea...que se dé....cuando sean...puede ser, no sé.....la verdad es que tampoco....pero pudiera pasar que se ve más en.....

E: Que se ve más en....

I: En....relaciones como....hetero...cuando el terapeuta es hombre y la terap....y la paciente es mujer y viceversa...cuando la paciente mujer...hay un tema ahí probablemente más..... de piropo....de... generar conversaciones que tengan que ver con ese tipo de elementosque de....lo que he escuchado de respecto...de terapeutas mujeres que hablen de que han tenido insinuaciones o comentarios de...pacientes mujeres...he escuchado también...como referencia a una cosa como de.....de establecer como un cierto vínculo...como de una cosa como de transferencia...pero profesionalmente son menos....así es que ese puede ser un tema, pero.....no....no que tenga que ver con cuestiones más estructurales....que tenga que ver con....no sé si va tu pregunta pa´llá...pero cuando uno tiene un dispositivo que diferencia por género....o sea va a atender personas hombres y mujeres...tiene que tener la infraestructura que lo permita...tiene que tener espacios diferenciados por hombres y mujeres....y tener actividades que puedan ser complementarias.... acordes al tema del género...o sea si hacemos un partido de fútbol para los hombres... “¿qué vamos a hacer para las mujeres?”...o sea como una cosa...que demuestre un poco el diseño de las actividades que son complementarias a las actividades terapéuticas....pero que reconozcan las motivaciones que podrían estar asociadas más frecuentemente a los hombres y a las mujeres.....o a los intereses de los usuarios más que nada..en general...a los intereses de los usuarios.

E: Mmm....¿qué antecedentes biográficos es necesario conocer en el programa para planificar las intervenciones terapéuticas?...en el caso de las mujeres...

I: Qué antecedentes biográficos.....es necesario conocer.....

E: Qué aspectos se consignan.....

I: Mmm....la historia de consumo....y...algunos elem....la verdad es que nosotros

consignamos como algunos elementos que pudieran ser críticos...en el desarrollo evolutivo del consultante....

E: ¿Cómo cuáles?

I: Es que ahí da lo mismo....ah!...bueno cuáles pueden aparecer....

E: Mmm....

I: Ehh...haber sido testigo de violencia intrafamiliar....haber sido víctima de alguna experiencia traumática...en el caso de las mujeres, las experiencias de abuso son bastante...bueno, en el caso de los hombres también son bastante determinantes....pero....uno suele esperar que hayan más experiencias de abuso en mujeres que en hombres....en términos de su historia de consumo....eh....como en su historia biográfica...y eso puede ser un dato determinante respecto a la evolución que tuvo su desarrollo con posterioridad a eso...ah...y ahí bueno puedes tener otros elementos críticos como....eh...la historia de pares, o la pérdida de algún familiar...eh....de tu madre o de tu padre....la posibilidad de conseguir acceso al colegio...el vincularte con un grupo de pares que..o el mismo.... sea que hayas elegido o hayas optado por un camino....más asociado como a....al tema...de la delincuencia....a esos antecedentes biográficos me refiero....es como..cuáles son las experiencias que esa persona tuvo....en su historia...que puedan ser determinantes respecto a lo que...de cómo está viviendo ella ahora...y eso puede ser a largo plazo...mediano plazo....corto plazo....ahí son relevantes entonces los elementos familiares....la relación que tuvo con sus pares....la relación que tuvo con sus hermanos....eso.....pero desde el paciente ah.....

E: Mmm....

I: Desde el paciente...desde lo que él refiere como elementos importantes en su historia de vida.

E: Mmm...y ¿hay otros ámbitos que no sean biográficos que también se consignan?

I:es que todo pasa en la historia....

E: O sea....¿que no sean tan de la historia? (risas)

I:(risas).....es que....

E:o que no sucedan por ejemplo en la familia de origen...

I: Ah....¿como elementos más transgeneracionales, por ejemplo?

E: Sí.....y otros...

I: Mmm....hay sí y no...no porque...pero sí porque por ejemplo...para nosotros es relevante por ejemplo...aún cuando uno no funcione desde la perspectiva transgeneracional....en términos de lealtades y cosas por el estilo...pero sí es un dato si la familia..los padres son alcohólicos....es un dato...qué tipo de dato es....no estoy tan seguro, pero es un dato....como que no da lo mismo...pero también puede ser considerado un dato biográfico....eh...eso.

E: Ya.

I: Ahora ahí en el tema de los datos biográficos...tú....ahí tú también incorporas

como el momento cuando se vincula con la sustancia....cuál es la vinculación que tiene con la sustancia..eh...en qué se vincula, cómo se vincula, cuál es la historia que él asocia....cuál es la historia que desarrolla asociada al vínculo de la sustancia...¿tiene que ver con carrete...con juerga?...tiene que ver con el manejo de las emociones...tiene que ver con delincuencia...tiene que ver con el grupo de pares....¿tiene que ver con qué?...eso determina probablemente la relación actual...especifica la relación actual....

E: Ya....

I:ahora no sé si habrán otros factores que sean distintos a esos...los....tiene que ver a lo mejor con cosas más actuales...con lo que está pasando ahora..que puedan ser importantes ahora....respecto a.... la relación con su entorno..en este momento.

E: Mmm.....bueno, ya lo has mencionado un poco pero...¿cuáles, en tu opinión, serían los factores que configuran las problemáticas que el programa acoge?

I: ¿Cuáles serían....?

E: Algunos factores...que se ven sistemáticamente en las problemáticas que..se acogen en el programa...

I:La historia de vinculación con la sustancia yo creo que es un elemento importante....eh...en términos de la manera de cómo ha sido esa vinculación....y esa vinculación no tiene que ver necesariamente solo con al droga, sino que tiene que ver con el contexto de relación con la droga.....

E: ¿Tú crees que hay factores distintos en mujeres y en hombres?

I: ¿Para vincularse con el tema?

E: Mmm...

I: Parece que si ah.....hay mujeres que consumen drogas por ejemplo para bajar de peso....cosa que no he visto en hombres por ejemplo....he visto dos o tres casos de mujeres que se han metido en la pasta base pa´bajar de peso....y han bajado de peso...(risas)...

E: (risas)....bastante...

I:Pero a un costo alto, claro...o sea un costo más allá del que querían pagar...eh...hay factores ahí...por ejemplo he visto algunos casos...donde el consumo de sustancias en las mujeres es claramente medicinal...o sea es...claramente una benzodiazepina por ejemplo....y no tan altamente...como en los hombres por ejemplo.....

E: ..que sería....si no es medicinal....

I:a la juerga...al carrete...a la... o a un patrón adictivo que no tiene que ver con.....pero por ejemplo..... pa´ manejar muchas emociones, por ejemplo....lo he visto como para....la imposibilidad de manejar como la....la...el estrés emocional que le produjo una experiencia en particular...entonces el alcohol aparece como un elemento....que no tiene que ver con...con el síndrome de privación de la sustancia....(no se entiende)....que se ha visto fuertemente angustiado....pero esa angustia proviene de la necesidad de la sustancia...desde el relato de ellos....desde el relato de las mujeres....que yo he visto....el tema del consumo a tratar.... no tiene que ver

con el manejo de una angustia que no tiene que ver con el tema del alcohol...sino que tiene que ver con el componente...con un componente.... histórico..... “esta relación con este hueon’ ...este sentirme deprimida”.....es el afecto...¿cachai?...donde el alcohol satisface mucho más fuertemente... está mucho más puesto ahí...como una manera de poder...tener el tema emocional.....un hombre puede que lo veas más asociado al tema de llegar a la casa y sentirse solo.....y tomarse un par de whisky....¿cachai?...pero lo otro, no...suele estar más asociado al tema del divertimento....eso...eh....lo otro....que he visto es en.....eso....no me acuerdo qué más.

E: Mmm....¿qué objetivos individuales, familiares y sociales persiguen los planes de intervención en el programa?...con mujeres...y con hombres...¿son distintos?

I: Ssss....sí.....yo creo que lo tenemos más armado con los hombres....

E: Ya...

I: Aunque podría....a ver....hace poco...no lo sé....no sé.... si tenemos la diferenciación por género.....a lo mejor no...pero por ejemplo hace poco tuvimos dentro de un programa, el programa de la reinserción....o sea, nos dieron la posibilidad de personas que estén en tratamiento, que puedan acceder a una actividad laboral...y las personas que se inscribieron son mujeres, por ejemplo.....entonces el tema de la reaserción....la inserción al mundo del trabajo, es una posibilidad..tanto para hombres como para mujeres...dentro del programa...que es una dimensión importante...lo otro..eh...yo creo que no estamos haciendo mucha diferencia respecto de hombres y mujeres, estamos funcionando como si fueran más o menos iguales...o sea no estamos por ejemplo viendo si hay diferencias en el manejo del síndrome de abstinencia.....yo creo que no estamos haciendo diferencias respecto del impacto social que tiene el tema del consumo pa’ las mujeres...que es absolutamente más fuerte..... el prejuicio.....el.....cómo se llama este tema....el...el enjuiciamiento social es mucho más fuerte pa’ las mujeres que pa’ los hombres....eh.....

E: ¿En qué sentido?

I:O sea.... una mujer drogadicta es peor que un hombre drogadicto...en términos de discurso cultural y social....eh....una mujer que es mamá y es drogadicta...es peor que cuando un hombre es papá y drogadicto..tiene un peso cultural social distinto....hay una mayor...una mayor....eh...sanción social hacia eso....eh...lo dicen las investigaciones, hay una serie de artículos que refieren ese tema como fuertemente.....y yo no sé si ese tema lo estamos incorporando acá....no...no lo tengo tan claro...de cómo lo hemos estado incorporando..el tema....

E: Mmmm...

I: El tema con los hijos, por ejemplo....eh....cómo estemos enfrentando la relación de maternidad de esa mamá con sus hijos, y en relación a su consumo....cómo se ve afectado...hay aspectos en los que no nos hemos metido, y que pueden ser.....y que son aspectos que están referidos por la literatura respecto a elementos importantes en el tema.....en el tema drogas mujeres....ahora...o como las características respecto a los aspectos que puedan ser importantes para la rehabilitación de los hombres versus los que puede ser importante para la rehabilitación de las mujeres....cómo se lo vive un

hombre, aparentemente no es similar a cómo se lo va a vivir una mujer en cuanto a cuáles son los elementos que necesita como parte del proceso terapéutico...en términos de cómo se vincula...en términos de lo que valora...pueden haber difer....hay señalados algunas diferenciaciones pero nosotros no...no tengo la idea que lo estemos...no lo tengo tan claro yo si lo estamos....aún cuando tenemos espacios separados, terapéuticos....para hombres y mujeres, cuán distinta es una conversación de la otra.....en términos de....de lo que el terapeuta está haciendo, no lo sé...

E: Mmm....con respecto a los planes de tratamiento grupal....

I: Mmm...

E: ¿Hay....diferencias con los planes de tratamiento individual?

I: Eso es lo que te decía....no están explicitadas....no están explicitadas en el programa....ahora el tema del género en el tema de las drogas es un tema que estamos tratando de meter...desde el año pasado..pero partió como una cosa ideológica...y ahora le hemos estado asignando como algunos recursos para que pase de una cosa ideológica a una cosa práctica.....en términos de que tú puedes decir “ya, vamos a hacer tratamientos diferenciados por género”...pero en el fondo no le estás haciendo un tratamiento con la misma intensidad a las mujeres que a los hombres...a las mujeres las ves una vez a la semana, tienen un tratamiento sin fases...a los hombres los ves tres veces a la semana, tienen un tratamiento con fases...es distinto...entonces...eh...no estás haciendo un tratamiento para mujeres...estás generando una conversación como diferenciada hombres y mujeres, pero no hay una....eso yo creo que da cuenta que no hay una sistematización tan fuerte en el abordaje de las mujeres, respetando su diferenciación de género.....pero tampoco están mezclados....porque se señala que...mmm...no es tan conveniente mezclarlos....

E: Ya...pero...las temáticas por ejemplo abordadas por terapeutas mujeres con grupo de mujeres, y terapeuta hombre con grupo de hombres...¿son las mismas entonces?

I: Mmm....yo diría que...no...tengo a pensar que no....pero no sé cuáles son....

E: Ya...¿cómo que podrían surgir en la conversación?

I: O que la terapeuta las tenga diseñadas de un manera tal que yo conozco....

E: Mmmm...ah ya...

I: Porque tenemos un espacio que es más o menos general, pero los contenidos por sesión...no están especificados....acuérdate que....estos programas duran 6, 8 meses....con dos o tres sesiones a la semana....doce sesiones al mes....entonces hay un tema que no....no todas las conversaciones están suficientemente especificadas....hay acciones, intervenciones que están ahí como puestas....tareas, actividades...pero hay mucho por hacer y sistematizar en ese programa....

E: En todos....

I: En todos....

E: Y la última pregunta....en tu trabajo con hombres y con mujeres...¿sientes que te ha afectado..eh...afectado en el sentido más que como profesional, como persona?...

I: Sí...

E: ¿En qué sentido?

I: O sea me da profunda lata cuando una mina está embarazada y está consumiendo droga y no puede parar...esa huea'....como que me...me obliga a tener que movilizarme tres veces lo que me movilizo cuando un tipo está poniéndose algo....y se está haciendo algo.....o cuando una mina está poniéndose algo también, sin que esté embarazada....pero cuando está embarazada....como que...se me activa cuestiones que yo creo que van más allá del tema....de mi rol profesional.....sino que...me veo mucho más comprometido en el tema...como que me impacta mucho más.....como que me resiento un poco más con el tema...eso tiene que ver con mayor preocupación..y con...sentimientos negativos asociado a eso...tristeza, y cosas por el estilo....eso..y...qué otra diferencia.....eh.....en general lo que yo he notado, es que las mujeres jóvenes con el tema de que consumen droga...las he encontrado con muchas más dificultades para vincularse en la primera conversación...que los hombres...en mí...con mi conversación....siento como que ese espacio de vinculación....no....no es igual...es cualitativamente distinto....(no se entiende).....y tiene que ver conmigo también....y tiene que ver con una manera distinta de poder vincularse...o de generar esa vinculación...que es cualitativamente distinta...que si lo hago...el tema es que si lo hago de la manera como habitualmente lo hago con los hombres, podría ser entendida como un intento de proximidad....como de....más acercado al tema como de pareja...¿cachai?...hay una manera ahí de generar esta relación que es distinta, que con los hombres...cuando yo me acerco al hombre, no me lo va a entender que....va a entender que es claramente una manera de generar intimidad o cercanía...no se entiende).....un grado de cercanía que nos permita conectarnos con su experiencia y generar un espacio.....si generas eso mismo con la mujer, siento que...no.....ese modelo como que no calza...y probablemente si calzara, sería fácilmente acomodable al tema...al tema de la intimidad... vincular como pareja, una cosa así.....no sé si me entendis.....

E: Sí, te entiendo.

I: Y probablemente por eso es que no resulte tanto el tema...debe haber otra manera de vincularse...y a lo mejor estamos "es la que hay"....y esa.... está mediada por este tema...que es como que despejarla...

E: Mmm.....

I: Eso.....sí....

E: Mmm...

I: ¿Estamos?.....¿te sirve?

E: Si...por supuesto....muchas gracias.....por tu tiempo y tu relato.....gracias.

Bibliografía

- ARAYA, C. "La Construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX". En Historia N° 39. Vol 1, enero – junio. Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. 2006.
- ARNOLD, M. "Introducción a las Epistemologías Sistémico/ Constructivistas". Cinta de Moebio N° 2, Diciembre 1997. En <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/02/frames32.htm>
- AROCA, Alfredo. "Historiografía de la locura. El péndulo de la historia". Universidad Libre de Bruselas, Bélgica. En <http://www.observacionesfilosoficas.net>
- BASAGLIA, F. "¿Psiquiatría o ideología de la locura?" Ed. Anagrama. Barcelona, España. 1972.
- BASAGLIA, F., LANGER, M., SZASZ, T. "Razón, locura y sociedad." Ed. Siglo Veintiuno. México. 1978.
- BEAUVOIR, S. "El Segundo Sexo" Editorial Siglo Veinte. Buenos Aires, 1965.
- BURIN, Mabel. DIO BELICHMAR, Emilce. (comp.) "Género, Psicoanálisis, Subjetividad". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- BUTLER, J. "El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad". UNAM. Paidós. México. 2001
- BUTLER, J. "Regulaciones de Género". En Revista de estudio de género La Ventana. Universidad de Guadalajara. N° 23. Guadalajara, México. 2006

- CHARTIER, Roger. "Escribir la prácticas". Editorial Manantial. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- DE BARBIERI, T. "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico metodológica". En Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio. Isis Internacional, Ediciones de la Mujer, nº 17.
- DIO BLEICHMAR, E. "La depresión en la mujer". Editorial Temas de hoy. Buenos aires, Argentina. 1991.
- ERRÁZURIZ, P. "Psicología Social y Género. Construcción de espacios a salvo para mujeres". Editorial Libros de la Elipse. Santiago, Chile. 2006.
- FERREIRA, G. "La Mujer Maltratada". Editorial Sudamericana, Buenos Aires. 1989.
- FERREIRA, G. "Hombres Violentos: Mujeres Maltratadas". Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina. 1992.
- FOUCAULT, M. "La Arqueología del Saber". Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires, Argentina. 1970
- FOUCAULT, Michel. "Historia de la locura en la época clásica". Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1967.
- FOUCAULT, Michel. "Vigilar y Castigar". Editorial Siglo Veintiuno. Madrid, España. 1976.
- FOUCAULT, Michel. "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica". Editorial Siglo Veintiuno. Buenos Aires, Argentina. 2004.
- PÉREZ, M° S.; DIDES, C. "Panorama sobre salud, sexualidad y reproducción de pueblos indígenas en Chile 1990 – 2004" En Revista Mujer Salud / Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. RSM 3-4 / 2006.
- ROUDINESCO, Elizabeth, y otros. "Pensar en la locura. Ensayos sobre Michel Foucault.". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- RUBIN, G. "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política del sexo"". En El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Marta Lamas (comp.). PUEG. México. 1996
- SCOTT, J. "El Género: una categoría útil para el análisis histórico". En: Lamas M. (Comp.). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. 1996.
- SERRET, Estela. "El género y lo simbólico. La constitución imaginaria de la identidad femenina". Editorial Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco. México. 2001.
- SZASZ, T. "Ideología y enfermedad mental". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina. 1970.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Editorial Paidós, Buenos Aires. 1992.
- VÁSQUEZ, Adolfo. "Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental". En <http://www.psykeba.com.ar/articulos/AVRantipsiquiatria.htm>

ANEXOS