

01921  
157

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

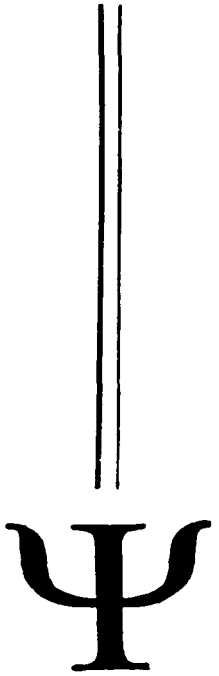
"LA TERAPIA FEMINISTA EN MEXICO"

T E S I S  
PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
MENDEZ LLAMAS | MARIBEL

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PATRICIA BEDOLLA MIRANDA  
REVISORA: MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS ROMERO.

MEXICO, D. F.

JUNIO 2003



A



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ***A g r a d e z c o***

***A la UNAM por proporcionarme los recursos  
que ahora posibilitan mi crecimiento profesional,  
por ser mi alma mater.***

***A Paty Bedolla por su aliento, respaldo e interés  
en esta investigación, y principalmente  
por la confianza que deposita en mi trabajo.***

***A Olga Bustos, Asunción Valenzuela, Isabel Martínez y Fatima Flores  
por la atención, apoyo y comentarios  
que ayudaron a enriquecer esta investigación.***

***A Mabel Burín, Norma Banda, Cristina Bottinelly y Francisco Cervantes  
por su colaboración en la realización de esta investigación,  
y especialmente, por la disposición para  
compartir sus conocimientos y experiencias de trabajo.***

B

## ***A g r a d e z c o***

***A mi madre, por ser un ejemplo de fortaleza, valentía y perseverancia,  
por demostrarme que los sueños se pueden alcanzar.***

***A mi padre, por ser paciente y tolerante conmigo,  
por siempre estar ahí cuando lo necesito.***

***A Víctor, Anahy y Yair  
porque son una parte importante de mi,  
por su presencia y sobre todo respeto.***

***A mi familia, y especialmente a las mujeres que la conforman,  
por el aprendizaje y experiencia que me han transmitido,  
por ser mi origen.***

***A Liz, Martha, Yenia, Diana y Lucía  
porque aún cuando nuestras vidas hayan tomado caminos muy diferentes  
para alcanzar nuestras metas y sueños,  
continúan siendo mis mejores amigas,  
gracias por ser mis cómplices.***

***A Fabiola, por ser la hermana que la vida me dio la oportunidad de elegir,  
y por recordarme que: "cuando una persona realmente desea algo,  
el Universo conspira para que realice sus sueños".***

C

## **PESO ANCESTRAL**

*Tú me dijiste: no lloró mi padre;  
tú me dijiste: no lloró mi abuelo;  
no han llorado los hombres de mi raza,  
eran de acero.*

*Así diciendo te brotó una lágrima  
y me cayó en la boca ...; más veneno  
yo no he bebido nunca en otro vaso  
así pequeño.*

*Débil mujer, pobre mujer que entiende,  
dolor de siglos conocí al beberlo.  
Oh, el alma mía soportar no puede  
todo su peso.*

**Alfonsina Storni (1892-1938).**

### **Breves datos biográficos:**

Nació en Suiza pero desde muy temprana edad vivió en Argentina. Se rebeló contra la supremacía del hombre y contra éste es que inició una lucha poética. Decía con amargura: *"Soy superior al término medio de los hombres que me rodean, y físicamente, como mujer, soy su esclava, su molde, su arcilla"*. Triunfó por medio de su poesía pero al final la venció una depresión profunda, misma que la orilló a quitarse la vida arrojándose al mar (esto se deja ver en el poema "Alfonsina y la Mar").

D

# ÍNDICE

## CAPÍTULO 1

### LOS ESTUDIOS DE GÉNERO Y LA TERAPIA FEMINISTA

1.1	<b>Definición e Historia de los Estudios de Género.....</b>	<b>02</b>
1.1.1	Periodización de los Estudios de Género.....	08
1.1.2	Fuentes Epistemológicas de los Estudios de Género.....	13
1.2	<b>Grandes Teorías que Explican el Significado Social de la Diferenciación Sexual.....</b>	<b>14</b>
1.2.1	División Sexual del Trabajo.....	15
1.2.2	Estructura del Parentesco.....	17
1.2.3	Psicoanálisis.....	19
1.2.3.1	Complejo de Edipo y Complejo de Castración.....	21
1.3	<b>Construcción de la Subjetividad Femenina.....</b>	<b>26</b>

E

## **CAPÍTULO 2**

### **EL GÉNERO Y LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LAS MUJERES**

<b>2.1</b>	<b>La Construcción del Concepto de Salud-Enfermedad Mental de las Mujeres.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.1</b>	<b>La Influencia del Género en la Salud Mental Femenina.....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Diferencias de Género en la Salud Mental.....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Consecuencias de la Diferenciación de Género en la Salud Mental de las Mujeres. ....</b>	<b>50</b>
<b>2.2</b>	<b>Alternativas ante la Desigualdad de Género y la Salud Mental de las Mujeres.....</b>	<b>53</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Nuevos Criterios para el Concepto de Salud-Enfermedad.....</b>	<b>54</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Labor Constructiva y Reconstructiva en la Salud Mental de las Mujeres.....</b>	<b>57</b>
<b>2.3</b>	<b>Feminización de las Teorías que Explican los Criterios de Salud-Enfermedad de las Mujeres.....</b>	<b>59</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Personalidad Histérica Infantil.....</b>	<b>65</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Personalidad Histérica.....</b>	<b>66</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Carácter Fálico-Narcisista.....</b>	<b>68</b>

F

## **CAPÍTULO 3**

### **APORTACIONES DEL MOVIMIENTO FEMINISTA A LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES**

<b>3.1</b>	<b>La Salud de las Mujeres como Eje Político del Movimiento Feminista.....</b>	<b>72</b>
3.1.1	Breve Historia del Movimiento Feminista.....	73
3.1.2	El Movimiento Feminista en la Psicología Mexicana.....	80
3.1.3	Reivindicaciones Sociales en la Salud de las Mujeres .....	84
<b>3.2</b>	<b>El Sexismo Dentro del Sistema de Salud Mental.....</b>	<b>87</b>
<b>3.3</b>	<b>Aportaciones Feministas a la Salud Mental de las Mujeres.....</b>	<b>94</b>
3.3.1	Literatura Feminista Acerca de Salud Mental de las Mujeres.....	95
3.3.2	Contribuciones Feministas Respecto a los Métodos Psicoterapéuticos.....	99
3.3.2.1	Instituciones Psiquiátricas.....	100
3.3.2.2	Psicoterapia Individual.....	101
3.3.2.3	Grupos de Reflexión.....	103
<b>3.4</b>	<b>Acciones de Carácter Preventivo.....</b>	<b>105</b>
<b>3.5</b>	<b>La Ética Femenina y la Ética Feminista.....</b>	<b>107</b>
3.5.1	Desarrollo del Pensamiento Ético y la Conciencia Moral.....	110
3.5.2	Principales Teorías Tradicionales del Pensamiento Ético.....	114
3.5.2.1	Ética Deontológica .....	115
3.5.2.2	Consecuencialismo.....	116
3.5.2.3	Contractualismo.....	116
3.5.3	Aportaciones Teóricas al Estudio de la Ética Femenina y la Ética Feminista .....	118

G



## **CAPÍTULO 4**

### **EN BÚSQUEDA DE LAS CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA FEMINISTA: METODOLOGÍA**

4.1	Introducción.....	124
4.2	Objetivos.....	125
4.3	Tipo de Estudio.....	126
4.4	Muestra y Muestreo.....	128
4.5	Procedimiento.....	127
4.6	Instrumentos.....	128
4.6.1	Vaciado de Datos.....	128
4.6.2	Entrevista.....	129

44

## **CAPÍTULO 5**

### **RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS EN LA BÚSQUEDA DE LAS CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA FEMINISTA**

<b>5.1</b>	<b>Análisis Cuantitativo de Documentos sobre Terapia Feminista .....</b>	<b>131</b>
<b>5.2</b>	<b>Historia Oral acerca del Ejercicio de la Terapia Feminista en México .....</b>	<b>135</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Entrevistas a Psicoterapeutas.....</b>	<b>136</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Análisis Cualitativo de las Entrevistas a Psicoterapeutas.....</b>	<b>165</b>

## **CAPÍTULO 6**

### **REFLEXIONES Y CONCLUSIONES SOBRE LA EXISTENCIA DE LA TERAPIA FEMINISTA EN LA PSICOLOGÍA MEXICANA**

<b>6.1</b>	<b>Reflexiones en Torno al Impacto que Ha Tenido la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana.....</b>	<b>171</b>
<b>6. 2</b>	<b>Conclusiones Sobre la Aplicación de la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana.....</b>	<b>175</b>

#### **Referencias Bibliográficas**

**Anexo 1 (Vaciado de datos).**

**Anexo 2 (Entrevista).**

## INTRODUCCIÓN

La Terapia Feminista es un tema que ha sido poco estudiado en la Psicología Mexicana, es novedosa e interesante su exploración debido a que se cuenta con pocas referencias bibliográficas acerca de sus fundamentos, lineamientos, técnicas y experiencias en la práctica psicoterapéutica. Por tal motivo la sistematización de referencias disponibles, permite el ordenamiento y análisis de la práctica terapéutica feminista, así como una reflexión en torno a su aplicación clínica en México.

Es un buen inicio explorar el impacto que tiene la orientación feminista y no sexista en la práctica psicoterapéutica mexicana, pues aunque no se tengan registros o referencias bibliográficas de trabajos realizados en este país, no quiere decir que en la práctica clínica de centros especializados en el estudio, prevención y/o atención femenina no sea necesaria la aplicación de los Principios Éticos Feministas, o bien, la utilización de técnicas no sexistas para la realización del trabajo clínico con mujeres.

De acuerdo con esta inquietud, la presente investigación documental está constituida por seis capítulos, los tres primeros presentan un amplio panorama que permite el análisis y reflexión de los fundamentos teóricos en los cuales se sustentan los antecedentes de la Terapia Feminista.

Dentro del Capítulo 1, titulado "Los Estudios de Género y la Terapia Feminista" se muestra el surgimiento de los Estudios de Género y su relación con el desarrollo de la Terapia Feminista, se retoman tres importantes teorías que explican el significado social de la diferenciación sexual y la manera en cómo nos construimos como sujetos femeninos, o bien, masculinos.

Posteriormente se abordó la salud mental de las mujeres considerando el constructo salud-enfermedad desde una visión de Género, asimismo se

5

presentaron alternativas ante la desigualdad de género, las cuales se encuentran dirigidas a la creación de nuevos criterios en la clasificación nosológica y a la feminización de las teorías tradicionales acerca del desarrollo de la personalidad, resultando así, una labor constructiva y reconstructiva en el campo de la salud mental femenina, lo cual se aborda en el Capítulo 2, titulado "El Género y la Construcción del Concepto de Salud-Enfermedad de las Mujeres".

Un aspecto de gran importancia en el desarrollo de la Terapia Feminista es la identificación de actitudes sexistas en la Institución Médica, por lo que se abordó el surgimiento de la salud de las mujeres como un eje político dentro del Movimiento Feminista dentro del Capítulo 3, el cual fue titulado "Aportaciones del Movimiento Feminista a la Salud Mental de las Mujeres".

En el Capítulo 4 "En Búsqueda de las Características y Técnicas Utilizadas en la Terapia Feminista: Metodología", se expone la metodología a través de la cual fue posible alcanzar el objetivo de esta investigación, este se dirige a la identificación del concepto, características, lineamientos y técnicas utilizadas en este tipo de orientación, así como una reflexión en torno al impacto que tiene la Terapia Feminista en México.

La sistematización consistió en el ordenamiento de los documentos disponibles referentes a la Terapia Feminista, para este fin fue diseñado un instrumento caracterizado por la clasificación del contenido del material en categorías específicas de estudio. También se aplicó una entrevista constituida por siete preguntas previamente estructuradas a cuatro psicoterapeutas clave en el campo de salud mental femenina con orientación feminista y/o en Género.

El análisis de documentos provee importantes e interesantes datos acerca de los fundamentos teórico-metodológicos, así como del surgimiento e impacto que ha tenido la utilización de la práctica feminista en la consulta clínica;



este material se enriqueció aún más con la información que amablemente compartieron cuatro terapeutas de gran prestigio y reconocimiento dentro del desarrollo de la terapia con orientación feminista en México. El análisis de estos resultados se expone en el Capítulo 5 "Resultados Cuantitativos y Cualitativos en la Búsqueda de las Características y Técnicas Utilizadas en la Terapia Feminista".

Dentro del Capítulo 6 "Reflexiones y Conclusiones Sobre la Existencia de la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana", se reflexionó en torno al impacto que tiene la Terapia Feminista en México, donde se evidenció que actualmente la Terapia Feminista no se encuentra establecida como una escuela teórica-metodológica formalizada, por lo que sería un reto interesante su sistematización y aplicación dentro de programas de prevención y atención a problemáticas de salud como la presencia trastornos depresivos en amas de casa, la violencia intrafamiliar, el abuso y violación sexual.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, es importante destacar la necesidad de crear una normatividad respecto a la capacitación de todo terapeuta especializado en el trabajo con mujeres, pues no se encuentra formalizado como tal un eje de análisis que permita promover la equidad, el respeto a la diversidad y la eliminación de cualquier tipo de discriminación, durante la formación profesional.

El Modelo de Terapia Feminista es un paradigma novedoso de atención a la salud mental de las mujeres, el cual amplía el concepto de salud a tópicos relacionados con la condición de subordinación social en la que se encuentran la mayoría de las mujeres, enfatizando que las manifestaciones consecuentes a una situación de discriminación entre los géneros, no pueden considerarse síntomas en términos de enfermedad, sino malestares que hablan de un contexto de inequidad en nuestras sociedades.

L

## **CAPÍTULO 1**

### **LOS ESTUDIOS DE GÉNERO Y LA TERAPIA FEMINISTA**

El desarrollo de la Terapia Feminista se encuentra estrechamente relacionado con los Estudios de Género, pues la producción teórica tanto de los Estudios de la Mujer como de los Estudios de Género, han permitido a los terapeutas sensibles a este tipo de orientación reflexionar sobre aquellas condiciones sociales, políticas, económicas y psicológicas que colocan a las mujeres dentro de un contexto de subordinación ante los hombres. Así como proveer de elementos que permitan analizar el proceso de socialización a través del cual nos construimos como mujeres o varones.

La inequidad social entre ambos géneros ha sido estudiada por varias autoras pertenecientes al campo de la salud mental, entre ellas se encuentran Mabel Burin (1990), Remer y Worell (1992), Ana Ma. Fernández (1993), Carmen Saéz Buenaventura (1993), Hyde (1995) e Irene Meler (1998), quienes mediante la reflexión y el análisis de la condición femenina han llegado a identificar situaciones relacionadas con un "malestar" psíquico, que en muchos de los casos se ha relacionado con situaciones de subordinación entre los géneros.

Para el estudio de las relaciones intragénero e intergénero es indispensable analizar a ambos sexos desde su propia experiencia, reflexionar sobre aquellos factores que los sitúan en contextos excluyentes y llegar a la búsqueda de nuevos caminos para la construcción de relaciones más equitativas entre ambos géneros.

Ante dicha situación, los Estudios de Género ofrecen una alternativa para la reflexión y el análisis de las relaciones entre hombres y mujeres, considerando que las diferencias sociales y culturales han dado origen a dos tipos de experiencias diferentes y excluyentes a la vez, la masculina y la

femenina. También generan la construcción de nuevas formas de relación entre hombres y mujeres, diferentes a las tradicionales, opresivas y discriminatorias.

Para el comienzo de este análisis, es indispensable definir qué es el género y los conceptos relacionados con este término.

### 1.1 Definición e Historia de los Estudios de Género

El término GÉNERO se comenzó a utilizar en la literatura a partir de la década de los años cincuentas. John Money en 1955 introdujo el concepto de "papel de género" (gender-role) para referirse al conjunto de conductas atribuidas a mujeres y varones.

Durante la siguiente década dicho concepto tuvo un uso más específico, en 1968 Robert Stoller estableció una diferencia conceptual entre sexo y género, considerando al sexo como la diferencia sexual anatómica y al género como el significado que la sociedad le atribuye a esta diferencia. Estas concepciones fueron extraídas de estudios realizados a niños y niñas con malformaciones en sus genitales, dichos niños exhibían un sexo anatómico diferente al de su rol sexual (Gomanz, 1992; Burin, 1998).

Una vez establecida la diferencia entre sexo y género, el Feminismo anglosajón durante la década de los setentas utilizó el término género para referirse específicamente a las características femeninas, es decir, aquellas construcciones sociales adquiridas a través de un largo proceso de socialización individual y social, y distinguirlas de las características biológicas y anatómicas propias del sexo femenino. Al hablar en dichos términos las feministas pretendían alejarse y defenderse de las críticas fundamentadas en el determinismo biológico, así como ampliar los argumentos teóricos a favor de la igualdad de las mujeres (Lamas, 1996).

En esta búsqueda por legitimizar las bases teóricas del Feminismo, las feministas de la década de los ochentas empezaron a sustituir el término mujeres por el de género. Al escribir artículos o ensayos acerca de la condición femenina, hacían uso de dicho término, lo cual atribuía a su escrito un carácter neutral y objetivo, además de que se ajustaba más a la terminología de las ciencias sociales.

De acuerdo a lo anterior, Joan W. Scott considera que el uso de la categoría de género no sólo se basa en utilizar un término neutro y objetivo que permita situarse en el debate teórico, sino también facilita la decodificación del significado que la cultura le atribuye a la diferencia sexual. También sugiere el estudio de dicha diferencia de manera conjunta, pues rechaza la idea de ver a lo femenino y a lo masculino en dos esferas separadas, considera que la información de lo referente a las mujeres tiene mucho que ver con la condición de los hombres y de la misma forma la experiencia masculina esta muy relacionada con la experiencia femenina (Lamas, 1996).

Como se ha mencionado, a partir de la segunda mitad de este siglo se ha generado un gran interés por el estudio de la diferencia sexual y las consecuencias sociales, políticas, económicas y psicológicas que esto implica. Estas diferencias han sido abordadas por diversos autores desde diferentes disciplinas teóricas, por tal motivo es importante que se discuta y establezca un acuerdo con relación a los términos teóricos, con el fin de que se utilice un mismo lenguaje.

Ante esta situación Gomariz (1992), sugiere y describe una gama de conceptualizaciones relacionadas con el estudio de las diferencias sexuales.

En primer lugar considera al **sexo** como el hecho biológico, de reproducción a través de la diferenciación sexual. La biología y las ciencias médicas ubican diferentes tipos:



- **Cromosómico**, par de células sexuales homólogas compuestas por dos cromosomas distintos, denominados X e Y, los cuales determinan el sexo. Mujer XX y hombre XY.
- **Gonadal**, constituido por la diferencia en las glándulas sexuales, testículos en el hombre y ovarios en la mujer.
- **Hormonal**, se refiere a la diferencia del nivel de secreción de las siguientes hormonas: testosterona- varón y progesterona-mujer.
- **Anatómico**, diferencia en la estructura y forma de los órganos genitales
- **Fisiológico**, se refiere al funcionamiento de los órganos genitales, el cual obviamente es distinto entre ambos sexos.

El **género** sería entonces el significado social que en las diferentes épocas y culturas le atribuyen a la diferenciación sexual entre varones y mujeres. Sin embargo, más adelante se abordará que la diferencia no sólo se basa en la anatomía, sino va más allá de poseer un cuerpo sexuado.

De esta forma las relaciones genéricas se observan englobadas en toda una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres (Burin, 1999).

Los **Sistemas de Género** son el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatomo-fisiológica a las relaciones sexuadas (Barbieri, 1990; Gomariz, 1992).

Las **Reflexiones de Género** son aquellas formulaciones acerca de las consecuencias y significados que tiene el pertenecer a cada uno de los sexos, muchas veces entendidas como "naturales" (Gomariz, 1992).

Basado en esto, Burin (1998), considera que las reflexiones sobre género son los pensamientos acerca de los sentidos y las consecuencias sociales y subjetivas que tiene el pertenecer a uno u otro sexo.

Los *Estudios de Género* son los segmentos de la producción cognitiva que se han ocupado de reflexionar acerca del significado que cada época, sociedad y cultura le atribuyen a cada uno de los sexos.

La *Teoría de Género* supone un uso más específico de esta referencia conceptual, dado que su herramienta heurística es la diferencia entre el sexo referido al hecho biológico y el género considerado como un hecho social.

El *Movimiento Social Feminista*, se ha considerado como una de las dos herramientas heurísticas que forman parte de los Estudios de Género. Desde su surgimiento a finales del siglo pasado, se ha hablado de la diferenciación sexual como una forma de discriminación hacia las mujeres por el sexo opuesto. El producto de la rebelión contra la subordinación femenina es una de las fuentes epistemológicas de los Estudios de Género.

De esta forma, los Estudios de Género se nutren de dos fuentes epistemológicas (Gómariz, 1992):

- La reflexión sobre los significados acerca de la diferenciación sexual, y
- La producción en el campo de la rebelión contra la subordinación de las mujeres. Desde la práctica y la teoría feminista.

La *Teoría Feminista* es el estudio sistemático de la condición de las mujeres, su papel en la sociedad humana y las vías para lograr su emancipación.

La Teoría Feminista difiere de los Estudios sobre la Mujer, esta diferencia se basa en que estos últimos buscan un examen de la condición femenina e incluso llegan a un diagnóstico, en cambio el Feminismo conecta ese diagnóstico con la búsqueda de caminos para transformar esa situación.

La Teoría Feminista adopta a la Categoría de Género como una posición explicativa acerca de las relaciones entre hombres y mujeres. Es sólo una alternativa de pensamiento, así como lo puede ser la teoría del patriarcado.

El "**Género**" es el producto de un largo proceso histórico de construcción social, en el que el individuo desde muy temprana edad adopta las características atribuidas socialmente a su sexo anatómico, de modo que para tener una preferencia heterosexual la persona debe asumir características femeninas o masculinas de acuerdo a su cuerpo.

El vivir este proceso de construcción social, no sólo produce diferencias entre varones y mujeres, sino que implica desigualdades y jerarquías entre ambos géneros.

Emilce Dio Bleichmar (1985), define al "**Género**" como una categoría compleja y articulada que comprende:

- **Atribución de Género.** Se refiere a la rotulación que recibe el ser humano al nacer de acuerdo a la apariencia física de sus genitales externos. A partir de esta condición al niño o niña se le ubicará dentro de un discurso y experiencia cultural, así como social.
- **Identidad de Género.** Se subdivide en núcleo de la identidad de género e la identidad propiamente dicha. Se trata del esquema ideo-afectivo más primitivo en el niño o la niña de la pertenencia a un sexo y no al otro. La identidad de género se conforma en un complejo proceso en donde el niño o

la niña comprende el significado de pertenecer a un determinado género, es decir, sentirse como varón o mujer y comportarse de acuerdo a lo esperado para la experiencia femenina/masculina.

- **Rol de género.** Es el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para una persona que pertenece a un sexo determinado. La sociedad y la cultura prescriben una serie de actitudes y comportamientos considerados como "naturales" para ambos sexos, estos se espera que sean seguidos por el individuo.

Burín (1999), señala esta diferencia a través de una lógica binaria, basada en la idea de: *"el uno o el otro"*, la cual explica las desigualdades jerárquicas entre hombres y mujeres, de acuerdo al lugar en que se encuentra, el lugar *del uno* es considerado como sujeto, mientras que el que se encuentra en el lugar *del otro* es tomado simplemente como objeto. Históricamente la mujer ha sido quien en el mayor de los casos es considerada en el papel de *"el otro"*.

A partir de esta oposición binaria se construyen valores e ideas propias de la representación de lo masculino y de lo femenino. El análisis de dichas representaciones lleva a constituir la objetividad y la subjetividad en las relaciones.

Para Bourdieu el orden social de lo masculino se encuentra profundamente arraigado, por lo que es considerado como natural y no requiere de ninguna justificación, es un acuerdo casi perfecto e inmediato. Este se obtiene a través de las estructuras sociales como la organización del espacio, del tiempo y la división sexual del trabajo, así como de las estructuras mentales basadas en la oposición binaria (Lamas, 1996).

**En los Estudios de Género es desconstruida la diferencia sexual, haciéndose notable que no es "natural", sino es construido a través de un largo proceso histórico-social.**

**Este complejo proceso de socialización ha dejado importantes huellas o marcas en la subjetividad de los hombres y de las mujeres, Burin (1998), señala que el género tiene las siguientes características:**

- **Relacional.** En los Estudios de Género se enfatizan las relaciones de poder y dominio entre hombres y mujeres. Situando a los varones como dueños del poder racional y económico, en cambio a las mujeres se les otorga el poder de los afectos, es decir, lo relacionado con el cuidado y crianza de la familia.
- **Construcción histórica-social.** Las diferencias genéricas se han ido construyendo a lo largo del tiempo, se han visto influidas por los diferentes períodos históricos, además del contexto político, social y económico en que se desarrollan.
- **No es un concepto totalizador.** Las relaciones intra e intergénero aparecen entrecruzadas por diversos factores que determinan la subjetividad humana, enfatiza la importancia de complejizar, considerando para el análisis de determinado grupo, la clase social, la edad, la etnia, la raza, etc.

#### **1.1.1 Periodización de los Estudios de Género.**

**Gomariz (1992), hace una periodización acerca de los orígenes de los Estudios de Género, toma como puntos fundamentales para su registro los siguientes aspectos:**

- El momento histórico en que se formulan los Derechos Ciudadanos, la Ilustración, la Revolución Francesa y la Americana.
- El hilo conductor histórico, es decir, el reconocimiento del proceso de producción intelectual sobre Género.
- El criterio para definir períodos se basa en el contenido teórico y no en las dimensiones cronológicas.

El registro que realizó Gomariz (1992), comienza hacia finales del S. XVII con la Revolución Francesa, pero algunos autores tienen datos acerca de las diferencias entre varones y mujeres desde la Grecia Clásica. Los filósofos Aristóteles y Platón consideraban a la mujer como "un hombre sin madurar". Con estos argumentos ya se exponía la "inferioridad" de la mujer en contraposición con la "superioridad" masculina (Burín, 1998).

Hacia finales del S. XVII y S. XVIII, hombres y mujeres luchaban en contra del régimen monárquico y siguiendo los valores políticos de la modernidad: Igualdad, Libertad y Fraternidad, se dio lugar al reclamo de los derechos plenos como ciudadanos (Gomariz, 1992).

El desarrollo industrial que caracterizaba a esta época, influyó de manera determinante en la modificación del estilo de vida, los espacios en que se desenvolvían hombres y mujeres cambiaron radicalmente como consecuencia de la industrialización, el trabajo se concentró en las grandes ciudades, por lo que hombres y mujeres abandonaron el trabajo del campo y emigraron a la ciudad. Esta situación modificó las relaciones entre clases sociales y favoreció la abolición de la esclavitud.

En este clima de cambio y libertad surgió un movimiento social integrado por mujeres. El movimiento se centraba en la idea de alcanzar la igualdad de derechos ante los hombres.

Este movimiento estaba integrado por mujeres de clase social alta y baja. Las mujeres con mayor estatus social se enfrentaban a este clima de inferioridad desde un contexto intelectual, mientras que las mujeres de clase baja lo hacían desde un ámbito revolucionario.

Las mujeres reclamaban ante la esfera de inferioridad en la cual se encontraban inmersas, luchaban por la igualdad de derechos y entre sus reclamos se encontraba el derecho a la educación.

Lograron la reivindicación de los derechos de las mujeres como ciudadanas, sin embargo sólo fue tomada en consideración la ciudadanía de las mujeres de clase alta y de la nobleza (Barbieri, 1990; Gomariz, 1992).

La época Victoriana se caracterizaba por la represión sexual femenina, en donde los valores sociales se situaban en la representación femenina como: madre, esposa y virgen (además de virtuosa y asexuada). Esto dio origen a la concepción marianista basada en el culto a la imagen de la Virgen María, de esta manera se esperaba que la mujer fuera un soporte de las desigualdades con relación al hombre y experimentara la maternidad como un sacrificio por el cuidado de sus hijos y del resto de la familia (Hyde, 1995; Amuchastegui y Rivas, 1997; Burin, 1998).

Hacia fines del S. XIX el clima intelectual se fue haciendo más permeable para la mujer, varias mujeres se dieron a la tarea de escribir sobre la condición femenina, entre ellas se encontraron Virginia Wolff y Alejandra Kollontai.

**Desde la perspectiva feminista estas autoras reclamaban por los derechos civiles plenos y en especial el derecho al voto. Sin embargo, en respuesta a estas peticiones surgieron grupos de mujeres antifeministas, quienes pedían el regreso al naturalismo y algunas otras apoyadas en el catolicismo consideraban que el papel de la mujer ya estaba dado, era una función "natural".**

**No sólo mujeres se encargaron del estudio de la condición femenina, también desde la medicina y la psiquiatría Sigmund Freud comenzó sus estudios acerca de la sexualidad femenina y la reflexión acerca del significado de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres; es importante señalar que dicho autor no realizó una reflexión desde la perspectiva de género.**

**La Segunda Guerra Mundial impulsó movimientos en contra de la discriminación racial, por nacionalidad y por sexo. En este sentido las mujeres apoyadas por la Organización de las Naciones Unidas y en los Derechos Humanos lograron el derecho al voto en países donde no se había conseguido, principalmente entre los Latinoamericanos.**

**Durante la década de los sesenta surge en los países anglosajones la llamada "Segunda Ola del Movimiento Feminista".**

**Alrededor de 1957 Simone De Beauvoir realiza importantes aportaciones en su obra "*El Segundo Sexo*", donde desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicoanalítica, considera que la mujer llega a serlo, desde el lugar que ocupa en la sociedad, y es éste lugar el que la convierte en ciudadana de segunda clase.**

**Desde la perspectiva estructuralista Levi-Strauss empieza a hablar de la función del parentesco y de la familia. Señala que las identidades sexuales**



proceden de la cultura y la división sexual del trabajo es un mecanismo que favorece la dependencia entre ambos sexos. Las diferencias en las actividades productivas entre varones y mujeres están basadas en la dependencia recíproca y cultural entre uno y otro sexo.

Hacia la década de los años setentas surge la Teoría Radical del Feminismo, explica la subordinación de la mujer a partir de la presencia de sociedades patriarcales, este sistema político hace consciente la subordinación de la mujer. Sus principales exponentes son Kate Miller y Juliet Mitchell.

A mediados de esta misma década surge el Feminismo de la Diferencia, sus principales representantes son Lucy Irigaray, Karen Harvey y Annie Leclerc, quienes consideran que "ser diferente es lo que enaltece a la mujer", lo sensible, lo irracional, la capacidad de placer y la maternidad colocan a la mujer por encima de los valores masculinos.

En el cambio de década surgen discusiones entre el "Feminismo de la Diferencia" y el "Feminismo Radical". Christine Delphy que es una de las representantes del Feminismo Radical hace severas críticas al Feminismo de la Diferencia, lo califica de "neofemineidad".

En esta década se consolida el Sistema Sexo/Género como una explicación alternativa a la Teoría del Patriarcado, por su mayor extensión y profundidad (Gomariz, 1992; Rubin, 1996).

Se hace consciente un factor limitante en los estudios de las relaciones entre varones y mujeres, este factor se relaciona con la visión unidireccional, es decir, el estudio centrado sólo en la condición femenina y dejando de lado la visión y condición masculina.

**Se comenzó a perfilar una corriente más abarcadora e incluyente, que tratara de abarcar en conjunto las relaciones entre varones y mujeres, con lo cual surgen los *Estudios de Género*, es decir, aquellas reflexiones en donde no se perciba por separado la esfera femenina de la masculina.**

Los Estudios de Género aspiran a ofrecer nuevas construcciones para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y feminidad, a partir de la reconstrucción de vínculos en términos diferentes a los tradicionales, opresivos y discriminatorios. El análisis de estos nuevos vínculos contribuirá a establecer condiciones de vida más justas y equitativas para ambos géneros (Burin, 1998).

Retomando la necesidad de realizar estudios de manera más amplia e incluyente, algunos varones comenzaron a cuestionarse sobre la condición masculina, de como la cultura patriarcal a dejado huellas en las formas de sentir, de pensar y de actuar de los hombres. Algunos como forma de alianza al feminismo, para rechazarlo o de manera autónoma empiezan a escribir acerca de su condición masculina. Entre ellos se encuentran: M. Kaufman (1989), M. Kimmel (1992), D. Gilmore (1994) y J. Corsi (1995).

En la actualidad los Estudios de Género han avandonado la tarea de crear una gran teoría explicativa acerca de las condiciones femenina y masculina. Se centran cada vez más en investigaciones concretas, específicas y con metas más limitadas (Gomariz, 1992; Burin, 1998).

### **1.1.2 Fuentes Epistemológicas de los Estudios de Género**

Uno de los problemas al que se han tenido que enfrentar las personas (en su mayoría mujeres) dedicadas a la teoría e investigación con orientación en género o feminista, ha sido la validación de sus trabajos e investigaciones, ya que es necesario que los fundamentos teóricos y métodos que sustententan el

conocimiento, sean válidas científicamente, de esta manera la producción teórica de los Estudios de Género se nutre de dos fuentes epistemológicas:

- La reflexión sobre los significados acerca de la diferenciación sexual.
- La producción en el campo de la rebelión contra la subordinación de las mujeres. Desde la práctica y la Teoría Feminista.

### 1. 2 Grandes Teorías que Explican el Significado Social de la Diferenciación Sexual

Como se mencionó en el apartado anterior los Estudios de Género se nutren de dos fuentes epistemológicas, las primera de ellas se refiere a la producción del conocimiento procedente de las ciencias humanas cuando reflexionan sobre los significados de la diferencia sexual (Gomariz, 1992).

En este sentido Gayle Rubin en su escrito "*El tráfico de mujeres*" (en: comp. Lamas, 1996), hace un análisis de tres importantes teorías, básicas como alternativa para explicar la dominación masculina en las relaciones intergénero.

En su análisis parte de la siguiente pregunta: *¿qué es una mujer domesticada?*, para responder dicha interrogante, Gayle Rubin plantea la existencia de un sistema sexo/género, en el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas.

En este sentido hombres y mujeres al desarrollarse dentro de un sistema sexo/género se convierten en materia prima y son modelados por la sociedad para responder a las demandas de ésta.

**Este conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales son producto de la historia, ya que ésta a través de los tiempos ha creado modificaciones en la actividad social. Las relaciones entre hombres y mujeres no son productos ahistóricos y carentes de cambio, que puedan ser consideradas como actividades naturales para cada uno de los sexos.**

**Rubin (1996), toma como pilar teórico para su análisis tres importantes teorías:**

- **La División Sexual del Trabajo, Carl Marx y Federico Engels.**
- **La Estructura del Parentesco y la Familia, Claude Levi-Strauss.**
- **El Psicoanálisis, Sigmund Freud y Jack Lacan.**

**Dichos autores no escribieron con el fin de analizar la condición femenina, pero si aportan instrumentos conceptuales que ayudan a describir algunos aspectos de la opresión femenina y parte de la organización del sistema sexo/género. Cada uno de ellos desde diferentes disciplinas teóricas proporcionan importantes instrumentos para el análisis de la condición femenina a través de los tiempos.**

### **1.2.1 División Sexual del Trabajo**

**Gayle Rubin (1996), vincula la Teoría Marxista y las formulaciones de Federico Engels para analizar la división sexual del trabajo como una actividad humana en donde se hacen excluyentes las funciones atribuidas a hombres y mujeres. A ambos géneros se les atribuyen funciones diferentes y excluyentes entre si, a los varones se les atribuye la producción de lo material, mientras que a las mujeres se les relega a la producción de la especie.**

**En 1884 Federico Engels publica su obra *"El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado"*, en la cual considera qué el móvil que obedece la humanidad en la historia es la producción y la reproducción de la vida inmediata. Al respecto Irene Meier (1998), clasifica este proceso en dos tipos de producción:**

- **Producción de los medios de existir (alimento, vestido, domicilio, utensilios, etc.).**
- **Producción del hombre mismo, propagación de la especie.**

**En este sentido se marcan aún más las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, ya que los divide en categorías exclusivas de acuerdo a fundamentaciones biológicas y anatómicas.**

**Al dividir las actividades para cada uno de los sexos se fomenta una dependencia recíproca, es decir, hombres y mujeres establecen una relación de complementariedad entre los elementos femeninos y los masculinos, con lo cual la sociedad norma la pareja heterosexual.**

**Este sistema de producción ha dado lugar a la creación del elemento histórico y moral para crear y naturalizar formas culturales de la actividad masculina y femenina.**

**El Capitalismo ha sido una de las formas que ha naturalizado el papel de la mujer en la vida doméstica, y por lo tanto ha contribuido a la subordinación de la mujer, pues ha relegado a la posición femenina en el orden de los cuidados (esposo, hijos, hogar, enfermos, etc.) y la reproducción (maternidad).**

**Otra forma de devaluar la actividad femenina se relaciona con la necesidad de la contribución del trabajo doméstico en el resultado final de la**

plusvalía, sin embargo no se le otorga el valor necesario, ya que la actividad doméstica no es valorada ni remunerada.

La Teoría de la División Sexual del Trabajo demuestra en forma específica como la acumulación de capital se beneficia con el trabajo no remunerado de las mujeres, sin embargo, no proporciona elementos que se acerquen a la explicación del origen de la opresión femenina, siendo que en sociedades alejadas del sistema capitalista se presentan situaciones de opresión en las relaciones hombre-mujer (Rubin, 1996; Meier, 1998).

Esto puede observarse al no ser consideradas las relaciones entre hombres y mujeres en función de la categoría de género, sino con base en el análisis de clase, es decir, de la clase dominante y la clase trabajadora.

### 1.2.2 Estructura del Parentesco

Para Claude Levi-Strauss, en su artículo *"Familia"* (1956, citado en: Rubin, 1996; Meier, 1998), la esencia de los sistemas de parentesco se encuentra en el intercambio de mujeres entre hombres. Dicha estructura esta basada en la lógica del parentesco, la cual determina el acceso de las mujeres a los hombres.

Esta lógica coloca a las mujeres en el lugar de objeto, mientras que a los hombres les otorga el valor de sujetos y por lo tanto son ellos quienes deciden e intercambian a las mujeres, pues ellas son consideradas como objetos de su propiedad.

Las mujeres no participan dentro de esta transacción, por esta razón se dice que la estructura del parentesco constituye implícitamente una teoría sobre la opresión sexual, en ésta se puede observar claramente como el papel de la mujer es subordinado a la posición en la cual vive el varón.

La lógica del parentesco esta regulada por el tabú del incesto, la cual consiste en la prohibición cultural de acceder o no a determinadas mujeres. Desde muy temprana edad niños y niñas interiorizan la prohibición de acceder a las mujeres u hombres del mismo lazo sanguíneo (Rubin, 1996; Meier, 1998).

Levi-Strauss (1969), cita un dicho donde señala la importancia de la prohibición del acceso a las pertenencias entre el propio grupo de personas, señala que uno de los rasgos más notables entre las sociedades primitivas es "el dar y recibir", es decir, el intercambio de toda clase de cosas, como alimentos, hechizos, rituales, herramientas, palabras, poderes e incluso mujeres, al respecto, cita el siguiente dicho que caracteriza al intercambio en las relaciones sociales (citado en Rubin, 1996:50):

*"Tu propia madre, tu propia hermana, tus propios puercos,  
tus propios camotes que has apilado, no los puedes comer.  
Las madres de otros, las hermanas de otros, los puercos  
de otros, los camotes que ellos han apilado, los puedes  
comer".*

El incesto es una prohibición casi universal, la cual organiza la descendencia entre clanes, tribus, pueblos, familias, etc., además de otorgar el poder entre los participantes, pues como ya se señaló, los hombres son quienes se benefician de esta transacción.

La lógica del parentesco además de estar regulada por el tabú del incesto, se basa en el orden del "dar y recibir", pues al hacer regalos se establece una relación de solidaridad y confianza entre sus participantes, o bien, también puede significar una relación de competencia, rivalidad y humillación. En este sentido, el matrimonio es una forma básica del intercambio de regalos entre grupos de personas (familias), de tal forma que las mujeres constituyen el más precioso de los obsequios y al entregarlas en matrimonio se establece

una relación recíproca entre dos grupos y se forma una fuerte alianza entre ellos.

En conclusión, la estructura del parentesco permite observar algunas generalidades básicas sobre la organización de la sexualidad humana. Al respecto Meier (1998), señala tres principios universales en la unión matrimonial:

- **Económico.** La División Sexual del Trabajo tiene la finalidad de establecer una dependencia recíproca en cada uno de los sexos, ya que uno de los sexos debe realizar ciertas tareas y tiene prohibido aprender las propias del otro sexo.
- **Prohibición del incesto.** En toda sociedad existe un tipo de unión no permitida, ésta forma una mutua dependencia entre familias obligadas a perpetuarse en sí mismas, formando a su vez otras familias. Esto se logra mediante un proceso social de afinidad o descendencia.
- **Intercambio de mujeres.** Basado en la teoría del Don o Regalo, de Marcel Mauss (en: Rubin, 1996; Meier, 1998). Este intercambio sostiene y crea el lazo social, siendo que el don más preciado posible de intercambiar es la mujer.

### 1.2.3 Psicoanálisis

Uno de los primeros autores en hablar acerca del significado de las diferencias sexuales entre varones y mujeres fue Sigmud Freud, en su obra *"Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos"*, presentada en 1925, dio lugar a innumerables e importantes críticas acerca del significado psicológico y social que se le atribuye a esta diferencia.



La Teoría Freudiana explica los mecanismos inconscientes a través de los cuales hombres y mujeres experimentan diferentes situaciones que los llevan a conformar una identidad y preferencia sexual masculina y/o femenina. Para Freud (1925), la diferencia anatómica "pene-clitoris" o "falta de" provoca una serie de consecuencias y significados diferentes para cada uno de los sexos.

Las críticas a favor y en contra de las postulaciones freudianas se centran en cómo una serie de consecuencias políticas, económicas, sociales, culturales, psicológicas e imaginarias son resultado de la diferencia anatómica del varón y de la mujer: PENE ≠ CLITORIS/VAGINA.

De acuerdo con las etapas psicosexuales de la teoría freudiana, en las fases Oral y Anal niños y niñas siguen un desarrollo con características similares, para ambos el objeto de amor y placer es la madre.

Durante la fase Pre-edípica niños y niñas son psíquicamente imposibles de distinguir, pues aún no han adquirido las nociones subjetivas de masculinidad o feminidad, y tampoco se ha determinado la preferencia del objeto sexual. Rubin (1996), describe a los pequeños/as durante esta etapa como bisexuales, con actitudes libidinales activas y pasivas, debido a que aún les es indistinto participar con pares varones o mujeres, o bien durante el juego adoptar el papel de niño o niña.

Para la teoría freudiana, la bisexualidad se refiere a una bipolaridad del deseo sexual y no al género. Al respecto durante la etapa preedípica el niño/a aún no determinan la elección del objeto, por lo que para el niño la relación con ambos padres será anaclítica hasta que comprenden el significado de la diferencia sexual de los órganos genitales, dará lugar a la relación triangular entre el/ella y ambos padres.

**Esta situación da lugar al Complejo de Edipo, donde el niño o la niña ven como un rival al progenitor del sexo opuesto. En un principio el niño/a mantiene un fuerte vínculo afectivo con ambos padres, pero la relación no es totalmente triangular, ya que el niño/a no percibe un fuerte lazo entre su padre y su madre.**

Cuando entiende la relación entre padre-madre, como mujer-madre-esposa con un varón-padre-esposo, la relación se torna triangular y manifiesta una actitud de rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo. Esto implica que el niño/a deba haber idealizado e interiorizado el género al que pertenece para que surja la situación edípica y esta última da lugar a la orientación o elección del objeto sexual del niño/a (Dio Bleichmar, 1985).

En la fase Fálica alrededor de los tres años de edad niños y niñas descubren la "ausencia" o "falta de" pene en el cuerpo de la niña. A consecuencia de este descubrimiento experimentan distintas situaciones que los llevan a conformar una identidad femenina o masculina según la anatomía de su cuerpo.

#### **1.2.3.1 Complejo de Edipo y Complejo de Castración**

La fase Fálica se caracteriza por el surgimiento de los complejos de Edipo y de Castración, estos complejos son el resultado de la diferenciación anatómica de los pequeños cuerpos sexuados y que por ende traerán consecuencias en el desarrollo yoico.

El complejo de Edipo y el complejo de Castración difieren en el orden y significado, en la niña a diferencia del niño primero experimenta un sentimiento de castración y por último su libido se centra en el progenitor del sexo opuesto.

Respecto al significado, ambos sexos viven de manera diferente tal experiencia, los niños temen ser castrados, mientras que las niñas ya no tienen nada que temer, pues ya se observan castradas.

En el caso del varón, primero experimenta el Complejo de Edipo, siendo que la energía libidinal se dirige hacia el objeto de placer, que es la madre, esta situación crea angustia, y ésta lo hace situarse en un sentimiento de castración, es decir, un miedo ante su "rival", que es el padre. A continuación se señala el camino experimentado por el niño ( \* ):

1. El niño retiene el mismo objeto que ya catetizó.
2. Percibe al padre como un molesto rival a quien quisiera eliminar y destruir.
3. La actitud edípica del varón sucumbe ante la angustia de castración y lo hace entrar a la fase Fálica.
4. La fase se supera una vez que el niño resuelve el Complejo de Castración identificándose con su padre, es decir, adoptando la masculinidad.

Se introyecta el tabú del incesto y se conforma la noción de parentesco, con lo cual el niño sabe que no puede acceder a su madre pero si a otras mujeres.

Para la teoría freudiana el complejo de Edipo presenta al niño dos alternativas:

1. tener pene, o
2. estar castrado.

\* La Perspectiva de Género y la Sexualidad Femenina y Masculina. Curso impartido por la Lic. Patricia Bedolla, Fac. Psicología, UNAM, 1998.

Esta situación Lacan la traduce en un orden simbólico. Deja de lado la referencia anatómica y enfatiza el desempeño del rol masculino-dominante a través del falo, las alternativas presentadas al niño serían (Rubin, 1996):

1. tener un falo, o
2. no tenerlo- castración simbólica.

La castración no es una verdadera "carencia", sino un significado conferido a los genitales de la mujer. Para Lacan la envidia de pene significaría reconocer la situación y asumir la posición femenina, pasiva y heterosexual (Rubin, 1996).

El niño durante la etapa fálica posterior al complejo de Edipo experimenta ansiedad ante la amenaza de castración por parte de su padre, esta ansiedad no podría estar presente si el niño antes no hubiera desarrollado una identidad de género, por lo tanto se puede deducir que durante la etapa preedípica ya existe un sentimiento de ser varón, lo cual hace posible que experimente temor ante la amenaza de perder la masculinidad. De acuerdo con esta postura la identidad de género no se ve comprometida con la resolución edípica, lo cual quiere decir que el género no se ve afectado por el deseo o preferencia sexual que logre el niño o la niña (Dio Bleichmar, 1985).

La experiencia femenina es totalmente diferente, la niña en un primer momento experimenta el Complejo de Castración, pues ante el descubrimiento de su anatomía, se percibe como castrada. Posteriormente desplaza su libido hacia el nuevo objeto de placer, el padre; para ello experimenta todo un proceso de desarrollo psíquico, el cual es mostrado a continuación (según Freud):

1. La niña descubre la "falta" de pene en su cuerpo y quiere tenerlo.

2. Sabe que su madre también está castrada y la desprecia. Experimenta un sentimiento de inferioridad.
3. Sabe que nunca va a tener su cuerpo un pene y la única forma de obtenerlo es a través de un hijo.
4. Ahora su objeto de deseo es su padre ya que es quien le puede dar un hijo.

La niña al reconocer que está castrada se aparta de la madre y reprime los elementos "masculinos" de su libido, experimenta la envidia de pene al comparar su diminuto clitoris con el pene y esta situación la lleva a desarrollar un sentimiento de inferioridad. Desiste de su lucha con la madre y termina por asumir la pasividad y la posición femenina frente al padre (Rubin, 1996).

La maternidad sería una forma de resolver el Complejo de Edipo debido a la significancia y reconocimiento que implica para una mujer ser madre y cumplir adecuadamente con el rol maternal.

La resolución del Complejo de Edipo en la mujer y en el varón se centra en adoptar la feminidad o la masculinidad, así como asumir una preferencia heterosexual "normal".

La diferenciación masculino/femenino se hace evidente a través de la diferencia biológica y anatómica, la cual más tarde se asume y naturaliza en una diferencia social, conformadas en actividades pasivas y activas.

La diferencia biológica y anatómica de un cuerpo sexuado se traduce en la siguiente ecuación:

*mujer - vagina/clitoris ≠ varón - pene*

La cual se transcribe en una desigualdad social cuando se percibe de la siguiente forma:

*mujer - pasiva - femenina*

*varón - activo - masculino*

El pene se considera como un órgano activo, el cual se deposita en la vagina.

El clitoris es un órgano análogo al pene, por lo que se considera activo y con ciertas características masculinas, sin embargo, la vagina es el órgano totalmente femenino, ya que es el receptor pasivo del pene.

Para Marie Bonaparte (ed. 1978), el aspecto que fundamenta a lo femenino y a lo masculino es la distinción entre la actividad y la pasividad. Señala como parte fundamental, el desarrollo de la bisexualidad en todo ser humano (se basa tanto en datos biológicos como psicológicos). Para su análisis, toma como punto de partida la evolución de la libido formulada por Freud y completada en algunos puntos por Abraham.

En la evolución de la pasividad-actividad, la cloaca tiene un papel fundamental, ésta el órgano erótico y signo de predisposición a las actitudes psicosexuales pasivas en cualquier sexo. Durante la primera etapa oral, la cloaca es un órgano pasivo, ya que a través de las caricias de la madre obtiene estados placenteros.

En la segunda etapa anal, la cloaca se relaciona con la actividad erotizada de controlar el esfínter, de la misma forma que el niño/a adquiere los elementos para controlar su comportamiento de una forma primitiva (moral primitiva). Al finalizar esta etapa (fase sádico-anal), surge el Complejo de Castración, con lo cual empieza una diferenciación psicosexual en el niño y en la niña, y adquiere los fundamentos culturales para establecer una moral de tipo patriarcal. Esto

significa que comienza a comportarse de acuerdo a conductas activas (en el caso del varón) y pasivas (en la niña), con lo cual queda constituido el Complejo de Edipo.

### **1.3 Construcción de la Subjetividad Femenina**

Instituciones de poder, como la religión, la medicina, la ciencia y las leyes jurídicas han influido de manera determinante en la construcción de sujetos, pues el discurso utilizado en cada una de estas instituciones ha organizado las relaciones entre hombres y mujeres de acuerdo a las necesidades del contexto histórico en el que se encuentren.

En este caso los preceptos religiosos de la moral Judeo-Cristiana han tenido un gran peso en la construcción de la subjetividad, principalmente en relación con la actividad sexual, ya que ésta se organiza de acuerdo a valores y atributos moralmente aceptados.

Existe una relación entre los pasajes míticos, las narrativas y los personajes bíblicos de la religión Judeo-Cristiana que anticipan y refuerzan el tipo de vínculo sexual entre los géneros, por ejemplo el matrimonio, la monogamia, la virginidad, el débito conyugal y la maternidad.

Amuchastegui y Rivas (1997), señalan la importancia del mito como un organizador y estabilizador de la sociedad, así como por sus grandes efectos en la construcción de la subjetividad de los individuos. Pues el mito tiene la función de conservar los valores propios de una sociedad y mantenerla estable.

Dichas autoras definen al mito como el espacio privilegiado de significaciones colectivas que otorgan un sentido vital y orientador a la organización empírica de las sociedades.

Los mitos otorgan un sentido de organización y comprensión a las vivencias de los seres humanos, responden a la necesidad de adscribir al caos de vivencias, sentimientos, relaciones y acciones, un significado que las constituya en experiencias inteligibles.

Estos mitos provienen de "narrativas sagradas", por lo que se consideran incuestionables para la racionalidad y son aceptados como verdades "únicas", siendo esta cualidad el origen de su fuerza y la razón que los mantiene alejados del análisis de sus adeptos, por lo cual difícilmente serán cuestionados.

Los mitos han tenido un fuerte impacto en la construcción de la subjetividad y de la identidad de género, para que esto fuera posible la Iglesia Católica se encargó de crear diferentes caminos para traducirlos en prescripciones morales y técnicas de vigilancia sobre la sexualidad. Amuchastegui y Rivas (1997), relacionan estos caminos con los siguientes aspectos:

- *Regulación por el orden social.*

La sexualidad se encuentra cada vez más relacionada con las distintas instancias que la marcan y la definen, como la política, la economía, la religión y la medicina. Estas instituciones se encargan de fijar sus límites, no sólo de la gestión pública sino también de lo relacionado con las prácticas individuales.

- *Desligue de la sexualidad del ámbito privado hacia el ámbito público.*

A partir de la modernidad la sexualidad fue deslizándose hacia los espacios cada vez más públicos, por lo que en esta esfera se fue constituyendo su regulación y normatización. Empezó a ser objeto de análisis por diversas instituciones como la medicina y fue intervenida por el discurso especializado de ésta.



- *La sexualidad regida por los sistemas de poder.*

La sexualidad continuó sometida por el rigor de los sistemas de poder, que durante algunas épocas entrecruzaron sus formas de coerción, por ejemplo la "cacería de brujas" y la Inquisición.

- *Normalización por la moral de la Iglesia.*

La ideología Judeo-Cristiana y su principal forma de organización que es la Iglesia, a partir de la modernidad fue concretando sus preceptos fundamentales e interiorizándolos en las profundidades psíquicas y espirituales de los individuos.

De acuerdo con la ideología Judeo-Cristiana, la imagen del varón se concibió a semejanza de un Dios masculino omnipotente, mientras que a la mujer se le atribuye la noción de objeto y como tal, el deber de ser dominada y se le sitúa en el orden de lo instintivo e irracional.

El pasaje bíblico de la "creación" contiene elementos que fundamentan las modalidades a partir de las cuales se comprenden y entablan las relaciones de género en nuestra cultura. Este mito participa en las significaciones alrededor de la diferencia jerárquica entre hombres y mujeres, el ejercicio de poder y las atribuciones de cada uno de los géneros (Amuchastegui, Rivas, 1997).

Este tipo de mitos ayudan a reglamentar y mantener las relaciones entre los géneros, además de que intervienen en la construcción de la subjetividad masculina y femenina, dando características de poder y autoridad al varón, pues es creado a semejanza de un Dios y se le atribuye el dominio de las situaciones, objetos, así como el poder de decisión sobre ellos. A diferencia de

la mujer que fue creada como prioritaria de los requerimientos del varón, de manera circunstancial y secundaria.

En este sentido, varios pasajes bíblicos refuerzan los atributos adscritos socialmente a cada uno de los sexos, por ejemplo:

*Mujer:* irracional, sensual, dependiente, sometida, seductora y maternal.

*Varón:* racional, con capacidad de decisión, sabiduría, control y dominio.

Los mitos son una de las formas que apoyan y mantienen las significaciones sociales y valoraciones en torno a las diferencias entre los sexos. Al relacionarse con las diversas instituciones y apoyarse en el discurso adquieren mayor fuerza y se inscriben como preceptos dentro de la vida cotidiana. De esta manera organizan, configuran y significan las experiencias y prácticas sexuales de los sujetos.

De esta manera, la Iglesia como institución de gran influencia en la regulación y organización de la actividad de hombres y mujeres, fue constituyendo los elementos que conforman la subjetividad femenina y masculina. Dentro de la femenina, se sitúa a la mujer dentro de una función reproductora, donde principalmente sus actividades se desarrollan dentro de la esfera privada y personal, se espera que desarrolle habilidades para los cuidados, contención y nutricias.

Las actividades fuera de dichas prescripciones se consideraban como demoníacas y pecadoras. Saéz (1979), señala que durante la Inquisición se desarrolló la cacería de Brujas, en donde las mujeres que no cumplían con estas funciones eran consideradas como brujas y juzgadas por la Santa Inquisición. Dichas mujeres se caracterizaban por la pérdida de su encanto

físico, incapacidad para procrear, formaban grupos entre sus pares y vivían con autonomía, dedicándose a actividades no domésticas (citada en Burin, 1998).

Varios siglos después, la Revolución Industrial también tuvo una gran influencia en la constitución de la subjetividad femenina y masculina, el cambio en el sistema de producción, tuvo implicaciones importantes en la actividad de hombres y mujeres, se constituyó la familia nuclear y como consecuencia se delimitaron aún más las funciones para cada uno de los géneros, a los varones se les atribuyó la responsabilidad de la supervivencia de la familia, a través del trabajo como ideal social, a las mujeres se les asignó como ideal social la maternidad.

La principal función femenina es el trabajo reproductivo, es decir, la producción de sujetos, están encargadas del cuidado, alimentación, educación y necesidades afectivas de los miembros de su familia, el objeto de intercambio entre las mujeres es el afecto.

Por otro lado, para los hombres su principal función es el trabajo productivo, aquel que sea capaz de volverse visible y ser analizado, como el dinero o los bienes materiales.

La función y trabajo de las mujeres poco a poco se fue haciendo invisible, pues en la mayoría de los casos no es valorado y mucho menos remunerado, el único bien que van acumulando a través de los años es la deuda de gratitud. Este trabajo se fue haciendo invisible hasta que comenzó a crear un malestar en las mujeres y se empezaron a cuestionar los factores que pueden constituir los modos de vida enfermantos (Burin, 1994; 1998).

Por otra parte, la Teoría Psicoanalítica también ha generado importantes críticas en torno a la constitución de los sujetos como varones o mujeres, dicho autor en sus obras: *"Sexualidad Femenina"* (1931) y *"Feminidad"* (1933), no

**señala claramente la diferencia entre identidad sexual "feminidad/masculinidad" y la orientación sexual del sujeto. Las críticas se basan principalmente en que no sólo a través del descubrimiento de la diferencia anatómica, el niño o la niña organizan su estructura psíquica en torno a una masculinidad o feminidad.**

**Dio Bleichmar (1985), considera que el Complejo de Edipo y el Complejo de Castración tienen la función de organizar y definir el deseo sexual del niño o la niña, pero no el género, es decir, la feminidad o la masculinidad.**

**En el caso de la niña la castración decide sobre la sexualidad femenina y no sobre la feminidad, es a través del Complejo de Edipo que la niña establecerá la elección del objeto sexual, y normalmente se espera una elección heterosexual, la cual debe ser diferenciada de la feminidad, ya que existe homosexualidad femenina masculinizada. Sin embargo esto no basta para que la niña se identifique con las actividades femeninas, ya que a consecuencia de la castración la niña desvaloriza el rol femenino y debe reconstruir su sistema narcisista de ideales del género, para reinstalar su feminidad valorizada que oriente tanto su rol de género como su deseo sexual.**

**Para Dio Bleichmar (op. cit.), la prolongación y clausura del Complejo de Edipo, se explica a través del proceso de reconstrucción narcisista que debe seguir la niña durante la latencia y adolescencia:**

**1. Reconstrucción de su feminidad, a través de la instauración del Yo femenino secundario, que no sólo incluya la oposición fálico-castrado, sino el rol social, moralmente aceptado, el cual es ambivalentemente valorado por nuestra cultura.**

**2. Narcisizar la sexualidad, pues el valor es ampliamente contradictorio en nuestra cultura.**

**Dicho rol social, necesario para valorizar de nuevo el rol femenino, se puede explicar a través del proceso de estructuración de la feminidad y masculinidad que la niña sigue durante la latencia y la adolescencia:**

- **Identificación con el objeto rival.**
- **Ejercicio del rol femenino, a través de la relación con la madre.**
- **Proceso de moldeamiento sobre los ideales de feminidad o masculinidad desarrollados en la familia y en la cultura en la que vive.**

**La representación del sistema narcisista del Yo Ideal e Ideal del Yo, así como Super Yo, siguen cursos de estructuración diferente en ambos géneros, lo cual resulta en modos de acción y pensamiento diferente para hombres y mujeres.**

#### **Mujeres**

- **Se desarrollan en un mundo privado y doméstico.**
- **Preocupación por el cultivo de la gracia, la seducción y los sentimientos.**
- **La satisfacción pulsional es fuertemente condenada.**

#### **Hombres**

- **Su desarrollo se sitúa en el mundo social y público.**
- **Se les atribuye la capacidad para la toma de decisiones.**
- **Tienen el poder de transformar la realidad.**
- **Se legitima el ejercicio del placer pulsional.**

**Dio Bleichmar (1985), introduce el concepto de género en la explicación de la conflictiva de la mujer al aceptar o rechazar los estereotipos sexuales que**

la cultura atribuye a ambos géneros. De tal forma que la histeria es la máxima expresión de dicha conflictiva y el incluir el concepto de género permite comprender más cabalmente la histeria. Define la histeria de la siguiente manera:

*"La histeria que ubicada en el centro del conflicto básico del carácter narcisista, que impulsa a la mujer a una suerte de feminismo espontáneo, pues lo que trata es de equiparar o invertir la valorización de su género, no el comportamiento sexual. Cada vez que se sienta humillada apelará a su única arma en la lucha narcisista, el control de su deseo y su goce, para de esta manera invertir los términos, ella será el amo, asumiendo un deseo de deseo insatisfecho".* (pag. 31).

Retomar la Teoría Psicoanalítica dentro del concepto de género, permite entender claramente la dimensión simbólica de la subjetividad masculina y de la femenina, así como los factores culturales que predisponen a la manifestación de algunos malestares y problemas de salud mental en torno a las consecuencias de la diferenciación sexual entre los géneros.

En la presente investigación se retomarán los trabajos de distintos autores con base en los factores económicos, políticos, culturales y psicológicos que como consecuencia crean condiciones de malestar para las mujeres, malestares que frecuentemente se consideran como naturales o bien, no se les da la debida importancia. Estas condiciones crean modos de vida enfermantes para las mujeres e influyen en el equilibrio funcional y emocional del resto de la familia.

Una forma de abordar esta problemática desde la psicología clínica es la terapia con orientación feminista, la cual tiene el propósito de aportar desde la teoría y la práctica vías para modificar las relaciones entre los géneros y el

fortalecimiento de la mujer. En los capítulos 4 y 5 se abordarán más ampliamente las características de la Terapia Feminista.

## **Resumen**

Los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan a la Terapia Feminista se encuentran estrechamente relacionados con la producción teórica proveniente de los Estudios de Género, esta alternativa teórica da la posibilidad de generar nuevas construcciones sociales que permitan a hombres y mujeres reconstruir sus vínculos, de tal manera que se favorezca el establecimiento de condiciones de vida más justas y equitativas para ambos, principio que es fundamental para esta orientación psicoterapéutica.

Los Estudios de Género se nutren de dos fuentes epistemológicas, una de ellas es la reflexión sobre los significados de la diferenciación sexual, por lo que en este primer capítulo se abordan tres Teorías conceptuales que permiten analizar cómo a través de la historia se han organizado las relaciones entre hombres y mujeres en términos sociales, económicos y políticos, e incluso cómo han influido en las subjetividades de ambos géneros. Los marcos conceptuales abordados son la División Sexual del Trabajo, C. Marx y F. Engels; la Teoría del Parentesco, Levi-Strauss y el Psicoanálisis, S. Freud.

Por último, se señala la influencia que han tenido instituciones de poder como la Religión y la Medicina en la construcción de la Subjetividad Femenina, pues a través mecanismos como el discurso se ha favorecido que la actividad humana sea organizada, regulada y normatizada de acuerdo a características exclusivas y excluyentes para ambos géneros, y como consecuencia lo femenino se sitúe en la reproducción, en el desarrollo de habilidades para los cuidados y la contención, es decir, en "lo invisible"; a diferencia de lo masculino, que se relaciona con el trabajo productivo, el dinero y los bienes materiales, resultando "lo visible".

## **CAPÍTULO 2**

### **EL GÉNERO Y LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD DE LAS MUJERES**

A través de los tiempos a las mujeres y a los hombres se les ha colocado dentro de dos esferas o mundos que difieren entre sí, desde muy pequeños se esfuerzan por comportarse de acuerdo a las prácticas socialmente establecidas, ya que al llevarlas a cabo cumplen con la condición necesaria para ser considerados como varones o mujeres, según sea su anatomía, pero también es la condición necesaria para adquirir la categoría de género, es decir, situarse dentro de la esfera femenina, o bien, la masculina.

Carmen Saéz Buenaventura (1993), señala que desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida, los individuos crecen y se desarrollan mediante formas de socialización teniendo como modelos a los sujetos adultos, masculinos o femeninos, los cuales a su vez son los prototipos o estereotipos para adquirir la categoría de género. A partir del sexo biológico, se elabora el cultural o de género, el cual da lugar a la expresión de atributos y habilidades, siempre acercándose lo más posible a los modelos "deseables" o socialmente aceptables.

Como parte de este complejo proceso, la sociedad atribuye funciones diferentes y excluyentes entre hombres y mujeres, a las mujeres se les coloca dentro de la esfera privada, principalmente se les otorgan las funciones domésticas, el cuidado de las personas y la maternidad, excluyéndolas de la actividad pública, la cual es preferentemente masculina. La sociedad en la que se vive ha favorecido el desarrollo y la práctica de dichas condiciones, ya que se han condicionado socialmente y se observa la aceptación a través del discurso, considerando dichas prácticas como naturales.



De acuerdo con lo anterior, Velázquez (1990), señala que ser mujer significa contar con representaciones histórico-culturales y espacios sociales determinados que ofrecen escasas posibilidades para desarrollarse como un sujeto activo dentro de la sociedad.

De esta manera, se observa que el ser humano al integrarse dentro de una sociedad, es imprescindible que conduzca su comportamiento de acuerdo con una serie de predisposiciones social y culturalmente establecidas por ésta; sin embargo, se ha mencionado que existen diferencias respecto a lo esperado para cada género, lo cual significa que si hombres o mujeres no conducen su conducta de acuerdo con los parámetros señalados, ambos corren el riesgo de que su conducta sea considerada como anormal y en el mayor de los casos sea etiqueda de acuerdo a cuadros clínicos nosológicos.

En este capítulo se abordarán los aspectos relacionados con la construcción del concepto de salud mental, enfatizando los factores de carácter social y cultural que influyen en el proceso de salud-enfermedad mental femenina. En este sentido, es importante considerar las hipótesis alternas al modelo médico tradicional, las cuales tratan de dar una explicación a las diferencias en los modos de enfermar entre hombres y mujeres. Estas surgen a partir de datos estadísticos y observaciones realizadas en la práctica clínica institucional y privada.

## **2.1 Construcción del concepto de Salud-Enfermedad Mental de las Mujeres**

La descripción del continuo salud-enfermedad mental parte del modelo médico psiquiátrico tradicional, donde la salud se explica desde la dualidad normalidad-anormalidad, en donde todo aquello que se sitúe fuera de la norma es considerado como anormal o patológico. Al respecto, la salud mental de las mujeres también es explicada a través de este principio,

afortunadamente se le ha sumado otro a su construcción, éste esta ligado estrechamente con la producción social, en la que se ha constituido a las mujeres como sujetos.

Burin (1990), describe cómo se ha estructurado el concepto de salud mental de las mujeres a través de los tiempos. Para su análisis consideró los siguientes ejes:

**1. De vírgenes a pecadoras.** Dentro de la tradición Judeo-Cristiana, la noción de mujer estuvo sujeta a la posición de objeto, la cual debía ser dominada por un sujeto (varón) y no trascender al orden divino. Con el concilio de Trento se le adjudicó un "alma" a las mujeres, sin embargo, esta situación no cambió del todo su condición, ya que seguían siendo consideradas como individuos de segundo orden en comparación con los varones, ya que se consideraba a la mujer desde el orden de lo instintivo, lo irracional y lo no espiritual. Por otra parte, la moral Judeo-Cristiana ha valorado a la mujer a partir de su función reproductiva, esto quiere decir, que la glorifica por su carácter de virgen y madre, así como también la estigmatiza debido a su perversa asociación con el sexo y lo demoníaco-pecador. De esta forma, el concepto de salud-enfermedad mental femenina se encuentra estrechamente relacionado con esta concepción, como vírgenes dignas de ser santificadas, o bien, como demoníacas agentes de la sensualidad y de lo irracional.

**2. De brujas a locas.** En el año 1204 el poder secular da origen a la Santa Inquisición en Francia y siglos más tarde en las colonias del Norte de América. Esta práctica basada en doctrinas religiosas y el ejercicio del poder (masculino), consiste en la persecución de brujas. Sáez Buenaventura señala que las brujas o mujeres perseguidas por la Inquisición se caracterizaban por ser viejas, pobres, carentes de prestigio social, marginadas y se unían a otras en su misma situación. Dichas

mujeres durante mucho tiempo fueron los únicos agentes de salud física y mental para el campesinado y los ciudadanos de más bajos recursos, ellas tenían conocimientos sobre farmacología y remedios de diversa índole, basados en sus prácticas con plantas y hierbas, traumatología, ginecología e incluso psicología. El tipo de vida que caracterizaba a estas mujeres, las colocaba en una posición diferente a la "norma" femenina de ese momento y lugar, lo cual favorecía que fueran etiquetadas de locas y anormales.

A partir del siglo XVIII la medicina comenzó a tener un carácter exclusivamente académico, a las mujeres no se les permitía el ingreso a las universidades y mucho menos a las mujeres de las que se ha hablado, por lo que quedaron fuera del circuito oficialmente reconocido. Como ya se mencionó la salud y la enfermedad empezaron a tener un estatus exclusivamente académico, por lo que ellas fueron excluidas de este saber y los criterios médicos quedaron sólo en manos de los varones, desde su experiencia "masculina" dictaminaron los criterios de salud-enfermedad en estrecha alianza con la ley humana y la divina. De esta manera se observa una diferencia entre la medicina "masculina" (académica y reconocida) y la "femenina" o la seguida por las brujas, la magia y la hechicería.

Hacia fines del S. XVIII, las enfermedades mentales aún quedaban dentro de explicaciones naturales y sobrenaturales, principalmente en esta última, su comprensión y terapéutica estaba en manos del exorcismo y/o peregrinaciones a determinados santuarios, prácticas muy similares a la hechicería (femenina).

Al término de la vida feudal, comenzó a surgir la noción de familia, por lo que la estructura y organización de las relaciones por sangre cambiaron, los grupos se tomaron más estrechos y reducidos y la actividad entre los géneros se fue haciendo cada vez más específica y excluyente, este

también fue un factor para la construcción de la subjetividad femenina y masculina, ya que a las mujeres se les fue normativizando a la actividad doméstica y aquella que no la siguiera era considerada como anormal. Esta generaba exclusión del grupo social, aislandolas como enfermas mentales y sujetas al orden social.

Las actividades domésticas como la maternidad y el cuidado del hogar fueron delimitando cada vez más la subjetividad femenina, por lo que el "ideal maternal" se constituyó como el elemento base de la subjetividad femenina y el cumplimiento de este ideal se consideró como una garantía para la salud mental. También durante esa época comenzó a tener una fuerte relación la sexualidad femenina con la reproducción, por lo que el placer sexual empezó a ser reprimido a menos que estuviera ligado con la función reproductiva, para lograr su control surgieron mecanismos a partir del poder de diversas instituciones como: la medicina, la religión, la legislación y la educación.

**3. La psiquiatrización del cuerpo de las mujeres.** En tanto que la salud mental de las mujeres queda adscrita al ejercicio de una moral maternal, su enfermedad mental se relaciona hacia fines del siglo XVIII con las enfermedades del útero, por lo tanto la histeria es considerada la locura femenina por excelencia. Para el siglo XIX no sólo psiquiatrizaban su cuerpo, sino también sus deseos y sentimientos, interpretándolos por vía de los humores, fluidos linfáticos y principalmente por vía de temperatura del útero asociadas a las reglas menstruales. No sólo en la estructura psíquica, sino también en la estructura moral, las mujeres que no se dedicaban a la actividad laboriosa eran muy vulnerables a la histeria, como consecuencia de la existencia burguesa ociosa y el aislamiento del ámbito doméstico.

### **2.1.1 La Influencia del Género en la Salud Mental Femenina**

Varias autoras como Emilce Dio Bleichmar (1985), I. Castro (1987), Clara Coria (1987), Mabel Burín y Susana Velázquez (1990), Carmen Saéz (1993), González, González y Valdueza (1993), Ana Ma. Fernández (1993) e Irene Meler (1996), han realizado trabajos donde desde una perspectiva de género analizan aquellos factores económicos, sociales y culturales que no sólo crean diferencias en las actividades entre ambos géneros, sino también dan lugar a diferencias en la organización psíquica, ya que han observado diferencias en la adaptación y salud mental de hombres y mujeres.

No sólo los factores sociales, políticos, económicos y culturales han tenido repercusión sobre la condición femenina, sino también la historia personal del individuo tiene una gran influencia para el desarrollo de conflictos y malestares psíquicos.

Siguiendo la misma línea, Castro (1987), realizó un artículo llamado *"Psicoterapia de Mujeres"*, en el cual busca una relación entre los síntomas manifestados en mujeres y las condiciones concretas en que se han producido. Esto implica el supuesto de que no son consecuencia de una dinámica intrapsíquica, sino son interpretados como la expresión de una historia individual, estructurada en un determinado momento histórico-cultural.

En la consulta clínica Castro (1987), Coria (1987), Saéz (1993) y Meler (1996), han observado diferencias en las dificultades de adaptación entre hombres y mujeres, lo cual da como resultado que hombres y mujeres no enfermen de lo mismo.

Castro (1987), menciona la existencia de ciertos aspectos que prevalecen en la consulta clínica de mujeres. Identifica algunas constantes en los motivos de consulta femeninos:

1. Conflictos en la relación de pareja. Consisten en la desvalorización de algún miembro de la pareja, en la mayoría de los casos es la mujer, también es frecuente la presencia de maltrato verbal y físico entre la pareja.
2. Conflictos con los hijos púberes y adolescentes. Las mujeres se observan irritables y angustiadas ante los posibles conflictos con sus hijos. La relación frecuentemente se caracteriza por reproches entre madre e hijos.
3. Estados depresivos. La actividad femenina se desarrolla generalmente en la esfera privada, tradicionalmente se centra a las mujeres en las funciones domésticas y en la maternidad. Al estructurar su vida solamente en esta esfera, puede generar sentimientos depresivos en las mujeres.
4. Trastornos psicossomáticos. Los síntomas físicos del organismo en muchas ocasiones son el puente para la canalización a un servicio psicológico. Frecuentemente los síntomas físicos están ligados a la dificultad para reconocer y expresar sentimientos y deseos a través de la palabra hablada.
5. Dificultad para insertarse en el ámbito público. Como anteriormente se mencionó, la percepción tradicional de la actividad femenina se centra en la esfera privada, por lo que esta idea dificulta el que se le considere a la mujer apta para las tareas que no se relacionen con la actividad femenina, e incluso ella pueda sentirse insegura ante sus capacidades. En niñas y adolescentes se ha observado cierto temor por salir de su casa, a lugares y con personas desconocidas. Este retraimiento entorpece la creación de vínculos e integración al grupo de pares, a la actividad laboral y también en el manejo del dinero.

Esta serie de conflictos tradicionalmente se han remitido a la condición femenina, de tal forma que a través de los tiempos han dejado una huella

psíquica en la estructura de las mujeres. Esta interiorización de la experiencia femenina ha creado factores que hacen vulnerable a la mujer para experimentar dichas alteraciones (Coria, 1987).

A principios de los años ochentas, Clara Coria y otro grupo de profesionales en el campo de la salud mental crearon Grupos de Reflexión de Mujeres. En 1981 dentro del Centro de Estudios de la Mujer (CEM) en Argentina, comenzarán a funcionar Grupos de Reflexión de Mujeres dentro de una sección llamada Departamento de Comunicaciones, que más tarde recibió el nombre de Departamento de Apertura a la Comunidad.

Los Grupos de Reflexión de Mujeres pronto se convirtieron en un espacio de interrelación, es decir, un puente de enlace entre los conocimientos, investigaciones y producciones académicas de los Estudios de la Mujer, y los cuestionamientos, inquietudes y experiencias de las mujeres.

El objetivo principal de los Grupos de Reflexión de Mujeres es hacer visible los mecanismos que generan y mantienen la discriminación hacia el género femenino, cómo las ideologías al no ser cuestionadas se transforman en la actividad cotidiana y en lo natural. Estos grupos favorecieron el surgimiento de la conciencia de género entre las mujeres y las llevaron al análisis de aquellos factores que hacen invisible la subordinación femenina dentro de las actividades cotidianas. También se observa que fomentan la reelaboración de la asignación de funciones y roles tradicionales, de tal forma que se lleguen a incluir aquellos factores omitidos dentro de la práctica cotidiana, por ejemplo el manejo de los bienes y del dinero.

Los Grupos de Reflexión de Mujeres favorecen la toma de conciencia acerca de la condición femenina, sin embargo, no es la premisa de la que parten, sino que a través de la reflexión se llega a ésta. Paulo Freire considera

que los Grupos de Reflexión de Mujeres no tienen la propuesta explícita de pasar a una acción política, ya que no parten del cuestionamiento de la situación opresiva con el propósito de transformarla a través de una praxis política (Coria, 1987).

Dichos grupos pueden ser considerados como instrumentos de prevención, desde la perspectiva de género cumplen una función social como instrumentos de prevención primaria y en este sentido comparten con los grupos terapéuticos la tarea de ser agentes promotores de salud.

Estos grupos son espacios privilegiados para llegar a resignificar las asignaciones y atribuciones que tradicionalmente se les han otorgado a las mujeres, no se tiene la intención de desvalorizarlas, sino de replantear aquellas prácticas que causan un sufrimiento psíquico en las mujeres. Estos espacios permiten reacomodar la vida de las mujeres y encontrar nuevos objetivos, se favorece el rescate de aspiraciones postergadas y la búsqueda de nuevas alternativas que les permitan situarse como elementos activos dentro de la sociedad. Al experimentar estos cambios, las mujeres mejoran su estado de salud mental. Gloria Bonder (Coria, 1987), también observó estos fenómenos en la consulta clínica, por lo que considera que los Grupos de Reflexión de Mujeres como espacios para la transición y son productores de ésta.

Al respecto, en México desde hace algunos años se han realizado investigaciones en torno a la salud mental de las mujeres. Siguiendo la misma línea de investigación, Pablo Herrera, Benno de Keijzer y Emma Reyes (1995) presentan un trabajo de prevención primaria en el campo de la salud mental, este proyecto fué diseñado desde la perspectiva de género con promotores de salud de ambos géneros.



**Este proyecto llamado Equipo Salud y Género, PRODUSSEP, A. C., es una red de 40 grupos que trabajan en diferentes zonas del centro de la República Mexicana, principalmente en el sureste y en el estado de Veracruz, en poblaciones de bajos recursos económicos donde es escasa la atención psicológica especializada. La intervención se centra en la prevención, detección y manejo básico de los problemas de salud mental más comunes, se trabaja con un enfoque más bien preventivo y educativo.**

Otro de los proyectos realizados en México en 1993, es el propuesto por Griselda Uribe, Juan C. Ramírez (PIEGE-INEESER) y Norma C. Gutiérrez (Laboratorio de Salud Pública, Medicina Preventiva y Social), en la Universidad de Guadalajara. Su trabajo consiste en el diseño y la ejecución de un proyecto de educación para la salud que retoma como eje vertebrador la vinculación de género con la salud. El proyecto global tiene como propósitos:

- 1) Rescatar la lógica de la construcción de género y sus posibles relaciones con el proceso de salud-enfermedad.
- 2) Facilitar el consenso en los problemas que aquejan a la mujer, confrontados con los del hombre, con un sentido de complementariedad.
- 3) Favorecer la identificación de acciones transformadoras factibles de instrumentarse y cercanas a su realidad.

Este trabajo tiene el objetivo de crear un programa que permita recuperar la lógica de la construcción sobre las relaciones entre la salud-enfermedad y el trabajo femenino, así como crear un espacio que favorezca la reflexión colectiva e identifique problemas comunes entre las mujeres que requieren respuestas de conjunto. El taller parte de dos reflexiones:

- **Creencias, valores y prácticas sobre diversos aspectos de la vida cotidiana, como: la salud, el trabajo, la visión social de la figura femenina y masculina y el quehacer doméstico.**
- **Consta de información selecta sobre estos temas, con el propósito de ser discutida dentro del taller.**

Este tipo de grupos se dan a la tarea de impulsar nuevas formas de organización que posibiliten mejorar las condiciones de vida y de salud de las mujeres y los hombres integrantes de los grupos. Han puesto mayor atención a la dinámica de prácticas, creencias y prejuicios que rigen la interacción al interior de los grupos con quienes han trabajado.

Uno de los objetivos que buscan estos grupos de reflexión, es hacer evidente que muchas de las exigencias de los roles sociales restringen e imponen conductas a hombres y a mujeres, situándolos de esta manera en esferas totalmente diferentes y no permitiéndoles sentir y experimentar algunas emociones. Por ejemplo, la fortaleza y la debilidad, la inteligencia y la emoción, la agresividad y la tristeza, la dependencia y la autonomía, no son en sí mismos femeninos, ni masculinos, simplemente son experiencias humanas, que toda persona ya sea hombre o mujer tiene derecho a sentir, experimentar y vivir.

### **2.1.2 Diferencias de Género en la Salud Mental**

En la actualidad, cada día es más aceptado el planteamiento de que los sufrimientos de los hombres y de las mujeres son específicos, y se relacionan directamente con las expectativas de género que cada cultura establece, de este planteamiento se puede partir a la hipótesis basada en la relación que existe entre la salud mental de la mujer con las exigencias sociales de género. Dicha hipótesis puede explicarse a través de los resultados que

varias autoras y autores antes mencionados observaron en sus investigaciones y a través de sus experiencias en la consulta clínica privada.

Burín (1990), hace referencia a varios estudios epidemiológicos, donde se observan claras diferencias en los cuadros nosológicos de acuerdo al género sexual de los pacientes. Los datos epidemiológicos muestran una diferencia significativa en la frecuencia con que se presentan en varones y mujeres, indican una predominancia femenina de dos a uno en depresiones, de tres a uno en neurosis simples; y de predominancia masculina de cuatro y cinco a uno en toxocomanías y trastornos sociopatológicos, así como de dos a uno en retraso mental.

En la consulta clínica Saéz Buenaventura (1993), identifica cuadros nosológicos padecidos principalmente por mujeres y otros síndromes presentados mayoritariamente en hombres, esto no quiere decir que se presenten de manera exclusiva en uno u otro sexo.

Encontró en pacientes atendidos en instituciones urbanas, cuadros preferentemente femeninos, mientras que en el sexo contrario predominaban diagnósticos diferentes. En las mujeres observó los siguientes cuadros:

1. Trastornos Afectivos de tipo depresivo. Las mujeres doblan o triplican al número de hombres afectados por este trastorno.
2. Trastornos de Ansiedad y Fobias. Parecen estar doblemente representados que los casos de varones.
3. Trastornos Psicossomáticos. Se presentan dos veces más en relación a los hombres.

**4. Trastornos en la Alimentación.** Es un padecimiento que en algunos casos se considera exclusivo de las mujeres. Otros autores señalan una proporción de 9 a 1 a favor de las mujeres.

**5. Suicidio.** Sin especificar el cuadro de origen, se encontró que las mujeres triplican el número de casos masculinos, en cuanto a los intentos sin consecuencias de muerte inmediata.

Por otra parte, en los hombres se observan cuadros nosológicos muy diferentes, las estadísticas muestran los siguientes datos:

**1. Trastornos relacionados con el Abuso o Dependencia a distintas Drogas,** cuatro a cinco veces más que las mujeres. Así como también respecto a los Trastornos Psicopáticos y Sociopáticos.

**2. El Retraso Mental asociado a una sintomatología psiquiátrica,** parecen ser el doble que en las mujeres.

**3. Son diagnosticados con mayor frecuencia la Personalidad Paranoide y la Paranoia,** incluyendo la Esquizofrenia.

**4. Son más numerosas las Neurosis de tipo Obsesivo.**

**5. En lo que se refiere a los suicidios logrados,** los casos de varones parecen ser doblemente mayores que los de las mujeres.

Saéz (1993), explica dichas diferencias con base a una etiología relacionada con la distribución de poderes y valores generadas en una socialización genérica. Considera que en la sociedad occidental la posición de género es uno de los ejes transversales y nucleares para el mantenimiento del poder, poder que principalmente ejerce el género masculino. Este es

**mantenido, ejercido y reelaborado a partir del sistema sexo/género, donde la base es la confrontación entre relaciones simétricas, siendo las coordenadas básicas: la dominación-subordinación, o la autoridad-dependencia, las cuales parecen ser mantenidas y a su vez mantienen el sistema.**

**A través de este complejo sistema, hombres y mujeres desde muy pequeños comprenden y adquieren los elementos suficientes y necesarios para promover los comportamientos adecuados, es decir, aquellos aceptados socialmente de acuerdo a su pertenencia de género. En este proceso se aprende a valorar positiva o negativamente situaciones determinadas, lo cual da lugar a sentimientos de adecuación y propiedad respecto al género al que se pertenece, dichos valores se basan principalmente en las actitudes de aceptación o rechazo por parte de los demás, adaptando los criterios y actuaciones consciente o inconscientemente.**

**Como consecuencia de esto, Saéz (1993), observó que el género dominado en dicho sistema sexo/género, ha desarrollado ciertas actitudes y rasgos de personalidad que llevan a las mujeres a caracterizarse por su: obediencia, sumisión, pasividad, docilidad, dificultad o temor para tomar decisiones, entre otras, lo cual lleva paralelamente a experimentar sentimientos de inseguridad, indefensión, que abocan al papel de subordinación y dependencia, a la vez que atribuyen las situaciones negativas en que viven a la marginación, se irresponsabilizan y proyectan hacia los demás la situación en la que viven, ha este fenómeno se le conoce como "guetización" o "autoexculpación".**

**Al respecto Weisman y Klerman hablan de una "Impotencia Aprendida", que consecuentemente provoca dificultades en la salud de las mujeres y es una forma de expresión del sufrimiento psíquico (Saéz, 1993).**

Saéz Buenaventura (1993), concluye su artículo con la identificación de dos formas de sufrimiento psíquico entre hombres y mujeres:

- ***“Psicopatología de la debilidad, de la derrota”***, se presenta generalmente en mujeres, se caracteriza por tristeza, abatimientos, autoabandono, impotencia, pasividad y culpabilización por no haber realizado adecuadamente el rol genérico.
- ***“Sintomatología de la prepotencia”***, en sentido inverso aparece como la psicopatología de lo masculino. Se relaciona con una gran necesidad por satisfacer las expectativas sociales propias de la virilidad y por lo tanto muy relacionada con actos violentos.

Al seguir el estereotipo del rol masculino, los hombres tienden a dejar de lado cualquier característica que los pueda acercar a los atributos del rol femenino. El hombre desde pequeño aprende a no ser femenino, a establecer una lucha interna y externa para alejarse de toda experiencia que implique sentir o evidenciar alguna emoción que los coloque en una posición femenina.

Herrera, Keijzer y Reyes (1995), también observaron diferencias similares entre ambos géneros. En cuanto a los problemas con mujeres encontraron cuadros depresivos, dificultades en el sueño y conductas que muestran ansiedad. Al preguntar sobre el origen de estos síntomas, las mujeres lo relacionaban con el exceso de trabajo, la necesidad económica, el machismo, la contaminación y el alcoholismo de la pareja, por citar algunos ejemplos.

Respecto al tipo de problemas que presentan los varones encontraron mayor proporción en cuanto al alcoholismo, enfermedades cardíacas, cáncer pulmonar, suicidios logrados, accidentes y muertes violentas, y mayor porcentaje en el consumo de drogas.

### **2.1.3 Consecuencias de la Diferenciación de Género en la Salud Mental de las Mujeres**

En la mayoría de los análisis sobre el género que tratan sobre la condición de las mujeres se cuestiona la estructura social del género que explica que la diferencia entre hombres y mujeres se traduzca socialmente en desigualdad, lo cual se manifiesta de diferente manera en todos los aspectos de la vida pública y privada, dando una posición de privilegio social a los varones.

Desde esta perspectiva, con frecuencia se hace evidente que la conducta de los hombres podría ser una estrategia para mantener una posición de privilegio y ejercer el poder. Esta situación la discuten Herrera, Keijzer y Reyes (1995), al hacer visible la constante descalificación y agresión que expresan los varones ante las actividades situadas dentro del rol femenino. Existen varios ejemplos de esta situación en la actividad cotidiana, sólo por citar algunos:

- La negativa a compartir las labores domésticas.
- La agresión a la mujer en el campo laboral.
- El bloqueo constante a la participación de la mujer en actividades comunitarias y organizativas.
- La negativa ante la participación de la mujer en cargos de dirigencia pública y social.
- La resistencia ante el hecho de que la mujer decida sobre su cuerpo y su sexualidad.

Es claro que si una mujer no se comporta de acuerdo a todo lo esperado, a todo lo que se establece socialmente como femenino, no cumpliría con las exigencias englobadas en su rol y establecería un desafío ante las reglas internas y externas del comportamiento, esto sería objeto de

desaprobación y descalificación social, la cual dentro de la clínica tradicional sería considerado como una dificultad de adaptación.

Uribe, Ramírez y Gutiérrez (1995), dentro de su taller sobre género y salud exponen la necesidad que tienen tanto mujeres como hombres de identificar, sentir y saber cuáles son las necesidades del otro género, ya que esta falta de conocimiento y desinterés frecuentemente trae consigo dificultades en la relación entre ambos géneros.

Dichos autores observaron en sus grupos que al tratar de determinar cuáles eran las necesidades de cada género se daba la oportunidad para identificar situaciones que causan problemas e iniciar un camino hacia la discusión de las posibles relaciones entre los comportamientos del hombre y de la mujer, y si estas mismas situaciones afectan a la salud y cómo.

Dentro de la discusión se logró determinar que la salud física y mental de la familia tiene una estrecha relación con el estereotipo genérico, es decir, que al cambiar las actividades del rol social, tal vez hombres y mujeres enfermarían de diferente manera a la actual.

Coria (1987), dentro de los Grupos de Reflexión de Mujeres señala la importancia de la dependencia económica como un factor determinante para el estado de salud mental de las mujeres. Esta dependencia favorece su estancia dentro la vida privada y doméstica, y se concibe como un obstáculo que no le permite a la mujer trascender hacia la vida pública.

Desde 1981 Clara Coria ha investigado la relación entre la condición femenina y el dinero. Ha observado en los grupos de reflexión que dicha relación genera cambios importantes en el comportamiento cotidiano de las mujeres. Al cambiar o modificar algunas de las prácticas tradicionales en



tomo a la economía de la familia, ha contribuido a fomentar la autonomía femenina. Los cambios están relacionados con los siguientes aspectos:

- Administración de una cuenta bancaria.
- Reorganización de tareas laborales, que traen consigo beneficios económicos.
- Ejercicio profesional desligado del trabajo doméstico.
- Leer y discutir contratos de trabajo (en términos económicos).
- Placer por las actividades en ámbito público y recibir un salario por ello (disminuye la culpa por las ambiciones económicas).

El dinero dentro de nuestra cultura es un instrumento de poder que posibilita la subordinación y dependencia de las mujeres. Tradicionalmente se mantiene a las mujeres en una marginación económica, la cual proviene de la discriminación social y la automarginación de la que la mujer misma es protagonista.

El dinero chico (economía doméstica), el espacio restringido y el tiempo indiscriminado son una expresión en nuestra cultura de la dependencia que muchas mujeres viven como "natural" y cuya reiteración cotidiana contribuye a generar condiciones que la perpetúan.

La relación entre la mujer y el dinero ha contribuido al tema de la salud mental de las mujeres, ya que plantea un enfoque particular en relación a la autonomía económica, su incidencia en la constitución de la subjetividad y el desarrollo de las funciones yóicas.

El uso y la administración del dinero requiere del pleno desarrollo de aquellas funciones yóicas relacionadas fundamentalmente con la movilidad, la capacidad para la acción y la toma de decisiones de las funciones que tienen como objetivo principal el contacto con la realidad exterior y la

resolución de las situaciones con que dicha realidad presenta. De esta manera el manejo del dinero es visto como un estructurador psíquico dentro de la salud mental de las mujeres.

La independencia económica no es un objetivo primordial durante la práctica terapéutica, pero si es importante desligar la dependencia económica que históricamente se ha considerado como parte de la condición femenina, ya que esto conlleva a mantener la dependencia de la mujer y no le permite desarrollar los recursos para la solución de problemas, que cualquier individuo ya sea hombre o mujer necesita.

Ante esta situación es importante resaltar que tanto los hombres como las mujeres se encuentran dentro de estilos de vida enfermantes ante la lucha por cubrir sus necesidades, lo cual supone que la actual división genérica genere dificultades de adaptación y malestares entre hombres y mujeres. Una posible alternativa sería crear nuevas formas de relación social entre los géneros, en las que se consideren los derechos y necesidades de hombres y mujeres, ya que la solución no está en determinar ahora quién debe dominar.

## **2.2 Alternativas ante la Desigualdad de Género y la Salud Mental de las Mujeres**

De acuerdo a la información presentada, se ha hecho evidente la necesidad de buscar nuevas formas de relación entre hombres y mujeres, pues se ha observado que los tipos de roles tradicionales generan situaciones y estilos de vida enfermantes no sólo para las mujeres, sino también pueden dar lugar a malestares masculinos.

Ante la evidencia de este problema (no sólo social o político, sino también de salud física y mental), el paso a seguir es el análisis y reflexión de la relación entre ambos géneros, buscar estrategias que posibiliten el

mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las mujeres, así como también de los hombres. Al mejorar las condiciones de vida de las mujeres, se espera que disminuyan los factores opresivos que generan un malestar y sufrimiento psíquico en ellas.

### **2.2.1 Nuevos Criterios de Salud-Enfermedad**

Dentro de la psiquiatría institucionalizada no se acepta del todo la incidencia de las pautas de género en el origen y mantenimiento de muchos trastornos mentales, pero afortunadamente cada día las investigaciones en el campo de la salud mental se apoyan más en la perspectiva de género para abordar la problemática de la salud mental de las mujeres y de esta manera surja la necesidad de analizar la relación entre ambos géneros como un factor predisponente.

La medicina tradicional se caracteriza principalmente por su rigidez ante la diferenciación entre lo "normal", lo "anormal" y lo patológico. Actualmente se están realizando esfuerzos por hacer una modificación respecto a dichas nociones.

Hasta ahora se ha hablado de cuadros nosológicos, donde lo que se busca es llegar a la descripción y clasificación de signos y síntomas característicos de uno u otro género. Al respecto Meler (1996), hace evidente la necesidad de un reparo en los actuales criterios de salud-enfermedad, tal como lo manifiesta Burin (1990), a través de sus conceptos de "malestar" y "fragilización", referidos a la salud mental de las mujeres.

Para explicar el concepto de "malestar" y "enfermedad", se hace referencia al Seminario Internacional sobre Malestar Psíquico de las Mujeres (Roma, 1988), en él se define al sufrimiento como el malestar que padecen

las mujeres, ligado a una situación específica de opresión, subordinación de la que son objeto las mujeres respecto a los varones (Burin, op. cit).

La expresión de dicho malestar se encuentra muy ligado a las prácticas sociales femeninas, pues al indagar dentro del campo de la actividad femenina se puede observar que la representación simbólica de la mujer se basa principalmente en la maternidad, y es esta experiencia de "ser madre" la que a la vez funciona como garantía de salud mental para las mujeres, es un factor que favorece y genera sufrimiento psíquico y malestar en las mujeres.

Estos conceptos no entran dentro de la dualidad salud-enfermedad, sino pueden explicarse a través de las nociones transicionales a medias de subjetivo y objetivo, externo e interno a la vez y no se hace la diferenciación clásica entre sano-enfermo o normal-patológico.

Para una comprensión más amplia de la salud mental de las mujeres podrían incluirse otros términos como el de conflicto y crisis, los cuales utiliza Burin (1987), para explicar el malestar y sufrimiento psíquico que padecen las mujeres. Los conflictos son siempre situaciones incompatibles entre sí, que pueden ser registrados por el sujeto tanto en forma consciente como inconsciente, en este último caso el sujeto percibe la tensión o la ansiedad, pero no conoce ni discrimina los términos del conflicto que la producen. Estos conflictos no deben ser parte de los estereotipos, sino por el contrario, deben conservar sus estados dinámicos, críticos, en tanto produzcan estados de tensión que promuevan la gestación de los recursos para transformarlos.

Con el término de crisis hace alusión a las situaciones de crisis vitales a las que se tienen que enfrentar las mujeres en las diferentes etapas de su vida.

Para la comprensión de la articulación entre malestar, conflicto y crisis es necesario el análisis de los deseos que producen malestar, desasosiego e inquietud a las mujeres. El deseo hostil diferenciador, el deseo de saber y el deseo de poder como efecto de la puesta en marcha del deseo hostil. Asimismo, es necesario analizar la diferencia que presentan las mujeres para configurar tales deseos más allá de la esfera familiar y doméstica.

Fernández (1993), también habla de un "malestar femenino" relacionado con las "heridas simbólicas" presentes en las relaciones entre ambos géneros, principalmente en la distribución de poderes, los cuales no sólo son económicos y políticos, sino también eróticos. La violencia invisible de la que se habla favorece el dolor, sufrimiento, malestar y resentimiento que es participe el género femenino.

Los criterios de salud-enfermedad que hasta ahora se creían absolutos, han comenzado a ser cuestionados debido a la diversidad de prácticas y costumbres que rigen en diferentes espacios. Ante tal situación es necesario que al establecer un diagnóstico o hacer una interpretación se consideren algunos aspectos relacionados con el eje citado por Meier (1996): "reproducción-innovación", este concepto se basa en las prescripciones que se esperan observar en las personas de determinada cultura, pero al mismo tiempo esas reglas implícitas se van innovando generación tras generación. No es posible interpretar de manera similar los hechos, considerando las diferencias de etnia, clase y religión, así como el lugar y la época.

En relación al género, también se hace evidente la necesidad de considerar la diferencia entre la experiencia femenina y la masculina, no es posible interpretar sólo con base a la clase, etnia y religión en la que se desarrolla el individuo, sino también es necesario considerar el género sexual al que pertenece, ya que este es un factor decisivo en el desarrollo y estructura de su personalidad. De acuerdo con los conceptos que desarrolla Burin

(1990), de "malestar" y "fragilización", la mujer vive y experimenta situaciones desde una perspectiva totalmente diferente, y este malestar puede hacerse evidente a través de una serie de síntomas que hablan del sufrimiento psíquico que experimenta, el cual desde el punto de vista de la psiquiatría tradicional es muy común que se trate de explicar y colocar dentro de la diada salud-enfermedad.

Actualmente se hacen visibles las actitudes y comportamientos que desarrollan las mujeres ante el malestar que experimentan. Las demandas del medio actual en el que nos desarrollamos comienzan a generar cambios en la estructura psíquica femenina, las mujeres se han visto en la necesidad de llevar a cabo funciones que tradicionalmente se consideraban sólo masculinas, este hecho a influido de manera determinante en los nuevos ideales femeninos, ya que algunas mujeres han comenzado a abandonar y postergar las prácticas que caracterizaban a su género, como la maternidad, el cuidado y las actividades domésticas, esto no quiere decir que se hallan olvidado, sino que le han dado prioridad a las actividades de las que anteriormente eran excluidas. Sin embargo, desde el enfoque tradicional de salud mental dichas mujeres son consideradas y encasilladas dentro de cuadros psicopatológicos, dado que su malestar es interpretado como una dificultad de adaptación.

### **2.2.2 Una Labor Constructiva y Reconstructiva en torno a la Salud Mental de las Mujeres**

El enfoque de los Estudios de Género es una opción que ofrece recursos conceptuales para que mujeres y hombres, realicen una labor crítica, destructiva y reconstructiva, sobre las condiciones de opresión, los modos de enfermar y las posibilidades de transformar esas condiciones de vida.

Algunos profesionales en el campo de la salud mental han realizado estudios que tienen como objetivo centrar la atención en las prácticas, creencias y prejuicios que rigen la interacción al interior de las organizaciones sociales, para alcanzar este objetivo es necesario analizar la relación entre ambos géneros. A través de este análisis se pretende favorecer la labor reconstructiva de los estilos de vida tradicionales de hombres y mujeres. Muchos trabajos de investigación buscan una respuesta a la siguiente cuestión: ¿Cómo crear formas de convivencia social en las que se consideran los derechos y necesidades de mujeres y hombres?

Para tratar de dar una respuesta a lo anterior es indispensable que se genere una sensibilización y reflexión acerca de la condición en que se encuentran mujeres y hombres, es necesario que empatizen uno con el otro y viceversa, pues el sufrimiento y malestar del que se ha hablado no sólo es femenino, sino también los hombres se enfrentan a exigencias de su rol social, esta situación no los justifica, pero si es posible que se desarticulen aquellos factores que favorecen y dan lugar a los malestares en la cultura.

Burin (1990), en la búsqueda de la inclusión de varios ejes de análisis en el campo de la salud mental femenina, sugiere lo siguiente:

- Labor constructiva y destructiva respecto a los criterios tradicionales sobre la salud femenina. Principalmente incluye una crítica hacia aspectos relacionados con la sexualidad, la maternidad y el trabajo femenino.
- Analizar la condición femenina y sus prácticas sociales, como un factor determinante para la salud o enfermedad mental de las mujeres.
- Ofrecer nuevas perspectivas de análisis y respuestas diferentes a las tradicionales. Un factor de gran importancia es la construcción del género

sexual femenino, como un determinante que opera sobre la condición femenina.

- Analizar la importancia y la relevancia del poder de los afectos y su relación con la representación social de las mujeres como madres.

Es necesario reconocer que al abordar este campo de estudio, se deben considerar las condiciones sociales, políticas, económicas y psicológicas en las que se desarrollan las mujeres, por tal motivo es importante "feminizar" las teorías ya existentes y las prácticas vigentes en salud mental. Esto implica analizar la condición de salud de las mujeres, sus modos de enfermar y el malestar que experimentan en comparación con los parámetros tradicionales.

Es necesario tratar de repensar los recursos conceptuales y técnicos que se han seguido hasta ahora y tratar de construir nuevas herramientas conceptuales y técnicas para este campo en formación, especialmente en lo referido a técnicas de prevención y promoción de la salud mental no sólo de mujeres, sino también de hombres.

### **2.3 Feminización de las Teorías que Explican los Criterios de Salud-Enfermedad de las Mujeres**

La teoría psicoanalítica es una de las primeras teorías que abordan la salud mental de las mujeres, Freud en sus artículos: *"Sobre la sexualidad femenina" (1931)* y *"Femineidad" (1933)*, explica la dinámica y organización de la psique en la niña, trata de interpretar (desde la experiencia masculina), cómo organiza la mujer sus experiencias más tempranas, los vínculos afectivos y la forma de relación con ambos padres (padre-hija, madre-hija), la influencia de estas experiencias en su desarrollo posterior, el sentimiento de



castración y la envidia por el símbolo fálico del niño y del hombre, así como su constante lucha por alcanzar los ideales masculinos.

Anteriormente se había señalado la importancia de feminizar las teorías tradicionales que describen la salud-enfermedad mental de las mujeres, la necesidad de comprender y abordar desde la experiencia femenina los malestares de las mujeres actuales. Es importante considerar el contexto actual de las mujeres, ya que muchos trabajos e investigaciones se basan en las críticas a la teoría psicoanalítica, las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que difieren en algunos aspectos de la condición actual de las mujeres.

Dio Bleichmar (1985), da una visión diferente de los cuadros nosológicos tradicionales respecto a la histeria, conflicto considerado exclusivamente femenino. Explica la histeria desde la perspectiva de género, considerando que este trastorno es una manifestación y una expresión de la conflictiva de la mujer en la cultura.

Delimita a la histeria en tres categorías:

1. Personalidad Infantil Dependiente.
2. Personalidad Histérica.
3. Personalidad Fálica - Narcisista.

Al incluir la categoría de género en su análisis, permite comprender más ampliamente la dimensión del malestar que expresan las mujeres. Considera que la histeria es un conflicto de narcisización, donde las mujeres luchan constantemente por rechazar o aceptar las demandas social y culturalmente establecidas, y su relación con la falta o carencia de control sobre ellas mismas y sus cuerpos, por lo que cada vez que se sienta humillada, apelará a su única arma en la lucha narcisista, el control de su

deseo y su goce, para que de esta manera ella asuma de alguna forma el control sobre su deseo de deseo insatisfecho (Dio Bleichmar, 1985).

Al respecto, Irene Meler (1996) plantea algunas cuestiones relacionadas con las observaciones de pacientes mujeres en la práctica clínica, siguiendo la misma línea que fundamentó Dio Bleichmar (1985), donde considera que trastornos como la histeria y la depresión constituyen parte de la modalidad subjetiva de la feminidad. Señala que los aspectos que describen a lo femenino, es decir, "lo mujer", favorecen ciertas actitudes en las mujeres que las llevan a experimentar situaciones consideradas dentro de cuadros psicopatológicos como la histeria o la depresión. Por ejemplo:

*"lo mujer"*

- Se entristece, desea enojarse pero teme a la hostilidad.
- Le es más fácil componer que confrontar, y postergar en lugar de competir.
- Se encuentra devaluada y delega sus anhelos en otros.
- Seduce, desesperándose por agradar, en esta búsqueda apela a una sexualidad alienada que responde al deseo masculino.

Meler (1996) observa que actualmente las mujeres se revelan ante la situación de malestar y opresión en la que se encuentran, y buscan modificar su estructura identificándose con los ideales masculinos, sin embargo, en el otro extremo existen mujeres que se rigen por las prácticas y exigencias tradicionales, representando una imagen de reclusión, casta y de opresión.

**En estos dos extremos se refiere a la histeria fálico-narcisista y a la agarofobia.**

**De acuerdo a la experiencia clínica de Irene Meier (1996), ha observado que el tipo de histeria infantil-dependiente ha disminuido, posiblemente ante las demandas de la sociedad actual.**

**Respecto a la histeria fálico-narcisista, en la actualidad es común observar mujeres activas e industriosas, dedicadas al trabajo fuera de casa y deseosas del éxito personal. Aunque se desempeñan con soltura en el mundo público, tienen dificultades específicas en el privado. Entre estas dificultades, tienen problemas en relación al autoconcepto y autoestima, ya que se perciben como incapaces para cumplir el rol femenino "no soy una verdadera mujer", experimentan sentimientos de culpa por rechazar las características culturales de la feminidad.**

**En cuanto a la elección de pareja no se realiza sobre el "hombre protector" (según el prototipo psicoanalítico), sino que su compañero es para ellas algo así como un hermano menor, debido a que temen poner en riesgo la autonomía que las caracteriza.**

**La relación con la madre puede diferir en varios sentidos:**

**1. "No seas como yo". Se refiere al respecto como "socialización contra la madre". Lo rechazado consiste en identificaciones que remitan a la condición familiar y social, cuyo significado lo relaciona con una posición devaluada.**

**2. Madre Fálica. La situación familiar en la que se desenvuelven se caracteriza por la presencia de una madre que se sobrepone al padre, éste es percibido con una posición limitada de poder respecto a la madre.**

**3. A muy temprana edad adquirieron responsabilidades adultas, desde muy pequeñas desempeñan un rol de adultos.**

Algunos autores relacionan este tipo de histeria con la homosexualidad femenina, sin embargo, otros entre los que se incluye Meler (1996) consideran lo contrario, existe un gran diferencia entre la preferencia homosexual y la mujer viril que idealiza y ama a los hombres.

En la histeria fálico-narcisista la hija a pesar de amar y valorar al padre experimenta conflicto con él, ya que lo culpa por contribuir en la devaluación de su madre. El modelo del padre conforma el Yo y los ideales se estructuran en función del área de trabajo y de su imagen.

En el caso de la agarofobia la mujer experimenta varios años de enclaustramiento parcial, debido a la angustia que experimenta ante la necesidad de desplazarse fuera de casa sin compañía. Se presentan síntomas de conversión (mareos), ya que esta es una forma de comunicación del cuerpo sin palabras, en donde se expresan los deseos y temores en un elevado nivel de elaboración simbólica y relacionados con deseos de índole sexual prohibidos.

Considera que la crianza severamente represiva es un factor relacionado en estos casos. Ana Ma. Fernández observó este proceso y lo denominó "pasivización de la sexualidad de las mujeres" (Meler, 1996).

Dio Bleichmar (1985), también incluye los síntomas conversivos como otra categoría de análisis relacionada con los cuadros "exclusivamente femeninos", enfatiza la frecuencia de aparición de síntomas conversivos con el género femenino y considera que los clínicos a partir de la correlación estadística entre síntomas conversivos, histeria y género femenino, han

etiquetado a la mujer como un ser propenso a manifestarse a través de la somatización, característica que forma parte de la naturaleza femenina.

Para el Psicoanálisis los síntomas conversivos son una manifestación a través del cuerpo, de aquellas situaciones que representan una prohibición psíquica, la cual frecuentemente se presenta en las mujeres. La conversión es un mecanismo de vinculación entre dos conjuntos de representaciones, por un lado las que establecen la anatomía y la fisiología del cuerpo, y por otro, aquellas que escenifican al sujeto temas de agresividad, de la sexualidad, del narcisismo y de las relaciones interpersonales.

De esta manera puede observarse que las prácticas socio-culturales que caracterizan a las mujeres, facilitan los mecanismos conversivos e histéricos, ya que desde pequeñas se les exige un comportamiento represivo en función al ejercicio de su sexualidad y de la expresión de afectos al sexo contrario (conductas de carácter pasivo y dependiente). Respecto a los síntomas conversivos, son un mecanismo inconsciente que toma las relaciones interpersonales de manera que el afectado reciba la atención y el cuidado de quienes lo rodean, resultando así, un tipo específico de expresión y demanda de afecto (ganancias secundarias del síntoma).

Dentro de las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales, como el CIE-10 y el DSM-IV, los cuadros clínicos de histerias son preferentemente femeninos y aparecen con distintas denominaciones diagnósticas, como Trastornos de Personalidad Histórica, Histriónica o Psicoinfantil, o bien, como Trastornos Somatoformes con síntomas de carácter conversivo o psicósomático. Estos cuadros nosológicos encierran síntomas relacionados con un comportamiento infantil e inmaduro emocionalmente, se caracterizan por rasgos como: afectividad superficial e inestable, dependencia de otras personas, ansia de apreciación y atención,

teatralidad y propensión a ser sugestionable, así como inmadurez sexual (frigidez).

Los datos estadísticos que presentan estas clasificaciones, muestran que un gran porcentaje de la población femenina manifiesta algún tipo de estos cuadros, por lo tanto sería frecuente que la mayoría de las mujeres se adaptara de acuerdo con una dinámica de personalidad histérica, resultando de esta forma, que los atributos que caracterizan a lo femenino sean infantiles e inmaduros emocionalmente. En este sentido Dio Bleichmar (1985), considera que la histeria es una manifestación de la conflictiva social y cultural que sufre la mujer.

### **2.3.1 Personalidad Histérica Infantil**

Respecto a los cuadros histéricos principalmente con rasgos de inmadurez y de dependencia, Dio Bleichmar (1985) analiza los síntomas desde una perspectiva psicoanalítica. Considera a este tipo de manifestación histérica como una forma de adaptación muy primitiva con fijaciones o regresiones de carácter oral. La oralidad es equiparada con la erotización de la boca, de tal forma que la dependencia representa la búsqueda de actividades placenteras, aunado a la inestabilidad emocional, la falta de responsabilidad y la confusión entre la fantasía y la realidad, son el reflejo de una debilidad yoica, la cual se encuentra muy cerca de la descompensación esquizofrénica. Los rasgos principales de la personalidad infantil, son los siguientes:

- Labilidad emocional difusa y generalizada. Pocas áreas libres de conflicto. Déficit de control impulsivo más generalizado.
- La sobreidentificación es más desesperada e inapropiada. Hay una lectura equivocada de los motivos de otros, aunque en la superficie puede haber un ajuste adaptativo adecuado a los mismos. En relaciones prolongadas y

**comprometidas, despliegan demandas regresivas, infantiles, oral-agresivas.**

- **Tiene menor carácter sexual, con mayor sentimiento de indefensión, oralmente determinado. Exigencias inapropiadas y exhibicionistas que tienen una cualidad fría narcisista.**
- **La provocación sexual tiende a ser más directa, más inapropiada socialmente, y expresa más que un deseo sexual, demandas orales de cuidado y protección. Conducta y relaciones sexuales menos estables, hasta llegar a la promiscuidad (promiscuidad inducida, es "llevada por la corriente"). Fantasías sexuales difusas, polimorfas.**
- **Hay menos diferenciación entre la que se ejerce con mujeres y con hombres, presentando en general un nivel muy bajo de competencia. Cambios bruscos de sentimientos, una sumisión e imitación infantil a otros, así como oposicionismo y terquedad.**
- **Sentimientos de culpa erráticos e inconsistentes. Rasgos masoquistas y sádicos derivados de la falta de integración pulsional.**

### **3.3.2 Personalidad Histérica**

- **Seudohiperemocionalidad que refuerza la represión. Es marcada en áreas parciales conflictivas (sexual), permaneciendo estable emocionalmente en otras (trabajo, etc.). Falta de control emocional en áreas circunscriptas y sólo en el climax de algún conflicto.**
- **El compromiso expresado en las relaciones interpersonales es apropiado en la superficie. Observadores no calificados usualmente consideran este rasgo como "el encanto típico de la mujer". La extroversión y la rápida pero**

superficial resonancia intuitiva con otros, y la sobreidentificación con las implicaciones de la fantasía, el arte y la literatura, se desarrollan dentro de un sólido marco del proceso secundario y de una evaluación realística de la realidad.

- La necesidad de ser querida y de ser el centro de atención tienen una mayor implicación sexual. Los deseos oral-dependientes están relacionados con tendencias al exhibicionismo genital directo.
- La provocación sexual y la posterior frigidez o rechazo es típico de esta estructura. Revela un fuerte vínculo edípico en sus relaciones sexuales, y existe la capacidad para relaciones estables, si se cumplen ciertas precondiciones neuróticas (relaciones prolongadas con hombres mayores o "amores imposibles"). Represión de fantasías sexuales.
- La rivalidad edípica es el motor de la competencia con el mismo sexo, y está claramente diferenciada de la que se ejerce con el sexo opuesto. Cuando la competencia con el hombre se instala, de manera de negar la inferioridad sexual, tienden a desarrollar sólidos y estables rasgos de carácter en este sentido.
- El masoquismo está relacionado con un Superyo rígido y severo que condena la sexualidad. Fuertes sentimientos de culpa.

Autores como Easer, Lesser y Zetzel, se resisten a pensar que una dinámica de personalidad histérica infantil sea una forma de psicosis encubierta, por tal motivo, Zetzel denominó varias clasificaciones para este tipo de histeria, como: verdaderas histerias, histeria oral, seudohisterias, histeroides o histerias con síntomas depresivos. Sin embargo, esta situación trae consigo dificultades para delimitar la influencia de rasgos relacionados



con la oralidad, la sexualidad, la pérdida de objeto y el narcisismo, de tal forma que esta situación le resta valor clínico a las entidades nosológicas.

Al respecto, Kernberg propone un criterio de clasificación de la patología del carácter a lo largo de un continuo que va de un nivel superior a un nivel inferior, de acuerdo al grado de predominancia de los mecanismos de represión y disociación. De esta forma, la personalidad histérica no es una estructura borderline, sino una neurosis de carácter de nivel superior, y denomina personalidad infantil a una estructura intermedia entre la histeria neurótica y la histeria borderline, pero que muchas veces puede quedar ubicada directamente en el campo borderline (Dio Bleichmar, 1985).

### **3.3.3 Carácter Fálico - Narcisista**

La personalidad fálico-narcisista se ubica en un lugar intermedio entre la histeria y la personalidad obsesivo-compulsiva, por lo que presenta características pertenecientes tanto a la posición sádico-anal como al nivel fálico-genital. Los rasgos que caracterizan a este tipo de histeria son: la competitividad, la fuerte ambición, el coraje impulsivo, el exhibicionismo y la conducta agresiva abierta son sus características principales.

Socialmente este cuadro se presenta preferente en los varones, ya que de acuerdo a la cultura y al orden de lo simbólico, el varón centra su orgullo principalmente en los genitales, órganos que representan la agresividad y la venganza más que el amor. En las mujeres esta situación representa psicoanalíticamente la fantasía de poseer un pene, lo cual desde el orden simbólico refleja el deseo de control y de poder. Los rasgos que caracterizan a este cuadro son los siguientes:

- **Deseos de exhibición y de ser admirada, y temor a la vergüenza y a la humillación. Exquisita sensibilidad a la inferioridad física o mental lo que la lleva a temer al ridículo y a la crítica.**
- **Trata en todo momento de evitar o impedir la experiencia que la enfrente con la inadecuación o la imperfección.**
- **Trabaja muy duro para parecer perfecta, y más allá de toda crítica.**
- **Etapa triangular del Edipo. Conflictos alrededor de cualquier tipo de inferioridad corporal o de otros atributos del género.**
- **Centrada en afirmar el poderío de su sexualidad, de su belleza, más que preocupaciones por lo sentimientos hacia los objetos. Lucha por erradicar toda flaqueza, defecto o añoranza de dependencia. Dominante e impositiva.**
- **Conductas contrafóbicas de desafío al peligro y a la muerte son comunes, en una tentativa de afirmar la omnipotencia y mantener a raya carencias y sentimientos de inferioridad.**
- **Preocupada en establecer la igualdad o la superioridad fálica con el objeto.**

Los atributos que caracterizan a este cuadro son principalmente "activos", esto quiere decir, que la conducta fálico-narcisista se asemeja al comportamiento que socialmente se le exige a los varones (búsqueda activa de la libido según Abraham, en Bonaparte, 1975). Esta descripción, no la sitúa en una posición ventajosa respecto al rol social tradicional femenino, por el contrario al no cumplir con éste es considerada como una mujer anormal y mentalmente enferma. Incluso en algunos casos, su comportamiento se relaciona con una elección de objeto homosexual.

Bajo esta perspectiva, la manifestación de un comportamiento pasivo o activo en la mujer, trae consigo la denominación de un carácter patológico, esto es, por una dinámica de personalidad histérica infantil-dependiente, o bien, por un carácter de tipo fálico-narcisista, en ambos casos se recurre a una entidad nosológica para describir el comportamiento femenino.

En conclusión, la medicina tradicional con frecuencia a recurrido a entidades o cuadros nosológicos para describir los malestares, reacciones o manifestaciones que expresan las mujeres ante factores sociales y culturales que en consecuencia las llevan a experimentar situaciones de opresión específica. Ante dicha situación, algunas mujeres sensibilizadas y comprometidas con la lucha por la salud femenina, se han encargado de hacer evidente las actitudes sexistas en el sistema de salud y generar alternativas de prevención y atención a esta problemática. En el tercer capítulo se exponen con mayor amplitud las aportaciones feministas a la salud mental de las mujeres.

## **Resumen**

La salud femenina se ha abordado desde el modelo médico psiquiátrico tradicional, se explica a través de la diada normalidad-anormalidad, donde todo aquello que salga de la norma es considerado como patológico, o bien, como signo de enfermedad.

A partir de los años 80's varias mujeres interesadas en el estudio de la salud mental femenina empiezan a escribir bajo la perspectiva de género, donde no sólo analizan las diferencia de género al enfermar, sino también comienzan a interesarse por los factores sociales, culturales e incluso económicos que influyen en los modos de enfermar. De tal forma que es posible distinguir cuadros nosológicos predominantes para cada uno de los géneros.

**Las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos afectivos, de ansiedad, psicosomáticos, de alimentación e intentos de suicidio no consumado; bajo la perspectiva de género se explica que estas reacciones o manifestaciones se encuentran relacionadas con malestares ante la opresión social que experimentan muchas mujeres y no sólo son síntomas de enfermedad.**

**Ante esta situación las mujeres comienzan a crear alternativas de atención para mujeres, espacios de reflexión donde se hacen visibles los mecanismos que generan y mantienen la discriminación hacia las mujeres.**

**Las principales alternativas que sugieren ante la problemática de desigualdad de género y los prejuicios en la salud mental femenina, son las siguientes:**

- **Búsqueda de nuevas formas de relación y estrategias que posibiliten mejores condiciones de vida, más justas y equitativas entre hombres y mujeres.**
- **Nuevos criterios de salud-enfermedad, donde se incluya el análisis de las relaciones de género. Reconocer conceptos como "malestar" y "fragilización", o bien, terminos como "conflicto" y "crisis".**
- **Favorecer una labor crítica, desconstructiva y reconstructiva respecto a los vínculos tradicionales, dirigidos a aquellas condiciones que refuerzan la opresión y inequidad en las mujeres.**
- **Feminización de las Teorías Psicoanalíticas y psicodinámicas, abordar la salud mental de las mujeres desde la experiencia femenina y los malestares actuales.**

### **CAPÍTULO 3**

#### **APORTACIONES DEL MOVIMIENTO FEMINISTA A LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES**

Un elemento de gran importancia dentro de esta investigación son las aportaciones y alcances de la lucha feminista en el campo de la salud mental de las mujeres, así como destacar cómo el movimiento de y para las mujeres ha favorecido el surgimiento de aportaciones e intervenciones desde la teoría y la práctica feminista en pro de la salud física y mental de las mujeres.

La Teoría y la Práctica Feminista tienen como primordial objetivo la creación de relaciones equitativas entre hombres y mujeres, a través de la acción política se busca lograr modificaciones en las prácticas tradicionales, donde generalmente a las mujeres se les sitúa en segundo orden. En el campo de la salud física y mental el eje fundamental es el derecho a decidir e intervenir sobre el manejo de su propio cuerpo, y respecto a las instituciones de salud ser tratadas con respeto, dado que en su mayoría son organismos dirigidos por hombres y guiados bajo criterios sexistas.

En este capítulo se abordarán con mayor detalle las reivindicaciones feministas relacionadas con el campo de la salud mental y los logros obtenidos a favor de la condición femenina.

#### **3.1 La Salud de las Mujeres como Eje Político del Movimiento Feminista**

En este primer apartado se detallan las acciones de carácter feminista que han estado dirigidas a transformar el sistema de salud tradicional, de tal manera que mediante la sensibilización y el compromiso de varias mujeres preocupadas por el sexismo institucional, se han logrado algunas reivindicaciones en los organismos de salud, que en consecuencia pueden

**mejorar la situación de muchas mujeres. Como antecedente de estas acciones es necesario abordar algunos aspectos del Movimiento Feminista.**

### **3.1.1 Breve Historia del Movimiento Feminista**

Las condiciones sociales, políticas y económicas que caracterizaron a la primera mitad del siglo XX, dieron pie a grandes cambios para la vida de las mujeres. La vida industrial urbana modificó en gran medida las funciones que tradicionalmente se habían considerado como parte de la esfera femenina (el cuidado del hogar, la familia, los hijos, la salud, la educación, etc.), y ahora la economía de algunos países demandaba la participación de las mujeres en el trabajo laboral, de esta manera, las familias comenzaron a emigrar a las principales ciudades, y las mujeres empezaron a integrarse en la vida pública de la sociedad.

Sin embargo, no era tan sencilla esta nueva actividad para las mujeres, ya que no las excluía de la esfera privada (hogar), sino ahora se sumaban nuevas responsabilidades, además de sus deberes domésticos, debían cumplir con un trabajo asalariado, el cual en la mayoría de los casos no era retribuido de la misma forma que en los varones (principalmente percibían sueldos más bajos).

El ingreso a la esfera pública, no les otorgó el papel de sujetos activos dentro de la sociedad, sólo hizo más visible la condición de desigualdad y subordinación en la que se encontraban las mujeres.

Ante dicha situación, las mujeres comenzaron a expresar el deseo por compartir los mismos derechos y obligaciones que gozaban los hombres, poder participar en la misma actividad política, recibir la misma educación, dedicarse a las mismas profesiones y ser gobernadas por el mismo código de conducta social (Ware, Panikarry y Romein, 1981).

Tales inquietudes eran manifestadas generalmente entre las mujeres cultas de los países industrializados, principalmente en algunas ciudades de Norteamérica y Europa Occidental. Poco a poco comenzaron a integrarse al movimiento no sólo mujeres de clase alta, sino también de las clases medias.

El movimiento de mujeres se caracterizaba por la constitución de dos grupos:

- El elemento militante, como en el caso de las sufragistas británicas que efectuaban manifestaciones en masa, buscaban el arresto y realizaban huelgas de hambre.
- El grupo moderado, invitaba a la paciencia, la razón y la demostración de lo que las mujeres podían hacer como trabajadoras y ciudadanas.

En un principio el Movimiento Feminista se centraba principalmente en el sufragio como derecho para todos los seres humanos, es decir, la inclusión de la mujer en la vida política de la sociedad. El derecho al voto fue alcanzado durante las primeras décadas del siglo XX en los países industrializados, posteriormente fue logrado en los países en vías de desarrollo, como resultado del apoyo de organismos internacionales después de la Segunda Guerra Mundial.

Otro de los logros del movimiento feminista fue incorporar el principio de igualdad entre hombres y mujeres en la legislación de algunos países, por ejemplo en la Ley de creación de la Unión Soviética, automáticamente se incorporó este principio. También en la 5o. Conferencia Interamericana, efectuada en 1923, en donde se recomendó a los gobiernos de las repúblicas americanas la modificación de sus constituciones y leyes a fin de lograr para las mujeres los mismos derechos civiles y políticos que disfrutaban los hombres.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, en la Carta de la Naciones Unidas (ONU), se declaró "igualdad de derechos para hombres y mujeres, fomento del respeto de los derechos humanos sin distinción de raza, sexo, idioma o religión".

Otra de las demandas del Movimiento Feminista se relacionó con el derecho a la educación, sin distinción de sexo. Se demandaba que la educación superior debía ser igualmente accesible a todos sobre la base del mérito y el derecho a participar libremente en la vida cultural de la comunidad.

Siendo que hacia finales del siglo XIX, las universidades europeas y norteamericanas comenzaban a admitir a las mujeres sólo por peticiones especiales, en otros casos, por ejemplo en Rusia y Suiza eran admitidas bajo un proceso de selección.

De acuerdo con esta breve recopilación de datos acerca del desarrollo y alcances del movimiento feminista, es necesario definir qué es el Feminismo y quiénes pueden considerarse feministas, ante esta situación Karen Offen en su artículo "*Definir el Feminismo: un análisis histórico comparativo*" (1991), realiza un análisis a partir de categorías relacionales e individuales:

- **Feminismo Relacional.** Propone una organización social fundada en el género pero igualitaria. Como unidad básica de la sociedad, defiende la primacía de una pareja hombre/mujer, no jerárquica y sustentada en el compañerismo. Pone énfasis en los derechos de las mujeres como mujeres por su capacidad para engendrar y criar, en comparación con los hombres
- **Feminismo Individualista.** Presenta al individuo como la unidad básica, independientemente del sexo o género. Hace incapié en conceptos más abstractos de los derechos humanos individuales y exalta la búsqueda de la independencia personal o autonomía en todos los aspectos de la vida, a la



vez que descalifica, desapruueba o rechaza todos los roles definidos socialmente y minimizan la discusión por las cualidades o contribuciones relacionadas con el sexo.

Estos dos tipos de Feminismo difieren en las prioridades de sus demandas, el primero se relaciona con las necesidades que expresan las mujeres como madres, es decir, aquellas que están en función de brindar un bienestar para las madres. Han cristalizado las reivindicaciones del derecho de las mujeres a trabajar fuera del hogar, subsidios a la maternidad, igualdad en los salarios, creación de servicios para el cuidado de los niños, acciones para mejorar la vivienda, a participar en todas las profesiones y a votar.

El Feminismo Individualista daba prioridad política a la promulgación de la Enmienda por la Igualdad de Derechos, y al desmoronamiento de un sistema educativo estratificado según el género y de un sistema económico que colocaba a las mujeres en una situación de desventaja a través de la segregación ocupacional. Este movimiento cobró ímpetu, sobre todo en Inglaterra y Estados Unidos, cuando un número creciente de mujeres cultivadas, solteras y resueltas a conseguir autonomía personal se hizo visible por primera vez, cuando la presencia de mujeres casadas en el mundo laboral industrial adquirió entidad política; un aspecto significativo de esto, es la disminución en la natalidad (características de las demandas que lo distinguen del relacional).

Para definir al Feminismo se puede recurrir tanto a la tradición relacional como a la individualista. Puede ser considerado como una ideología crítica o sistema de ideas en rápida evolución.

Offen (1991), define al Feminismo como: *"Un concepto capaz de englobar una ideología y un movimiento de cambio sociopolítico fundado en el análisis crítico del privilegio del varón y de la subordinación de la mujer en cualquier sociedad dada"* (pag. 130).

**La categoría fundamental de análisis es el género o la imagen diferencial del comportamiento de los sexos, que la sociedad ha construido sobre la base de las diferencias fisiológicas.**

**Su objetivo es destruir la jerarquía masculinista, no el dualismo sexual, es necesariamente pro-mujer, aunque no significa que tenga que ser anti-hombre, incluso algunos defensores de los derechos de las mujeres han sido hombres.**

**Tomando como base dicha definición, Offen (1991) considera como feminista a toda persona mujer u hombre, cuyas ideas y acciones demuestren que parten de los siguientes tres criterios:**

- Válidez sobre las interpretaciones de las mujeres, es decir, sobre sus propias experiencias y necesidades, defender públicamente los valores de las mujeres como propios.**
- Malestar ante la injusticia o desigualdad institucionalizada, que los hombres como grupo ejercen sobre las mujeres como grupo en una sociedad dada.**
- Abogar por la eliminación de dicha injusticia y oposición al poder, que mantiene las prerrogativas del varón, esforzándose por transformar las ideas dominantes o prácticas sociales.**

**De acuerdo con Barbieri (1986), los orígenes del Movimiento Feminista se basan en tres corrientes teóricas:**

**1. *Pensamiento Liberal*, a partir de las revoluciones burguesas de los siglos XVII y XX, en donde la ciudadanía exigía los derechos del hombre y se revelaban ante el poder despótico de las monarquías.**

Fue a partir de la Revolución Francesa cuando las mujeres europeas comenzaron a agitarse en favor de un cambio de condición social, en donde pedían que se extendiera a las mujeres el concepto de "*Derechos del Hombre*".

Ware, Panikkay y Romein (1981), señalan que el movimiento de mujeres en un principio encontró poca simpatía entre los hombres y sus gobiernos, para expresiones como la "*Vindicación de los derechos de la mujer*", propuesta en 1792 por Mary Wollstonecraft, y tampoco por la propuesta de un grupo de francesas para que la Asamblea Nacional de 1789, adoptara una "Declaración de los derechos de las mujeres". Exponentes tan fervorosos de los derechos de los hombres como Jean-Jacques Rousseau y Thomas Jefferson insistieron en que estos derechos no incluían a las mujeres.

Tampoco le dieron seriedad a la prevención de Abigail Adams a su marido en el Congreso Continental de las Colonias Americanas en 1776, la cual expresaba:

*"si no se dedica un cuidado y una atención especial a las damas, estamos decididas a fomentar una rebelión y no nos sentiremos obligadas por ninguna ley en la que no hayamos tenido voz o representación".*

*(The Republic, Nueva York, 1943, citada en Ware, Panikkay y Romein, 1981)*

Posteriormente, los principios de la democracia liberal proporcionaron la ideología impulsora a las mujeres de Gran Bretaña, E. U., así como a la mayoría de las mujeres organizadas de América Latina y de algunos países orientales.

2. *Pensamiento Socialista*, retoma la Teoría Marxista basada en las ideas de igualdad respecto a las condiciones materiales, de trabajo y distribución de bienes.

El Socialismo Marxista proporcionó a las mujeres obreras la ideología para participar en movimientos políticos, socialistas y comunistas, así como su colaboración en las organizaciones sindicales asociadas.

Karl Marx en la carta a Kugelmann (1868), considera el sometimiento de las mujeres como una forma de explotación y un mal de la sociedad capitalista, en esta también declara que "el progreso social puede ser medido con precisión, mediante la posición social del sexo femenino" (citado en Ware, Panikay y Romein, 1981).

3. *Liberación Sexual*, y los aportes de la Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud.

A mediados del siglo XX, un grupo de mujeres francesas, conocido como Psych et Po (Psicoanálisis y política), realizó importantes críticas al Psicoanálisis, principalmente al Lacaniano. Este grupo argumenta que la sexualidad femenina ha estado completamente reprimida por la cultura patriarcal, lo cual hace potencial la liberación de las mujeres (Offen, 1991).

En este sentido, las mujeres han luchado por un mayor control de su propio cuerpo, al respecto lograron el acceso a los métodos anticonceptivos, con lo que de alguna manera pueden decidir sobre el número de hijos que desean tener, el espaciamiento entre cada uno de ellos, así como también una mayor libertad en su actividad sexual.

Entre otros logros, consiguen la creación de Centros de Desarrollo Infantil para las madres trabajadoras y la implementación de programas de salud materno-infantiles; sin embargo, varios de estos alcances se encuentran estrechamente relacionados con las necesidades del rol tradicional de esposa y madre, por lo que se refuerza aún más la responsabilidad de la maternidad, el cuidado de los hijos y del hogar a las mujeres.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA 079 70

La situación no varía mucho en relación al ámbito médico e institucional, ya que los programas de salud se encuentran principalmente dirigidos a la función reproductiva, básicamente se otorga mayor atención a problemas relacionados con la maternidad, la lactancia, el parto, el puerperio, el climaterio, etc. , siendo considerados de exclusividad femenina, y a problemas de salud física y mental generados por factores ajenos a la función reproductiva se les otorga menor atención, incluso en algunos casos carecen de importancia médica, por ejemplo las alteraciones de salud causadas por las condiciones laborales o el rol de ama casa como factor depresógeno (Bresani, 1981; Burin y Velázquez, 1991; Acevedo, Lamas y Liguori, 1980).

### **3.1.2 El Movimiento Feminista en la Psicología Mexicana**

El Movimiento Feminista también impulsó el cuestionamiento y la reflexión de la condición femenina desde el ámbito intelectual, algunas académicas feministas preocupadas por la subordinación social, política y económica en que se encontraban las mujeres comenzaron a apoyar el movimiento desde las aulas de instituciones universitarias, en pocos años los centros de educación superior incluyeron dentro de sus actividades la realización de boletines, artículos y conferencias acerca de temas relacionados con la reflexión de la experiencia femenina y cuestiones feministas.

A partir de la segunda mitad de los años setentas los estudios sobre el cuestionamiento, el análisis y la reflexión de la experiencia femenina se establecen como Estudios de la Mujer, después de un arduo trabajo las académicas feministas logran dar una validez académica a este tipo de estudios y consiguen la creación de Centros dedicados exclusivamente a la tarea de investigar críticamente y reconceptualizar el conocimiento existente sobre las mujeres, así como las maneras en que éste ha sido construido y transmitido socialmente.

En América Latina se establecieron en varios países centros dedicados a investigar la condición femenina, esto como resultado de la firmeza y constancia de universitarias feministas (principalmente mujeres), lograron incluir dentro de la formación superior cuestiones relacionadas con la situación de las mujeres y las relaciones entre los géneros, en poco tiempo estos centros comenzaron también a integrar la experiencia masculina y fueron llamadas estas investigaciones Estudios de Género.

Olga Bustos (1991), señala la importancia de la formulación de un nuevo tipo de investigaciones realizadas por las mujeres, dado el fuerte vínculo que existe entre el investigador y el objeto de estudio, esto se traduce en la integración de la experiencia personal y la investigación misma, resultando así un análisis totalizante sobre la realidad de las mujeres.

Otro objetivo de gran importancia es la sensibilización de otras mujeres como resultado de la divulgación del conocimiento generado de estas investigaciones. A partir de lo escrito por mujeres acerca su propia experiencia y de la ajena, muchas lograron ver desde otra perspectiva su situación y hacer visible lo que permanecía invisible.

Los Estudios de Género no son sólo parte de la investigación universitaria, se encuentran estrechamente relacionados con la acción política, pues en 1983 Marta Lamas señalaba que el cuestionamiento y reflexión tienen la intención política de terminar con la subordinación de las mujeres en la sociedad. Mediante el análisis de la diferencia sexual que se les atribuye socialmente a los géneros, se pretenden combatir los prejuicios sexistas que colocan en una situación de desventaja a las mujeres (en Bustos , 1991).

La consolidación de este campo de estudio en las instituciones universitarias no ha sido tarea fácil, a lo largo de la última mitad del Siglo XX, académicas y universitarias principalmente, se han sensibilizado por

**cuestiones relacionadas con la condición femenina y las relaciones entre ambos géneros.**

En México, a partir de los años setentas se comenzaron a generar varios trabajos de investigación y actividades académicas, como talleres, conferencias, seminarios y programas de radio y televisión; para la generación y difusión de estos trabajos han participado varias dependencias de la UNAM. Dentro de los programas universitarios para la investigación, estudio y atención a la problemática y condición de las mujeres, se creó el Centro de Estudios de la Mujer (CEM), de 1984 a 1992 en la facultad de Psicología, a partir de éste el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), de 1992 a la fecha. Ante este creciente interés en la Fac. de Psicología, UNAM se crea el Programa de Sexualidad Humana (PROSEXHUM) en 1985, y respecto a la atención a la salud mental y específicamente a la violencia de la que son víctimas principalmente las mujeres, también se crea el Programa de Atención Integral a Víctimas y sobrevivientes de Violación y Abuso Sexual en la Infancia (PAIVSAS), desde 1994. Existen algunas asignaturas de las áreas Social y Experimental donde se imparten tópicos relacionados con las cuestiones de género, por ejemplo: Socialización, Cultura y Personalidad, y Pensamiento y Lenguaje, impartidos por: Lic. Patricia Bedolla Miranda y Mtra. Olga Bustos; también en el área clínica dentro de la asignatura de Psicoterapia I y II, se incluyen los seminarios con los siguientes temas: Víctimas y sobreviviente de Abuso Sexual y Violación, impartidos por la Dra. Ruth González Serratos.

En otras dependencias de la UNAM se encuentran: el Seminario Interdisciplinario sobre Género y Educación, en la Facultad de Filosofía y Letras; el Colectivo de Investigación y Apoyo a la Mujer, en la ENEP Zaragoza; la Unidad Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer, en la ENEP Iztacala; la Unidad de Estudios de la Mujer de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; el "Taller sobre la Condición de las Mujeres", impartido a estudiantes de Sociología y Periodismo de la ENEP Acatlán, (Bustos, 1991).

Sin embargo, se han presentado muchas dificultades para incluirse estos temas dentro de la currícula académica, pues existen grandes reticencias para aceptarlos, aún cuando son aspectos que explican gran parte de la formación y mantenimiento de las relaciones humanas, por ejemplo en facultades y escuelas donde es imprescindible su impartición (ciencias sociales, humanísticas y de la salud), se permite el desarrollo de algunas asignaturas, talleres y seminarios pero bajo títulos muy generales.

Resulta interesante cuestionarse cómo es que en instituciones universitarias donde la población mayoritaria es femenina, no existe una sólida preocupación sobre estos temas de investigación, dado que en la Facultad de Psicología de la UNAM, existen muy pocas asignaturas en la currícula dedicadas a la investigación de las relaciones entre ambos géneros, estas son inscritas bajo títulos muy alejados de los aspectos que realmente se abordan y además son temas revisados de manera opcional durante los últimos semestres de la carrera, siendo que son aspectos que deberían ser de interés general y que forman parte de la educación y formación de todo ser humano, aún cuando no se dedique exclusivamente a las ciencias sociales, humanísticas y/o de la salud.

A partir de esta breve imagen de las acciones de la lucha feminista con respecto a la salud física y mental de las mujeres, se hace evidente que no ha sido tarea fácil para ellas lograr algunos de los cambios a favor de su condición. Es posible observar que existen muchas reticencias que van desde el ámbito intelectual hasta las acciones concretas, las cuales no favorecen un trato más equitativo para ellas e incluso algunas actitudes ayudan a perpetuar la opresión de la que son objeto.



### **3.1.3 Reivindicaciones Sociales en la Salud de las Mujeres**

Las reivindicaciones femeninas, algunas sexistas y otras vinculadas con las luchas por el cambio de las relaciones sociales, resaltan como eje fundamental el derecho a intervenir en las decisiones que las afectan, ya sea en cuestiones políticas, laborales o en la capacidad para el manejo de su propio cuerpo y salud.

Bresani (1981), señala que las reivindicaciones logradas por el movimiento feminista en torno a la salud, encuentran sus principales referentes en los problemas sociales globales, puesto que la problemática de la salud en la sociedad actual, ha pasado de ser una preocupación exclusiva de los organismos de salud pública y del encajonamiento científico a ser considerado como un eje político presente y que forma parte de los movimientos sociales.

Para la incorporación de la salud como eje político en las reivindicaciones sociales, fue indispensable hacer un cambio en el concepto de salud, pues desde el modelo hegemónico tradicional se le considera como biológica, individual, ahistórico y carente de contexto social; en este sentido ha sido evidente la necesidad de cambiar el concepto y sustituirlo por elementos más acordes con la realidad social. Dichos elementos suponen:

1. No es posible estudiar el proceso de salud-enfermedad como un fenómeno aislado, es necesario que sea considerado como una unidad dialéctica, tal como lo cita la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino el equilibrio entre el estado físico, mental y social del individuo".
2. El proceso salud- enfermedad es un fenómeno social, puesto que todo ser humano es una unidad constituyente y constituida de lo social.

3. Dado que la sociedad no es un todo homogéneo, sino se distribuye en clases y grupos de dominantes y dominados; es a través del reconocimiento y estudio de estas divisiones que se puede constatar la distribución de enfermedades según se pertenezca a esas clases y/o grupos.

4. La asignación de clase se da a través de la inserción del individuo en el aparato productivo, de esta forma se ubica en el tipo de trabajo y el acceso a los medios de sobrevivencia. Se explica el proceso salud-enfermedad mediante la comprensión de las condiciones reales de trabajo de la clase, así como las condiciones generales de su existencia.

Los elementos citados por Bresani (1981), permiten una descripción de las diferencias en las enfermedades entre pobres y ricos, explotados y explotadores, así como dominantes y dominados; con lo cual se hace visible que el contexto social es un factor de gran relevancia para explicar la problemática de salud que involucra a las mujeres.

Estos hallazgos plantean que la diferencia al enfermar entre ambos géneros no se restringe a la fisiología o anatomía de sus cuerpos, sino va más allá de los aspectos biológicos; el problema es mucho más complejo, pues la problemática femenina se encuentra estrechamente relacionada con su condición social, por tal motivo el movimiento feminista comenzó a tomar como eje de acción las políticas de atención y prevención de acuerdo al grupo social.

Las condiciones concretas de ocupación y ubicación de la mujer en el proceso de producción y reproducción, la colocan en situaciones de riesgo respecto a su salud física y mental. Para Bresani (op. cit.), este conjunto de condiciones sociales no operan de manera lineal como factores enfermantos diferenciales en el caso de la mujer, sino como parte de un complejo de condiciones que determinan la incidencia de factores enfermantos y respuestas diferenciadas en la población femenina.

Para la autora este conjunto de factores que influyen de manera determinante en la salud física y mental de las mujeres, es el resultado de la combinación de aspectos globales, como: las características ideológicas de una cultura y sociedad, el desarrollo de habilidades diferenciales como consecuencia de los estereotipos sexuales que socialmente se les han impuesto a cada uno de los géneros y la importancia que tienen éstas diferencias para el proceso de producción económica (el trabajo femenino).

Este último aspecto se refiere a las condiciones sociales y económicas del trabajo femenino, dado que las actividades laborales que desempeñan las mujeres siempre se han caracterizado por la desigualdad respecto al trabajo de los hombres. Las diferencias forman parte de la dinámica entre clases sociales, como explotado-explotador y dominado- dominador; esta situación genera serias dificultades para el grupo oprimido, pues las mujeres en tanto grupo y clase social dominada han tenido que enfrentarse a una subordinación social.

De esta manera, las condiciones sociales, sexuales, culturales, familiares y productivas que enfrentan la mujeres se traducen en elementos enfermantos diferenciales, que las llevan a estar bajo relaciones de explotación y dominación.

Al respecto, Marta Acevedo, Marta Lamas y Ana Luisa Liguori (1980), en su artículo *"México: Una bolsita de cal por las que van de arena"*, hacen un análisis de algunas luchas que mujeres mexicanas han llevado a cabo ante la opresión social, política y económica de la han sido objeto (luchas laborales y sindicales de mujeres obreras, empleadas y campesinas). En este trabajo citan algunas situaciones laborales, en donde a través de movimientos de mujeres y acciones feministas se demandaron condiciones más equitativas para el trabajo femenino.

Bajo esta perspectiva, dichas relaciones no pueden resolverse ni enfrentarse de manera aislada, aún en el caso de la salud física y mental de las mujeres, es necesario que se involucre a toda la sociedad, pues para que la lucha femenina alcance su objetivo, debe estar combinada con un movimiento más amplio de masas y clasista.

### 3.2 El Sexismo dentro del Sistema de Salud

Un factor de gran importancia al que se ha tenido que enfrentar la lucha feminista respecto a la salud mental de las mujeres, es el sexismo presente dentro del sistema de salud mental, puesto que las categorías que guían los diagnósticos de salud o enfermedad mental son determinados por grupos psiquiátricos, en donde prevalece el punto de vista masculino, pues los grupos considerados como expertos en su mayoría están formados por varones, quienes desde su experiencia masculina se dan a la tarea de reglamentar los criterios y determinar el estado de salud mental de hombres y mujeres, siendo evidente que difícilmente puedan considerar como punto de referencia la experiencia femenina.

Los estereotipos tradicionales pueden actuar como una fuente de prejuicios sexistas principalmente hacia las mujeres, ya que debido a las características determinadas para su rol como la fragilidad, la debilidad, la vulnerabilidad, etc., se tienden a atribuir la somatización y la exageración mínima a una molestia como características exclusivamente femeninas.

Goudsmit (1996), señala que la psicologización y la sugestibilidad se atribuyen exclusivamente a las mujeres y no a los hombres, puesto que con mayor frecuencia los médicos tienden a investigar más los síntomas manifestados por los hombres que por las mujeres, suelen explorar y hacer uso de un mayor número de estudios de laboratorio y RX., mientras que los síntomas sufridos por las mujeres se investigan menos. Esta tendencia en la

práctica médica habla de que los médicos pueden estar respondiendo a los estereotipos sociales y conciente o inconscientemente pueden estar considerando al varón como típicamente estoico y a la mujer como típicamente hipocondríaca.

Existen importantes críticas a las teorías de Sigmund Freud, Carl G. Jung, Melanie Klein y Donald Winnicott, ya que algunas feministas consideran que las teorías de estos autores son patriarcales y misóginas, así como también han sido de utilidad para preservar y perpetuar los mitos acerca de las mujeres, al respecto Susan Joyce (1997), señala que las teorías psicoanalíticas tradicionales han perpetuado el rol sexual tradicional de la mujer.

En las teorías de estos autores se presenta implícita o explícitamente a la mujer como pasiva, dependiente, anatómicamente inferior, emocionalmente inmadura y además dentro de éstas se considera a la maternidad como una función central para la salud mental femenina. Sin embargo, la presión por reforzar esta idea e imagen de la mujer ha llevado a seguir y evaluar el comportamiento de las mujeres desde estándares conservadores, por lo que las mujeres que salgan de estas normas son consideradas como seres enfermos y anormales.

Las feministas declaran que la categoría que describe a la mujer se ha construido a partir de un punto que sale de la norma masculina, es decir, el concepto que existe de mujer no va de acuerdo con los estándares masculinos. Esto da como resultado a la mujer que no se sienta conforme con el papel que juega en la sociedad se le pueda categorizar fácilmente como una mujer enferma y loca, ya que se encuentra dentro de un sistema en el que domina la medicina patriarcal (Joyce, 1997).

Las categorías de psicopatología que se establecen en el Manual de Estadísticas y Diagnósticos de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM -

IV), se basan en las creencias que se tienen de la normalidad y anormalidad de las mujeres. De acuerdo con los estereotipos que tiene la sociedad, el sistema psiquiátrico decide basándose en ideologías de como le gustaría al hombre que las mujeres fueran y no realmente en lo que las mujeres son, por lo tanto si una mujer no se comporta como lo establece la sociedad, sin duda habrá una categoría psiquiátrica en la que se le pueda ubicar como una persona enferma. Estas categorías son aceptadas como verdades por los médicos o psiquiatras que en su mayoría son hombres.

Incluso en la revisión del DSM -IV se quieren realizar categorías diagnósticas más específicas, y que se incluyan características corporales de las mujeres, este manual propuso que los síntomas pre-menstruales y los cambios durante la menopausia se categoricen como enfermedad mental; esto da como resultado que todas las mujeres en edad reproductiva estén en riesgo de caer en este tipo de trastornos mentales (Joyce, 1997).

Por desgracia no sólo se pueden cometer errores al establecer un diagnóstico clínico guiado por actitudes sexistas, sino que también se puede observar esta misma actitud en el establecimiento del tipo de tratamiento y objetivos terapéuticos, puesto que a partir del criterio diagnóstico se desarrolla la estrategia a seguir, es decir, se determina el tipo de tratamiento que más se adecue a las necesidades del paciente y de esta manera es muy probable que el tratamiento sea planteado desde un punto de vista estereotipado y que en algunos casos sea inadecuado, provocando un innecesario sufrimiento en el paciente.

En 1970 la psicóloga Inge Broverman realizó un estudio con la finalidad de investigar posibles sesgos sexistas en los juicios clínicos de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales (Hyde, 1995).

Los resultados encontrados por Broverman no se encuentran muy alejados de los hallazgos antes mencionados, en su estudio fue posible observar que las normas de salud mental están basadas en la imagen que se tiene de un hombre, las características deseables de la personalidad desde el punto de vista social tienden a ser las atribuidas a los hombres, mientras que las indeseables a las mujeres.

Un aspecto interesante de este estudio, es que tanto clínicos hombres como mujeres tienden a perpetuar estas actitudes sexistas hacia ambos géneros.

El estudio de Broverman se ha enfrentado a varias dificultades relacionadas con la metodología y la validez de los resultados, puesto que no mide la práctica terapéutica, sino las actitudes de los clínicos ante un cuestionario de lápiz-papel; otra crítica en la actualidad es el período en que se recabaron los datos, ya que después de treinta años es obvio que existan cambios en las actitudes de los terapeutas hacia los papeles asignados a los géneros en esta cultura.

Años más tarde la Asociación Americana de Psicología (APA, 1975), se dio a la tarea de investigar los sesgos sexuales y los estereotipos sobre los papeles asignados a los géneros en la práctica psicoterapéutica (Hyde, 1995).

En la encuesta preliminar dirigida a mujeres psicoterapeutas se indagaban datos sobre: la promoción de los papeles tradicionales asignados a los géneros, como objetivos terapéuticos durante el proceso clínico; el sesgo en cuanto a las expectativas que se tienen del paciente, las cuales en el caso de las mujeres tienden a ser devaluantes; el uso sexista de conceptos psicoanalíticos al hacer interpretaciones y por último la frecuencia de los/las terapeutas a mantener relaciones sexuales con sus pacientes.

Por desgracia estos datos no son muy concluyentes, puesto que no se basan en observaciones directas de la práctica terapéutica y tampoco tienen un soporte metodológico, ya que sólo participaron las terapeutas mujeres interesadas.

Bajo esta perspectiva Hyde (1995), llega a las siguientes conclusiones:

- No existen pruebas científicas concluyentes de la existencia o no de un sexismo generalizado en la psicoterapia, sin embargo, parece improbable e ilógico hablar de un sexismo en la psicoterapia, si no existiera.
- Es probable que existan psicoterapeutas sexistas, pero esto no puede ser generalizado. Lo cual puede explicar porqué las investigaciones no han hallado pruebas generales de sesgos sexuales.
- No existen diferencias en el género del terapeuta y las actitudes sexistas, indistintamente pueden presentarse sesgos sexistas en los juicios del/la terapeuta.

Lo que si es cierto es que una persona que se someta a algún proceso psicoterapéutico bajo criterios sexistas puede enfrentarse a una experiencia muy desagradable, por tal motivo, es importante tanto para el clínico como para el paciente sensibilizarse ante este tipo de sesgo sexual para evidenciarlo cuando surja.

Esta actitud sexista puede observarse en diversos ámbitos, un ejemplo, se encuentra en la investigación realizada por Burin y Velázquez (1990), donde se aborda el uso indiscriminado de psicofármacos preescritos a mujeres, este trabajo hace evidente la tendencia a psicologizar los malestares de las mujeres; otro ejemplo de esto, es la actitud sexista que caracteriza al personal de instituciones jurídicas, no es objetivo el trato hacia ellas, con frecuencia suelen ser juzgadas bajo prejuicios sociales cuando desean realizar algún trámite legal (denuncia de maltrato intrafamiliar, violación u hostigamiento sexual).



Para Carmen Sáez Buenaventura (1988), los problemas de salud mental femeninos además de enfrentarse a la medicalización y psicologización, también sigue el turno a la psiquiatrización. En cuanto a lo considerado como psicopatológico, la ambigüedad y las dificultades aumentan no sólo ante la falta de claridad para describir las características "normales" de los individuos hombres y mujeres, sino también en las propias limitaciones que en la actualidad atañen a la psiquiatría:

- La amplitud del concepto "enfermedad mental", al hablar de un trastorno o enfermedad mental se esta haciendo referencia a una categoría globalizante que va desde alteraciones provocadas por anomalías cromosómicas hasta enfermedades degenerativas cerebrales seniles.
- La relativa fiabilidad y validez de los diagnósticos psiquiátricos y los problemas que esto puede provocar en el tratamiento y atención a los pacientes.
- Los hallazgos de los estudios epidemiológicos siempre se refieren a los casos tratados, inferior al número de casos reales, ha esto se une la necesidad de distinguir entre predominancia e incidencia para establecer el número total de casos en un momento dado, al margen de las cifras de nuevos casos durante un período determinado, el panorama se presenta sin duda complicado y sembrado de errores posibles.

En adición, es necesario considerar que la historia de los "locos" ha sido contada por los "sanos", y en cuanto a las "locas", en el campo de la salud mental al igual que en otras áreas ha sido devaluada su condición.

Sáez (1988), señala la necesidad que ha surgido dentro del ámbito psiquiátrico de intentar discernir las diferencias que existen al enfermar mentalmente, así como la frecuencia con que inciden en hombres y mujeres determinados tipos de sintomatología.

Para la autora es de gran importancia responder a varios cuestionamientos con el fin de comprender la manera en que la cultura y la sociedad influyen en la forma y frecuencia de enfermar entre hombres y mujeres adultos, bajo esta perspectiva, formula los siguientes cuestionamientos: ¿Qué cuadros son más característicos en uno u otro sexo?; ¿Qué problemática peculiar viene a desembocar en un tipo de conflictividad o psicopatología? y por último, ¿De qué manera específica se podrían ayudar a resolver situaciones anómalas, alteraciones y trastornos de salud mental?

De acuerdo con lo anterior, se hace evidente que el sistema de salud mental se encuentra gravemente influenciado por estereotipos y prejuicios sexuales, lo cual trae como resultado que los criterios para la práctica clínica opriman y regulen la conducta de la mujer, de tal manera que permanezca subordinada al hombre.

El sistema de salud mental en conjunto con otras instituciones como el Estado y la Iglesia, han favorecido la opresión de la condición femenina, a través de mecanismos ideológicos que han servido para perpetuar su confinamiento y permanencia dentro de la esfera privada, y limitando así su papel social, económico y político. El conjunto de elementos que constituyen estos sistemas han estado en beneficio de un solo género, enfocándose a la supremacía del hombre, al poder masculino y a la propiedad masculina en contra de los intereses de las mujeres.

Sin duda, los estereotipos tradicionales atribuidos socialmente a hombres y mujeres han sido una fuerte influencia para normar las relaciones entre ambos géneros, así como perpetuar los mecanismos de poder presentes en el vínculo masculino-femenino. Se espera que mediante el análisis de la influencia que los roles estereotipados pueden ejercer y los mecanismos de poder-alienación que los sustentan, se ofrezcan nuevas perspectivas para su comprensión y conocimiento.

### **3.3 Aportaciones Feministas a la Salud Mental de las Mujeres**

Han sido esenciales las aportaciones del Feminismo a la investigación sobre el origen y la manera de enfermar mentalmente, el Movimiento Feminista ha impulsado la generación de investigaciones que tienen la finalidad de confrontar los conceptos tradicionales presentes en la literatura y en la práctica clínica, con hipótesis que tratan de explicar la influencia de factores psicosociales en los modos de enfermar femeninos y masculinos (Dio Bleichmar, 1985; Sáez, 1988 Burín, 1987; Burín y Velázquez, 1990; Burín y Meier, 1998; Wilkinson y Kitzinger, 1996).

Como producto del Movimiento Feminista, muchas mujeres comenzaron a hacer caso omiso de las normas socialmente establecidas, pasando por alto los conceptos tradicionales respecto a la sexualidad, la maternidad, el matrimonio y el comportamiento en general, convirtiendo en hechos habituales y normales lo que durante mucho tiempo se calificó de conductas aberrantes de unas cuantas estrafalarias. El cuestionamiento de estos conceptos tradicionales se favoreció gracias al impulso de psicólogas, psiquiatras y otras profesionales del campo de la salud mental decididas a romper con una visión sexista de la realidad.

La firmeza del trabajo de muchas mujeres pioneras en la lucha por ser escuchadas, valoradas y tratadas con equidad, Sáez Buenaventura (1988), lo consideró como el más precioso legado que de una mujer se pueda heredar.

No tendría sentido toda una vida de lucha por ideales, sino existiera otra mujer que los hiciera valer y los pusiera en práctica, que no comenzara un trabajo nuevo y aislado, sino que reviviera lo ya escrito y generara a partir de éste el propio, ya que no es en vano el principio feminista de "lo personal es político", pues la experiencia individual de una mujer, involucra a otras más, no puede

existir nada peor en la humanidad que el mostrar indiferencia ante lo que le ocurre a los demás.

Desde la perspectiva feminista se han logrado transformaciones en las prácticas ya existentes, algunos de los profesionales de la salud física y mental han modificado sus actitudes hacia sus pacientes hombres y mujeres, así como también la literatura se ha visto influida por el cuestionamiento de la supuesta "naturalidad" en las relaciones cotidianas.

En este sentido, activistas e intelectuales feministas han realizado importantes contribuciones al análisis del conjunto de factores que en consecuencia provocan situaciones de subordinación femenina. Para su análisis se han distinguido entre las aportaciones de la producción teórica y la práctica clínica.

### **3.3.1 Literatura Feminista Acerca de la Salud Mental de las Mujeres**

Durante las últimas dos décadas las feministas dedicadas al estudio de la salud mental de las mujeres, han desarrollado y establecido un modelo de atención psicológica con orientación feminista, sin embargo, en lo referente a la filosofía y a la práctica feminista, parece que es escasa la bibliografía acerca de los elementos terapéuticos de capacitación y práctica feminista.

Debido a este vacío en la bibliografía se dificulta que las psicoterapeutas tengan a su alcance los elementos con los cuales puedan retar a los marcos tradicionales y de esta manera desarrollen lineamientos metodológicos para brindar atención a la problemática de salud mental de las mujeres desde una perspectiva feminista.

Para Susan Joyce (1997), resulta interesante cuestionarse por qué son tan pocas las publicaciones e investigaciones acerca del trabajo

psicoterapéutico con orientación feminista. Para dar una respuesta a esta situación, la autora cita a Talbott, quien explica la falta de reconocimiento de la perspectiva feminista en las publicaciones con base en cinco razones:

- El camino equivocado hacia el profesionalismo que algunos líderes han tomado en este campo.
- El prejuicio sexual presente en las investigaciones.
- La presencia de cierta reverencia por el conocimiento que existe en las ciencias físicas y el deseo de seguir este ejemplo para poder asegurar credibilidad y legitimidad.
- Las políticas exclusivas de ciertas editoriales.
- La incapacidad personal para incorporar todo lo femenino dentro de la mentalidad de investigadores y de terapeutas.

La dominancia de las teorías tradicionales y la estructura de jerarquías políticas, han funcionado como una barrera para el desarrollo de la práctica y la teoría feminista, han favorecido la presencia de prejuicios personales, sociales y culturales, que en efecto eliminan toda posibilidad de tomar a la perspectiva feminista como un principio de orientación en las relaciones interpersonales.

Aún cuando estos factores han sido determinantes para limitar la publicación de investigaciones y escritos con orientación feminista, a lo largo de las últimas dos décadas se han concretado cada vez más los esfuerzos de muchas mujeres dedicadas al estudio de los factores sociales y culturales que influyen en el proceso de salud-enfermedad mental que las caracteriza.

En este sentido, es necesario que las teóricas feministas construyan un nuevo tipo de pensamiento y análisis para reescribir la posición de la mujer dentro de la sociedad y su papel en términos sociales. Para evitar la generalización histórica acerca de las mujeres; las feministas, el análisis feminista y los teóricos feministas deben trabajar dentro de un marco de

consideraciones culturales específicas, dentro del contexto histórico específico y teniendo en cuenta ciertas consideraciones específicas (Hogan, 1997).

En el campo de la psicología poco se ha hecho en torno al marco feminista, específicamente en cuanto a la salud de la mujer. A partir de las últimas dos décadas se ha generado bibliografía feminista acerca de las mujeres y la salud mental, estos han consistido en importantes críticas al tratamiento de las mujeres en el sistema de salud mental y al tipo de tratamiento tan injusto que recibieron las pacientes psiquiátricas, en el período que va desde principios de los años setenta hasta mediados de los años ochentas (Sáez, 1988; Wilkinson y Kitzinger, 1996).

Las críticas se basan en el concepto tradicional que se tiene de la mujer, en los parámetros que toman los psiquiatras para describir el estado de salud mental femenino, ya que generalmente se hace uso de los prejuicios sexuales y estereotipos sociales para oprimir y regular el comportamiento de la mujer.

En 1992 se realizó un simposium organizado por la British Psychological Society, llamado "*La mujer y la salud: el enfoque feminista*", en el cual se presentaron varios trabajos de investigación acerca de la salud femenina bajo un enfoque feminista, así como también se comenzó a integrar la intervención multidisciplinaria, desde los campos de la psicología, sociología, política social, antropología social y economía (Wilkinson y Kitzinger, 1996).

Estas investigaciones no sólo abarcan temas sobre el rol tradicional de la mujer, dirigidos específicamente a la función reproductora como madre y esposa, sino un aspecto innovador es la inclusión de problemas feministas en actividades fuera de la reproducción y a lo largo de diferentes etapas de la vida.

Para Wilkinson y Kitzinger (1996), los temas que han sido objeto de estudio a lo largo de esta última década son los siguientes:

- ***Poder masculino en la medicina organizada.*** Los problemas de salud de las mujeres a menudo han sido trivializados o descartados por los profesionales de la salud física y mental, quienes mayoritariamente son hombres. Las entidades oficiales de la medicina británica crean y mantienen su base en el poder patriarcal.
- ***Ejercicio de la sexualidad y la utilización de técnicas de sexo seguro.*** Los servicios de educación y salud sexual, no se centran totalmente dentro de las necesidades de las mujeres, pues la sexualidad femenina se sitúa dentro de un contexto donde la imagen de la mujer es idealizada como virgen y madre, y no le es permitido social y religiosamente el ejercicio libre de su sexualidad.
- ***Autopercepción durante y después del embarazo.*** La imagen del cuerpo durante y después del parto se sitúa en un contexto en donde la imagen de la mujer es idealizada/sexualizada de la feminidad creada por los hombres y aceptada por la mayoría de las mujeres.
- ***Nuevas tecnologías de reproducción.*** Las prioridades científicas dan mayor atención al desarrollo médico de las nuevas tecnologías de reproducción, ignorando en gran parte las características del cuerpo femenino y promoviendo la ideología de la familia nuclear heterosexual, prestando escasa atención a los riesgos a largo plazo (físicos y psicológicos) que conlleva el embarazo y crianza de los hijos.
- ***Trabajo extradoméstico, laboral y la salud de la mujer.*** La preocupación se centra en los riesgos físicos y psicológicos que reflejan los aspectos de la división sexual del trabajo tanto en la estructura como en la organización del empleo asalariado en la sociedad desarrollada.
- ***Uso de drogas y tranquilizantes.*** Se basa en el trabajo tradicional realizado sobre el consumo de sustancias (comida, alcohol, tabaco y drogas), incluyendo el uso desmedido de tranquilizantes ante los malestares femeninos.

- *Cáncer de mama*. Se aborda este tema a través de sugerencias para tratar con un enfoque feminista este problema.
- *Menopausia*. Tratamiento a partir del empleo de la terapia hormonal sustitutiva. Una vez más se contempla la imagen prevaleciente del "ideal" de la femineidad y los estrechos roles prescritos para las mujeres.
- *Viudez*. Manejo del duelo ante la pérdida de la pareja.

### 3.3.2 Contribuciones Feministas Respecto a los Métodos Psicoterapéuticos

La educación y la transformación de actitudes en los trabajadores de la salud mental, es un punto central para la transformación feminista de este sistema, puesto que no se pretende crear un sistema paralelo al tradicional, sino una transformación del ya existente. Es necesario que se comience por tratar de sensibilizar a los profesionales del campo de la salud mental y al personal que labora en estas instituciones, acerca del sexismo presente en sus actitudes y trato hacia los/las pacientes.

Es de vital importancia que los profesionales en el campo de la salud física y mental se preocupen por tener una visión más crítica ante la evidencia de explicaciones o interpretaciones psicológicas, ya que al enfatizar sin medida los factores psicológicos de una enfermedad o padecimiento mental, puede llevar a errores en el diagnóstico, a un tratamiento inadecuado y a una gran cantidad de sufrimiento innecesario (Goudsmit, 1996).

Es importante que perciban desde otra posición (perspectiva de género), los problemas de las mujeres, que empiecen a cuestionar las actitudes sexistas con las cuales suelen dirigirse y juzgar a las mujeres que los/las rodean, tratar de evitar actitudes de superioridad y paternalistas, así como desarticular los mitos y prejuicios acerca de como la sociedad y la religión esperan que se comporten la mujeres, ya que la fuerza de estos mecanismos radica en la ausencia del cuestionamiento y la reflexión.



Sáez (1988), identificó algunas dificultades presentes dentro de instituciones o tipos de tratamiento para mujeres, así como la influencia del Feminismo en la modificación y transformación de estas situaciones, a continuación son presentadas.

### **3.3.2.1 Instituciones Psiquiátricas**

En instituciones psiquiátricas se presentan con gran frecuencia situaciones similares a las que ocurren en el exterior. El estatus en el que se encuentran las mujeres es aún más grave, pues en el papel de enfermas mentales experimentan una pérdida absoluta de derechos y libertades individuales. Las mujeres internas dentro de instituciones psiquiátricas sufren de una doble degradación, en primer lugar, por el hecho de ser mujeres comparten con otras más la devaluación política, social y económica de la que son objeto; y al considerarse afectadas de sus facultades mentales pierden toda posibilidad de ejercer control y decisión sobre su propio cuerpo.

La situación que experimentan las pacientes psiquiátricas es muy grave, ya que implícita y explícitamente pierden el control de sus propias vidas; el ingreso a una institución psiquiátrica frecuentemente es sugerida por el medio social que la circunda, la mujer pasa de la tutela paterna o marital a la custodia de la institución, por lo que ahora es sólo un objeto propiedad de quienes la custodian, y lo más grave aún es que con gran frecuencia suelen ser objeto sexual de médicos, enfermeros y cuidadores.

En instituciones donde se han dado a la tarea de formar relaciones más equitativas entre el personal y las/los pacientes, se ha tratado de proporcionar una atención similar a pacientes hombres y mujeres. Sáez (1988), ha observado dificultades principalmente entre el personal femenino y las pacientes mujeres, implícitamente o explícitamente el papel de técnico (enfermeras, médicas y cuidadoras), trae consigo una imagen de superioridad respecto a las mujeres

en condiciones más precarias (las pacientes), debido a esta situación suelen presentarse situaciones de conflicto entre el personal y las pacientes.

Otro factor que a través del cuestionamiento feminista se ha podido visualizar, es el uso de los estereotipos tradicionales, estas concepciones atribuidas socialmente de manera diferenciada a hombres y mujeres influyen en el tratamiento y en el momento de dar de alta a los/las pacientes, con frecuencia las mujeres al ver los primeros indicios de mejoría quieren regresar a casa para cumplir con sus obligaciones domésticas, mientras que los hombres al ser dados de alta suelen permanecer algunos días en casa antes de reingresar a sus actividades laborales.

Las teorías clínicas también refuerzan las concepciones estereotipadas, estas proporcionan estándares para evaluar la conducta y determinar el grado de salud-enfermedad; sin embargo, de acuerdo con los cuestionamientos feministas, la utilización de las teorías psicodinámicas de manera dogmática perpetúa los roles tradicionales y mantienen en desventaja a la mujer en su condición de esposa y madre principalmente.

### **3.3.2.2 Psicoterapia Individual**

Dentro de la psicoterapia individual se han observado dificultades relacionadas con el ejercicio práctico de psicoterapeutas, los terapeutas hombres y mujeres se han desarrollado dentro de un sistema de creencias y valores profundamente arraigado, por lo que su ejercicio profesional esta matizado conciente e inconscientemente por prejuicios acerca de cada uno de los géneros.

En investigaciones realizadas con psicólogos estadounidenses dedicados a la práctica terapéutica de mujeres, se han encontrado pruebas

acerca del sexismo presente en la práctica clínica, sobre todo en cuatro aspectos fundamentales:

- Fomento de los roles sexuales tradicionales y disuación respecto a innovaciones en este sentido.
- Infravaloración de la mujer y mantenimiento de prejuicios en las expectativas hacia ellas.
- Utilización de interpretaciones psicoanalíticas de manera sexista.
- Reacción ante las mujeres, como si de objetos sexuales se tratase, incluido el contacto sexual en terapia.

Al respecto, el Feminismo ha tenido una influencia determinante en la creación de literatura encaminada a transformar los conceptos de salud y enfermedad mental tradicionales, la actividad feminista a favorecido el contexto social para que las mujeres empiecen a reconstruir el concepto de alteración psíquica que las atañe.

Los aportes del Movimiento Feminista respecto a la salud mental de las mujeres se han centrado esencialmente en las siguientes acciones:

- Revisión de las prácticas de asesoramiento y terapia.
- Educación de los trabajadores de salud mental, para que adopten actitudes y conductas no sexistas en su labor profesional (ya sea en la práctica institucional o individual).
- Estimulación de grupos de autoayuda entre mujeres.

El Movimiento Feminista también ha dado origen a otras alternativas, como el surgimiento de grupos de autoayuda creados por mujeres y para mujeres, en países donde el Feminismo ha cobrado mayor fuerza existe un mayor número de programas y centros de carácter gubernamental y privado, dedicados a la planificación familiar, orientación sobre métodos anticonceptivos,

aborto, servicios de acogida y ayuda a mujeres golpeadas y/o violadas, grupos para la intervención en otras crisis (las que pueden aparecer a lo largo de embarazos no deseados, divorcio y/o separación, conflictos conyugales, reincorporación al trabajo laboral en una edad madura, etc.).

Las actividades llevadas a cabo en estos centros evitan la psiquiatrización de los problemas femeninos, siendo que de esta manera se favorece el análisis de los factores socioculturales que dan origen al sufrimiento de las mujeres, alejándose cada vez más de los conceptos que hacen referencia a los procesos psicopatológicos considerados como consecutivos de una vida peculiarmente condicionada.

### 3.3.2.3 Grupos de Reflexión

Un tema que comenzó a ser abordado al comienzo de la década de los años ochentas fue *"el dinero y el poder"*, esto en relación al significado social que tiene el manejo del dinero respecto a la carencia de autonomía que caracteriza a las mujeres. Clara Coria alrededor de 1981 empezó a incluir este tema dentro de la metodología de los grupos de reflexión de mujeres, con el propósito de analizar cómo los estereotipos socialmente atribuidos contribuyen a perpetuar la subordinación femenina y los comportamientos dependientes que durante mucho tiempo formaron parte de la cotidianidad y subjetividad femenina.

Estas reflexiones parten del análisis del sistema económico de mercado presente en la sociedad, en donde el dinero es un elemento de intercambio ineludible y un instrumento privilegiado de poder. Sin embargo, las condiciones de este sistema no ofrecen las mismas oportunidades para ambos sexos. Clara Coria (1987) dentro de su artículo *"Grupos de reflexión, dependencia económica y salud mental en las mujeres"*, identifica algunas consideraciones generales en torno a las mujeres y el significado del dinero:

1. Las mujeres sufren de una doble opresión económica, en primer lugar experimentan la misma presión que cualquier individuo dentro del sistema económico, como la desigualdad en la distribución de la riqueza y los beneficios, pero a ésta se le agrega la marginación económica dentro del mismo sistema.
2. La marginación proviene de distintas fuentes: la discriminación social (puestos menos remunerados y la negación del valor económico del trabajo doméstico) y la automarginación económica, la cual expresa el hecho de que las mujeres acepten y/o instalen la dependencia económica, aún cuando logren ser autónomas con su propio dinero.
3. El dinero es un instrumento de poder dentro del sistema económico de mercado. En este sentido se hacen cuatro aclaraciones:
  - 3.1 Cómo instrumento de poder ha estado históricamente en manos de varones. Es parte de la identidad y subjetividad masculina.
  - 3.2 La administración del dinero dentro de los ámbitos público y doméstico a contribuido a distribuir el poder entre los géneros, los hombres ejercen el poder en el ámbito público, no sólo del dinero sino de las grandes instituciones (conocimiento, armas, religión, leyes), y las mujeres ejercen el poder en el ámbito privado a través del manejo de los afectos.
  - 3.3 En este contexto, las mujeres han sido criadas en la dependencia y para la dependencia. Con frecuencia se termina por considerar que es natural y parte de lo femenino.
  - 3.4 Curiosamente, parece que sólo se le presta atención al poder que emana del dinero en las esferas de la macroeconomía.

El análisis del significado que involucra el manejo del dinero dentro de las prácticas sociales y económicas evidencia la subordinación de la que históricamente han sufrido las mujeres. La inclusión de este tema en el manejo terapéutico ha favorecido la inserción de las mujeres en el ámbito público, así como la independencia económica, ya que al visualizar la relación entre los estereotipos sociales y la dependencia, comienzan a desarrollar una actitud

más autónoma, no sólo en el manejo del dinero, sino también en la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo.

Cabe mencionar que los grupos de reflexión para mujeres no parten de la acción feminista, es decir, no tienen una intención política, pero de alguna manera contribuyen al cuestionamiento de la desigualdad en las prácticas sociales, favoreciendo el análisis de los prejuicios sexuales y de esta forma permiten redefinir a lo femenino desde una nueva perspectiva.

Respecto a la salud mental de las mujeres, el análisis de la dependencia económica es un objetivo primordial dentro del tratamiento terapéutico, puesto que al desear y buscar una independencia económica no se va en contra de lo femenino, por el contrario se desarrolla la capacidad para tener el control de sí mismo y tomar decisiones responsables, lo cual da lugar a comportamientos más autónomos, que contribuyen a la salud mental.

### **3. 4 Acciones de Carácter Preventivo**

El Movimiento Feminista ha impulsado a la realización de acciones respecto al campo de la salud mental de las mujeres, grupos de mujeres desde instituciones gubernamentales y no gubernamentales han dirigido actividades dentro de los tres niveles de atención médica. Se han esforzado por crear y mantener programas que brinden la atención necesaria a la población femenina en los tres niveles de prevención (Bresani, 1981; Wilkinson y Kitzinger, 1996).

De acuerdo con lo expuesto por San Martín (1992, 7ªed.) acerca del tipo de acciones correspondientes a cada uno de los tres niveles de prevención de la salud y la ubicación de las poblaciones que requieren de una atención específica, se han observado intervenciones realizadas por grupos de mujeres dedicadas a reconstruir las relaciones entre los géneros, de manera que se favorezcan relaciones más equitativas entre ambos.

En el primer nivel se ubica la prevención primaria, en la cual se busca incidir sobre el conjunto de factores que originan un malestar psíquico en las mujeres como resultado de la posición de subordinación social en que se ubica a lo femenino. A través del hecho de prepararse o anticiparse a la manifestación de un problema, los programas impulsados por la acción feminista se encuentran actividades centradas en la difusión del problema, estas tienen como principal objetivo sensibilizar a la población en general acerca de la desigualdad con la que se trata a las mujeres, tanto en casa como fuera de ella.

Estas acciones son principalmente de carácter educativo, tienen el objetivo de informar a la población acerca de lo considerado como "normal" en las relaciones entre ambos géneros, lo que no es tan natural como se cree. Esta información se difunde a través de carteles, folletos, trípticos, algunos anuncios y programas de radio y televisión, y entrevistas y artículos de revistas. La aparición de estos mensajes, ya sea por medios visuales o escritos, facilitan el cuestionamiento de que no es normal la desigualdad entre los géneros y favorecen el contexto a las actividades de los siguientes niveles de prevención.

El objetivo de la prevención secundaria es el desarrollo de acciones que eviten el crecimiento del problema, una vez ya manifestado. Al respecto, organismos médicos, sociales y legales, han atendido a las demandas de grupos de mujeres y feministas, quienes reclaman mayor atención ante el conjunto de factores enfermantos y diferenciales que experimentan.

Ante esta problemática, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, han desarrollado programas de atención interdisciplinaria a diferentes problemas que sufren las mujeres, incluyen tanto situaciones relacionadas con el estereotipo femenino, como la reproducción sexual, la maternidad y el climaterio, como experiencias que se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, como el divorcio, el maltrato doméstico, la violación y el hostigamiento sexual, entre otros.

Estos programas en su mayoría son de tipo multidisciplinario, son atendidos por personal médico, social, legal y psicológico, siendo el objetivo central proporcionar una atención integral a las mujeres, así como a través de acciones preventivas, evitar que se siga desarrollando la problemática femenina.

En cuanto a la prevención terciaria, las acciones se encuentran dirigidas a impedir que la problemática llegue a un nivel crónico, así como brindar atención a las consecuencias que no fueron posibles de evitar. Las consecuencias en cuanto a este marco, son ampliísimas, pues durante muchos años las mujeres han sido objeto de una subordinación en todos los sentidos, y como resultado de esta se han generado grandes malestares y sufrimiento psíquico en ellas.

En los últimos años se ha prestado mayor atención a la violencia ejercida contra las mujeres, como la violación sexual y el maltrato doméstico, sin embargo, las intervenciones aún están muy lejos de brindar la atención a todas las consecuencias generadas por la subordinación de la que han sido objeto las mujeres.

Ante esta situación, es evidente que los organismos de salud mental tienen que hacer frente a un gran número de necesidades, pues durante mucho tiempo éstas habían sido invisibles aún para las mismas mujeres.

### **3.5 La Ética Femenina y Feminista**

Algunas mujeres se han sumado a la lucha feminista a través del campo de la reflexión filosófica, ellas se han dedicado a realizar material teórico acerca de la enorme influencia que han tenido las teorías filosóficas para la explicación del comportamiento ético y moral de los seres humanos.



El Estudio Filosófico de la Ética se refiere al conjunto de hábitos a través de los cuales el hombre se apropia y modifica su naturaleza. La Ciencia Ética se encarga de determinar cuáles opiniones o creencias morales son válidas. La creencia moral es válida cuando se ha aprobado que cumple la función de garantizar la felicidad y la armonía social.

La moral es el objeto de estudio de la Ética, se refiere al conjunto de normas adquiridas a través del hábito y la costumbre que tienen el propósito de regular la conducta del grupo social; a través del plano normativo se establece la manera en como se debe comportar el individuo, se determinan los actos moralmente aprobatorios o reprobatorios, a diferencia de la moralidad que se refiere al plano fáctico, el cual esta formado por actos concretos conforme a las normas establecidas, la moral vivida (Escobar, 1992).

El Movimiento Feminista ha adoptado como eje de acción la reflexión Ética, es decir, el estudio centrado en el valor que se le da a las conductas humanas, el cual determina el significado y las normas para el uso de términos valorativos respecto a los hechos morales.

Susan Sherwin (1996), en su artículo "*Ética, ética femenina y ética feminista*", define a la Ética femenina como el conjunto de observaciones sobre cómo los enfoques tradicionales de la Ética no encajan con las experiencias y las intuiciones morales de las mujeres. Esto incluye sugerencias de cómo se puede modificar el estudio de la Ética para que esta tenga valor para las mujeres. Por otra parte, define a la Ética feminista como la aplicación de una perspectiva específicamente política, ofrece sugerencias sobre cómo la ética debe ser revisada si es que va abordar los patrones de dominación y opresión y la manera en que estos afectan a las mujeres.

La autora además de hacer una clara diferenciación acerca del objeto de estudio y el objetivo en cada uno de estos conceptos, realiza una crítica a los

principales teóricos morales, donde hace evidente los sesgos misógenos dentro de la Ética, la Filosofía y la práctica cotidiana, que la mayoría de las teorías reflejan y apoyan explícitamente un prejuicio de género.

Al incluir como eje de acción el estudio de la Ética, se busca una reflexión acerca de cómo la moral y la moralidad regulan y controlan la conducta social, dirigiendo la actividad cotidiana entre hombres y mujeres hacia relaciones carentes de equidad, donde esta desigualdad es normatizada a través de reglas legales y religiosas provenientes de Instituciones poderosas como el Estado y la Iglesia respectivamente.

Un aspecto de interés para el campo de salud mental de las mujeres, es cómo a través del proceso de formación de la conciencia moral se adquieren juicios de valor para determinados atributos de las personas. Esto en relación a la salud mental, trae consigo serios problemas en cuanto a la percepción de sí mismo y el valor que las personas puedan darse a sí mismos; pues uno de los principales conflictos que caracterizan a la dinámica intrapsíquica femenina son las ideas y los sentimientos de culpa, las mujeres generalmente se valoran en función del cumplimiento con el rol de madre y cuidadora, esto significa que los atributos que se aprueban y se exigen en la sociedad respecto a estos roles, están estrechamente relacionados con el sometimiento y sacrificio, lo cual trae como consecuencia que posterguen sus propias necesidades, y que como efecto de la satisfacción de necesidades fuera de los roles de esposa, madre y cuidadora del hogar surjan fuertes sentimientos de culpa.

Los sentimientos e ideas culpígenas son el reflejo de las sanciones correspondientes al rompimiento de las reglas morales; cuando un individuo no se comporta de acuerdo con la moral establecida, experimenta remordimiento moral como un castigo interno de la conciencia. Este tipo de situaciones además de estar reguladas a través de valores morales, también están controlados mediante normas de tipo social, legal y religiosas.

Con frecuencia se observa que la decisión de actos relacionados con el aborto y el ejercicio de la sexualidad, son controlados a través de los cuatro tipos de normas mencionadas, y que al vivir en una cultura donde predominan los valores de carácter patriarcal es muy común que al dar un valor moral a estos actos, se realice desde un plano ético autoritario e irracional, por tal motivo las decisiones no se consideran en beneficio de la propia persona, sino de acuerdo con la sociedad.

La reflexión desde una perspectiva feminista, hace evidente que los principios de la Ética autoritaria e irracional favorecen la subordinación social de las mujeres; los valores morales transmitidos por este tipo de autoridad perpetúan la actitud de sometimiento en las mujeres como un bien moral, así como una moralidad basada en cuidado y el sacrificio de las mujeres.

Las ideas y sentimientos de culpa antes mencionados están estrechamente relacionados con la doble moral que caracteriza a una sociedad patriarcal, esto consiste en actos moralmente aprobados sólo a los varones y acciones realizadas de manera similar por mujeres, suelen ser moralmente reprobadas.

El desarrollo del pensamiento ético y la conciencia moral son procesos de carácter cognitivo y social, que se adquieren desde los primeros años de vida y que son transmitidos por la familia a través de experiencias y situaciones generadas dentro de este primer núcleo social.

### **3.5.1 Desarrollo del pensamiento Ético y la Conciencia Moral**

A autoras como Susan Sherwin (1996) y Rebeca Cook (1996), les ha interesado cómo las teorías tradicionales que explican la formación de los valores éticos, han dado lugar a la estructuración de justificaciones y juicios morales de manera diferenciada para el comportamiento de hombres y mujeres.

Estas autoras hacen una crítica a las teorías filosóficas tradicionales, señalando que la posición de los principales representantes de la Ética tradicional se encuentran dentro de un marco no feminista, el cual ha contribuido a perpetuar valores y juicios que atribuyen características diferenciadas entre ambos géneros y que como efecto de esto, se ubica a la mujer y a lo femenino en lugar de subordinación social y moral respecto al hombre y a lo masculino.

A muy temprana edad, el individuo comienza a tomar conciencia de que existe un límite entre él y el exterior, que para integrarse a este complejo mundo es necesario que dirija y controle su conducta de acuerdo con una serie de reglas y normas ya establecidas por su grupo social.

Durante los primeros años de vida el niño/a comienza a identificar las expectativas que tienen los adultos acerca de su comportamiento, empieza a desarrollar los elementos cognoscitivos que lo llevan a conducir su conducta de acuerdo con lineamientos socialmente permitidos, esto significa, que empieza a desarrollar las capacidades para realizar juicios morales acerca de su propia conducta y la de los demás.

De acuerdo a la teoría del desarrollo cognoscitivo de Jean Piaget (1984), los juicios morales se desarrollan en función de la adquisición de una serie de elementos cognitivos y del surgimiento de las relaciones afectivas que el niño/a establece con sus padres o cuidadores, a partir de estos procesos se engendran sentimientos morales específicos de obligación y conciencia.

La formación de sentimientos de obligación y de conciencia se subordinan a dos relaciones necesarias y suficientes: 1) la intervención de consignas dadas desde el exterior (órdenes), 2) la aceptación de esas consignas, lo cual implica un sentimiento de respeto hacia la misma, compuesto de amor y de temor (Piaget, 1984).

El desarrollo de estructuras cognoscitivas permite que se lleve a cabo este proceso, para que el niño/a pueda realizar juicios de tipo moral y considere al respeto como principal valor, es necesario que no manifieste un pensamiento egocéntrico, ya que esto le impedirá que pueda considerar el lugar de los demás como referencia para valores como el respeto y la justicia.

Piaget considera que en un principio los niños/as tienen una moral de carácter heterónoma, pues no son capaces de controlar su conducta a menos que la autoridad este presente, una vez que pasan a procesos operatorios, el niño/a llega a relaciones morales nuevas basadas en el respeto mutuo, lo cual lo lleva a una moralidad autónoma, misma que exige la comprensión de las reglas y esto significa que las puede modificar.

De esta forma, durante sus primeros años de vida el individuo comprende e identifica el conjunto de costumbres que rigen el comportamiento del grupo social al que pertenece, y de acuerdo con estos valores desarrolla los principios morales que determinarán su conducta futura.

La conducta humana esta regulada por diferentes tipos de normas, cada una se caracteriza por una autoridad propia y en consecuencia a su rompimiento le corresponde una determinada sanción (Escobar, 1992). Lo anterior se ejemplifica en la Tabla 3.1.

**Tabla 3.1 TIPOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS NORMAS**

<b>NORMAS</b>	<b>FUENTES DE LA HETERONOMÍA</b>	<b>SANCIONES</b>
<b>MORALES</b>	Reclama ser realizada por una plena autonomía; implica libertad y responsabilidad del sujeto en su cumplimiento.	Remordimiento moral o castigo interno de la conciencia.
<b>JURIDICAS</b>	La obligatoriedad proviene del Estado, de los legisladores, de códigos penales.	Castigo penal (cárcel, multa, etc.).
<b>RELIGIOSAS</b>	La obligatoriedad proviene de la voluntad y designio de un ser supremo (Dios), de la Iglesia.	Castigo divino (en vida ultraterrenal).
<b>SOCIALES</b>	La obligatoriedad proviene de las costumbres, de los convencionalismos sociales.	Rechazo social, ridículo social.

Dentro de los tipos de normas citadas anteriormente, es posible ubicar a la *Ética Autoritaria* y a la *Ética Humanista*. En la *Ética Autoritaria* la autoridad es la que establece qué es lo que es bueno para el hombre y prescribe las leyes y normas de la conducta. En la *Ética Humanista* es el hombre mismo quien da las normas y es a la vez el sujeto de las mismas, su fuente formal o agencia reguladora y el sujeto de materia (Fromm, 1997).

**La Ética Autoritaria** esta constituida por las normas de carácter legal y religioso, ya que éstas son presentadas y determinadas por medio de Instituciones de poder, como la Iglesia y el Estado; las leyes legales y divinas son transmitidas de manera autoritaria, a través de códigos y dogmas, siendo una autoridad única e incontestable.

La fuente de autoridad en las normas legales y religiosas es irracional, esto significa que siempre se ejerce poder sobre la gente, lo cual puede ser de manera física o mental, real o relativo respecto a la ansiedad y a la impotencia de la persona sometida a esta autoridad. El poder y el temor son siempre los cimientos sobre los cuales se erige la autoridad.

La Ética Humanista esta formada por normas de carácter moral y social, para la práctica de este tipo de juicios valorativos es posible considerar los contratos y negociaciones sociales, ya que el hombre mismo es quien da las normas, esto implica dar una explicación sobre lo que significa la misma autoridad. La autoridad racional de normas morales y sociales tiene su fuente en la competencia, el individuo requiere de escrutinios y críticas por parte de los individuos sujetos a ella, es de carácter temporal y su aceptación depende de su funcionamiento en la sociedad.

La Ética Humanista es antropocéntrica, en el sentido de que sus juicios de valor radican en las peculiaridades de su existencia y sólo poseen significado en relación a ella.

### **3.5.2 Principales Teorías Tradicionales del Pensamiento Ético**

Sherwin (1996), toma como marco teórico a los principales representantes del pensamiento ético occidental, las referencias en donde apoya sus críticas, se centran en los principios ideológicos que sustentan a las teorías filosóficas

tradicionales. La estructura de éste, esta constituido por las siguientes corrientes teóricas:

### **3.5.2.1 Ética Deontológica**

Para la Ética Kantiana el objetivo principal se centra en determinar qué acciones se requieren o se prohíben para establecer cuál es el deber moral. Estas acciones son consideradas como correctas porque son requeridas por una ley moral, o por un juego de reglas obligatorias para las personas, aún cuando estén fuera de sus intereses específicos.

De tal forma, que en este tipo de Ética se otorga mayor atención a la universalidad de los valores morales que a las experiencias particulares, por tal motivo se consideran de menor importancia las obligaciones personales o de los particulares.

Visto desde una perspectiva feminista, se observa que la moral establecida por la Ética Kantiana, ubica a las actividades morales de las mujeres sólo dentro del ámbito privado, y al ser consideradas como obligaciones particulares, se les resta importancia respecto a la moralidad pública (masculina).

Si se explica a través del modelo de opresor-oprimido, es visible que los asuntos particulares considerados como femeninos, tengan menor importancia moral que los señalados como generales y masculinos, lo cual trae como resultado que los intereses del oprimido no tengan importancia para el ámbito público.



### **3.5.2.2 Consecuencialismo**

Para el Consecuencialismo el valor moral de una acción se mide en términos del valor de la consecuencia de la acción, y ésta es correcta si maximiza lo que es deseable en su deber, en comparación con los resultados de todas las alternativas. En el Utilitarismo las consecuencias son evaluadas en términos de los efectos que tiene una acción sobre el bienestar o la felicidad de las personas; sin embargo, el Consecuencialismo aún funciona a un nivel abstracto, ya que no considera para quien es la felicidad o el sufrimiento que se provoca.

El Consecuencialismo, al igual que el Kantianismo demandan un nivel de imparcialidad por parte de sus agentes morales, de tal forma que no es posible hacer uso de la experiencia y tampoco de los intereses personales. Esto significa, que ninguna de las dos teorías éticas, puedan dar un peso especial a los detalles de las posturas reales y así disminuir las jerarquías de dominación entre los individuos.

### **5. 3. 2. 3 Contractualismo**

En el marco Contractual se ve a la labor moral como aquella que asegura la cooperación entre los individuos esencialmente competitivos. En este tipo de Ética se apela a la noción de un acuerdo hipotético, lo que comúnmente llaman "contrato social", lo cual es el resultado lógico de una negociación razonada y conducida entre seres separados y con intereses propios.

Los principios de esta corriente ética se acercan más a los propósitos del movimiento feminista, ya que consideran la competencia del individuo para decidir y establecer acuerdos sobre su propia conducta, esto es, que le otorgan la responsabilidad de sus actos, y por lo tanto, se considere a la moralidad como una opción racional que limite los peligros de la vida social.

**Sin embargo, la Teoría Contractual también sigue las características de la moral abstracta, pues toma como ideales a los valores de racionalidad, autonomía e interés propio, pero no considera a las personas que no se sitúen dentro de estos estándares ideales y tampoco a las personas que tienen un poder desigual.**

**En la mayoría de las teorías morales del pensamiento occidental, se observa que se les percibe a las mujeres como portadoras de un carácter significativamente distinto al de los hombres, se consideran moralmente inferiores a los hombres, debido a que sus juicios y actividades morales se centran principalmente en lo particular y prestan poca atención al nivel de generalización necesario para el pensamiento moral.**

**Desde una perspectiva feminista, el uso de este tipo de justificaciones tienen el propósito de excluir a las mujeres de la participación política, así como de limitar su poder y actividad moral, sólo a las tareas del hogar (la crianza, el cuidado y el afecto).**

**Es posible observar que las teorías morales tradicionales siguen uno o varios de los siguientes patrones para limitar la participación de las mujeres en el ámbito público:**

- 1. Niegan que la mujer sea capaz de un razonamiento moral completo.**
- 2. Hacen una distinción entre el pensamiento moral público y el privado, restringen a la mujer al ámbito de la privado y después niegan que éste, realmente constituya el pensamiento moral.**
- 3. Fuerzan a las mujeres a una serie de perversos vínculos morales dobles (la doble moral).**

4. Hacen invisibles los ámbitos dentro de los que se concentra la toma de decisiones de las mujeres.

### **3.5.3 Aportaciones Teóricas al Estudio de la Ética Femenina y Ética Feminista**

El estudio de la Ética Femenina y Ética Feminista consiste en hacer modificaciones a las teorías tradicionales, y bajo la perspectiva de género transformar los patrones morales que han regido a la sociedad, misma que se ha caracterizado por perpetuar los valores de tipo patriarcal, así como generar cambios en las actitudes sexistas presentes en la teoría y la práctica cotidiana de los hechos morales.

Susan Sherwin (1996) hace una revisión de los trabajos más representativos en el estudio de la Ética Femenina, en el siguiente cuadro se exponen los principales puntos que desarrollan diversas autoras (Tabla 3.2).

**Tabla 3.2 APORTACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DE LA ÉTICA FEMENINA**

	<p>En Ética y la moralidad, se debe considerar el pensamiento de esta Ética que incluye:</p>
<b>FRANZ FRENKEL (1983)</b>	<p>Tiene las mujeres como las protagonistas de la historia y la ética femenina del cuidado y laborar en los hogares, en los centros de trabajo, en las reglas, modelos abstractos, que se refieren a la experiencia del pensamiento ético como la calidad de la experiencia, que dice en la calidad de los juicios o de los actos.</p>
<b>SARA BLOOM (1984)</b>	<p>Ética asociada con la actividad de la vida cotidiana, con la maternidad, la procreación, el cuidado, el amor, el respeto y el cuidado tiene implicaciones para nosotros, incluso como el pacifismo y el antimitarismo. Piensa que las mujeres son éticas en este modo de pensar, sean madres o no, ya que en los valores y vida para ser madres.</p>
<b>ROSANNA HELD (1987)</b>	<p>Propone explorar las relaciones entre género y raza como un modelo alternativo para el pensamiento moral. Sugiere el desarrollo de una Ética arraigada en las experiencias culturalmente femeninas, para sustituir los enfoques que parecen estar atados al desarrollo estereotípico de los hombres y a sus intereses.</p>
<b>ANNETTE BAUER (1988)</b>	<p>Cuestiona el valor de una Ética basada en principios universales, abstractos y alejados de la experiencia moral real, propone a los teóricos que abandonen la búsqueda por un sistema racionalista y universal, y que en cambio sus esfuerzos se dirijan al entendimiento más exacto de la experiencia moral.</p>

La Ética Feminista se deriva de la perspectiva explícita política del Feminismo, dentro de la cual la opresión de las mujeres es vista como moral y políticamente inaceptable. Implica mucho más que el reconocimiento de las experiencias reales y de las prácticas morales de las mujeres; la Ética Feminista incorpora una crítica hacia las prácticas específicas que constituyen su opresión.

El objetivo principal del estudio de la Ética Feminista se centra en establecer una igualdad en la habilidad moral entre las mujeres y los hombres, ya que ésta es necesaria para alcanzar una igualdad en relación a los derechos políticos con los hombres.

El análisis de esta desigualdad jerárquica no sólo involucra a las relaciones entre hombres y mujeres, sino también es necesario para dicho análisis integrar otro tipo de situaciones opresivas, como las relaciones entre gente blanca y de color, entre sociedades de primer mundo y tercer mundo, entre ricos y pobres, entre sanos y discapacitados, esto hace evidente que la "diferencia" entre determinados grupos sociales es un elemento de gran importancia para establecer jerarquías en sus relaciones.

Desde la Ética Feminista se han criticado los aportes de la Ética Femenina, ya que las autoras feministas consideran que se deben tomar con cautela algunos de los aspectos abordados a través de la perspectiva de género, las feministas aceptan la evidencia empírica de la existencia de una diferencia de género en la conciencia moral de hombres y mujeres, sin embargo, no están de acuerdo con el compromiso de respaldar al cuidado como un ideal de las mujeres.

Las prácticas del cuidado como el hogar y la familia, forman parte de la subordinación a lo que se considera femenino, y dentro de una cultura sexista, estas características podrían aunar más las prácticas opresivas.

La Ética del Cuidado trae como resultado que las mujeres dirijan todas sus energías al bienestar y satisfacción de necesidades de los demás, incluso a proteger a quienes las oprimen. Esta situación favorece la opresión de las mujeres y ayuda a perpetuar el estado de subordinación en el que se encuentran.

Las feministas consideran que al adoptar los preceptos de la ética del cuidado como una obligación moral exclusivamente femenina, se favorece que los hombres continúen enfocándose hacia la moral abstracta que protege sus derechos y su autonomía.

La Ética Feminista propone una moralidad que incluya el respeto por los sentimientos, pero no debe conceder autoridad absoluta a los sentimientos particulares, es necesario que exista un equilibrio entre la razón y el sentimiento, ya que de esta manera es posible tomar en cuenta tanto a las fuentes como a los efectos. La Ética Feminista implica un compromiso con las consideraciones de la justicia (abstractas y universales) como con las del cuidado (particulares).

En la búsqueda de la Ética Feminista, cuando se está frente a un juicio moral, no sólo se establece el valor de un hecho moral, sino es preciso reflexionar acerca de cómo el asunto en cuestión se relaciona con la opresión de las mujeres y que implicaciones tendría la política propuesta para el estatus político de las mujeres. Al respecto, surge la necesidad de responderse al siguiente cuestionamiento: ¿Qué significado tiene para las mujeres?

De acuerdo con la Ética Feminista, los juicios morales entran en juego, sólo si es posible asegurar que el acto en cuestión no corresponde en sí a una serie de prácticas entrelazadas que mantienen una estructura opresiva.

Una vez que se cuenta con un amplio marco teórico de referencia respecto a las situaciones políticas, sociales y sobre todo culturales que

experimentan las mujeres, lo cual permite presentar a la Terapia Feminista como una alternativa en cuanto a los modelos de atención a la salud mental de las mujeres, en el capítulo 4 se desarrollan los rubros metodológicos a través de los cuales es posible abordar el objetivo de esta investigación.

## **Resumen**

La Terapia Feminista tiene sus orígenes en el contexto político, económico y social del Movimiento Feminista, se comienza a ubicar este tipo de orientación en la psicoterapia hacia finales de los años setentas. Durante este período se incluye la lucha por la salud de las mujeres como uno de los ejes políticos del Movimiento Feminista.

Hacia finales de los años setentas y principios de los años ochentas crece un gran interés por la salud mental de las mujeres; por lo que feministas comienzan a desarrollar críticas y cuestionamientos a las Teorías tradicionales desde diferentes disciplinas como la Antropología, la Sociología y la Psicología, reflexionan en torno a la manera en que expresan y manifiestan las mujeres la subordinación social en la que viven.

Se hace evidente la necesidad de transformar el concepto de salud tradicional, lo cual inician a través de la reflexión sobre las condiciones de subordinación femenina que en consecuencia colocan a muchas mujeres en situaciones de riesgo respecto a su salud física y mental, puesto que operan como un complejo que determina la incidencia de factores enfermantes y respuestas diferenciadas en la población femenina.

Sin embargo, un factor que mantiene y refuerza las diferencias de género en la salud mental es el sexismo presente en la instituciones de salud, ya que se observa la prevalencia del punto de vista masculino y la existencia de

prejuicios sexistas, lo cual influye no sólo en la formulación del diagnóstico, sino incluso en los programas de tratamiento.

Al respecto, el Feminismo y los Estudios de Género plantean importantes aportaciones, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Investigar sobre las diferencias de género en el origen y las maneras de enfermar, a partir del cuestionamiento de las teorías tradicionales, así como explicarlas a través de hipótesis relacionadas con factores psicosociales.
- Hacer visible el vacío en la bibliografía sobre salud mental y feminismo.
- Sensibilizar y capacitar bajo una perspectiva de género a todo el personal que trabaja en espacios especializados para la atención de mujeres.

Para finalizar, otro de los ejes políticos del Movimiento Feminista es la reflexión filosófica, pues algunas feministas señalan que las Teorías Éticas tradicionales no consideran la experiencia femenina en sus formulaciones; por lo que sugieren el desarrollo de una Ética Femenina y Feminista que deba revisar los patrones de dominación y opresión, asimismo que explique cómo afectan a las mujeres.



## **CAPÍTULO 4**

### **EN BÚSQUEDA DE LAS CARACTERÍSTICAS Y LAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA FEMINISTA: METODOLOGÍA**

#### **4.1 Introducción**

La práctica psicoterapéutica basada en los principios feministas tiene poco tiempo de estudio, los primeros datos sobre los lineamientos y características de la Terapia Feminista se encuentran alrededor de los años setenta con las aportaciones de Edna Rawlings y Diane Carter en 1977 (en Hyde, 1995).

A lo largo de tres décadas la práctica clínica desde una perspectiva feminista se ha desarrollado principalmente en países industrializados donde el Movimiento Feminista ha cobrado mayor ímpetu. Por tal motivo los trabajos teóricos y prácticos relacionados con el tema provienen principalmente de países anglosajones.

Aún cuando en México desde la década de los años ochenta se han creado centros especializados en la investigación, estudio y atención de la condición femenina, se tienen pocos registros de publicaciones que aborden la salud mental de las mujeres desde la aplicación de los Principios Feministas, lo cual no quiere decir que no existan terapeutas sensibilizados en la problemática de las mujeres y hagan uso de actitudes no sexistas.

En las fuentes de documentación y centros especializados son escasas las referencias sobre la práctica clínica con orientación feminista, se cuenta con poco material bibliográfico traducido al español, la mayor parte de las publicaciones se encuentran en idioma inglés.

Ante esta situación resultó interesante realizar un trabajo de tipo exploratorio, donde a partir de la recopilación de trabajos clásicos y novedosos

en el tema fuera posible sistematizar el desarrollo, los principios teórico-metodológicos y los trabajos más significativos sobre la Terapia Feminista, lo cual fue posible a través de la formación de categorías específicas de análisis, ordenadas de acuerdo a un instrumento diseñado para esta investigación.

Sin duda, se hace evidente la importancia de cuestionarse sobre la existencia de la Terapia Feminista dentro de la Psicología Mexicana, por lo que fue muy enriquecedor entrevistar a cuatro psicoterapeutas especializados(as) en el estudio y atención de las mujeres, y así concluir con una reflexión en torno al impacto y aplicación de los Principios Feministas dentro de la práctica clínica en México.

#### **4.2 Objetivos**

En la presente investigación documental se planteó identificar las características de la Terapia Feminista y las técnicas utilizadas por los/las terapeutas dentro de la práctica clínica, así como reflexionar en torno al impacto que ha tenido en México esta orientación psicoterapéutica.

A partir de lo anterior, se llegó a los siguientes objetivos de investigación:

1. Identificar el concepto de Terapia Feminista.
2. Hacer una revisión acerca de los trabajos clásicos y los más novedosos sobre la Terapia Feminista.
3. Recabar información sobre los trabajos realizados en México en torno a la Terapia Feminista.

A través de los objetivos planteados se busca dar respuesta a los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Cuáles son los aspectos que describen a la Terapia Feminista?
2. ¿Qué trabajos teóricos y de investigación se consideran clásicos de la Terapia Feminista? y ¿Cuáles han sido las aportaciones teóricas y prácticas acerca de los trabajos más novedosos en terapia con orientación feminista?
3. ¿Se ha desarrollado una terapia con orientación feminista en México?

#### **4.3 Tipo de Estudio**

El presente trabajo es una investigación documental de tipo exploratorio que tiene como propósito definir el concepto de Terapia Feminista, a través del ordenamiento y clasificación de trabajos teóricos y prácticos sobre el tema, así como reflexionar en torno a su utilización dentro de la práctica psicoterapéutica en México, a través de entrevistas dirigidas a personas especializadas en el estudio y atención de la salud mental femenina.

#### **4.4 Muestra y Muestreo**

La muestra se integra por 15 materiales teóricos, entre ellos se encuentran libros, artículos de revistas y compilaciones. Ésta fue conformada a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, donde se incluyen los trabajos teóricos y prácticos más representativos sobre el uso clínico de la Terapia Feminista. Cabe señalar que al verse la necesidad de enriquecer la información documental, se entrevistó a cuatro terapeutas clave en el desarrollo de la Terapia Feminista en México, de tal forma que se contacto con los/las siguientes terapeutas: Norma Banda, Francisco Cervantes, Cristina Bottinelly y Mabel Burin.

#### **4.5 Procedimiento**

Las principales fuentes de documentación provienen de centros especializados en el estudio de la condición de las mujeres, la Teoría de Género y el Feminismo, así como áreas afines a estos temas. En bibliotecas de Instituciones de Nivel Superior y de Post-grado, como: las bases de datos PSCYLIT, TESIUNAM y LIBROUNAM, en la Facultad de Psicología, UNAM; el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) y el Colegio de México. Se utilizó como único criterio que los materiales bibliográficos incluyeran como principal tema de estudio a la Terapia Feminista.

También se realizaron consultas con expertas en el tema, dedicadas al estudio, investigación y tratamiento de la salud mental femenina, como Patricia Bedolla y Olga Bustos quienes son académicas de la Facultad de Psicología, UNAM; Norma Banda, Directora de la Fundación para la Equidad, A. C. (APIS) y Norma Gómez responsable del Área de Capacitación en el Instituto de la Mujer (GDF).

Una vez que se contó con los 15 documentos relacionados con el estudio de la Terapia Feminista, se clasificaron los datos mediante la utilización de un instrumento diseñado para esta investigación. Este consta de seis categorías de análisis, donde se organizaron los datos más significativos de cada material bibliográfico y posteriormente se realizó un análisis de contenido.

De acuerdo con la información recopilada sobre la Terapia Feminista, se elaboró un formato de entrevista, el cual se estructuró de siete preguntas abiertas y se aplicó a tres terapeutas con orientación feminista y/o no sexista, quienes se consideró personas claves para el desarrollo de esta investigación.

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las categorías más relevantes para esta investigación y asimismo, se realizó un análisis cualitativo de los datos

obtenidos. Con dicha información fue posible dar respuesta a las interrogantes planteadas y concluir con una reflexión en torno al impacto que ha tenido la Terapia con Orientación Feminista en México.

#### **4.6 Instrumentos**

##### **4.6.1 Vaciado de Datos**

Para la sistematización y clasificación de la información sobre Terapia Feminista se realizó un análisis de contenido, el cual es definido como el estudio de las diferentes partes del documento que se está revisando, de acuerdo con categorías preestablecidas por el investigador, con el fin de determinar los puntos más importantes de dicho documento (Pick y López, 1995).

Dichas categorías de análisis establecidas son el instrumento que permite realizar el análisis de contenido. En esta investigación el instrumento consta de seis categorías de estudio, las cuales permiten organizar y clasificar los datos más relevantes sobre las autoras y su propuesta en el estudio de la Terapia Feminista.

El instrumento es retomado de la investigación realizada por García Olivares (1996), donde se tiene como objetivo recopilar, organizar y analizar los trabajos sobre Género en México.

A continuación se presentan las categorías de análisis incluidas en el instrumento:

1. **CÓDIGO.** El cual permita identificar fácilmente la referencia bibliográfica citada.
2. **AÑO DE PUBLICACIÓN.** Con el objetivo de realizar un análisis cronológico del desarrollo de la Terapia Feminista.

3. **TÍTULO.** Los documentos que integran la muestra del estudio sólo son: libros, artículos de revistas o compilaciones, tesis y abstracts que tomen como objeto de estudio central la Terapia Feminista, o bien, incluyan temas relacionados con esta orientación psicoterapéutica.
4. **AUTOR.** Nombre completo del autor o autora.
5. **PAIS DE PROCEDENCIA.** Con el fin de analizar el impacto que ha tenido la Terapia Feminista en otros lugares del mundo, así como su disponibilidad en México.
6. **TEMA.** Tópicos o temas centrales en el desarrollo del trabajo. Es posible situarlos en más de una categoría, se consideran las siguientes:
  - 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
  - 6.2 Relación terapéutica.
  - 6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.
  - 6.4 Técnicas terapéuticas tradicionales y exclusivas de la Terapia Feminista.
  - 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

#### **4.6.2 Entrevista**

Se realizaron entrevistas a psicoterapeutas especializados(as) en el tema, por tal motivo fue necesario elaborar un formato de entrevista orientado a las necesidades de esta investigación.

Pick y López (1995), definen a la entrevista como la relación personal entre uno o más sujetos, en la cual uno de ellos, el entrevistado, posee determinada información que proporcionará a otro sujeto, el entrevistador.

La entrevista utilizada en esta investigación fue planteada con base en la información recopilada sobre el ejercicio de la Terapia Feminista, se formularon varias preguntas abiertas relacionadas con la aplicación de los Principios Feministas en la consulta y la percepción que tiene el/la terapeuta de las

diferencias de Género durante la práctica clínica, de esta manera se elaboró un formato estructurado que consta de siete preguntas abiertas, las cuales analizan la información de acuerdo a las siguientes categorías:

- Interés en el Campo de la Salud Mental Femenina.
- Elementos Teórico-Metodológicos utilizados dentro de la Práctica Terapéutica.
- Presentación de Nuevas Formas de Relación entre los Géneros.
- El/la Terapeuta Feminista como Guía, Modelo y el Manejo del Poder.
- Formación Profesional y Conciencia Personal del Terapeuta Feminista.
- Terapeutas Feministas en México.
- Práctica de la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana.

El formato de entrevista se presenta en el Anexo 2, al finalizar esta investigación.

Con lo anterior, se concluyen los apartados metodológicos a través de los cuales fue posible realizar una recopilación de los trabajos clásicos y más novedosos acerca de la Terapia Feminista, así como sistematizar la información de tal manera que se identificaron las características, lineamientos y técnicas utilizadas con más frecuencia en esta orientación, asimismo se enriqueció con la opinión de terapeutas clave en el desarrollo de la práctica clínica feminista en México.

De tal forma que en el Capítulo 5 titulado "Resultados Cuantitativos y Cualitativos en la Búsqueda de las Características y Técnicas Utilizadas en la Terapia Feminista" se expone el análisis de resultados obtenidos a través del vaciado de datos y las cuatro entrevistas a psicoterapeutas.

## **CAPITULO 5**

### **RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS EN LA BÚSQUEDA DE LAS CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA TERAPIA FEMINISTA**

En el presente capítulo se presentarán los resultados del vaciado de datos, los cuales como ya se mencionó en la metodología se clasificaron y ordenaron de acuerdo con el instrumento diseñado para esta investigación (Anexo).

Para el análisis de resultados se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, específicamente de tipo nominal, a través de la obtención de frecuencias y porcentajes en cada una de las categorías de estudio propuestas en el instrumento, así como la elaboración de tablas y figuras que expliquen gráficamente los resultados obtenidos.

Asimismo, se elaboró un análisis de tipo cualitativo, donde se analizó el material que los terapeutas compartieron durante las entrevistas, para su análisis se clasificó en siete categorías específicas relacionadas con la aplicación de principios teórico-metodológicos de la Terapia Feminista y la opinión sobre la existencias de una Terapia Feminista en México.

#### **5.1 Análisis Cuantitativo de los Documentos sobre Terapia Feminista**

Se observa que los documentos disponibles sobre Terapia Feminista en México sólo se encuentran a partir de la década de los años ochenta, aún cuando algunos autores citan textos de los años setenta, no se encuentran disponibles dentro de los centros de documentación especializada.

En la Tabla 5.1 se muestra en orden cronológico la aparición de trabajos teóricos consultados, el año donde se publicó un mayor número de documentos fue 1997, se publicaron 7 textos, los cuales representan al 33.4% de la muestra;



le siguen 1984 y 1988, donde se presentaron dos trabajos en cada uno, los cuales corresponden al 13.4%, en menor medida se obtuvieron en 1983, 1989, 1991, 1992, 1995 y 1999, los cuales representan al 6.7% del total de la muestra.

La Figura 5.1 muestra que durante 1984-1988 y los últimos años de los años noventa se publicaron un mayor número de trabajos, algunos de ellos fueron libros y otros compilaciones, tal es el caso de 1997, donde se publicaron dos compilaciones y de éstas se consultaron varios artículos relacionados con el estudio de la Terapia Feminista. Posterior al año 2000, no se encuentra ninguna publicación disponible.

Tabla 5.1 Año de Publicación De Materiales Bibliográficos Sobre Terapia Feminista

AÑO	NO. TRABAJOS	PORCENTAJE
1983	0	0%
1984	1	6.7%
1984	2	13.4%
1988	2	13.4%
1989	1	6.7%
1991	1	6.7%
1992	1	6.7%
1995	1	6.7%
1997	5	33.4%
1999	1	6.7%
2000	0	0%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ORIGEN CON

### Año de Publicación

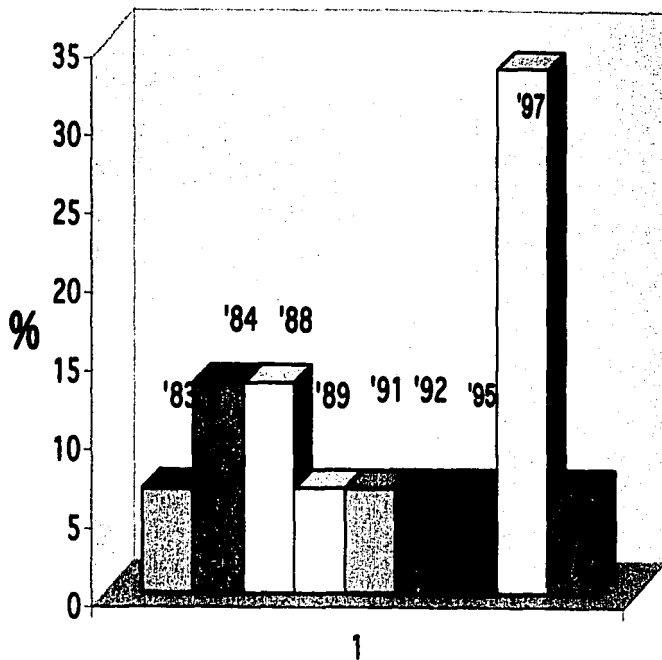


Figura 5.1

132A

Por otra parte, la Tabla 5.2 muestra los países donde originalmente publican las autoras consultadas, el país donde proviene un mayor número de autoras es E.U., casi representa la mitad de la muestra pues representa el 46.7%, le siguen España con el 20% e Inglaterra con el 13.3%; en menor medida se encuentran Argentina, Australia y Colombia con el 6.7% cada uno.

Puede observarse que existe una mayor producción teórica en países anglosajones, E.U. es el principal exponente ya que cuenta con siete materiales bibliográficos, de tal manera que E.U. e Inglaterra, juntos representan más del 50% de los materiales consultados, respecto a Iberoamérica, España es el país de mayor contribución teórica (Figura 5.2).

Tabla 5.2 País de Procedencia de la Publicación

PAIS DE PROCEDENCIA	NO TRABAJOS	PORCENTAJE
Argentina	1	6.7%
Australia	1	6.7%
Colombia	1	6.7%
España	3	20%
Estados Unidos	7	46.7%
Inglaterra	2	13.3%

TRABAJO CON  
FALTA DE ORIGEN

# PAIS DE PROCEDENCIA

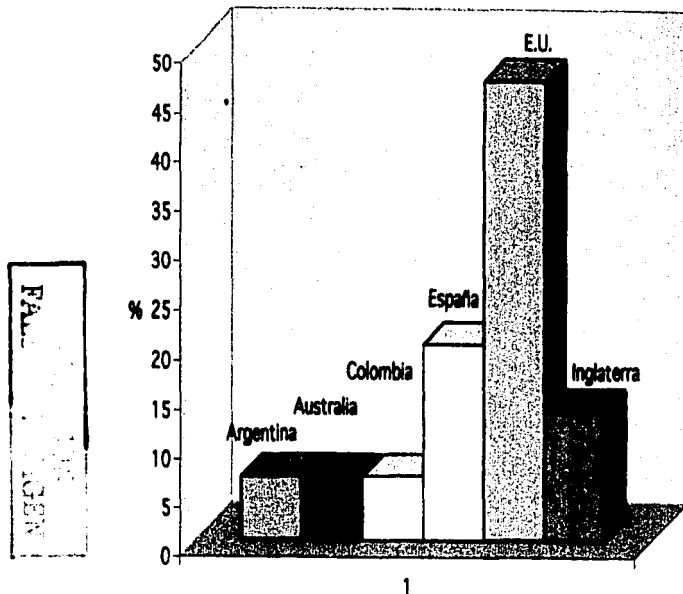


FIG. 5.2

Respecto a las propuestas y temas abordados por las autoras, en la Tabla 5.3 se observa que la Terapia Familiar Feminista y los Grupos Terapéuticos Feministas son los temas que se caracterizan por un mayor interés representado por el 60% de la muestra, existen libros especializados en el tema de la Terapia Familiar Feminista y en otros casos varias de las autoras incluyen apartados para tratar el tema.

También es de gran interés describir las características y lineamientos teórico-metodológicos de la Terapia Feminista, el 53.4% de las autoras consultadas incluyen en sus apartados secciones donde tratan de definir y explicar las características que conforman a este tipo de orientación.

El 46.7% de las autoras se centraron en el proceso terapéutico con orientación feminista, existen capítulos y artículos donde se abordan con detalle desde el contrato terapéutico hasta la determinación de objetivos terapéuticos.

Continúa con el 40% de los textos que explican ampliamente acerca de las características que debe tener un terapeuta con orientación feminista y principalmente la singularidad de la relación terapéutica, donde se enfatiza la importancia de la equidad y el respeto entre cliente y terapeuta.

En menor medida abordan las técnicas tradicionales y exclusivas de la Terapia Feminista, el 26.7% de los textos explican detalladamente el surgimiento y desarrollo teórico-metodológico de las técnicas.

En la Figura 5.3 puede observarse que por cada una de las categorías existe entre 4 y 9 documentos que abordan una temática específica, lo cual significaría que en su mayoría los materiales contienen amplia información sobre más de dos tópicos.

## Temas abordados

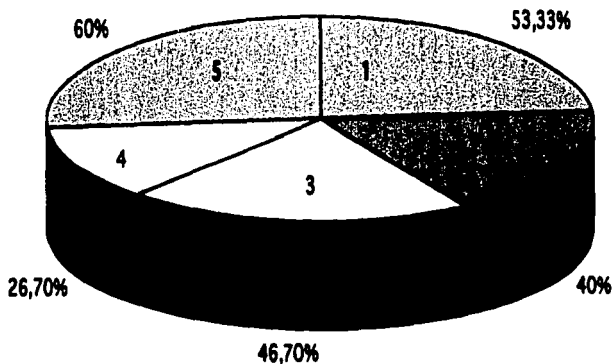


Figura 5.3

1. Características y Principios de la Terapia Feminista.
2. Relación terapéutica.
3. Proceso Terapéutico con Orientación Feminista.
4. Técnicas Terapéuticas Tradicionales y Exclusivas de la Terapia Feminista.
5. Otras Modalidades de la Terapia Feminista.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1357A

**Tabla 5.3 Temas Abordados por las Autoras respecto a la Terapia Feminista**

TEMA	NO. TRABAJOS	PORCENTAJE
Introducción	8	40.0 %
Terapia Feminista	6	30.0 %
Terapia Feminista con Orientación Feminista	7	35.0 %
Terapia Feminista y Terapia de Género y Terapia de la Terapia	4	20.0 %
Otras Abordaduras de la Terapia Feminista	9	45.0 %

A continuación se presentan los resultados cualitativos de las entrevistas aplicadas a psicoterapeutas feministas, o bien, no sexistas.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **5.2 Historia Oral acerca del Ejercicio de la Terapia Feminista en México**

Como ya se mencionó una de las limitantes para la realización de esta investigación fue la escasez de registros bibliográficos acerca de la Terapia Feminista en México, lo cual no es evidencia de que no se aplique esta orientación en la Psicología Mexicana, es posible indagar que los/las especialistas en el estudio, atención y/o tratamiento de la salud de las mujeres no han publicado sus intervenciones terapéuticas feministas como tal, principalmente se habla de terapias con orientación de género. Por tal motivo resulta enriquecedor e interesante entrevistar a terapeutas feministas y/o no sexistas ubicadas/os en Centros de atención especializados para mujeres.

Se aplicó una entrevista estructurada a cuatro psicoterapeutas considerados clave en el desarrollo de la práctica clínica no sexista en México. Los entrevistados contaron con las siguientes características: ubicación en la práctica clínica con orientación feminista, o bien, se asumían como feministas aún cuando su objetivo en la terapia no sea la transformación social; además con el fin de explorar las diferencias de género en las experiencias vividas, se consideró a terapeutas de ambos sexos.

La información obtenida durante las entrevistas permitió explorar el ejercicio de la Terapia Feminista en México, pues a través de la transmisión de experiencias vividas por los/las terapeutas fue posible obtener una perspectiva de la aplicación de los principios y técnicas feministas.

A continuación se presenta la información y experiencias que compartieron cada uno/a de los terapeutas sobre la práctica de la Terapia Feminista en México.

### **5.2.1 Entrevistas a Psicoterapeutas**

#### **NORMA BANDA**

**Psicoterapeuta con Orientación Psicoanalítica  
Miembro e iniciadora de la Fundación para la Equidad (APIS)**

¿De qué manera se fue interesando en el campo de la salud mental femenina?  
Y ¿que orientación ha tomado desde entonces?

*— Me interese en la salud femenina a partir de la inciación en el Movimiento Feminista que ha de ver sido hace 21 años. Empecé todavía siendo estudiante en la Universidad, participe en el Grupo Autónomo de Mujeres Universitarias y ahí con todas las discusiones y demás fue que enfrente que muchas de las cosas que yo había aprendido de los hombres y del ser humano desde diversas orientaciones, no estaban*



*considerando las particularidades del ser mujer y que no siempre se repetían para hombres y mujeres, curiosamente para esa altura de mi vida yo siempre estuve interesada y no te puedo decir porque, pero en mi época de formación había una orientación muy conductista que me generaba mucha angustia porque yo hacía todos los ejercicios pero me decía "que voy a hacer cuando me enfrente a una persona", me costaba trabajo entender cómo esta teoría podía ser aplicada ya al trabajo con las personas, me sentía un poco inútil no entendía ese caminito de estímulo-respuesta de las ratas, de los electrodos, de como registrar cómo actuaba un niño, si se sienta, si corre, esta bien, pero ¿qué voy a hacer si el niño tiene un problema? Después cuando yo empecé a oír del Psicoanálisis, principalmente en Teoría de la Personalidad cuando tuve un psicoanalista como profesor, fue mi primer trabajo como coterapeuta entonces ahí los planteamientos de Freud me dejaron anonadada por primera vez tuve una sensación de que había una explicación de algo que hasta donde yo iba, las corrientes psicológicas que yo había tratado hacían referencia pero no me daban una explicación convincente, entonces ahí empecé a enamorarme del psicoanálisis y empecé a tomar cursos de formación externos a la Facultad de Psicología, evidentemente cuando yo empecé a convertirme en Feminista entre en shock con los planteamientos psicoanalíticos empecé a sentir que el psicoanálisis tenía un fundamento sumamente patriarcal y entre en un proceso de radicalización, pero sí comprendí a esas alturas aunque aún no terminaba la formación en la Facultad que el planteamiento de la Subjetividad a nivel teórico de marco de referencia, me gustara o no, era la única corriente que me lo permitía entender, para bien o para mal, que no había otra corriente que explicara la aparición del inconsciente en la estructuración, entonces en ese tiempo tuve una pequeña crisis pero no me separe del psicoanálisis sino más bien me quede medio radical y por fortuna poco a poco fui accediendo sobre todo a mujeres psicoanalistas con una postura o una visión feminista con las cuales yo empecé a empatar y entonces me convertí en*

*una lectora de mujeres con esta perspectiva sobre todo mujeres latinoamericanas argentinas, uruguayas, chilenas y mexicanas por supuesto y pues así fue como empecé a trabajar el tema.*

¿Cuáles Principios Feministas utiliza dentro de la práctica clínica? Y ¿Qué elementos teóricos y técnicos introduce dentro del proceso psicoterapéutico?

*— Yo no soy psicoanalista, tengo orientación psicoanalítica y soy psicóloga, es ese mi componente, en mi perspectiva feminista lo que para mí ha sido importantísimo es la escucha, yo necesito escuchar a las mujeres no desde un lugar de enfermedad aunque evidentemente hay síntomas, sino desde un lugar de malestar y que responde más bien al contexto en que las mujeres se desarrollan tanto económica, política, pero sobre todo culturalmente, es decir, las mujeres tenemos un entendimiento de cómo debemos de ser que tratar de cumplir ese deber ser y apoyado por el contexto que nos obliga también a tratar de seguir en el deber ser nos hace seguir una especie de lenguaje de la locura y en ese sentido lo que yo oigo no son mujeres enfermas, sino mujeres que tienen malestares que yo tengo que estar muy atenta para escuchar, esa es la única herramienta que tengo, mi oreja, para entonces poder comenzar a devolverles de una manera que les de sentido a las mujeres que su malestar habla en cierto sentido de su salud mental, es decir, nadie en estas exigencias puede ser sano, te pongo un ejemplo, una mujer que acaba de parir que tuvo una depresión post-parto no complicada, pero definida ya como una depresión, que la definición de su pareja es que ella ya no puede salir a trabajar fuera de casa, sino que tiene que quedarse en casa porque el mejor lugar para el niño, es la casa; para una mujer deprimida estar sola en casa con un niño que la está demandando todo el tiempo son factores que no ayudan ni a ella ni al niño. Entonces como escuchas que esa mamá pueda decirle "es que hay momentos en que mi sensación es que ese niño desaparezca", "no lo quiero ver", y de repente*

*digo "llora y no se que va a pasar", "ya no quiero que llora"; en lugar de decir que es su rol de madre en un contexto que no le permite estar bien y que por lo tanto la relación con el chamaco no va ha funcionar, pero además complica más la vida del chamaco, llora más, demanda más y se convierte en un círculo cerrado del que nadie se entera. Poder escuchar esto me permite devolverle a esa mujer, no es que no tenga nada y no tenga síntomas pero ese contexto no está ayudando y que más bien ella está reflejando sanamente que en ese contexto no se puede vivir, es como una doble resistencia de que no está bien interpretada, bien manejado y que seguramentete puede enfermar, ahora si para mi esa sería una. La otra muy importante es este asunto de trabajar cara a cara, ¿porque trabajar cara a cara? Porque yo quedo en el lugar de que tengo una técnica y que no tengo el conocimiento, el que tiene el conocimiento es la persona que se sienta frente de mi, y cuando esta frente de mi lo que yo puedo ofrecer es una técnica, lo que hago es devolver lo que me esta diciendo, su decir, pero no puedo ni me interesa ni es mi función hacerme cargo de ella, ni pensar que lo que ella siente y piensa, está colocado en que si me está diciendo una mentira y es ética o moralmente correcto, en esos lugares hago lo posible para que mis propias reglas de como vivir la vida no participen en modificar la suya en este sentido tengo muy claro el respeto a su diferencia, a su forma de vestir, de desear, de interpretar, ese es uno de los planteamientos del feminismo yo diria que no somos una sola mujer somos un monton de mujeres diversas, diferentes que interpretamos cosas y en ese sentido me he permitido sentir que no ayudo a la gente, sino que trabajo con las personas, yo no ayudo a nadie, a veces ayudo a quien me pide un favor, pero es muy diferente al trabajo que yo realizo, que mi responsabilidad en la medida de que estamos una hora o 45 min. en la sesión, ahí esta mi responsabilidad después de eso no porque estoy trabajando con personas adultas. Otro concepto es el que las mujeres no podemos ser iguales si no tenemos condiciones para hacerlo, no basta una buena*

*legislación o voluntad, esa mirada de como tenemos que buscar situaciones de equidad para ir ejercitándonos como mujeres para que en un futuro lleguemos a la igualdad me ha hecho poder trabajar con hombres y mujeres, con ambos y esos son mis conceptos importantes. Y otra cosa que yo creo es que a veces las mujeres que tenemos la intención de trabajar con mujeres yo le llamaría a veces nos convertimos con el síndrome de ser mujer, es decir, que de alguna manera, no creo que sea la palabra, pero no se me ocurre otra, la victimizamos, yo creo que aveces las mujeres apoyadas en el Movimiento Feminista hacemos uso del poder, la cosa es cómo lo usamos, si lo uso para tirarme al suelo y dramatizar o chantagear, o lo utilizo para negociar, para generar argumentos, para saber que necesito o para saber que deseo, entonces no sólo me ha permitido entender la problemática de las mujeres, sino también entender en donde nos escondemos las mujeres para seguir justificando un listado de cosas, que las mujeres tenemos una responsabilidad y ¿cuál es esa responsabilidad de cuidarse a sí mismo? que nadie me puede cuidar, eso trae esta perspectiva que no solamente es un asunto de que las mujeres debemos cumplir, sino también hay un lugar en el que las mujeres con nuestra propia forma. Estaba leyendo hace poco una tesis de una mujer colombiana y ella decía que el sacrificio, la abnegación y la sumisión tienen el valor de casi un premio a la mujer que lo use con mayor intensidad, entonces lo que me ha enseñado el Movimiento Feminista que este es un poder y más bien hay que devolver la pregunta a las mujeres si desean continuar utilizando esas formas de poder y que hay un lugar donde las mujeres también utilizan este poder. Un último planteamiento es que las mujeres feministas con orientación psicoanalistas no están trabajando con clientes o clientas para cambiarlas, aunque la expectativa del cliente sea ser otro, eso no es posible tu trabajo es que se conozca, tu ya sabras una vez conociendote si eso es lo quieres cambiar, pero eso es una decisión, darte cuenta también te coloca a ti como la persona que esta en el otro lado con una*

*persona más humana, es decir, yo sé que la gente se puede conocer y que además los cambios no se dan sentado en el sillón, sino se dan siempre en la vida cotidiana y esa es una decisión de las personas.*

¿De qué manera se puede favorecer un balance entre las características socialmente atribuidas a lo femenino y a lo masculino, al presentar nuevas formas de relación entre hombres y mujeres en la consulta clínica?

*—Mi experiencia personal es que cuando las mujeres trabajamos por asumir que nuestro deseo, que nuestras necesidades, que nuestro proyecto de vida, que nos tenemos a nosotras mismas es importante, estar bien con nosotras para luego estar bien con nuestro entorno, implica un cierto grado de violencia, es decir, curiosamente yo voy a trabajar con una terapeuta y puedo trabajar esta línea que me haría más sana, porque no hay más salud que el que yo me sienta responsable de mi misma y sepa que me se proteger y que me sé alimentar y me se cuidar, siempre apoyada en el contexto que está en mis manos pero al mismo tiempo ese propio proceso me vuelve a meter en un lugar que se vuelve contra mí, porque mi estructuración como identidad femenina también implica y lo tengo en la sangre y si fuera sudor lo transmitiría por los poros de la piel y que lo importante para que yo este valorada no soy yo, sino las atenciones y los servicios que deberían estar, entonces un buen proceso terapéutico va en contra de mi propia identidad, cuando tu me hablas de balance yo digo ¡blup!, porque yo pensaría que el balance se da en momentos, como la felicidad, en instantes en lugares concretos, yo digo que una de las cosas que podría ayudar a estas diferencias entre hombres y mujeres es conocerlas, saberlas que existen, que los hombres estructuran algunas ideas de diferente manera y que las mujeres estructuramos algunas de otra manera y a mí me parece que los hombres y las mujeres tendríamos que hacer pactos en esta idea de aceptar las diferencias y hacer pactos éticos de que los problemas son una cosa pero*

*que los sentimientos que envuelven estos problemas son diferentes para los hombres y diferentes para las mujeres, y entonces lo que tendríamos que estar haciendo es solucionar estos problemas de alguna manera pacífica, de una manera tolerante, de una manera que permita aceptar que tu y yo vivamos juntos o no somos diferentes porque fijate que uno de los conceptos difíciles de la relación de pareja cuando se van a vivir juntos es que no hay ningún lugar del espacio casa que pertenezca solamente a una mujer, parece que todos los espacios son de todos, tu cajón, tu cartera, tu bolsa, no hay un lugar donde se diga que están las cosas íntimas de mi pareja, donde yo no voy a traspasar, se pierde la individualidad y eso genera mucha angustia y a nosotras nos parece romántico, fundimos, entonces si tu sabes un poco sobre la psicología y la psicoterapia, una de las problemáticas que me hace padecer o enfermar, perderme, Lacan decía "las mujeres se ven tanto al espejo no por vanidad, sino para saber si todavía están ahí".*

¿Cómo dirige el discurso y la diferencia social para no confundirse y abusar de su poder como guía, modelo y/o terapeuta?

*– Un planteamiento que ahora recuerdo es que el psicoanálisis te dice que el terapeuta esta colocado en un supuesto saber, pero que en realidad tu nunca sabes nada por eso tienes una técnica, tu nunca sabes nada en un sentido estricto, sino el de enfrente, entonces sino llega el de enfrente y trabajas tu, por mucha técnica que tengas no podrás trabajar, lo que yo tengo que saber con mucha claridad es que evidentemente el otro plática, habla y quiere trabajar porque confía en mí, yo soy la que tiene que saber que no se, y que el que sabe es el de enfrente, yo tengo que saber que estoy colocada en un supuesto saber, hay de mí que me coloque en el saber porque entonces lo que estoy haciendo es que la gente no se conozca así misma, con sus propios recursos y ante situaciones de la vida tome decisiones y haga de su vida lo que necesite*

*hacer, sino que sea algún sustituto papá o mamá o autoridad lo que le quieras llamar real, sustituto real de sus decisiones, yo estaría muy feliz con mi poder pero cargando (Santa Claus se quedaría corto), bueno otra parte de no hacer esto es tener tu propio proceso terapéutico porque eso también te coloca en un lugar de tu estatura, de tu tamaño y cuando se te logra subir y quieras caer desde veintemil metros de altura, es en el trabajo con tu terapeuta, ya que el te coloca en tu lugar, entonces hay cosas que se pueden mover de su lugar pero no es aquí, es allá donde se tiene que trabajar, no soy yo la que tiene que hablar, yo soy la que tengo que escuchar y lo que yo hago es devolverte tu decir no otro decir, si yo cuido esa perspectiva y yo lo que devuelvo es tu decir, no el mio, casi la mayoría de la gente que atiendo traen un diagnóstico, dicen estar deprimidas o traer ansiedad entonces yo le creo, nada más dígame que le pasa para que usted concluya eso, yo no me pongo a discutir si lo tiene o no, sino empezamos a trabajar con lo que le sucede. Yo creo que hay que saber escuchar, la herramienta más importante es la escucha, no escucharse a sí, sino escuchar al otro, quedarte en el supuesto de que el otro sabe y tu no sabes nada esa es la historia del otro pero tu tienes que conocerle.*

A diferencia de la teoría y la técnica tradicional, la terapia con orientación feminista permite al terapeuta la expresión de sus propias opiniones respecto a la problemática femenina, en este sentido ¿cómo se puede llegar a un equilibrio entre los conocimientos provenientes de la formación profesional y la conciencia personal al oír a sus clientes desde la experiencia femenina?

*— Yo no coincido con eso, yo no hablo de filosofía y antropología en la terapia eso es en otro lugar, yo lo que creo es que es la técnica lo que me permite escuchar cosas que yo tengo que devolver en un sentido en que las acomode desde otro lugar lo mismo pero puesto en un lugar donde la clienta mire que su contexto no le favorece y como lo modifica,*

*pero yo no le digo que las mujeres tendríamos que luchar, que planear porque no viene conmigo para eso y entonces las mujeres encuentren sentido a su "locura", a su malestar, a su enojo, en lugar de decir me siento triste empiezan a descubrir que están enojadas y que están inconformes pero es ella, si una mujer me dice a mi me gusta la vida doméstica, me gusta estar en mi casa, me gusta tener niños, me gusta limpiarle los zapatos a mi esposo y arreglar su ropa cuando sale de bañarse; se trata de mujeres jóvenes no creas que de mi edad, a mi no me gusta esa forma de vivir pero esa es mía, si eso la hace sentirse bien, no creo que sea conveniente esa postura de una terapeuta feminista creo que debe tener un lente, no con el que mire, sino con el que oiga de una manera diferente y enfoque su trabajo de una manera diferente, pero no con orientaciones ideológicas, yo dudo que se escape pero para eso hay que trabajar con supervisión o en terapia. Las mujeres vienen a terapia por razones de diversa índole y están en un momento agudo; por ejemplo: yo se que el embarazo no detiene la violencia, la violencia va a continuar y se va a agudizar, pero ¿qué hago?, la oigo, trabajo sobre su decisión, ¿cómo llega a ella?, trabajamos en que es una decisión muy íntima y personal y luego pasa a ser de la pareja, si en ese camino ella va haciéndose responsable de su decisión en el contexto en el que decide y tu me platicas eso allá afuera yo si te hecho un rollo, pero aquí no.*

**¿Se asume como terapeuta feminista?**

*— Si aunque no lo hago público, trabajo con la perspectiva de género, la cual trabajo en grupos y en comunidad más como psicóloga social, también realizo intervención institucional en conflicto, entonces para mi lo que he estado observando es que no estoy mucho tiempo en la academia, que el género te ha abierto a otras cosas que antes quedaban como ocultas en el asunto del conflicto, de la diferencia, de que no quieres una identidad sino muchas identidades, pero también se esté*



*ocultando este asunto de relaciones verdaderamente desiguales de poder, y el poder entendido como economía y subjetividad, en ese sentido se ha desprestigiado ser feminista, ya casi nadie lo quiere decir porque feminista significa radical actualmente, bueno siempre ha significado radical, por eso todo el mundo quiere trabajar con género nadie quiere ser feminista y yo si se donde hay un lugar, donde vuelvo a empezar a reivindicar que de lo que estamos hablando es de las relaciones de poder desigual y que mientras estén estas condiciones este equilibrio del que hablabas es bien difícil, imposible, yo no se si al decir imposible es bueno o malo solo lo estoy describiendo a lo mejor el equilibrio no es tan bueno, pero yo creo que hay una tendencia a entender como feminista algo radical como los primeros albores de la décadas de los años sesentas y principios de los setentas en México, que significaba "mata niños y come hombres", ya no significa "mata niños", pero si una postura de hacer que los hombres participen, consigan, se cuestionen, vean el sufrimiento que tienen, porque también el ser hombres significa, creo que hay algo ahí que estamos perdiendo que el asunto del género esta en algún lugar ocultando situaciones que hay que describir tal y como son.*

**¿Cuál es su opinión si se está aplicando una terapia con orientación feminista en México?**

*—Yo creo que si, pero cada día menos, yo creo que hubo una época cuando estaban las teóricas feministas con orientación psicoanalítica, yo por ejemplo participe a lo largo de por lo menos tres años en un grupo de estudiantes (ya habíamos terminado pero aún seguíamos estudiando) teníamos a dos personas terapeutas Concepción Fernández e Itziar Lozano, nos estaban monitoreando, todas trabajábamos en la academia y otras en instituciones como esta y habla como un debate mucho más abierto en todos lados hasta en la radio, en esa época las terapeutas eran*

*mucho más ideológicas, beligerantes y yo creo que era el momento, ahora yo creo que si hay terapeutas con una visión feminista que están ya más colocadas en la profesionalidad del terapeuta de lo que implica y que hacen ideología pero en lugares públicos en la televisión pero ya no en proceso terapéutico porque cada día menos las mujeres hacen explícita esta postura. Yo me imagino que si en un lugar yo digo que soy terapeuta feminista la gente por lo menos las llamadas telefónicas que entren, van a estar claramente asumiendo que yo no quiero a los hombres y que defiendo a las mujeres a diestra y siniestra, pocos pero me van a escuchar, si me planto como una mujer que soy psicóloga entonces desde ese lugar puede ser que me escuchen que estoy siendo feminista pero sin hacerlo explícito claro, — bueno, que si alguien me lo pregunta en un lugar público, lo hago explícito.*

#### **FRANCISCO CERVANTES**

Psicoterapeuta con orientación Gestáltica, miembro fundador del Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (CORIAC).

¿De qué manera se fue interesando en el campo de la salud mental femenina?  
Y ¿que orientación ha tomado desde entonces?

*— Mira yo particularmente a partir de la licenciatura, una de mis compañeras sufrió una agresión sexual y me pidió ayuda, estaba muy sorprendido por la situación, la lleve a una institución y me quede ahí. De 1986 a la fecha iniciamos este tipo de trabajo, alrededor de ocho años en COVAC y de ahí en CORIAC hace casi diez años. De 1986 iniciamos este tipo de trabajo, al principio nos basamos en la perspectiva de género en el desarrollo que en ese entonces había, sin embargo, nuestra formación como clínicos se basa de varias estrategias, hacemos por ejemplo talleres de abuso sexual invitando a las académicas quienes*

*consideramos las más avanzadas y reconocidas dentro de su área, en esos foros, talleres y seminarios nos íbamos formando, con los Estudios de la Mujer, las primeras generaciones y el inicio del PUEG con los Estudios de Género, algunos seminarios en el Colegio de México, entonces así nos fuimos formando en un encuentro con académicos y académicas.*

¿Cuáles Principios Feministas utiliza dentro de la práctica clínica? Y ¿Qué elementos teóricos y técnicos introduce dentro del proceso psicoterapéutico?

*– Me he fortalecido mucho en el proceso psicoterapéutico combinando dos cosas, uno lo que es la Perspectiva de Género y otro la formación en Gestalt, así como los seminarios del Colegio de México, en diplomados; he estado en formación de Terapias Familiares, en Terapia de Reencuentro, estamos muy metidos en la acción y en la formación, en esa combinación hemos empezado a trabajar, también las fundaciones nos están pidiendo cada vez más procesos de sistematización, de tal manera que las asociaciones en las que yo he participado como COVAC y CORIAC, no sólo entregamos informes a las Fundaciones, sino que hacemos una reflexión crítica, un seguimiento, una sistematización a nuestros modelos de intervención, te podría decir que en CORIAC tenemos un modelo sistematizado que esta avalado por la UNAM, por los investigadores y esta siendo siempre revisado por espacios académicos, digamos que yo he estado en ese puente entre la academia y la acción social o política. Desde mi experiencia yo asisto a muchos talleres de formación y traduzco cuando se trata información muy clínica como Gestalt (vamos a decir) esos conocimientos de Terapias Psicocorporales a dinámicas para trabajar educativamente en talleres y/o terapéuticamente, sólo por decirte que ahora estoy ya en el octavo taller de la formación en Terapia de Reencuentro. He tenido quizás más de 25 técnicas de sensibilización terapéutica, tan sólo sobre paternidad y*

*violencia. Desarrollo metodológico de algunas situaciones terapéuticas, he integrado mucho lo que es las Constelaciones Familiares desde un punto de vista de Género, la Terapia Transgeneracional, de la Terapia de Reencuentro hay mucha herramienta metodológica para trabajar en la clínica, como la fotobiografía, están varios conceptos que desde ahí me permiten analizar la dinámica de la relación de pareja desde una Perspectiva de Género, visibilizar el poder, muchas técnicas me permiten analizar como nos estamos construyendo, cómo estamos socializando, hay una técnica famosa de fonocassette en la que utilizo música, canciones para revisar desde Cri-Cri, es decir, desde la infancia hasta la época actual los procesos de socialización desde elementos vivenciales, es decir, todo el conocimiento colectivo, las dinámicas vivenciales, el procedimiento de Gestalt del darse cuenta. Los autores que leo, las terapias en las que también he tenido contacto en talleres las aplico, ahora tenemos una cartera de 10 diferentes talleres con un promedio de 15 horas cada taller, al conjunto de técnicas que tenemos le sumamos toda la metodología de la Educación para la Paz, ahí hay dos talleres de 18 hrs. cada uno, cuántas dinámicas de talleres estamos desarrollando para la producción de valores, para la paz, contra la violencia, trabajo de negociación, es decir, conforme uno avanza en el conocimiento de su tema, en la especialización de herramientas teórico-metodológicas armara nuevas formas de desarrollar tecnología educativa o recursos terapéuticos y también en cuestiones de pareja hay muchas dinámicas integrando a los distintos autores.*

**¿De qué manera se puede favorecer un balance entre las características socialmente atribuidas a lo femenino y a lo masculino, al presentar nuevas formas de relación entre hombres y mujeres en la consulta clínica?**

**– Cuando tu estas en clínica desde mi experiencia tienes que escuchar la demanda de la persona cada terapeuta va a utilizar los recursos de los**

*cuales se haya formado y también hay terapeutas que estan trabajando con diferentes estrategias o niveles de complejidad, podemos tener para una demanda a veces concreta de un problema de indisciplina con un niño a alguien le funcionará una visión Conductista o Gestalt pero quiza debamos entender el problema con mayor complejidad y entonces se pueden utilizar técnicas de mayor potencia para entrar más profundo, de las que yo utilizo serian las Constelaciones Familiares y la Terapia de Reencuentro para los procesos de fondo en la construcción de la identidad, por ejemplo está una técnica que se llama fotobiografía con esa técnica puedo analizar vivencialmente con cada persona todos los procesos que ha vivido para la construcción de su identidad de género, con técnicas como Fonocassette voy revisando como ha integrado su identidad como hombre o como mujer y sobre todo visibilizar el manejo de poder y las creencias. Más profundamente esta la visión Transgeneracional, a veces en la formación de una persona hay que tomar en cuenta como es qué es su madre o su padre de esa persona o también llegar al nivel de los abuelos porque la persona se está construyendo de muchos mensajes, como muchas experiencias, la visión cada vez es más profunda, por ejemplo hay terapias de \$ 5.00, de \$ 5000 pesos, dependiendo de la profundidad de las herramientas que el terapeuta esté manejando, una metáfora para hablar es: no todos al escuchar un problema lo profundizamos, lo manejamos de la misma manera, y por lo tanto las herramientas dependerán de su formación, de su historia.*

¿Cómo dirige el discurso y la diferencia social para no confundirse y abusar de su poder como guía, modelo y/o terapeuta?

*— Me es muy pesado si me miran como modelo, incluso lo manejaría de dos maneras, uno mi experiencia de proceso emocional es lo que me ayuda a ayudar a las personas, yo no puedo ayudar a una persona con*

*un proceso más allá de lo que yo no haya llegado, ahora por un lado la función del terapeuta es acompañar en un proceso profundo, de reflexión del problema, se necesitaría el desarrollo de los elementos terapéuticos para estar apoyando a una persona, creo yo potenciar el darse cuenta, dónde es donde se origina el problema, desde otra orientación desde ahí se soluciona el problema, hay veces que los recursos terapéuticos llegan a cierto lugar de explicación del problema y desde ahí se trabaja, diría yo que cuando llegamos a causas más profundas y trabajamos en ellas más potente podría ser la intervención y la responsabilidad de cada persona por hacerse cargo de su vida.*

*A diferencia de la teoría y la técnica tradicional, la terapia con orientación feminista permite al terapeuta la expresión de sus propias opiniones respecto a la problemática femenina, en este sentido ¿cómo se puede llegar a un equilibrio entre los conocimientos provenientes de la formación profesional y la conciencia personal al oír a sus clientes desde la experiencia femenina?*

*– Un recurso que tengo que tener mucho para no embarrar a la gente y hacer transferencias, es por un lado, uno mantenerse en un proceso terapéutico y por otro lado los procesos de supervisión, yo puedo decirte que cuando estude Gestalt estuve un año en terapia personal y que yo estoy en Terapia de Reencuentro desde hace casi 7 años en talleres terapéuticos y que estoy en la formación de Constelaciones Familiares desde hace casi dos años en procesos de talleres de terapia aplicados hacia mí, en los cuales yo los estoy viviendo, por un lado lo que me puede ayudar es que yo lleve mi propio proceso terapéutico y por otro lado la aceptación de espacios de supervisión.*

## **¿Se asume como terapeuta feminista?**

*— Yo soy alguno de los tantos que han tratado de trabajar con la reflexión sobre masculinidad y psicoterapia desde una perspectiva de género, al Movimiento Feminista le debo mucho por haberme apoyado, formado, animado, presionado y criticado para desarrollar la institución de la cual soy fundador, agradezco y reconozco a las feministas, diría que mi gran propósito es compartir con ellas un proyecto de sociedad, un proyecto de vida, un proyecto hacia la equidad, un proyecto hacia la no violencia, en eso tenemos una gran conjunción, respecto a las formas y las miradas habrá muchas, respeto mucho el decir de muchas feministas que señalan que el Feminismo es una experiencia de vida, por tanto lo que yo puedo decir con respecto al Feminismo: comparto el proyecto de la construcción de sociedad equitativa, democrática, no violenta, justa, no opresiva, estoy a favor de la construcción de una masculinidad crítica que aborde un análisis agudo del ejercicio del poder en la vida pública y política, un compromiso social. Creo que nos toca a los varones tomar la parte de responsabilidad personal y social que nos corresponde a cada uno y construir nosotros nuestro propio discurso y respetar el proceso de las mujeres, se me hace así como robar algo.*

## **¿Cuál es su opinión, si se está aplicando una terapia con orientación feminista en México?**

*— Si lo existe, hay mucha bibliografía que se está desarrollando, esta sensibilidad, mira yo te podría decir que hace muchos años me sucedió un enorme problema, intenté dar apoyo emocional sin la sensibilización de género, tal como son los problemas técnicos de los psicólogos “ahora lo hubiera hecho mejor que hace años”, cuando me llegó una chica con orientación lésbica en el primer año de mi carrera, la formación teórica no era suficiente para tener una actitud más sensible con respecto al*

*respeto a su decisión y a la comprensión del impacto emocional seguido por la segregación social, hay que tener una consistente formación terapéutica como recurso de intervención pero quizá más una sensibilidad sobre el desarrollo de la condición humana que permita el respeto de las personas y de sus orientaciones sexuales, así como no caer en problemas de este tipo, mi subrayado es el siguiente: uno "no es suficiente la buena fe, el compromiso social y la labor social, tienes que combinar un compromiso social con una formación profesional, no es suficiente que tengas compromiso social y que seas sensible, tienes que tener recursos teórico-metodológicos que ayuden a la gente, no basta que un terapeuta sobre todo varón quiera ayudar a una mujer golpeada, necesariamente tiene que tener una sensibilidad, un respeto y una perspectiva de género para atender a una mujer que ha sufrido violencia intrafamiliar por ejemplo, la sensibilidad y la buena onda no bastan, tienes que tener recursos terapéuticos para realmente ayudar a las personas".*

**CRISTINA BOTTINELLY**

Psicoterapeuta Familiar y de Pareja, miembro del Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF)

¿De qué manera se fue interesando en el campo de la salud mental femenina?  
Y ¿qué orientación ha tomado desde entonces?

*— Yo comence a trabajar en psicoterapia el mismo tiempo que el trabajo político, el trabajo en derechos humanos, en mi país de origen Argentina se presentó una dictadura detras de otra de tal modo que era un dilema ético, moral, avalando una dictadura, la usurpación del poder contra la participación ciudadana y ésta con la persecución de todo aquel que pensara diferente, o bien, en contra de aquello, yo te diría que inicié muy pequeña a los 12 años antes de ser psicóloga estaba trabajando en los barrios en cuestiones políticas, sociales y por supuesto en derechos*



*humanos, te podría decir que a muy temprana edad, antes de que se hablara de Perspectiva de Género, Feminismo y otras cosas. Para mí siempre estuvo ligada la tarea política-social con la tarea profesional psicológica, no te podría decir cuando hubo un cambio porque más bien ha habido una evolución cada vez se han ido definiendo más los conceptos, las orientaciones, en definitiva no ha cambiado mucho en todo este tiempo, así que no ha cambiado más bien hay una evolución, un intercambio, una interconexión con compañeras y compañeros trabajando en estas líneas, se podría decir que mi generación de los sesentas, en mi país, en mi adolescencia era la problemática feminista de mayor auge, fuerza, con más consistencia en América Latina al igual que en México, sin ponerle demasiados nombres y apellidos diría que de cualquier manera la ruptura que plantean todas las tesis feministas tanto en terapia como en la vida estaban presentes en las prácticas sociales, personales, etc., así que en realidad a habido una evolución y un intercambio, no ha habido cambios.*

**¿Cuáles Principios Feministas utiliza dentro de la práctica clínica? Y ¿Qué elementos teóricos y técnicos introduce dentro del proceso psicoterapéutico?**

*— En palabras modernas estaríamos hablando de toda la erradicación de lo que significa cualquier tipo de discriminación en materia de los dos géneros o relaciones entre géneros, trabajar en pro de la discriminación de las formas de violencia en las relaciones de género, para esto tomo dos corrientes teóricas, una es el Psicoanálisis y otra la Terapia Familiar y de Pareja Sistémica, me da la oportunidad de intercambiar tanto con mujeres, como con mujeres y hombres, así como también la formación de los pequeños, trabajando con la familia, el trabajo en la transmisión de valores. En segundo lugar sería el promover una cultura de equidad de género a través de todo lo que es el sistema de valores y creencias, de un proceso social, de una familia o de una pareja, de tal manera que en*

*principio es trabajar con todo un sistema de valores y creencias. Un tercer elemento está en función de lo que yo trabajo con construcción de subjetividades e intersubjetividades promover, tratar de hacer un acompañamiento que vaya fomentando una participación ciudadana, en el aspecto de llegar desde cualquier sitio que esto se posible, en el sentido de que tengan una mayor apropiación de los espacios políticos, en el sentido de polis, de ciudadanos y ciudadanas como espacios de empoderamiento, espacios de poder, de apropiarse de la propia voz, romper estas fronteras que significan los espacios privados, los propios de las mujeres y los espacios públicos como lugares de expansión, de dominio de los hombres; entonces romper estas fronteras hacerlas más flexibles sería uno de los Principios Feministas.*

¿De qué manera se puede favorecer un balance entre las características socialmente atribuidas a lo femenino y a lo masculino, al presentar nuevas formas de relación entre hombres y mujeres en la consulta clínica?

*— Yo trabajo con algunos Principios como Transparencia, lo que citaría sería el concepto de Neutralidad, quiero aclarar este último porque por neutralidad se entiende no tomar partido pero desde el punto de vista Post-Moderno implica tener una multivisión, es decir, mirar la realidad desde diversas perspectivas no quedarse con una verdad única, dogmática, cerrada, sino justamente poder ampliar el concepto de miradas, de perspectivas, etc., entonces trabajar desde lo teórico con este Principio, implica poner en acción este Principio de Neutralidad, que es siempre abrir, que yo diría en palabras más corrientes sería abrir un menú de opciones lo más amplias posibles, más capacidad de elegir lugares, roles, funciones sociales, psicosociales que sean más acordes con lo que podríamos llamar hoy prácticas de empoderamiento vs. dominio del otro, en este sentido para darte un ejemplo Neutralidad que es una multivisión implicaría dar este juego de posibilidades, de tal manera que la dignidad*

*de los sujetos, sean hombres y/o mujeres estén lo más salvo posible de actitudes marginalizadoras e invisibilizadoras, trabajar con Transparencia significa, por ejemplo: cuando llega una pareja yo digo "yo no soy ni casamentera ni divorciera, yo estoy aquí para que ustedes realicen la mejor plenitud en relación a tener una vida íntegra lo más cooperativa y solidaria posible, estos serían dos ejemplos de algunos enunciados que yo hago transparentemente respecto de posicionarme a como yo pienso.*

¿Cómo dirige el discurso y la diferencia social para no confundirse y abusar de su poder como guía, modelo y/o terapeuta?

*– Hay algo que es muy conocido muy sabido pero vale la pena repertirlo como introducción yo planteo que a nivel de personas aquellas personas que me consulta a nivel psicológico, psicoterapéutico, psicoeducativo o como quieran, como persona vale lo mismo que yo, ocupa un lugar como persona de derecho de la misma manera que yo, lo que tenemos aquí son roles diferenciados, lo cual implicaría igualdad a un nivel lógico, en un plano de personas y a la vez una asimetría en términos de rol, asimetría no es uso del poder, simplemente son roles diferenciados, entonces desde esta distinción donde esta presente la igualdad y la diferencia, yo trabajo mucho sobre este eje de igualdad y diferencia, de la misma forma transparente que dije antes, para dar un ejemplo, para concretizarlo, una manera para mí útil de trabajar con esto es preguntar siempre acerca de los sistemas de valores y creencias en las personas, en este sentido salvo respecto de los fundamentalismos yo soy muy respetuosa, que se entiende por fundamentalismo aquel que cree que hay una sola verdad y que además la tengo yo, entonces esto va en contrario de todo este conjunto valorativo del que estoy hablando, salvo esto, si la persona es religiosa o no es religiosa por decir algo, si esta persona tiene tal instrucción u orientación política o cualquier elemento de este tipo yo soy muy respetuosa, lo pregunto porque creo que es útil saber en qué está*

*esa persona y saber desde que marco lo manejo, entonces no hay ocultamiento de posiciones, claro primero se tiene que construir una confianza desde el primer momento y aquí yo tengo una frase "mira yo puedo ser la mejor terapeuta del mundo y tu el mejor paciente o cliente y de cualquier manera si aquí no hay ese circuito de feeling, empatía, etc., entonces no la hacemos", trabajar con la temática de preguntas casi nunca deformaciones, yo diría que si me descubro en un juicio me rectifico, si estoy en una actitud enjuiciadora, todo esto para mi es un antidoto respecto a la posibilidad de posicionarme en un lugar de dominio, en un lugar de poder que no signifique el poder de sí, tanto el mío como el de la otra persona, sino el poder de domino, el poder sobre el otro distinguiendo esta temática de Foucault acerca del poder como dominio y poder de sí.*

A diferencia de la teoría y la técnica tradicional, la terapia con orientación feminista permite al terapeuta la expresión de sus propias opiniones respecto a la problemática femenina, en este sentido ¿cómo se puede llegar a un equilibrio entre los conocimientos provenientes de la formación profesional y la conciencia personal al oír a sus clientes desde la experiencia femenina?

*— Tanto hombres como mujeres y como principio de una terapia no sexista tenemos concepciones acerca de la feminidad y de la masculinidad. Expreso mis opiniones, por ejemplo de esta manera: "es muy común que se piense que las mujeres ..., que los hombres...", "tu que opinas acerca de esto ...", "es como muy frecuente que...", "así dice tal refrán, tal canción, tal título de película ...", tomo las expresiones culturales, trabajo mucho con las metáforas, de tal manera que hay una referencia permanente al campo cultural que yo introduzco al utilizar estos principios, expresiones culturales para poder decir: "cuentan que ha sido educado de esta manera", "viene de generaciones", yo trabajo mucho con generaciones, el análisis generacional, cómo se transmitieron valores,*

*creencias, costumbres, mitos, secretos, etc. que se van pasando de generación en generación, de tal manera que uso esas expresiones tanto de la cultura en general, los dichos culturales, como la cultura propia que aprende esa pareja o esa persona, de tal modo que usando el propio lenguaje o los códigos que están dentro de la cultura a la que pertenecen, que aveces trabajo con diferentes culturas, es más yo vengo de otra cultura, las expresiones culturales más macro como las expresiones que tienen que ver con la cultura propia de esa persona o tipo de familia, entonces trato de rescatar esos elementos, hablar de eso y desde ahí preguntar, entonces sería por ejemplo si habláramos de la voz de las mujeres de una familia, cuáles serían los lemas que una bisabuelita le paso a una abuelita y luego a su hija, en cuanto a ¿qué es ser mujer?, ¿cómo es ser mujer?, ¿qué está permitido? y ¿qué está vedado?, en fin y los lemas educacionales que van llenando la conducta tanto consciente como inconsciente, los sentimientos, los procesos cognitivos, etc.*

¿Se asume como terapeuta feminista?

— Si.

¿Cuál es su opinión, si se está aplicando una terapia con orientación feminista en México?

— *Podríamos decir que existen ciertos indicadores valorativos, posiciones de Principios, etc., que se incluirían dentro de lo que podría llamarse una práctica profesional de la Terapia Feminista. Que yo conozca como Escuela propiamente formalizada yo diría que no. Participamos en algunas prácticas feministas, incorporamos estos valores los seguimos practicamos bajo otros nombres más que como escuela teórica-técnica-metodológica propia, sino como la conservación del marco de referencia teórico valorativo, epistemológico, más que como reflexión a una escuela*

*determinada. Hablando de una Terapia Feminista como una terapia que comprende a la individualidad en la diferencia de una práctica profesional dirigida a hombres y a mujeres en edades tempranas, jóvenes, unas más maduras, donde lo fundamental de esto sería una actitud no sexista por un lado y que implicara no medir a la mujer con la vara del hombre, como Principio Feminista dado. Estaba recordando a México como pionero la Primera Conferencia Internacional de la Mujer se hizo en México en el '75, luego los movimientos de los 60's muy en esta línea, luego un período de declive, los grupos radicales, el resurgimiento del Feminismo en los 70's, en los 90's cobra un nuevo lenguaje, el lenguaje de los Estudios de Género, entonces la palabra Feminista estará siempre en nuestro corazón, en nuestros orígenes, en nuestros inicios, en las prácticas sociales, en el campo psicológico, en lo psicosocial pero no es algo que usemos hoy como las palabras con las que se autodenominan o nos autodenominamos, si me preguntas si doy una Terapia Feminista, yo te diría que si pero con la inclusión de los Estudios de Género, yo creo que le da una riqueza mayor, no sólo trabajamos con mujeres, sino también con la otra parte, el complemento de la humanidad, sino estaríamos desfazando aún más.*

#### **MABEL BURIN**

Doctora en Psicología Clínica y Psicoanalista, especialista en salud mental de las mujeres. Miembro de la World Federation For Mental Health, del Comité Asesor del Foro de Psicanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y miembro fundadora del Centro de Estudios de la Mujer.

¿De qué manera se fue interesando en el campo de la salud mental femenina?  
Y ¿qué orientación ha tomado desde entonces?

*—Empece a tomar atención a lo que luego llame el malestar de las mujeres mientras era terapeuta de niños, por esa época yo trabajaba con*

*una psicoanalista argentina alrededor de los años sesentas en Buenos Aires, ella se llamaba Arminda Aberastury era una psicoanalista de niños muy destacada y coordinaba los grupos de orientación para madres, yo era su observadora en esos grupos y además había empezado a trabajar como psicoterapeuta de niños, eso me hacía pensar que escuchara bien dentro del grupo, cómo detrás de la consulta de cada madre había una mujer que tenía problemas, y que entonces prestara atención también a eso, de manera que así empecé a escuchar a esas mujeres que hablaban mientras hablaban de sus hijos, hablaban en tanto mujeres, esos fueron mis primeros esfuerzos por escuchar problemáticas de mujeres, no sólo de madres; luego en mi propia consulta cada que traían niños trabajaba de otra manera con las mamás. Desde el comienzo mi orientación fue en Teorías Psicoanalíticas, durante los años sesenta en Buenos Aires la teoría que estaba de mayor auge era la Escuela Inglesa del Psicoanálisis, en la cual yo me forme, la utilicé para el análisis de los niños, posteriormente conocí otras hipótesis psicoanalíticas no sólo de la escuela inglesa sino de la francesa, fui cambiando y tratando de articular los conocimientos que provenían de una y otras escuelas. En este momento creo que tengo una integración personal, propia de diversas teorías psicoanalíticas que apuntan a mi práctica clínica. Hacia los años setentas empecé a estudiar textos acerca de teorías feministas, empecé a escuchar de otra manera las problemáticas de las mujeres de mediana edad, lo que se llamaban las crisis de la mitad de la vida en las mujeres y entonces las teorías feministas me resultaban muy apropiadas para entender el malestar de ese grupo de mujeres que habían construido su subjetividad principalmente como madres, esposas y amas de casa, cuando llegaban a la mediana edad se encontraban con esos fenómenos de malestar porque sus roles de género tradicionales dejaban de tener el sentido que habían tenido hasta entonces, por esa época traté de articular las teorías feministas que estaba conociendo con las teorías psicoanalíticas que había venido conociendo, una articulación al principio*

*muy difícil parecía que se oponían unas a otras, pero bueno con esfuerzo, paciencia y buena voluntad de seguir estudiando y conociendo cada vez más psicoanalistas que pensaban también desde la perspectiva de las teorías feministas fui articulando mis propias hipótesis del Psicoanálisis y del Género para entender las problemáticas de ese grupo de mujeres, luego lo fui ampliando a otros grupos etarios por ejemplo el conflicto de las adolescentes, de las madres con sus hijas adolescentes, y también al género masculino, entonces empecé a estudiar la problemática específica de la subjetividad masculina, finalmente en el año 2000 publiqué un libro que se llama "Varones. Género y Subjetividad Masculina", atendiendo a lo específico del género masculino a la hora de enfermar y a sus propios malestares.*

¿Cuáles Principios Feministas utiliza dentro de la práctica clínica? Y ¿Qué elementos teóricos y técnicos introduzca dentro del proceso psicoterapéutico?

*– Uno de los Principios Feministas que me resultó muy útil fue el de las relaciones de poder entre los géneros y al interior del propio género, así como las relaciones entre las generaciones, lo descubrí dentro de la Teoría Feminista, y no es que no hubieran otras teorías que hablaran de las relaciones de poder, pero entre hombres y mujeres y dentro del propio colectivo de mujeres o del colectivo de varones eso me lo aportó la Teoría Feminista. Junto con las relaciones de poder lo que me resultó útil para aplicar en la terapia con mujeres fue el criterio del empowerment —empoderamiento— que no es, que no lo conociera como psicoanalista desde algunas teorías que propiciaban el aumento de las capacidades yoicas, ampliar el repertorio de los mecanismos de defensa o mejorar los recursos de defensa de las pacientes, todos esos podían aliarse o asociarse con los principios feministas del empoderamiento, pero me parece que la Teoría Feminista aporta un criterio singular en ese sentido, el empoderamiento no sólo es psíquico, sino también social, esa es una*



*perspectiva que me ayudó mucho para facilitar el trabajo con la gente en la psicoterapia, ese es uno de los principales criterios. También cambie la perspectiva en relación a los vínculos transferenciales y contratransferenciales, por ejemplo desde el prisma de las relaciones de poder, tuve que rectificar algunos de mis modos de intervención, algunos de mis criterios interpretativos cuando tenía que pensar que había un sesgo de las relaciones de poder bajo las cuales estaba interpretando. Desde el punto de vista teórico, tengo más herramientas teóricas en este momento y estuve desechando algunas, —por ejemplo— como yo me forme en la Teoría Psicoanalítica clásica y tradicional, recordemos un concepto clásico del Psicoanálisis es acerca del masoquismo femenino, la hipótesis del masoquismo femenino se refiere más bien a una teoría pulsional de la clásica teoría pulsional freudiana, uno de los destinos de la pulsión, he tenido que cambiarlo conociendo la Teoría de Género porque para las mujeres no se trata sólo de una orientación pulsional, sino además de una construcción genérica, hay una construcción de género femenino una construcción de subjetividad femenina que ha llevado a que en relaciones de subordinación y de exclusión social de las mujeres a lo largo de los siglos se ha configurado para su noción de femineidad algo que hemos llamado erogeneidad de subordinación, es decir, en el colectivo de mujeres es muy frecuente hallar que las mujeres han invisibilizado erógenamente algunas situaciones de las cuales son víctimas de maltrato para sobrevivir, para no enloquecer, o para no morir, entonces se produce este fenómeno de erogeneidad de subordinación que correspondería a un colectivo genérico no solamente a cada una mujer, una a una, por su connotación masoquista, ese un concepto diferencial que introduce la Categoría de Género y que me permite entender de otra manera cuando una mujer sufre y cómo operar con ese sufrimiento que no sea solamente interpretado como en otros momentos, relacionándolo con un placer de ser masoquista, no se trata de una forma*

*especial de placer, sino de estrategias de supervivencia y de resistencia a la locura.*

**¿De qué manera se puede favorecer un balance entre las características socialmente atribuidas a lo femenino y a lo masculino, al presentar nuevas formas de relación entre hombres y mujeres en la consulta clínica?**

*— Por ahora estamos desbalanceados y ese desequilibrio se está manteniendo a lo largo de los siglos y va a ser muy difícil revertirlo, teniendo en cuenta este criterio me parece que el objetivo al que podemos apuntar por ahora, en la circunstancia actual no es solamente adoptar un balance o equilibrio entre los géneros sino sostener la tensión y el conflicto de las relaciones de poder entre los géneros, algunas veces estaremos balanceados y otras no, me parece un poco utópica la pretensión de lograr un balance ya, venimos de largos siglos de desbalance y desequilibrio como para suponer que vamos a hacer una maniobra por la cual vamos a lograr ese equilibrio, me parece importante que podamos mantener esa utopía donde apuntamos pero me parece de difícil resolución en el presente, mientras tenemos que ir andando un camino donde lo que encontramos son relaciones de tensión y de conflicto y ver cómo vamos resolviendo y sosteniendo esta tensión y conflicto a veces con mejores resoluciones y a veces con peores, a veces seremos más equitativos y más justos, a veces más injustos y más inequitativos trataremos de resolver la cuestión de la desigualdad pero no lo veo como un horizonte muy cercano me parece que es ahí donde apuntamos, me parecería un poco riesgoso pensar que ya estamos logrando ese balance.*

¿Cómo dirige el discurso y la diferencia social para no confundirse y abusar de su poder como guía, modelo y/o terapeuta?

*— Yo utilizó una frase muy a menudo, un modismo de Buenos Aires “yo no me la creo”, ¿qué quiero decir con esto? Llego a México y me encuentro con personas que me dicen: he leído tus libros y gracias a tus libros he cambiado mi vida, mi estilo de trabajo, me cambio el pensamiento; yo digo muy bien, me alegro muchísimo, pero yo para mí no me la creo, yo personalmente no creo que alguien pueda producir tantas transformaciones en la vida de la gente, yo me siento una más del conjunto, grupo o colectivo de mujeres, pensadoras, escritoras, autoras o investigadoras, cada una aportamos algo, me parece que quien se considera a si misma que está haciendo el cambio, la gran transformación social, creo que es engañoso, yo por lo menos conmigo misma no me la creo, pienso que estamos coincidiendo varias personas en algunas direcciones y celebro las coincidencias y los felices encuentros, lamento cuando hay desencuentros, ese es mi resguardo para no cometer abusos, como un principio de honestidad, de reconocimiento de mis limitaciones, espero no cometer abusos por eso estoy en esta posición.*

A diferencia de la teoría y la técnica tradicional, la terapia con orientación feminista permite al terapeuta la expresión de sus propias opiniones respecto a la problemática femenina, en este sentido ¿cómo se puede llegar a un equilibrio entre los conocimientos provenientes de la formación profesional y la conciencia personal al oír a sus clientes desde la experiencia femenina?

*— Yo creo que todos opinamos, algunos enunciamos nuestras opiniones más abiertamente, fundamentalmente y otros creen que no enuncian sus opiniones pero a la hora de interpretar o de recortar una problemática para poder trabajar eso ya es una opinión, de manera que todos estamos opinando aunque no lo enunciamos de esa manera, cualquiera sea la*

*manera en que trabajamos con o sin influencia de las teorías feministas, creo que un terapeuta psicoanalista tradicional que interpreta sobre la envidia del pene a una mujer que tiene problemas laborales, ahí ya está emitiendo una opinión, aunque diga que solamente está utilizando un concepto freudiano convencional, hace el recorte de la Teoría Freudiana para interpretar en ese sentido, está opinando cuando está seleccionando la problemática y la línea interpretativa, ella psicoanalista cuando escucha, recorta con su escucha y selecciona qué es lo que va a interpretar, aunque no lo enuncie como opinión, aunque diga el sólo el recurso técnico, su ideología está puesta ahí, lo que uno hace es devolverlo de otra manera, uno tiene opiniones secretas o silenciosas.*

¿Se asume como terapeuta feminista?

— Sí.

¿Cuál es su opinión, si se está aplicando una terapia con orientación feminista en México?

— *He conocido algunas terapeutas feministas, no conozco a tantas para empezar, he conocido a algunas terapeutas feministas que me relatan acerca de los pacientes con quienes trabajan, me comentan sus inquietudes, cuales son sus proyectos clínicos a realizar con las pacientes, me hace pensar que son terapeutas con orientación feminista, no podría afirmarlo porque no conozco exactamente como están trabajando pero lo que ellas me relatan me hace pensar eso, no son muchas pero si son bastantes, por ahora es lo que puedo decir.*

## **5.2.2 Análisis Cualitativo de las Entrevistas a Psicoterapeutas**

La realización de entrevistas a psicoterapeutas especializados en la atención a las mujeres desde una perspectiva feminista y/o de género resultó muy enriquecedora, cada uno/a de los/las terapeutas compartió para los fines de esta investigación sus experiencias al interesarse en el campo de la salud mental femenina.

A continuación se presenta el análisis de las entrevistas realizadas, el cual se organizó de acuerdo a las siguientes categorías:

### **1. Interés en el Campo de la Salud mental Femenina.**

Mencionan que las experiencias de vida y el contexto social durante su juventud han sido factores decisivos en las orientaciones socio-políticas que han tomado desde entonces, de tal manera que lo han estado ligando con la tarea profesional. Durante la formación académica y en los primeros años de la práctica profesional comenzaron a interesarse en las diferentes corrientes teóricas que explican la opresión en la que viven las mujeres, por lo que empiezan a buscar y generar alternativas ante el contexto de inequidad en que se encuentran hombres y mujeres, trabajando ya sea desde el ámbito académico, o bien, desde la práctica clínica y la acción social. El interés y el compromiso social en pro de una cultura más equitativa entre los géneros, los han llevado a participar y en algunos casos ser miembros fundadores de organizaciones no gubernamentales dirigidas al estudio y atención de mujeres, hombres, parejas y familias.

## **2. Elementos Teórico-Metodológicos utilizados dentro de la Práctica Terapéutica.**

Expusieron diversas técnicas que utilizan dentro de la práctica terapéutica, se observa que comparten el mismo objetivo y compromiso social en la atención y estudio de la salud mental femenina, señalan que sus esfuerzos están dirigidos a: erradicar cualquier tipo de discriminación en materia de los dos géneros, así como trabajar en pro de una cultura sin violencia, enfatizando que tanto mujeres como hombres responden a este contexto y en consecuencia generan algunos malestares. Mencionan que las formas y los caminos son variados, por lo que desde diferentes orientaciones teóricas abordan la problemática de salud mental femenina. Utilizan teorías tradicionales como el Psicoanálisis, pero las hipótesis que postula esta teoría las entrecruzan con la Teoría de Género, de tal forma que desde una visión diferente a la tradicional explican las formas de enfermar características de mujeres y de hombres. También hacen uso de la Terapia Familiar, de Pareja y la Teoría Sistémica, con lo cual se encargan de promover una cultura de equidad entre los géneros a través de la construcción y reconstrucción de todo un sistema de valores y creencias a nivel micro y macro cultural, es decir, desde el propio sistema de la persona, la familia y el contexto sociocultural en el que se desarrollan. Modifican teorías como la Gestalt, de manera que no estén presentes actitudes sexistas, o teorías más novedosas aplicadas a la Teoría de Género como la Terapia de Reencuentro y las Constelaciones Familiares, utilizando técnicas de Fotobiografía y de Fonocassette, donde se realiza un análisis más profundo del proceso de socialización y la formación de la identidad de un individuo. Un aspecto de central importancia es fomentar la utilización de nuevas formas de ejercer el poder, tal como poder asumir decisiones propias, responsabilizarse de éstas y favorecer el cuidado de sí mismo.

### **3. Presentación de Nuevas Formas de Relación entre los Géneros.**

Mencionan que la desigualdad genérica en el ejercicio del poder se ha mantenido por mucho tiempo, por lo que resulta difícil pensar que en el presente exista un balance equitativo de poder entre hombres y mujeres, de tal forma que en este momento es necesario mantener las relaciones entre los géneros a partir del establecimiento de pactos éticos, donde puedan desarrollar habilidades de tolerancia, aceptación y respeto mutuo. Sugieren la presentación de un mayor número de alternativas o posibilidades en los roles, que no los sitúen en contextos mutuamente excluyentes, de tal manera que se favorezca la apropiación cada vez mayor de espacios públicos y privados para ambos géneros. Señalan la importancia de fomentar la responsabilidad y el autocuidado, a través del autoconocimiento y la toma de decisiones propias.

### **4. El/la Terapeuta Feminista como guía, modelo y manejo del poder.**

No consideran la función del terapeuta como un modelo a seguir, enfatizan la necesidad de llevar un propio proceso terapéutico, de tal forma que no influyan los procesos transferenciales en la relación terapéutica, asimismo señalan la importancia de contar con espacios de supervisión clínica. Se observa una gran afinidad en su punto de vista respecto a las actitudes de equidad, respeto y balance de poder durante la actividad clínica, lo cual manejan en términos de roles diferenciados, donde existe una asimetría de roles, pero no un abuso de poder, de tal forma que sugieren preguntar sobre los valores del cliente y ser respetuoso con sus opiniones. También consideran central la responsabilidad y el autocuidado, alentando que la persona se conozca a sí misma, desarrolle habilidades para tomar decisiones y responsabilice de las mismas.

## **5. Formación Profesional y Conciencia Personal del Terapeuta Feminista.**

Prefieren no abordar cuestiones teóricas dentro del espacio terapéutico, consideran que existen espacios propios para hablar sobre Antropología o Sociología, no con los clientes o pacientes, ya que su demanda no es esa. Señalan que sí, existe la necesidad de cuestionar aspectos culturales sugieren la utilización de expresiones culturales, hacer uso de los códigos propios de la cultura, de la familia o de la propia persona. Reiteran nuevamente la necesidad de tener espacios de supervisión clínica y un análisis propio.

## **6. Terapeutas Feministas en México.**

Se ubican como terapeutas feministas, sin embargo, señalan que existe una estigmatización hacia el Feminismo en la actualidad, muchos terapeutas aún cuando realizan prácticas feministas dentro de la consulta clínica, se ubican como terapeutas con orientación en Género.

## **7. Práctica de la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana**

Respecto a la aplicación de los Principios Feministas dentro de la práctica clínica en México, sin embargo, cada día menos, se practicaba con más frecuencia cuando tenía mayor fuerza el Movimiento Feminista en México, existían más terapeutas que hacían explícita su orientación ideológica dentro de la terapia. Actualmente existe una estigmatización ante las feministas, por lo que prefieren ubicarse como clínicas con orientación en Género, o solamente como terapeutas. Mencionan que la Terapia Feminista no existe como una escuela formalizada, ya que existen terapeutas que llevan algunas prácticas feministas e incorporan estos valores, pero bajo otros nombres más que como escuela teórica-técnica-metodológica propia, sino como la



conservación de un marco de referencia teórico valorativo epistemológico, más que como reflexión a una escuela determinada.

La información que compartieron los terapeutas feministas y/o con orientación en Género resultó muy enriquecedora para el análisis y reflexión de la utilización de los principios feministas en la Psicología Mexicana, en el Capítulo 6 se exponen las conclusiones de esta investigación.

## **CAPÍTULO 6**

### **REFLEXIONES Y CONCLUSIONES SOBRE LA EXISTENCIA DE LA TERAPIA FEMINISTA EN LA PSICOLOGÍA MEXICANA**

La presente investigación se ha desarrollado en función de la búsqueda de lineamientos y técnicas que caractericen a la Terapia Feminista, en este capítulo se abordan las conclusiones, así como se reflexiona en torno a la utilización de los principios feministas en la práctica psicoterapéutica mexicana.

La sistematización de información y documentos sobre la Terapia Feminista proporcionó un extenso panorama acerca de los lineamientos teórico-metodológicos bajo los cuales trabajan los/las terapeutas con orientación feminista, esto permitió la identificación de los valores que la diferencian de la práctica clínica tradicional, principalmente lo relacionado con la modificación y adaptación de las Teorías tradicionales de manera que fueran compatibles con los Principios Éticos Feministas.

El ordenamiento y clasificación de la información hizo visible el desarrollo del modelo feminista en la psicoterapia, pues desde la década de los años setentas se ha ubicado como un modelo de atención a la salud mental que mediante la modificación y reconstrucción de los vínculos tradicionales, busca una sociedad más justa y equitativa para ambos géneros (ver Tabla 5.3).

De esta manera la sistematización de documentos proporcionó importantes datos acerca del impacto que ha tenido la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana, pues a partir de los datos estadísticos se describió objetivamente la utilización de los principios, lineamientos y modificación de técnicas con enfoque feminista.

De acuerdo con lo anterior, la obtención de datos estadísticos permitió un trabajo reflexivo, donde se discutió en relación a la utilización de los valores

feministas dentro de espacios de investigación y principalmente dentro de la práctica psicoterapéutica, de tal forma que fuese posible identificar los elementos teórico-metodológicos de la Terapia Feminista y así responder al cuestionamiento planteado sobre la existencia de una terapia con orientación feminista en la Psicología Mexicana (ver Figura 5.3).

### **6.1 Reflexiones en Tomo al Impacto que ha Tenido la Terapia Feminista en la Psicología Mexicana**

Sin duda, en México existe una profunda preocupación por la condición de subordinación social en la que se encuentran muchas mujeres y su relación con las formas de manifestar dicha opresión, la cual se hace visible a través de malestares que las mujeres desarrollan como formas de sobrevivencia y/o resistencia al experimentar situaciones de exclusión, discriminación y opresión en la sociedad.

En México, alrededor de los años setentas crece un gran interés por las particularidades femeninas, el cual se manifiesta a través de movilizaciones de mujeres y con el crecimiento de espacios académicos para el estudio y atención de la condición femenina, por lo que en 1983 se crea el Centro de Estudios de la Mujer (CEM) en la Facultad de Psicología y nueve años más tarde se amplía al Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), UNAM.

Esto es un ejemplo del creciente interés que ha existido por la condición de subordinación social femenina, el cual no sólo se ha limitado al estudio de las particularidades femeninas, sino se ha ampliado a una corriente más abarcadora e incluyente que integra las subjetividades masculinas y femeninas al estudiar los vínculos intra e intergénero, lo cual trae como resultado reflexiones que presentan alternativas para la construcción de relaciones más sanas, justas y equitativas entre hombres y mujeres.

Lo anterior refleja la importancia que ha tenido la inclusión de los valores feministas y las reflexiones de género en el desarrollo de la Psicología Mexicana, lo cual es evidencia de que el Feminismo y el Género se han ubicado como importantes fuentes epistemológicas en la producción teórica durante las últimas dos décadas.

Respecto al estudio y atención de la salud mental femenina, se ubican muchos trabajos encaminados a la transformación y modificación de aquellas formas de relación caracterizadas por ser excluyentes, discriminatorias y opresivas entre ambos géneros, sin embargo, no se observa explícitamente el objetivo de transformación política y social, lo cual hace visible que las actitudes beligerantes han tomado otros nombres y direcciones, las cuales van dirigidas a la reflexión de la socialización de las diferencias sexuales en términos de: relaciones de poder y dominio; el contexto político, social y económico en el que se desarrollan; y la construcción de las subjetividades femeninas y masculinas.

En México se ubican a muchas personas especializadas en el estudio y atención de la salud mental de las mujeres, quienes desde hace varios años se han esforzado por la creación de espacios académicos y de reflexión, así como por llevar a la práctica el conocimiento generado, apartir del desarrollo de programas de atención cada vez más integrales para las mujeres.

En relación al estudio de la Terapia Feminista como un paradigma de atención a la salud mental de hombres y mujeres, los registros acerca de sus características y lineamientos comienzan a aparecer en la bibliografía internacional a partir de la segunda mitad de los años setentas; actualmente en México, los centros de documentación especializados en el tema no cuentan con bibliografía disponible relacionada con los inicios de la Terapia Feminista, los libros y principalmente compilaciones sobre salud mental de las mujeres desde una perspectiva feminista se ubican apartir de los años ochentas, incrementándose durante la década de los años noventas con el desarrollo de

los llamados Estudios de Género; es importante destacar que los documentos consultados en esta investigación debían hacer explícito el objetivo de transformación política y social en la actividad clínica ( \* ).

De esta manera, se observa que durante las últimas dos décadas las autoras dedicadas al estudio y atención de la salud mental femenina, han desarrollado y establecido un paradigma de atención psicológica feminista, sin embargo, aún cuando es evidente el gran interés y la utilidad de los Principios Feministas dentro de la práctica clínica son escasos los materiales teóricos que hacen referencia al Feminismo y a la salud mental de ambos géneros.

Lo anterior puede observarse en el Capítulo 3 "Aportaciones del Movimiento Feminista a la Salud Mental de las Mujeres" donde se abordan las contribuciones literarias al campo de la salud mental y se retoma a Susan Joyce (1997), quien cuestiona la escasez de publicaciones e investigaciones acerca del trabajo psicoterapéutico con orientación feminista; la autora considera que las actitudes sexistas y la dominancia de las teorías tradicionales han funcionado como una barrera en el desarrollo de la Teoría y la Práctica Feminista; afortunadamente, aún cuando estos factores han sido determinantes, se han concretado cada vez más los esfuerzos de muchas mujeres dedicadas al estudio y atención de esta problemática.

Obviamente en lugares donde ha cobrado mayor ímpetu el Movimiento Feminista existen más espacios que favorecen el desarrollo de esta orientación psicoterapéutica, esto se ve reflejado en el número de publicaciones recopiladas para la investigación, pues principalmente provienen de países anglosajones como Estados Unidos e Inglaterra, que juntos cubren más de la mitad de los documentos consultados, mientras que en Iberoamérica sólo se obtuvieron trabajos provenientes de España, Argentina y Colombia, los cuales conformaron aproximadamente una tercera parte de los materiales recopilados (ver Tabla 5.2).

( \* ) Es importante señalar que existe un trabajo de investigación documental sobre Terapia Feminista, el cual fue realizado en 1995 por Miriam Zavala para obtener el grado de Licenciatura, Fac. Psicología, UNAM. Sin embargo, no fue posible integrar este último dato en el análisis de resultados de esta investigación.

Respecto a México no se obtuvieron registros bibliográficos, pero se sabe de la existencia de terapeutas que ejercen la práctica clínica basándose en los valores feministas; los/las terapeutas adaptan y feminizan las teorías tradicionales de tal manera que sean compatibles con los Principios Éticos Feministas de: Lo Personal es Político, la Búsqueda de Relaciones Equitativas y la Valoración de la Femenidad (ver Entrevistas a Psicoterapeutas, pag. 136).

Existen terapeutas que se encuentran comprometidos con la idea de una sociedad más justa, equitativa y democrática entre los géneros, algunos de ellos realizan actividades en pro de una cultura sin violencia y se esfuerzan por la erradicación de cualquier tipo de discriminación entre los géneros; son diversos los elementos teórico-metodológicos bajo los cuales trabajan, ya que parten de diferentes corrientes teóricas, como: el Psicoanálisis, la Gestalt y las Teorías Sistémicas, desde las cuales modifican algunos lineamientos teórico-metodológicos tradicionales, de tal forma que sus interpretaciones y actividades sean congruentes con los valores feministas.

En México la Terapia Feminista no se encuentra formalizada como una escuela teórica-técnica-metodológica, pero existen terapeutas que hacen uso de los Principios Feministas al dar atención a las demandas de sus clientes y/o pacientes, las cuales frecuentemente se encuentran asociadas a malestares relacionados con situaciones de opresión, exclusión y discriminación de género en las actividades cotidianas.

La terapia con orientación feminista no sólo es un paradigma de atención a las mujeres, pues existen terapeutas que aplican estos lineamientos y reflexiones en la psicoterapia con parejas, familias y hombres, así como también en cualquier etapa de su desarrollo.

Actualmente persiste la estigmatización hacia el término feminismo o feminista, con gran frecuencia se hace uso de prejuicios que asocian las

actitudes de emancipación femenina con la necesidad de poder y dominio de manera unilateral; debido a esto existen terapeutas que prefieren no hacer pública su postura feminista, pues consideran que no es un aspecto primordial en la atención a sus clientes y/o pacientes, además de que sus acciones pueden verse influenciadas por dichos prejuicios.

De acuerdo a lo anterior, puede observarse que la Terapia Feminista en México no se ubica como una escuela propiamente formalizada, sin embargo, existen terapeutas que modifican y adaptan las técnicas tradicionales siguiendo los valores feministas. Muchos de ellos han constituido esta orientación a partir de intereses personales y a través de la búsqueda de herramientas metodológicas que sean congruentes con su compromiso de justicia y equidad en la sociedad.

## **6.2 Conclusiones Sobre la Existencia de la Terapia Feminista en Mexico**

De la información recopilada y sistematizada sobre la Terapia Feminista se logran identificar las características que la distinguen, pues a partir de la recopilación de trabajos clásicos y novedosos sobre el tema, se hace visible el surgimiento y desarrollo de los lineamientos feministas en la psicoterapia.

Una de las definiciones más completa es la señalada por Carolyn Z. Enns (1997), que retoma la descripción hecha por Laura Brown en 1994, quien define a la Terapia Feminista como:

“La práctica de la terapia basada en la filosofía política y el análisis feminista, fundada en el Feminismo Multicultural especializado en la psicología de la mujer y del género, que conduce a ambos –terapeuta y cliente– a tomar estrategias y soluciones con propuestas de resistencia feminista, que los lleven a la transformación y cambio social, así como una modificación en el estilo de vida

persona, en las relaciones interpersonales y en el desarrollo social, emocional y político" (pag. 08).

Partiendo de esta definición como referencia teórica, la Terapia Feminista sería la adaptación de los Principios Éticos Feministas al ejercicio de la práctica clínica, esto significa que uno de sus principales objetivos es la demostración del sexismo en la práctica cotidiana, de tal forma que se favorezca el cuestionamiento de las diferencias de género en el contexto sociocultural y su influencia en las formas de enfermar.

Los valores feministas en la práctica clínica se pueden resumir a partir de las siguientes características:

1. Favorecer en los clientes la autonomía económica.
2. Fomentar el involucramiento en acciones sociales y políticas.
3. Fomentar en los clientes el análisis de los roles de género tradicionales en las relaciones íntimas o en el matrimonio.
4. Considerar que los problemas de las mujeres son causados en gran parte por factores externos, como las fuerzas sociales, culturales y políticas.
5. Favorecer en los clientes el arreglo de su situación social y las demandas de otros.
6. Favorecer que los clientes den prioridad a sus propias necesidades.

La Terapia Feminista no se ubica como un tipo más de terapia, sino como una orientación del clínico en la psicoterapia, la cual está asociada fundamentalmente a actitudes no sexistas y al compromiso con la transformación de la sociedad, de tal manera que se basa en los siguientes Principios Éticos Fundamentales (Remer y Worell, 1992):



### **I. Lo Personal es Político.**

- **Separando lo externo proveniente de lo interno.**
- **Reestructurando la patología.**
- **Iniciando el cambio social.**
- **Consejerías.**

### **II. Relaciones Igualitarias.**

- **Fortalecimiento del cliente.**
- **Balance de poder.**
- **Afirmamiento de la mujer.**
- **Consejerías.**

### **III. Valorando la feminidad.**

- **Revaloración de la mujer.**
- **Consecuencias de la revaloración de la mujer.**
- **Consejerías.**

Considerando lo anterior, una persona ubicada como terapeuta feminista tendrá que colocarse en la crítica constructiva de los roles tradicionales de género, alentando a sus clientes o "pacientes" a explorar tanto externa como internamente el origen de sus problemas.

Obviamente para ello cuenta con técnicas que surgen específicamente de esta aproximación, o bien, transforma los elementos metodológicos provenientes de otras corrientes teóricas como el Psicoanálisis, la Gestalt, las Teorías Sistémicas y/o la Terapia Cognitiva-Conductual. A continuación se detallan ampliamente las técnicas terapéuticas que se han desarrollado de manera exclusiva para la Terapia Feminista.

**Tabla 6.1 Técnicas Exclusivas de la Terapia Feminista**

<p><b>I. LO PERSONAL, EL POLÍTICO Y EL SOCIAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de rol sexual</li> <li>• Análisis de poder.</li> <li>• Biblioterapia</li> <li>• Reestructuración.</li> <li>• Entrenamiento de asertividad.</li> <li>• Incrementar la conscientización.</li> </ul>
<p><b>II. RELACIONES IGUALITARIAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias de desmitificación.</li> <li>• Biblioterapia</li> <li>• Entrenamiento de asertividad.</li> <li>• Grupos de reflexión.</li> </ul>
<p><b>III. VALORACIÓN DE LA FEMINIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstrucción.</li> <li>• Biblioterapia.</li> <li>• Grupos de reflexión.</li> </ul>

La Terapia Feminista en México no se ubica como una escuela teórico-metodológica formalizada, pero existen terapeutas que utilizan los Principios Feministas dentro de la práctica clínica, sin embargo, no siempre se asumen dentro de esta orientación terapéutica.

Al no ser ubicada en México como una escuela formalizada, los terapeutas que hacen uso de lineamientos feministas, han tenido que formarse en diversos ámbitos, lo cual se podría considerar como una búsqueda de recursos y herramientas metodológicas tomadas de distintas corrientes teóricas, las cuales han tenido que modificar y adaptar de tal manera que sean congruentes con los valores feministas.

Al respecto, sería muy enriquecedora la inclusión de la perspectiva de género como un paradigma de análisis dentro de la currícula académica, la cual

**estuviese constituida como un eje dentro de los planes y programas de estudio universitarios, de tal manera que existiera una normatividad en el estudio de la equidad entre los géneros, la cual hiciera posible una interpretación válida, ética y científica de las áreas del saber, así como de nuestra sociedad. En este sentido sería una alternativa la creación de espacios académicos que certificaran la formación especializada en Género.**

**Desafortunadamente aún persiste una estigmatización hacia las prácticas feministas, pues con frecuencia se hace uso de prejuicios que radicalizan marcadamente las actividades feministas, por lo que existen terapeutas que prefieren no hacer pública su postura feminista en la psicoterapia.**

**Otra de las razones se relaciona con la incorporación de los valores feministas en proyectos clínicos pero bajo otros nombres, tal es caso de algunas instituciones que trabajan en pro de una cultura sin violencia y en la erradicación de cualquier tipo de discriminación entre los géneros desde una perspectiva de Género, por lo que no se hace explícito el objetivo de transformación política y social; en estos casos se observa la utilización del Feminismo como un marco teórico-ético de referencia y no sólo como una reflexión a una escuela determinada.**

**En conclusión, la sistematización de información permite ver que los valores feministas en la psicoterapia han sido tomados como un marco conceptual de referencia, a partir de los cuales se presenta una alternativa diferente a la tradicional. Actualmente la Terapia Feminista ha sido influenciada por un nuevo lenguaje, que es el de los Estudios de Género, pues existen clínicos que se ubican como terapeutas feministas, con la inclusión de la reflexión de género, ya que no sólo abordan la experiencia femenina, sino también incluyen las particularidades masculinas.**

**Por lo tanto, este trabajo evidencia el esfuerzo de un campo de conocimiento, donde la Psicología Clínica en el esfuerzo por entender, explicar y ampliar el desarrollo de los seres humanos en situaciones sociales que marginan y discriminan causando dolores no sólo físicos, sino también emocionales.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, M. ; Lamas, M. ; Liguori, A. L. (1980). "México: Una bolsita de cal por las que van de arena". En: *Fem*, Vol. III, No. 13. pp. 7-25.
- Amuchastegui, A. ; Rivas, M. (1997). "Mitos y dogmas sobre la sexualidad femenina". En: *Religión y sexualidad en México*. N. Quezada (coord.), México: UNAM, UAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, pp. 21-31.
- Barbieri, T. (1986). *Movimientos Feministas*. México: U.N.A.M. pp. 3-24.
- Bonaparte, M. (1978). "La evolución comparada de la libido en ambos sexos". En: *La sexualidad de la mujer*. Barcelona: Península. pp. 21-54.
- Bresani, J. (1981). "*Mujeres y salud (lucha de clases, lucha femenina, social, lucha por la salud)*". Simposio de Estudios e Investigación sobre la mujer en México. UAM-Xochimilco. pp. 21-27.
- Brody, M. C. (1984). "Authenticity in Feminist Therapy". En: *Women Therapists Working with Women. New Theory and Process of Feminist Therapy*. Claire M. Brody (comp.), USA: Springer. pp. 11-19.
- Burín, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Gel.
- Burín, M.; Velázquez, S. (1990). "*El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*". Buenos Aires: Paidós.
- Burín, M. (1999). "Ambito familiar y construcción del género". En: *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Mabel Burín e Irene Meler. México: Paidós. pp. 71-86.

Burin, M. (1999). "Estudios de género. Reseña histórica". En: **Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad**. Mabel Burin e Irene Meier, México: Paidós. pp. 19-30.

Burin, M. (1999). "Las terapias familiares con orientación en género". En: **Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad**. Mabel Burin e Irene Meier, México: Paidós. pp. 331-346.

Burt, H. (1997). "Women, art therapy and feminist theories of development". En: **Feminist Approaches to Art Therapy**. Susan Hogan (comp.), New York: Routledge. pp. 97-101.

Bustos, O. (1991). "Los Estudios sobre la Mujer y la Categoría de Género en la investigación". En: **Ponencia presentada en el I Coloquio sobre Problemas Teóricos acerca de los Estudios de las Mujeres y de los Géneros en la UNAM**. PUEG-UNAM, pp. 1-14.

Castro, I. (1987). "Psicoterapia de mujeres: algunos aspectos relevantes". En: **Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental**. Mabel Burin (Comp.), Buenos Aires: GEL. pp. 375-401

Cook, R. (1996). "El feminismo y los cuatro principios éticos". En: **Ética y salud reproductiva**. G. Careaga, J. Figueroa, M. Mejía. México: PUEG. pp. 173-195.

Coria, C. (1987). "Grupos de reflexión, dependencia económica y salud mental en las mujeres". En: **Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental**. Mabel Burin (comp.), Buenos Aires: Gel. pp. 261-291.

Dio Bleichmar, E. (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: ADOTRAF.

Eichenbaun, L. ; Orbach, S. (1984). "Feminist Psychoanalysis: theory and practice". En: *Women Therapists Working with Women. New Theory and Process of Feminist Therapy*. Claire M. Brody (comp.), USA: Springer. pp. 46-55.

Enns, C. Z. (1997). *Feminist Theories and Feminist Psychotherapies. Origins, Themes and Variation*. New York: Harrington.

Ernest, S. (1997). "La therapy relationship". En: *Psychotherapy With Women. Feminist Perspectives*. M. Lawrence y M. Maguire (comp.), London: Macmillan. pp. 11-35.

Escobar, G. (1992). *Ética*. México: Mc. Graw-Hill. pp. 61-72.

Fernández, A. M. (1993). "La política de la diferencia: subordinaciones y rebeldías". *La Mujer de la Ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Argentina: Paidós, pp. 109-132.

Freud, S. (1979). "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". Vol. 19. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. pp. 259-276.

Fromm, E. (1986). *Ética y Psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 20-26.

García, O. A. *La Psicología en México y los Estudios de Género*. Tesis de Licenciatura. UNAM, Fac. Psicología, 1998.

Gomariz, E. (1992). *Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: periodización y perspectivas*. Santiago: Flacsa. pp. 1-22.

Goodrich, T. ; Rampage, C. ; Ellman, B. ; Halstead, K. (1989). *Terapia Familiar Feminista*. México: Paidós, pp. 19-62.

Goudsmit, E. (1996). "¡Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la psicologización de las enfermedades de la mujer". En: *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comp.), España: Paidós. pp. 15-20.

Herrera, P. ; De Keijzer, B. ; Reyes, E. (1995). "Salud mental y géneros: una experiencia de educación popular en salud con hombres y mujeres". En: *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. Sara E. Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez, Patricia Ravelo (coord). Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. Universidad de Guadalajara. Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". pp. 193-201.

Hyde, J. S. (1995). "Problemas de adaptación y psicoterapia". En: *Psicología de la Mujer. La otra Mitad de la Experiencia Humana*. Madrid: Morata. pp. 343-357.

Joyce, S. (1997). "Feminist-perspective art therapy: an option for women's health. An australian perspective". En: *Feminist approaches to art Therapy*. Susan Hogan (comp.), New York: Routledge. pp. 79- 86.

Lamas, M. (1996). "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género". En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Angel Porrúa, pp. 327-364.



Meier, I. (1996). "Psicoanálisis y Género. Aportes para una psicopatología". En: *Subjetividad femenina*. Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar (comp.), México: Paidós. pp. 241-266.

Meier, I. (1998). "La familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras". En: *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Mabel Burin e Irene Meier. México: Paidós. pp. 31-71.

Mohamed, C. ; Smith, R. (1997). "Time limited psychotherapy". En: *Psychotherapy With Women. Feminist Perspectives*. M. Lawrence y M. Maguire (comp.), London: Macmillan. pp. 105-133.

Offen, K. (1991). "Definir el feminismo: Un análisis histórico comparativo". En: *Historia Social*. No. 9, Instituto de Historia Social. U.N.E.D. Valencia. pp. 103-135.

Piaget, J. ; Inhelder, B. (1984). *Psicología del Niño*. Madrid: Morata. pp. 123.

Remer, P. ; Worell, J. (1992). *Feminist Perspectives in Therapy. An Empowerment Model For Women*. New York: Wiley.

Rubin, G. (1996). "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo". En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Marta Lamas (comp.), México: Miguel Angel Porrúa. pp. 35-97.

Sáez, B. C. (1988). "El feminismo como instrumento de cambio en una psiquiatría alternativa". En: *Sobre Mujer y Salud Mental*. Barcelona: La Sal. pp. 29-45.

Sáez, B. C. (1988) "Grupos de terapia de orientación feminista para amas de casa con depresión". *Sobre Mujer y Salud Mental*. Barcelona: La Sal. pp. 81-98.

Saéz, B. C. (1993). "Socialización de género y psicopatología: una hipótesis para la reflexión". En: *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Ma. Asunción González, México: S. XXI. pp. 241-288.

San Martín, H. (1992). *Salud y Enfermedad*. México: La prensa médica mexicana, (7° ed.) pp. 372-403.

Sánchez, L. H. "La Terapia Feminista como alternativa terapéutica". En: Documento especial de la revista *¿Qué Pasa Mujer?*, Bogota, Colombia: Corporación Mujer y Familia (198-). pp. 31-37.

Sherwin, S. (1996). "Ética, ética "femenina" y ética feminista". En: *Ética y salud reproductiva*. G. Careaga, J. Figueroa, M. Mejía (comp.), México: PUEG. pp. 83-115.

Uribe, V. G.; Ramírez, R. J. ; Gutiérrez, D. N. (1995). "Género: un espacio para la creatividad en salud (taller sobre género y salud)". En: *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. Sara E. Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez, Patricia Ravelo (coord). Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. Universidad de Guadalajara. Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". pp. 203-213.

Walters, M. ; Carter, B. ; Papp, P. ; Silverstein, O. (1991). "Hacia una perspectiva feminista en la Terapia Familiar". En: *La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. México: Paidós. pp. 29-46.

Ware, F. ; Panikkar, K. ; Romein, J. (1981). "El lugar de las mujeres en la sociedad; las aspiraciones femeninas". *Historia de la Humanidad. Desarrollo Cultural y Científico*. Tomo 12. Barcelona: Planeta. pp. 210-241.

Wilkinson, S. ; Kitzinger, C. (1998). "El enfoque feminista sobre la mujer y la salud". En: *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comp.), España: Paidós, pp. 9-14.

Zavala, D. M. *Género Femenino y Salud Mental: un nuevo enfoque dentro de la psicoterapia*. Tesis de licenciatura. UNAM, Fac. Psicología, 1995.

# **ANEXO 1**

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 01.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1984.
3. TÍTULO: "Authenticity in Feminist Therapy". En: *Women Therapists Working with Women. New Theory and Process of Feminist Therapy.* Claire M. Brody (comp.).
4. AUTOR: Claire, M. Brody.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - Conceptos Feministas en la Psicoterapia.
  - Fundamentos Teóricos en la Teoría y la Práctica de la Terapia Feminista.

Los temas se ubican dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.2 Relación terapéutica.
- 6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 02.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1999.
3. TÍTULO: "Las terapias familiares con orientación en género". En: *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*. Mabel Burin e Irene Meler (comp.).
4. AUTOR: Mabel Burin.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: Argentina.
6. TEMA:
  - Lineamientos de una Terapia Familiar Feminista.

El tema se encuentra ubicado dentro de la siguiente subcategoría:

- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

### **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 03.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1997.
3. TÍTULO: "Women, art therapy and feminist theories of development". En:  
*Feminist Approaches to Art Therapy*. Susan Hogan (comp.).
4. AUTOR: Helene Burt.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - Definición y características de la Terapia Feminista.
  - La Relación terapéutica en la Terapia Feminista.

El tema se encuentra ubicado dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.2 Relación terapéutica.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 04.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1984.
3. TÍTULO. "Feminist Psychoanalysis: theory and practice". En: *Women Therapists Working with Women. New Theory and Process of Feminist Therapy*. Claire M. Brody (comp.).
4. AUTOR: Luise Eichenbaun y Susie Orbach.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - Teoría para una Terapia Feminista.
  - El proceso de la Terapia Feminista.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.2 Relación terapéutica.
- 6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.



## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 05.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1997.
3. TÍTULO: ***Feminist Theories and Feminist Psychotherapies. Origins, Themes and Variation.***
4. AUTOR: Carolyn Zer Enns.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - El Feminismo Liberal y la Terapia Feminista. Teorías y técnicas utilizadas en la Terapia Feminista Liberal, como: Terapia No Sexista, Terapia Androgenista, Terapia Humanista, Análisis del Rol de Género, Terapia Cognitiva-Conductual y Terapia Sistémica.
  - Temas del Feminismo Radical y Social en la Terapia Feminista. Antecedentes históricos, Terapia de Grupo Feministas. Ética Feminista y Activismo Social.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.4 Técnicas terapéuticas tradicionales y exclusivas de la Terapia Feminista.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 06.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1997.
3. TÍTULO: "La therapy relationship". En: *Psychotherapy With Women. Feminist Perspectives*. M. Lawrence y M. Maguire (comp.).
4. AUTOR: Sheila Ernest.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: Inglaterra.
6. TEMA:
  - **Análisis de los Procesos Transferenciales en la Relación Terapéutica, desde una Perspectiva Feminista.**

El tema se encuentra ubicado dentro de la siguiente subcategoría:

**6.2 Relación terapéutica.**

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 07.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1989.
3. TÍTULO: *Feminist Family Therapy. (Terapia Familiar Feminista).*
4. AUTOR. Thelma Jean Goodrich, Cheryl Rampage, Barbara Ellman y Kris Halstead.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - El Feminismo y la Familia.
  - Fundamentos teóricos de la Terapia Familiar Feminista.
  - La Práctica de la Terapia Feminista. Casos Clínicos.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.
- 6.4 Técnicas terapéuticas tradicionales y exclusivas de la Terapia Feminista.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 08.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1995.
3. TÍTULO. "Problemas de adaptación y psicoterapia". En: *Psicología de la Mujer. La otra Mitad de la Experiencia Humana.*
4. AUTOR: Shibley Hyde.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: España.
6. TEMA:
  - Distinción entre Terapia Feminista y Terapia No Sexista.

El tema se encuentra ubicado dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 09.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1997.
3. TÍTULO: "Feminist-perspective art therapy: an option for women's health". En: *Feminist Approaches to Art Therapy*. Susan Hogan (comp.).
4. AUTOR: Susan Joyce.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: Australia.
6. TEMA:
  - Problemas en la investigación.
  - Sistemas de salud mental para mujeres. Sexismo en las Instituciones Psiquiátricas.
  - Principios Fundamentales de la Terapia Feminista.
  - Terapias de Grupos Feminista.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.2 Relación terapéutica.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

## **Vaclado de Datos**

1. CODIGO: 10.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1997.
3. TÍTULO: "Time limited psychotherapy". En: *Psychotherapy With Women. Feminist Perspectives*. M. Lawrence y M. Maguire (comp.).
4. AUTOR: Carol Mohamed y Ruthie Smith.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: Inglaterra.
6. TEMA.
  - "Tiempo límite" en el proceso terapéutico.
  - Relación terapéutica, "fantasías".

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

6.2 Relación terapéutica.

6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 11.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1992.
3. TÍTULO: ***Feminist Perspectives in Therapy. An Empowerment Model For Women.***
4. AUTOR: Pam Remer y Judith Worell.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - Principios de la Terapia Feminista.
  - Técnicas de la Terapia Feminista.
  - Características del Terapeuta Feminista.
  - Transformación de las Teorías Tradicionales de acuerdo con los Principios de la Terapia Feminista.
  - Proceso Terapéutico con Orientación Feminista.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.
- 6.4 Técnicas terapéuticas tradicionales y exclusivas de la Terapia Feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 12.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1988.
3. TÍTULO: "El Feminismo como instrumento de cambio en una psiquiatría alternativa". En: *Sobre Mujer y Salud Mental*.
4. AUTOR: Carmen Sáez Buenaventura.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: España.
6. TEMA:
  - Feminismo y Cambio Social.
  - Influencia del Feminismo en el Ámbito Psiquiátrico.
  - La Terapia Feminista.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.



### **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 13.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1988.
3. TÍTULO: "Grupos de terapia con orientación feminista para amas de casa con depresión". *Sobre Mujer y Salud Mental.*
4. AUTOR: Carmen Saéz Buenaventura.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: España.
6. TEMA:
  - Justificación y características de los Grupos de Terapia de Orientación Feminista.
  - Experiencia terapéutica con un grupo de mujeres españolas.

Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.3 Proceso terapéutico con orientación feminista.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 14.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1983.
3. TÍTULO: "La Terapia Feminista como alternativa terapéutica". En: Documento especial de la revista *¿Qué Pasa Mujer?* Ponencia presentada al ENCUENTRO DE ALTERNATIVAS A PSIQUIATRÍA, I LATINOAMERICANO, V INTERNACIONAL, CUERNAVACA MORELOS 2-7 OCTUBRE DE 1983.
4. AUTOR: Luz Helena Sánchez G.
5. PAIS DE PROCEDENCIA: Colombia.
6. TEMA:
  - La Terapia Feminista como una Alternativa Terapéutica.

El tema se encuentra ubicado dentro de las siguientes subcategorías:

- 6.1 Características y principios de la Terapia Feminista.
- 6.5 Otras modalidades de la Terapia Feminista.

## **Vaciado de Datos**

1. CODIGO: 15.
2. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1991.
3. TÍTULO: **"Hacia una perspectiva feminista en la Terapia Familiar". En: *La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares.***
4. AUTOR: **Marianne Walters, Betty Carter, Peggy Papp y Olga Silverstein.**
5. PAIS DE PROCEDENCIA: E. U.
6. TEMA:
  - **Fases de Evolución de la Perspectiva Feminista en la Terapia Familiar.**
  - **Lineamientos de la Terapia Feminista.**
  - **Casos Clínicos desde un Análisis Feminista.**

**Los temas se encuentran ubicados dentro de las siguientes subcategorías:**

- 6.1 **Características y principios de la Terapia Feminista.**
- 6.3 **Proceso terapéutico con orientación feminista.**
- 6.4 **Técnicas terapéuticas tradicionales y exclusivas de la Terapia Feminista.**
- 6.5 **Otras modalidades de la Terapia Feminista.**

# **ANEXO 2**

## **ENTREVISTA**

1. **¿De qué manera se fue interesando en el campo de la salud mental femenina? Y ¿Qué orientación ha tomado desde entonces?**
2. **¿Cuáles Principios Feministas utiliza dentro de la práctica clínica? Y ¿Qué elementos teóricos y técnicos introduce dentro del proceso psicoterapéutico?**
3. **¿De qué manera se puede favorecer un balance entre las características socialmente atribuidas a lo femenino y a lo masculino, al presentar nuevas formas de relación entre hombres y mujeres en la consulta clínica?**
4. **¿Cómo dirige el discurso y la diferencia social para no confundirse y abusar de su poder como guía, modelo y/o terapeuta?**
5. **A diferencia de la teoría y la técnica tradicional, la terapia con orientación feminista permite al terapeuta la expresión de sus propias opiniones respecto a la problemática femenina, en este sentido ¿cómo se puede llegar a un equilibrio entre los conocimientos provenientes de la formación profesional y la conciencia personal al oír a sus clientes desde la experiencia femenina?**
6. **¿Se asume como terapeuta feminista?**
7. **¿Cuál es su opinión, si se está aplicando una terapia con orientación feminista en México?**