

¿IMPORTAN LAS DIVERSIDADES DE GÉNERO EN LAS DECISIONES DE LOS TERAPEUTAS?

María Cristina Ravazzola*

Resumen

Las expectativas sociales estereotipadas sobre los roles que jugamos varones y mujeres en nuestras culturas occidentales nos inducen a participar de sistemas de creencias y supuestos que a veces nos anestesian y nos hacen tomar decisiones que no ayudan a quienes nos consultan. Esto nos lleva a pensar que los y las terapeutas necesitamos entrenarnos en revisar estos supuestos y sus consecuencias.

En este artículo comento acerca de varias experiencias clínicas en que aparecen esas anestesiaciones y los modos en que condicionan decisiones terapéuticas.

Planteo entonces, poniendo especial énfasis en las diversidades de género y en la importancia de las relaciones en el ámbito de la vida cotidiana, algunas afirmaciones propias de esos sistemas de creencias distorsionantes, modos de reconocerlos y estrategias conversacionales para desarrollarlos.

Palabras clave: conciencia de género, vida cotidiana, anestesiaciones, sistema de creencias.

Key words: gender awareness, everyday life, anesthesia, belief systems.

Introducción

Los y las terapeutas pertenecemos a la cultura que compartimos con nuestros consultantes y somos constructores de la misma. Es el contacto con las experiencias clínicas, con los problemas que se nos plantean en la cotidianeidad de nuestro trabajo y la permanente consulta a colegas en los equipos de trabajo lo que nos permite a veces salirnos de “trampas” a la hora de tomar decisiones en el camino de ayudar a producir cambios buscados.

Los ejemplos que siguen refieren acciones de terapeutas. Nos permiten inferir sistemas de creencias tanto de consultantes como de terapeutas, que afectan a las decisiones que se toman.

Ejemplos clínicos

1: Una señora consulta a un equipo hospitalario de Psicoterapia porque su marido la golpea. En la

primera entrevista, el marido, que está también presente, se muestra colérico y amenazante. Para las entrevistas siguientes, las terapeutas (dos mujeres) citan sólo a la señora, quien queda así señalada como quien necesita tratamiento. Cuando la supervisora les pregunta acerca de esa decisión, las terapeutas contestan que ahora se dan cuenta de que las actitudes del marido les habían despertado miedo. Algunos colegas (varones) que están presentes en la supervisión, les recuerdan irónicamente, subestimando su miedo, que ellas no están solas, que ellos también están presentes en el Hospital, y que entonces ellas pueden llamarlos si los necesitan.

Podemos pensar que, en caso de haber invitado al marido, las condiciones en que estas dos terapeutas enfrentarían la actitud colérica y amenazante del señor serían tales que:

- a) contarían con la presencia cercana de personas que las podrían ayudar,
- b) ellas mismas son dos personas, no sólo una,
- c) se encuentran en un ámbito público, protegidas.

Elas son concientes ahora de haber experimentado MIEDO, pero en ese momento no pudieron tomar esto como un dato para conversar con sus

* María Cristina Ravazzola
Buenos Aires, Argentina.
E-Mail: mravazzo@sion.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 83-89
© 2010 Fundación AIGLÉ.

pacientes ni elaborar posteriormente una estrategia con sus colegas.

Este ejemplo resulta interesante, y da una idea de esas “trampas” que anestesian eficazmente a las personas que intervienen en estas situaciones. La anestesia les impidió a las terapeutas el registro del miedo. Cuando en la supervisión se conectan con la escena de la entrevista frente al señor enojado, rescatan ese miedo anestesiado. Ese malestar hubiera sido una información importante que podía haber legitimado la misma emoción en la señora que acude a pedir ayuda. Pero resulta en los hechos silenciado, no expresado por las terapeutas. Ellas no le comunican a la consultante ni al marido el motivo de su decisión. La anestesia de las terapeutas queda al servicio del circuito invisibilizador y minimizador de la violencia sufrida por esa consultante en su vida de pareja.¹

2. Sofía, de unos 28 años, concurre, enviada por la escuela de sus hijas, para recibir ayuda terapéutica, dado que, desde hace unos 3 meses, se siente muy inestable con sus hijas, y hasta ha llegado a castigar una vez a la mayor, Lucía, con un cable. Nos relata que hace dos días, ha vuelto Emilio, su marido, a la casilla en que ella vive con sus hijas. El acaba de pasar 3 años en prisión, luego de haber asesinado al marido de la mujer que era su amante.

Sofía cuenta que, antes de estar Emilio preso, varias veces ella había intentado separarse de él, pero no lo hizo porque él amenazaba con sacarle la tenencia de las nenas. Ahora que él ha vuelto, y desde que ella se enteró, hace unos meses, de que lo iban a soltar, se siente muy asustada.

Durante estos últimos 3 años, Sofía ha estado llevando las nenas a la cárcel para que no perdieran contacto con su papá, pensando que ellas lo quieren y lo necesitan, ya que “un padre siempre es muy importante para sus hijos”.

En el equipo de terapeutas, en su mayoría terapeutas familiares, se debate largamente sobre si sería bueno citar a Emilio, el padre, quien podría estar preocupado por el maltrato de la madre a la nena, así como también cuál puede ser, en el contexto de un barrio de emergencia, la importancia de la presencia de un hombre en la casa para la seguridad de la mujer y las nenas (que habían estado solas durante tres años).

Sofía declara sentirse ahora muy confundida, ya que una hermana le dice que debe darle a él otra oportunidad mientras que otra hermana le sugiere que él parece no haberlas tenido en cuenta ni a ella

ni a las hijas cuando se enredó con la otra mujer y terminó matando a su marido.

En este ejemplo, la anestesia circula alrededor de la significación que tanto Sofía como el equipo terapéutico dan a la imagen de PADRE. Dado que esa imagen se liga a la necesidad de protección, amparo, límites a desbordes, cuidado de los peligros de afuera que pueden amenazar a esta señora y a sus hijitas. Los terapeutas y la señora se preocupan por respetar y aún fabricar para este hombre un lugar social prestigiado de padre, que él mismo ni produjo ni sostuvo (Weingarten, 1994).

La expectativa social acerca de un rol, es decir, la función esperada desde la cultura (que yo llamo metafóricamente el “envase”) configura un espacio de ilusión que a veces, como en este caso, va más allá de las conductas reales y concretas (metafóricamente el “contenido”) de ese rol por parte de la persona a la que se le adjudica.

En los hechos, esta señora, Sofía, ha estado ella misma jugando ese rol de cuidar y poner límites (mal llamado “rol de PADRE”) desde el “contenido” del mismo, durante los últimos tres años y quizás por más tiempo. Pero el espacio ilusorio se mantiene, mientras opera una anestesiante confusión entre *CONTENIDO* y *ENVASE*. Ella, desde el “envase” de madre, jugó por ese tiempo los dos roles, o, si queremos decirlo de un modo que no reproduzca prejuicios de género, funcionó supliendo las necesidades de sus hijas.

Si los terapeutas también se confunden y creen que el “contenido” cuidados y límites corresponde exclusivamente al “envase” de padre no ayudan a Sofía porque suponen que ella y sus hijas precisan ahora para organizarse de acciones por parte de él, el padre, que en los hechos nunca ejerció. Si pudieran salir de esa “trampa” de los supuestos sobre la necesidad de la presencia de ESE padre en el sistema familiar, los terapeutas podrían ayudar a Sofía a valorizar todo lo que pudo hacer sola, a examinar sus propios pensamientos e impulsos cuando ella se desbordó con su hijita, y a implementar recursos propios para auto contenerse y ejercer su autoridad de madre sin violencia, comprendiendo su malestar y preocupación al saber que desaparecería la contención social que frenaba las acciones irresponsables y delincuenciales de su esposo, y que entonces ahora, con él fuera de la cárcel, ella volvía (en relación a él) a tener que resolver lo que postergó durante 3 años.

(1) En *Historias Infames*, Paidós Argentina, 1997, comparo el sistema de la violencia doméstica con el circuito propio de los autoritarismos en que se invisibilizan los malestares, la conciencia del daño y los recursos de acción positiva de los actores involucrados, en función de ideas aceptadoras de diferencias jerarquizantes y opresiones de género.

3. Para ilustrar con otro ejemplo los cambios positivos que se operan cuando las² terapeutas dejamos de cultivar la ilusión del valor de los “envases”, suponiendo que siempre se corresponden con el “contenido”, y nos conectamos con cada persona y sus conductas, quiero relatar un proceso terapéutico en el que la consultante es una asistente social de una institución de ayuda a familias con hijos de edad escolar, pertenecientes a una comunidad de la ciudad de Buenos Aires.

La asistente social, Nora, concurre a la entrevista con tres niños, Juan, Daniel y Paula, que viven durante la semana en la institución. También concurre Jaime, su padre. Los niños habitan un barrio periférico, al que vuelven los fines de semana. Jaime, el padre, durante la semana, duerme en casa de sus propios padres, en la ciudad Capital. La madre de los niños murió de cáncer hace dos años, y era ella quien había criado sola a estos niños ya que, por ser ella de condición social muy humilde, siempre fue rechazada por los padres de Jaime, quienes nunca reconocieron a estos niños como sus nietos.

En la primera entrevista, una imagen inesperada: Jaime juguetea con los dos más chicos, busca la aprobación de Nora, y ser escuchado en sus propios diversos problemas; entre otros que tiene miedo, los fines de semana, de ir a la casita del barrio donde están los hijos, porque una vez fue asaltado y golpeado. En contraste, Juan, el hijo mayor (10 años), se muestra preocupado y enojado por los problemas que Daniel (7) y Paula (8) generan en la institución, motivo de la consulta.

Mientras Daniel y Paula aseguran al padre que pueden ir a “buscarlo a la estación” para que él vaya a la casa a acompañarlos sin que tenga tanto miedo, los terapeutas y Nora, hacen un lugar a Jaime, esperando que éste exprese algo desde su lugar de padre pero se frustran escuchando hasta el final discursos en los que él hace sólo pedidos y reclamos para sí mismo.

Analizando la situación se hace evidente que Jaime resulta un “envase” de PADRE que contiene más bien un niño, indefenso y demandante, al cual estos hermanitos carenciados de madre (“envase” de HIJOS) cuidan y apoyan. Uno de ellos (en “envase” de niño) en los hechos desarrolla conductas de un verdadero adulto que, junto con la asistente social, se hace cargo de asumir responsabilidades de enseñanza de responsabilidades y cuidados a sus hermanitos, lo que sería el “contenido” parental. Estas conciencias se hacen evidentes cuando uno de los terapeutas, usando una técnica psicodramática pone a Jaime sobre la falda de Juan como si fuera

un bebé, quien se queda quieto y cómodo, mientras Juan, sorprendido y esforzado, lo sostiene. Con esta escena cambian las acciones de los terapeutas, ya no más interesados en encontrar conductas de padre en Jaime sino en ayudar a quienes se hacen cargo de las funciones de cuidado (los hijos y la asistente social).

4. Una señora, Clara de 56 años, procura ayuda terapéutica, a partir de una depresión intensa. Cuenta que está así desde que, a partir de la última escalada hiperinflacionaria en la Argentina, el marido, dueño y titular del laboratorio químico en que ambos trabajaban, le propone que ella deje de trabajar y sea reemplazada por uno de sus hijos que está estudiando la licenciatura en química, y está buscando trabajo que no sobra por la coyuntura económica del contexto.

Ella en principio acepta porque lo ve razonable, pero a poco andar percibe que no está acostumbrada, después de 20 años, a que el marido decida sobre el dinero que le da o no para los gastos de ella y de la casa. Tampoco ve bien que el hijo tenga más autoridad que ella “porque él ahora trabaja y gana”. Ella quiere entonces volver a cambiar las reglas de juego y retomar su lugar en el laboratorio. Para su gran asombro, no sólo su marido y su hijo no aceptan esto, sino que la definen a ella como problemática, menopáusica, inadaptada a los cambios y los crecimientos, quejosa, molesta.

Como Clara se sabe idónea en la tarea que desempeñó durante años, aunque sin título académico, sale a buscar trabajo en el ramo. Se encuentra con que no tiene ninguna constancia, currículum, título, ni papeles que acrediten su experiencia y su idoneidad. Descubre entonces que ha hecho el trabajo de apuntalar y auxiliar a su marido, sin ocuparse de un reconocimiento para ella. En el mundo de las transacciones laborales su trabajo no tiene ninguna certificación que lo valide, y el marido se niega a ayudarla porque, desde su criterio, la ve mal y no quiere que ella siga trabajando, ya que la economía del hogar no lo necesita.

Clara está desesperada y se encuentra con que los terapeutas consultados interpretan su malestar como relativo a un momento de su ciclo vital y familiar (el llamado NIDO VACIO), en lugar de relacionarlo con el diario conflicto de sentir la evidencia (antes oculta) de su lugar de subordinación, que aparece una vez quitada la dosis permanente de anestesia que le significó en su momento, el supuesto prestigio y la disponibilidad de dinero proveniente de su actividad laboral.

(2) Uso el artículo en género femenino, pero representando a los dos géneros.

Su identidad está en crisis, sus ilusiones acerca de su propia imagen también. La imagen de su marido y la expectativa de igualdad y reciprocidad en relación a él, se han caído. Clara necesita ayuda para evaluar ahora, sin velos, los supuestos acerca de sí misma como perteneciente al mundo público laboral a través de su concreto y eficiente trabajo en el laboratorio. Le “hicieron” creer, y ella fue partícipe de esa creencia, que ella y su marido eran socios igualitarios, que lo que ella hacía para el prestigio y crecimiento del producto común, lo que ella ponía de sí misma, tenía el mismo reconocimiento y el mismo “premio” para los dos, que ambos gozaban de igual autonomía y poder de decisión. Anestesiada, no vio la realidad de su inversión, y ahora siente que es prescindible, que ha perdido todo: trabajo, dinero (ya que el que ganó lo gastaba en la casa, sabiendo que contaba con sus próximos ingresos y con lo que producía el laboratorio, del que ahora disponen el marido y el hijo), e ilusiones. Creyó ser socia de una staff empresarial, y anestesió toda percepción que le indicara que en realidad ella cumplía con el mandato de apoyar y realzar al “verdadero” trabajador y dueño que era su marido. Se sintió parte de un “nosotros” que no la incluyó en la medida de su expectativa. “Nuestro” laboratorio, “nuestro” dinero, “nuestro” proyecto común dejó invisible la ilegitimidad de su trabajo diario, y la concreta desposesión que ocurría. Ahora debe afrontar su despojo y su posibilidad de rescate y afirmación desde donde realmente quedó. Si se siente entendida en su dolor por sus pérdidas, y no rotulada como “desviada de la normalidad”, puede empezar a defender lo suyo, reubicándose en sus relaciones familiares y rescatando sus propios valores y proyectos.

Objetivo terapéutico general

En los programas de acción terapéutica que desarrollamos en los equipos PIAFF³, nos proponemos introducir una lógica y acciones tales que amplíen y problematicen las creencias que se correlacionan con las conductas de las personas, consideradas en sus sistemas sociales de referencia. Para esto incluimos las diferencias de género como un factor determinante, con implicancias contextuales específicas. La expectativa es que, a partir de estas nuevas conciencias, logradas a través de conversaciones colaborativas (Gergen, 2005; Fried Schnitman, 2005); Ravazzola, 2003) que incluyen ejercicios corporales, las personas enredadas en conductas que no de-

sean, puedan visualizar alternativas de solución a sus problemas y tomar nuevas decisiones.

Objetivo particular de este trabajo

Tomo los ejemplos expuestos para hacer posible la identificación, en el campo del accionar terapéutico, de algunas “trampas” anestésicas que nos ocultan posiciones que ocupamos los terapeutas. Estas “trampas” están en formas en que mujeres y varones pensamos, decimos y actuamos en la vida cotidiana y en decisiones que tomamos en nuestro accionar profesional. Sin darnos cuenta, como terapeutas, podemos estar defendiendo el prestigio de los lugares sociales que la cultura atribuye a los hombres, en estos casos examinados, padres y maridos, y a veces, también hijos. Con esto, contribuimos a la perpetuación de un orden en el que las diferencias jerárquicas de sexo promueven penosas e injustas desigualdades. Los costos de este orden injusto son grandes, especialmente en calidad de vida para mujeres y varones.

Me propongo ser útil a mis colegas, en especial si tienen formación sistémica, en el sentido de que se nos hagan claras y visibles esas múltiples y sutiles “trampas” que, en diferentes niveles (ideas, discursos, relaciones, imágenes, estructuras, etc.) nos ponen una venda en los ojos, **nos anestésian**. Me refiero a lo que no se nos hace visible como clave de lo que le está pasando a quien nos consulta, se nos queda escondido o minimizado, como sin importancia o sin resalto, con lo que no se nos aparece una diferencia significativa como información sino que las interacciones siguen circulando tal como estaban.

Es muy posible que yo también me haga “trampas” involuntarias en mi trabajo, y que sin darme cuenta omita o confunda algún nivel de los que tomo para analizar. El trabajo en equipo me permite en estas situaciones el reconocimiento de las mismas.

Puntos de partida

Como psicoterapeuta, me encuentro casi habitualmente con hombres y mujeres con vocación de cuidados, que consultan porque perciben que ellos y ellas, o alguien de su entorno, necesitan ayuda. En la mayoría de los casos, estas personas expresan con más claridad lo que ven como necesidad de algún otro que una necesidad propia, y hasta puede ser que pidan ayuda para convertirse en mejores

(3) Programas de Investigación, Asistencia, y Formación en Familia.

ayudadoras, percibiendo que en algo les están “fallando” a los suyos.

En estas consultas:

- Proponemos poner entre paréntesis los conceptos diagnósticos y técnicos que derivan de la psiquiatría, el psicoanálisis y otras teorías psicológicas, para poner centralmente nuestra mirada sobre los hechos y transacciones de la vida cotidiana, y la experiencia concreta del contacto que hacemos con quienes nos consultan. Esto quiere decir que nos interesa examinar toda la serie de conductas y negociaciones que producimos y aceptamos permanentemente todos los días, y cómo nos sentimos en las interacciones en las que participamos.

- Desde nuestro punto de vista estas transacciones cotidianas, sus supuestos y sus efectos, son el eje clave del bienestar, el malestar y los estados psicofísicosociales que llamamos salud-enfermedad. Por lo tanto nos parece muy importante revisar los supuestos de salud y enfermedad con los que operamos nosotros y quienes nos consultan.

- Nuestra cultura prescribe continuamente las conductas que considera adecuadas para las personas, que son distintas según se trate de varones o de mujeres, y según a qué clase social, raza, edad, etc. pertenezcan. La distinción en la que acá nos concentramos es la que nos señala cómo debemos comportarnos si somos mujeres y cómo debemos hacerlo si somos varones, y las implicancias valorativas de tales distinciones y sus consecuencias.

Consideramos que los mandatos cotidianos que muchas veces recibimos las mujeres nos inducen y nos entrenan hacia:

- Responder a las necesidades y a los deseos de otros antes que a los de nosotras mismas.
- Conocer y reconocer las señales de tales necesidades y deseos en los otros, sin entrenarnos igualmente en el reconocimiento de las señales correspondientes a las necesidades y deseos propios.
- Sentirnos y creernos responsables del bienestar y del malestar de los otros.
- Buscar la permanente aprobación de los otros.
- Experimentar serias dificultades para decir que no.
- Asumir el compromiso y la responsabilidad por la conservación de las estructuras sociales (Ravazzola, 1989).
- Negar o evitar los conflictos.

- Tratar de evitar agresiones u hostilidades.
- Aceptar sin cuestionar lo que proviene de otro al que prestigiarnos más que a nosotras mismas, seguir sus indicaciones como si fueran válidas, aún en las esferas más íntimas y propias, como la sexualidad y el propio cuerpo.
- Someternos al sistema médico-psicológico sin cuestionarlo.
- No sentirnos seguras de nosotras mismas.
- Definir destino y proyectos en función de un hombre, generalmente el marido.
- No registrar malestar ni cansancio en tareas de cuidado.
- No ser efectivas en acciones de auto defensa.

Estos mandatos configuran la imagen de la madre ideal que la cultura nos presenta como el modelo de la identidad femenina.

Al funcionar estas expectativas sobre las mujeres como un mandato social, el no cumplimiento de estas prescripciones no sólo nos haría pasibles de sufrir castigos sociales como soledad, aislamiento, rechazo, etc., sino que nos convertiría ante nuestros propios ojos, en no-mujeres, no sólo inadecuadas sino de-generadas, des-naturalizadas en nuestra identidad de mujer.

Las mujeres, en las experiencias que nos marcan los mandatos culturales, vamos creciendo y viviendo mientras nos decimos:

1) “acepto el lugar de importancia superior del otro con respecto a mí misma” “Alejandro no me deja conducir en ruta” dice una señora ama de casa, arquitecta, casi orgullosa de sentir que su marido “la cuida” y cuida a los suyos, sin conciencia de la descalificación que se le asigna.

2) “des-aprendo” a reconocer las señales que me da mi propio cuerpo (cansancio, dolor, placer, etc), acerca de mí misma, las des-estimo y las postergo, a menos que sean lo suficientemente grandes como para que me hagan “fallar” en mi función de ayudadora y sostén de los otros. Sólo en ese caso merece la pena que me ocupe de mí.”

3) “mientras yo no esté grave, no está amenazada mi función y puedo cumplir con las expectativas que los otros han puesto sobre mí. También mientras mi marido, hijos, padre, madre, hermanos, estén bien, sé que estoy cumpliendo adecuadamente mis funciones, que soy aprobada y reconocida por mí y por los demás en mi identidad de función, (¿madre ideal?).”

4) "si algo no anda bien, en mí o en ellos, pido ayuda desde mi función cuidadora, ya sea para ellos o para que me vuelvan a poner a mí en buen estado y pueda volver a funcionar. *Me siento responsable de su bienestar.*"

6)"para que ello sea posible, ni yo, ni los demás debemos registrarME, con lo que me administro a mí misma grandes dosis de anestesia." "¿Cómo?"

a- me hago experta en reconocer señales de que se está levantando la anestesia (que me canso, que me quiero ir, que estoy arrepentida de haberme casado, de haber tenido hijos, desilusionada, estafada...) y trato de recuperarla para lo que uso recursos anestésicos, sociales y personales, como negar la desigualdad, la opresión, la conciencia de pertenecer a un status de 2^{da}, etc. Busco terapias anestésicas y sustancias químicas que me calmen."

b- trato de producir anestesia también en mis interlocutores para que no registren lo que yo vivo ni me den feed back de ello (a través de hacerme la loca, provocar, ponerme tonta, irritar, no pedir claramente, no usar las estrategias adecuadas a cada contexto, etc)."

¿Cómo algo que *está* se hace invisible? *Como dice H. von Foerster, no vemos que no vemos..., con lo que creemos que ESO no ES o no ESTA (von Foerster, 1994).*

Los magos hacen trucos de "ilusionismo". Provoan que se ponga la mirada sobre algo que no permita que aparezca el impacto de la diferencia. Por lo tanto, no se nota aquello que se quiere invisibilizar.

El drama de la repetición de los malestares cotidianos es que justamente son invisibles, supuestamente "naturales". El acostumbramiento, la repetición, el hecho de que algo suceda frecuentemente, abundantemente, quita categorizaciones diferenciales que puedan producir impacto cognitivo.

Se anestesian entonces los malestares. También se anestesian los procesos de producción de los malestares. Los neurobiólogos han llamado: disociaciones post traumáticas a estos fenómenos anestésicos defensivos

Algunas formas lamentablemente eficaces que las personas usamos para lograr anestesia.

- Suponer que algo que otro dice o escribe es verdad sin reflexionarlo.
- Aceptar formas plurales de enunciados ("nosotros"... "ustedes"...) sin repreguntar (¿quienes?).

- Hacer hincapié en la estructura: aceptar una propuesta porque "es buena para la familia-pareja" (sin analizar esto suficientemente).

- Decirse "no es para tanto" frente a algún maltrato que otro pone en evidencia; negar el malestar. Los malestares se pueden negar pensándolos como "triviales" o exagerados.

- Sentir o decir "yo puedo esto y más" frente a un sobreesfuerzo, negar el malestar y negar el costo.

- Sentir y decir que "él (por quien estaría produciendo el maltrato) está enfermo, hay que comprenderlo".

- Como lo ideal es que hombres y mujeres seamos iguales en jerarquías y prestigio, creer que entonces, seguramente, *SOMOS IGUALES.*

- Suponer que la dedicación y el trabajo doméstico, así como las tareas propias de las necesidades de la crianza de los hijos, son "naturales", por lo tanto, no producen cansancio.

- No apreciar ni exigir reconocimiento social y familiar por el trabajo doméstico como tal. Desconocimiento del tiempo, la dedicación, y el esfuerzo que demanda, y la importancia que tiene para la creación de climas de confort y bienestar.

- Rotular para no escuchar, y aceptar rótulos sin examinarlos.

- Hablar de modos que siguen un diálogo con alguien que está afuera de la interlocución con nosotros.

"Yo le dije a..."

"El me dijo....El dice..."

"Querés saber lo que él dice..."

"Cuando yo le digo a..."

- Aceptar definiciones de hombre y mujer según el estereotipo y sin reflexionar.

- Aceptar explicaciones como si fueran verdades sin advertir que funcionan como justificaciones.

- Negar la necesidad de estrategias.

- Negar o disminuir deliberadamente el propio poder (hacerse la loca-la tonta-la ciega-desesperarse y ceder)

Algunas estrategias (para terapeutas) para eludir las "trampas".

- Pararse detrás de ella (doblaje) para ver qué cosa *LA* anestesió.

- Pararse detrás de él para ver qué le hace o le permite sentir como siente

- Concientizar "envases" y "contenidos"

- Desrotular. No aceptar rótulos
- Redefinir comunicaciones incongruentes
- Hacerles dramatizar roles complementarios
- Participar de talleres de búsquedas de situaciones-evidencias-en la Vida Cotidiana de desigualdades o aquellos elementos de la violencia habitualmente invisible.

• Registrar cuando en la relación con la terapeuta se reproducen los mismos patrones que se describen en la vida cotidiana de las consultantes.

Podemos continuar con las listas que nos armamos para mantenernos alertas acerca de las “trampas” que nos producen anestias. Estos listados no son exhaustivos ni representativos de todas las consultas en las que las diferencias de género juegan un papel preponderante en los conflictos que se presentan. Sólo reflejan la experiencia de un equipo de terapeutas que venimos compartiendo un camino de compromiso con el bienestar y la salud de hombres y mujeres recuperando vínculos que incorporan valores de justicia, sentimientos de amor y empatía y acciones de solidaridad y cuidados de unos a otros.

Ravazzola, M.C. (2003). De intervenciones de expertos a conversaciones colaborativas en la búsqueda de relaciones más democráticas en familias e instituciones. *Perspectivas Sistémicas*, “Juventud, Suicidio, Violencia y Familia”, Nro. 78, 12-14.

Ravazzola, M.C. & Daskal, A. M. (1989). La Enfermedad Nuestra de cada día”. *Sistemas Familiares*, 5(2), 51-62.

Roberts, J. (2005). *Transparency and Self-Disclosure in Family Therapy: Dangers and Possibilities*. *Family Process*, 44 (1), 45-63.

Sluzki, C. (1994). Violencia familiar y violencia política”. En D. Fried Schnitman (compiladora) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, pp. 351-370. Buenos Aires: Paidós.

Weingarten, K. (1994). If fathers are going to be important”. En K. Weingarten. *The Mother's Voice – strengthening intimacy in families*, pp. 140-162. New York/London: The Guilford Press.

BIBLIOGRAFÍA

Daskal, A.M. (1991). La división del trabajo doméstico. En A.M. Daskal y M.C. Ravazzola (Compiladoras) *El malestar silenciado, la otra salud mental*, pp. 143-145. Santiago de Chile: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres.

von Foerster, H. (1994). Visión y conocimiento: Disfunciones de segundo orden. En D. Fried Schnitman (compiladora), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, p.p. 91-113. Buenos Aires: Paidós.

Fried Schnitman, D. (2005). Afrontamiento de crisis y conflictos: una perspectiva generativa”. *Sistemas Familiares*, 21(1 -2), 98-118.

Gergen, K. (2005). La comunicación terapéutica como relación. *Sistemas Familiares*, 21(1 -2), 119-135.

Ravazzola, M.C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Abstract: Stereotyped expectations on the roles women and men should play in our western cultures involve us in belief systems that anesthetize us and influence on decisions in ways that may not help our consultants so, we think that we need to be trained in how to be aware of such assumptions and their consequences.

Some clinical experience can illustrate those anesthesia and the ways they conditionate therapeutical decisions.

Focusing on gender diversities and the importance of relationships in everyday life I describe some statements belonging do these belief systems, ways to recognize them and conversational strategies to de – construct them.