

## **La salud mental de las mujeres\***

Autora: **María Cristina Ravazzola**<sup>1</sup>

**Quiero introducir una pregunta: ¿intersectan la psicoterapia y el género?**

Aceptar que sí nos obliga a revisar la relación entre las condiciones de vida de las personas en tanto mujeres y en tanto varones, y la importancia que esto tiene para su salud mental. También nos remite a considerar los distintos efectos que provocan en sus pacientes los psicoterapeutas cuando son varones con respecto a cuando se trata de terapeutas mujeres. En nuestra cultura no tenemos muchos ejemplos de modelos alternativos de destinos de las mujeres en las generaciones que nos anteceden, la búsqueda de modelos parece ser una necesidad en la especie humana: observamos automáticamente cómo solucionó, o qué hizo algún congénere con el mismo problema. Desde este punto de vista, entonces, ¿qué papel juega el operador o la operadora en salud mental? ¿qué diría o aportaría para ayudar a la persona que pide ayuda? ¿se constituye en un modelo?

El énfasis sobre las condiciones de vida en el entorno sociocultural de cada persona también conmueve los cimientos de las concepciones en relación a la salud mental, habitualmente ligadas a los sistemas de pensamiento médicos. Surgen problemáticas que tienen que ver con las adicciones y los abusos, conductas que pasan de una medida: la adicción a la comida, a la bebida, a las drogas, al trabajo, a conductas abusivas hacia los demás, al amor, etc. Toda esa gama de conductas nunca tuvo respuesta ni como conceptualización ni como resolución desde ninguna disciplina heredera de la medicina. ¿A qué disciplina corresponden entonces?

Supongamos que aparece un sujeto con conductas “raras”, que podrían llamarse desde un diagnóstico de la psiquiatría clásica esquizofrénicas. ¿Qué respuesta social encuentra? Ha habido una revisión muy grande de lo que eran las propuestas provenientes de la psicoterapia y de la psiquiatría clínica, desde mediados de este siglo hasta ahora. Hay, inclusive, experiencia en una

---

\* Autora Dra. María Cristina Ravazzola. Publicado en *Capacitación Política para Mujeres: Género y Cambio Social en la Argentina*. Editora: Feminaria. 1994

<sup>1</sup> Médica, terapeuta familiar, [mravazzo@sion.com](mailto:mravazzo@sion.com)

práctica pública de cierre de manicomios, como ocurre en Italia, donde hace ya más de 10 años que se promulgó la Ley 180 (Ley Basaglia), a partir de la experiencia exitosa de un centro de salud mental de la región de Trieste. Pero, en esa revisión, ¿qué pasa con las mujeres? En 1981, dos psicólogas napolitanas (Elvira Reale y Vittoria Sardeli) cuentan su particular experiencia con la aplicación de esa ley. Cuando llegan a Nápoles los edictos por los cuales los psiquiatras deben externar a los pacientes internados, ellas se encuentran con un fenómeno que les llama la atención y que después ven replicado en los otros manicomios del país: los psiquiatras deciden seguir la ley para los varones así como también para las mujeres, sólo si tienen menos de 15 años y más de 45 años de edad. ¿Por qué toman esa decisión? Declaran ellos que deben cuidar de que esas mujeres locas no queden embarazadas. ¡Las mujeres quedaban internadas pese a la ley! ¡Los varones, médicos, asumían responsabilidades y tomaban decisiones sobre la capacidad reproductiva de estas mujeres sin siquiera cuestionárselo ni mucho menos preguntárselo a las protagonistas!

## **¿Otra psicología?**

La construcción de otra salud mental para las mujeres surge a partir de preguntarse y preguntarnos si las construcciones psicológicas acerca del desarrollo del sujeto son o no aplicables a varones y mujeres. El problema no es sólo la construcción a nivel teórico. Todas las personas construimos ideas acerca de qué es sano y qué es enfermo, y programamos conductas en función de tales construcciones. Personalmente, aún cuando estoy alerta para revisar mis propios sesgos sexistas me encuentro a veces con algunas ideas que supongo de validez "neutral" y sólo al confrontarlas con la pregunta *¿es igual para las mujeres?*, tomo conciencia de la diferente realidad de nuestras condiciones de vida.<sup>2</sup> Es a nivel práctico que surgen las suposiciones de igualdad y las actitudes diferentes que nos pasan inadvertidas. Consultan mucho más mujeres que varones. Muchas veces para que él cambie o para que él se sienta mejor. Ellas habitualmente se reprochan algún error. Ellos habitualmente reprochan a ellas algún error... La lista de diferencias en el consultorio puede ser interminable.

---

<sup>2</sup> Un terapeuta varón le propone a una mujer cuyo ex - marido se atrasa en darle el dinero que le corresponde por alimentos para los hijos que vayan al edificio donde vive, aprieta todos los timbres de la puerta y, con sus vecinos de público, le reclame la deuda. El no comprender por qué ella no puede seguir sus instrucciones, aún cuando encuentra que la idea es excelente.

## **¿Otra construcción del sujeto?**

Freud, E. Erikson y algunos otros autores desarrollan teorías acerca de cómo un sujeto se va construyendo. Sus teorías han sido adoptadas por nuestra cultura de tal manera que a veces nos olvidamos de que son solamente teorías; las creemos VERDADES. Esas conceptualizaciones parten de imaginar para el sujeto un recorrido que va desde la fusión con su madre hacia la autonomía. La metáfora biológica ontogenética, de lo indiferenciado a lo más diferenciado resulta muy poderosa; vale la pena analizar sus consecuencias. Gran parte de nuestra idea de salud tiene que ver con recortes y autonomía, y gran parte de nuestra idea de enfermedad tiene que ver con la idea de fusión, es decir, estar indiferenciado de otro/a. Resumiendo: las dimensiones indicadoras de salud de un individuo, desde algunas concepciones del desarrollo de autores muy acreditados en el campo de la psicología, son la autonomía, la independencia, el recorte, la tendencia hacia la separación y el desprendimiento.

Pero ¿es realmente así? O, como opinan muchas voces desde posiciones cuestionadoras, ese énfasis en el polo autónomo de una escala de conductas es producto de una mirada sesgada en la dirección de privilegiar una forma de socialización que nuestra cultura destina sólo para los varones de la especie pero no para las mujeres.

## **Papel del género en esta revisión**

El cuestionamiento de género apunta a problemas cruciales en esta definición de los caminos de salud mental. Hemos visto construcciones que toman como paradigma de lo humano una noción de varón ideal, al menos lo que cada cultura cree que es el ideal de varón para su época. Nos preguntamos en qué medida estas teorías acerca del desarrollo humano que se están refiriendo sólo a uno de los seres representativos de uno de los sexos – el varón – pero no al otro – la mujer – estarían obviando importantes consecuencias de este desbalance.

En este caso los/las terapeutas que tomaran como inespecíficos los ideales de salud que se plantean estarían provocando inadvertidamente un reforzado conflicto a sus pacientes mujeres, tal como resulta de investigaciones como las de Broverman y Rosenkranz. (Ver Apéndice)

Para la lectura de un número significativo de terapeutas la “enfermedad” aparece adscripta a la condición de mujer. Y, agreguemos otra consecuencia: cuando se habla de sano en salud mental se habla valorativamente de normal, deseable, valioso (siguiendo a Rosario Lores Arnaiz en su libro sobre las concepciones de normalidad). Para mencionar algunas de estas consecuencias bastaría recordar que las mujeres no somos consideradas suficientemente “valiosas” en los empleos o en la productividad incluso en la científica) porque se sabe que, además de o que atañe a nuestro trabajo, tenemos en nuestra cabeza lo que le está pasando en este momento a un hijo, o a un hermano. Desde ese punto de vista aparentemente rendimos menos. Pero ¿es porque tenemos alguna falla de concentración o porque aprendimos y nos condicionamos a esa diversificación permanente de nuestro pensamiento, por la que le hacemos siempre lugar a intereses vitales de otra persona?

## **Raíces médicas de la psicoterapia**

Vuelvo sobre uno de los puntos importantes de esta confluencia de factores de revisión: el análisis de las raíces médicas de la psicoterapia.

La psicoterapia está enraizada en modelos médicos y sigue supuestos propios de ese modelo. Basta para demostrarlo el lenguaje que empleamos en el que tenemos que definir conceptos como “salud”, “enfermedad”, “curación”, “alta”. También este código pertenece a la metáfora médica. Podemos entonces suponer que estamos en el terreno de las ciencias “duras” de alta predictibilidad, como las físico-matemáticas, y atribuirle a nuestras ideas un valor de hecho real.

Si, en cambio, consideramos que estamos en el terreno de las construcciones, las definiciones y las metáforas, vamos a reconocer que cada una de estas ideas está formulada por algún sujeto que expresa su punto de vista. En ese caso vamos a registrar nuestra propia participación y nuestra propia responsabilidad en la elección de la teoría que nos es más afín. Esta posición hace que nuestras ideas sean muy discutibles: ciertamente, no les adjudica valor de VERDAD. No nos da certeza sobre lo que pensamos. Nos introduce la DUDA y la humildad de la opinión.

Por otra parte, sabemos que la Medicina lidia con el DOLOR (doxa) y con la MUERTE y que, al ser éstos terrenos de difícil acceso, resulta tranquilizador delegárselos a otra persona a quien adjudicamos un saber que no tenemos. Pero eso de ninguna manera implica que ese otro individuo tenga más acceso a los códigos de esos terrenos que nosotros/as mismos/as. Desde esta idea propongo pensar que los fenómenos del malestar y la "cura" se relacionan más con las construcciones lógicas que las personas compartimos o no, incluido el pensamiento de tipo religioso y las construcciones sociales de identidad de género, que con los abordajes "científicos" que proponen los sistemas bio-médicos.

Una anécdota ilustrativa que en su momento nos asombró y nos puso claramente en el camino de estas cuestiones fue la que nos consultó como equipo de Terapia Familiar en 1981 a raíz de la conducta de su hijo mayor, un muchacho de 28 años que no trabajaba estudiaba y tenía conductas agresivas y autistas (diagnosticado como "esquizofrénico"). En la primera entrevista el padre comienza a explicar las razones que los traen a la consulta. La madre da una versión algo diferente, que el padre rápidamente desestima. La madre reacciona enojada y aclara que ella accedió a venir pero en realidad estaba resignada a las conductas del hijo porque "ésta es la voluntad de Dios". ¿Cómo puede continuar esta conversación? ¿Qué terapeuta puede desafiar la voluntad de Dios? Nuestra intervención fue declararnos doblemente preocupados. Primero, por no poder hacer nada si ellos estaban seguros de que esto era lo que Dios quería, aceptando el poder de Dios como superior al nuestro. En ese caso tenían ellos que definir su seguridad acerca de Esa Voluntad ¿? Segundo, porque en el equipo ese día estaba ausente una de las terapeutas supervisoras que era la "experta en Dios" (la Lic. Silvia Crescini, terapeuta del equipo que se interesaba mucho en cuestiones religiosas, estaba casualmente de viaje, ausente en esa entrevista). Para nuestra sorpresa la familia aceptó trabajar toda esta propuesta y quedó a la espera de la autoridad de la experta en quien delegaban un saber que, desde otra lógica, resulta incomprensible. ¿Quién sabe acerca de Dios? ¿Quién sabe acerca de la Muerte? ¿Quién tiene autoridad para responder?

## **Algunas construcciones acerca de la psicología de la mujer**

¿Cómo conocemos acerca de los varones y de las mujeres? ¿Cómo y en qué la psicología ha contribuido a este conocimiento, al significado del género en la vida de todos los días de los

varones y de las mujeres? Algunas autoras aportan elementos muy valiosos para esta construcción, que difieren de las que, en su momento, aportó la escuela psicoanalítica de Freud y sus discípulos. Jean Baker Miller<sup>3</sup> formula en 1986 una teoría acerca de cómo se gesta la identidad de las mujeres, identidad que configura un *self* – en relación. Ella y su equipo proponen una idea explicativa del modo en el que las mujeres crecemos conservando una forma particular de “individuación” que no nos aleja de los vínculos sino que, por el contrario, nos hace ir creciendo con ellos. Su idea es que, por diferentes motivos, a los varones se les estimula a desvincularse y a suponer que su *self* se reconoce en tanto se des-pega de las otras personas.

Para Carol Gilligan (1982) las diferencias en la identidad del *self* llevan a diferencias cognitivas en la adquisición de una organización del conocimiento y específicamente en el razonamiento moral. Gilligan y también Nancy Chodorow (1978) nos muestran cómo criamos a las mujeres para criadoras; por lo tanto nuestras hijas aprenden en continuidad este rol. También ellas proponen una puesta entre paréntesis de las construcciones sobre salud mental que circulan desde los modelos psicoanalíticos, sistémicos y gestálticos, teniendo en cuenta que a veces estos modelos no discriminan entre sujetos varones y sujetos mujeres. Afirman que, aún teorías que sí hacen estas diferencias, proponen, sin embargo, el mismo diseño y la misma metodología de intervención para unos y otras. En cambio, autoras como la citada J. B. Miller, Harriet Lerner, Rachel Hare-Mustin, E. Reale y V. Sardelli, para mencionar sólo algunas, relacionan sus representaciones del género mujer con propuestas terapéuticas específicas, coherentes con su perspectiva.

## **Características y funciones propias de las mujeres**

Miller y su equipo proponen pensar que las mujeres, a partir del modo en que somos socializadas, desarrollamos una función muy compleja entre las funciones humanas, la EMPATIA. ¿A qué llamamos empatía? Es la capacidad de ponernos en los zapatos de otra persona y, entonces, de resonar junto con esa persona. Describen cómo nos vamos entrenando y sensibilizando en relativizar nuestra propia tendencia a autocentrarnos, balanceándola con la actitud de centrarnos en las demás personas. Obviamente esta capacidad empática posibilita las funciones de crianza. Y también obviamente, todas estas autoras cuestionan la idea de una natural posibilidad de las mujeres de materner desde una adaptación biológica. Alojarse un bebé dentro del útero no nos predispondría en forma automática. Más

---

<sup>3</sup> Psiquiatra del Wellesley College, de Boston, Massachusetts, E.E.U.U.

bien la posibilidad de poder comprender profundamente lo que otra persona está sintiendo, de identificarnos y de resonar es, en realidad, un proceso muy complejo que se aprende. Básicamente, ellas rescatan el valor de la empatía. Habitualmente, esa conducta que aprendemos las mujeres aparece desvalorizada, en un lugar bajo en la escala de valores relacionados con la salud.

Miller llega a decir que la humanidad se sostiene gracias a los aprendizajes empáticos de las mujeres y que, en la medida en que estas estereotipadas construcciones de género persistan tal como están, desgraciadamente continuamos reproduciendo el modelo por el cual los varones des – aprenden empatía, mientras sólo las mujeres la practicamos, aún cuando la posibilidad de aprenderla la tenemos todos los seres humanos.

## **Desafiando los estereotipos de género**

Todos los sujetos humanos tenemos una gran variedad de conductas posibles. Los modos estereotipados de ser varones y de ser mujeres que nos impone la cultura (los estereotipos de género) son responsables de algunas limitaciones a nuestras capacidades. Para que tengamos conciencia de las alternativas a nuestro alcance resulta fundamental el cuestionamiento de los mismos como parte de los procesos psicoterapéuticos. Pensar que “la psicoterapia tiene género”<sup>4</sup> nos permite tener en cuenta este factor y estar en condiciones de implementar intervenciones relacionadas con la experiencia de cada persona en su socialización de género. Sería redundante describir el contenido concreto de estos mandatos. Cualquiera puede recrearlos tan sólo con que se pregunte ¿qué es una mujer? O, ¿qué es un varón?

## **¿Mujeres enfermas o mujeres en busca de alguna alternativa a su condición?**

---

<sup>4</sup> A. M. Daskal y M. C. Ravazzola, **Boletín de la Red de Salud de las Mujeres**, ISIS, Chile, 1990

Sin renegar de los avances de las ciencias médicas y psiquiátricas, E. Reale y V. Sardelli (italianas), así como muchas otras colegas estadounidenses proponen poner los diagnósticos psicodinámicos y psiquiátricos de sus pacientes entre paréntesis. En la medida en que relacionan la aparición de conductas sintomáticas con las condiciones de opresión de las mujeres, ellas piensan que una intervención respetuosa de su persona, que jerarquice los elementos de su malestar, debe apuntar a que la mujer realice cambios concretos en su forma de vida.<sup>5</sup> Dicho de otro modo, o ayudamos a la mujer a adaptarse y a recuperar la anestesia, que es lo que seguramente ella no puede hacer cuando afloran los síntomas, o hacemos con ella un camino que lleva a la conciencia de las condiciones de su vida en esta cultura que no la incluye ni la representa salvo como alteridad del varón.

También es importante poner en evidencia los efectos de algunos mensajes. Para las mujeres que nos consultan resultan de mucho peso los pensamientos y la conducta de sus terapeutas. Si los/las terapeutas creemos (nuestro pensamiento) en la existencia de un sujeto normal psicológicamente, y ese sujeto, de acuerdo a nuestro aprendizaje científico en la carrera que hemos seguido, sin que lo advirtamos, sólo está representando al varón de nuestra cultura, es muy probable que veamos a nuestra consultante mujer como “enferma” o “loca”, ya que no va a ajustarse a los elementos de la descripción de normalidad de nuestro paradigma. Acto seguido, estaremos actuando (nuestra conducta) en consecuencia con nuestra apreciación, rotulando su conducta y proponiendo para ella algo que la acerque lo más posible a esa imagen de “normal”. La consecuencia de esto sobre la mujer consultante puede ser re-confirmarle su inadecuación, su condición de “enferma” y, por lo tanto, de que lo que siente y le pasa no tiene una racionalidad compartible por otras personas.

Si observamos redundancias como en cualquier ciencia, una de las más importantes que encontramos es que las mujeres son las clientes mayoritarias de los consultorios psicológicos: el 75% son consultas de mujeres. Si preguntamos a un/una terapeuta ¿le consultan más mujeres que varones? Todos van a responder que sí. Y si se le sigue preguntando ¿por qué piensa que le pasa esto? dicen que porque las mujeres están más motivadas a pedir ayuda, que ellas son más permeables a pedir ayuda que los varones, quienes creen que deberían curarse solos. Podemos pensar otra respuesta y es que las mujeres son quienes están experimentando más claramente el malestar frente a este orden desigual y que el campo de la consulta psicoterapéutica es propicio para la expresión y derivación de este malestar. No estoy presuponiendo que el orden desigual no afecte también a los varones, pero ellos cuentan con nosotras las mujeres para aliviar su malestar y

---

<sup>5</sup> **Malattia Mentale e Ruolo della donna**, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. 1982

recuperar su autoestima. Casi estamos entrenadas para ser sus terapeutas “naturales”. Mientras tanto, las mujeres acuden masivamente a los consultorios. Algunos ejemplos para repensarlo:

- Concorre una señora a consulta porque se siente mal y enumera: tengo marido, una hermosa casa, hijos ya crecidos, servicio doméstico; hago lo que quiero, pero me siento mal. Para entender cuál es la insatisfacción de la señora y cuáles son los elementos de la organización de su vida que deberá revisar, tenemos que pensar algunas cosas acerca de las mujeres y su entrenamiento maternal. Cualquiera que cuida un bebé sabe que es importantísimo decodificar correctamente qué es lo que quiere el bebé porque éste va a sobrevivir en la medida en que alguien entienda qué necesita. Y son las mujeres quienes reciben entrenamiento para desempeñar aquellas tareas que aseguran la reproducción de la especie. Pero el sujeto bebé necesita tales atenciones y tales capacidades de ser entendido sólo por un corto tiempo de su vida; de hecho, si usufructúa de esos privilegios por más tiempo, va a estar abusando de su cuidadora. Vemos, en el terreno de los abusos, que uno de los abusos más frecuentes es el que se hace de las funciones de la madre. De sus consecuencias resulta que los hijos quedan con la expectativa de que pueden abusarse de una persona o abusar de sustancias, vividas como indispensables, aunque ya no sean más bebés. A su vez, nuestra identidad de mujeres queda ligada a la maternidad de tal modo que cualquier mínimo cuestionamiento a nuestro valor como madre nos equivale a una gran descalificación. Si tal ha sido nuestra dedicación full time, si a ella se nos ha encaminado aún bajo amenazas terroristas (de algunos pediatras y psicólogos) de producir enfermedad mental en nuestros hijos en caso de que esa dedicación fuera insuficiente, ¿quién es una mujer cuando esa tarea deja de tener vigencia simplemente porque ella ha sido exitosa y sus hijos han crecido? ¿De qué le valen otros elementos de su vida si los indicadores de valor para ella (juventud, belleza, aprobación social por el día a día de su tarea maternal) ya no están?
- Una mujer dice al pedir ayuda: “acabo de ganar un juicio de divorcio en el que estuve peleando la tenencia de mis hijos y ahora que la tengo no la quiero. Me siento loca, nadie me entiende, pero, finalmente, mis hijos no hacen nada de lo que les pido, estoy harta de ser el “forro” de la casa, el felpudo de todos. En este momento en que por mi derecho los gané conmigo, no quiero convivir más con ellos, quiero que vivan con el padre. Y ahora el padre me dice ¿estás loca? Ella también se preguntaba: “¿estoy loca?”

## **Socialización de las mujeres. Entrenamientos**

¿Qué nos pasa a las mujeres? El colectivo nos contesta mal y nuestra autoestima cae al suelo de golpe. Una metáfora útil para entendernos es la siguiente: en principio, nos miramos poco para adentro porque nuestro entrenamiento es para estar muy pendientes de otras personas, que son quienes nos miran desde afuera, con lo cual lo que miramos es la mirada de otra persona sobre nosotras; nos entrenamos en leerle la cabeza a la otra persona en función de qué espera de nosotras, qué evalúa de nosotras, qué aprueba, qué no, como si fuéramos monitores. Nos entrenamos en ser monitores mientras otra parte de la especie se entrena en manejar la cámara. Así es que, por no mirarnos, no terminamos de saber lo que queremos y, además, por ejemplo, aprendemos a circular por el mundo sin contrariar ni molestar a las demás personas. Sin duda esto nos produce un efecto destructivo en la acción, en el pensamiento y en la emoción, y forma parte de las cuestiones que nos enferman.

En los tratamientos a veces recomendamos seguir programas de contra-entrenamiento: seguir el ejemplo de *hoy debo molestar una vez al día a alguien*, que apunta aprender a enfrentar las consecuencias del *molestar*. Suponemos que si molestamos vamos a recibir un castigo social muy fuerte como el de no ser queridas, ser rechazadas, ignoradas, eliminadas o anuladas. A lo largo de la historia de la humanidad hay demasiados ejemplos de mujeres castigadas por desafiar ese mandato. Pero así y todo es importante hacer un testeo de los efectos de un cierto rango de molestia. No siempre es tal como imaginamos. Hemos aprendido a condicionar nuestras opciones a esta extorsión afectiva, pero aún cuando no nos aprueben tanto, esta restricción no es positiva para nadie. "*A alguien no le gustó algo mío y lo que siento es una especie e harakiri emocional*" dice otra mujer reflexionando en un grupo sobre este tema de "molestar". Esto produce un desgaste de energía por tener que obrar en función de que este supuesto daño no se produzca.

## **Papel del malestar**

El libro *El malestar silenciado*, que compilamos y escribimos en 1991 con la psicóloga A. M. Daskal, expresamente lleva este título porque consideramos al malestar un elemento fundamental para entender la salud mental de las mujeres.

Recuperar el malestar frente a lo que nos duele, nos ayuda. Si no lo hacemos persiste la anestesia, es decir, seguimos sin ver, anulando nuestra capacidad perceptiva, evitando los conflictos y permanentemente renunciando a nuestra propia posición. El malestar es una señal, un semáforo. Pero lo minimizamos ya que, a la vez, gran parte de nuestra socialización tiende a enseñarnos a que nos ocupemos de eliminar los conflictos, que molestan.

La imagen de cómo construimos nuestro *self* es la imagen de una función (no una persona) destinada a ayudar a que sobreviva un ser totalmente indefenso de la especie. Entonces, ¿cómo vamos a provocar conflicto si, en realidad, somos cuidadoras de sobrevivencia, cuidadoras de estabildades?

Parte de este entrenamiento de las mujeres es el desarrollo de un alerta cuidador, una especie de mirada atenta a evitar destrucciones. Esta mirada se extiende también sobre los sistemas, por ejemplo, sobre la familia. Y esto confunde porque induce a cuidar a los sistemas como si se estuviera cuidando personas.

La imagen que tienen muchas mujeres acerca de su malestar es que ellas están haciendo un gran esfuerzo sosteniendo algo, tal que si ellas no lo sostienen, eso se cae. Y en algunos casos es así. Pero, en esos casos, tal vez esa organización no valía el esfuerzo que ella invertía en sostenerla.

Para dar una idea de las formas inadvertidas en las que las mujeres actuamos como sostenedoras, también en las conversaciones sociales, las lingüistas como Pamela M. Fishman<sup>6</sup> han estudiado este papel sostenedor de las mujeres. Esta investigadora describe la serie de gestos y frases mínimas que las mujeres hacemos para que no se desaliente la persona que está hablando, para que desarrolle su idea, para que el nivel de interés en la conversación no disminuya.

---

<sup>6</sup> Su artículo se encuentra en **Language, Gender and Society**, Eds. Thorne, Kramarae y Henley. Newbury House Publishers, Inc.. 1983

Otro entrenamiento que tenemos las mujeres para contribuir al sostenimiento de los sistemas es el de la disponibilidad, ligado a la complacencia. Los varones aprenden una posición negativista, que es la opuesta. Pueden no escuchar si se los llama, no responder, no quedar pendientes de una pregunta comenzada y no terminada, es decir, negar su participación en aquello que no les conviene. Es diferente para las mujeres. Aprendemos a estar alertas y pendientes de los otros, a no medir nuestra conveniencia. No responder a una pregunta, no acudir a un llamado, no escuchar un pedido, no escuchar algo que se nos dijo, nos provoca un efecto de autorreproche y culpabilización cuando no nos es completamente impracticable. Si podemos, entonces, en principio, estamos dispuestas a complacer la demanda que otra persona nos formula. Por eso se nos hace tan importante aceptar NO PODER. Es la única razón que nosotras mismas vamos a legitimar para estar en condiciones de negarnos a complacer sin sufrir los altísimos costos de la culpa. Pero vamos aprendiendo y desarrollando impotencias, sin reconocer este punto estratégico de auto defendernos.

## **¿Por qué consultan las mujeres?**

Las mujeres consultamos, desde el punto de vista de las patologías clásicas, por depresiones, agorafobias (miedo a los espacios abiertos), trastornos de la alimentación, trastornos corporales, y, por la famosa consulta que hacen otras personas sobre nosotras, histeria (los diagnósticos típicos de las “mujeres locas”).

Considero un trabajo importante construir otro serial diagnóstico que incluya la cotidianeidad. Desde ese serial apareció, en la temática de la violencia doméstica, un síndrome que se llama síndrome de “indefensión aprendida”, que toma en cuenta cómo aprendemos a ser indefensas, a no defendernos. También encontramos otros como el síndrome de “superwoman”, el de las mujeres “dentro del bolsillo del marido”, el de las que eligen “soluciones heroicas”, el de “las que aman demasiado”, el de las que “no saben decir que no, las adictas a sustancias y las adictas al amor”, etc.

## **Psicoterapia para las mujeres**

¿Qué pasa concretamente en la Argentina? Aquí no existen servicios destinados a atender específicamente la salud mental de las mujeres, ya que no hay conciencia de que los problemas estén ligados a condiciones e vida determinadas por la pertenencia al género. La única área de la medicina específica para las mujeres es la ginecológica-obstétrica. En todo lo demás la mujer es considerada sólo una variedad del paradigma humano, es decir, del varón. La atención de sus consultas, en tanto los/las agentes de salud no participen de la idea de que ellas tienen que revisar y conseguir cambios concretos en las citadas condiciones de su vida, no sólo es deficitaria sino a veces peligrosa para ellas.

De hecho, algunos abordajes, en lugar de beneficiarlas, pueden perjudicarlas más, haciéndolas sentir aún más enfermas y aún más culpables de emociones, prácticas y caminos que han seguido según prescripciones de la misma cultura que las censura.

Por lo explicitado es muy importante que pensemos qué enferma a las mujeres y qué enferma a los varones como condiciones de sus vidas determinadas por la pertenencia a su género.

En general, las/los terapeutas preocupadas/os por una práctica no-sexista sostenemos que las mujeres necesitamos hacer algunos aprendizajes, conservando aquellas modalidades aprendidas que consideramos valiosas (preocupación por las otras personas, etc.) pero modificando las que nos producen perjuicios (como anteponer sistemáticamente a las otras personas a nuestras propias necesidades, no desarrollar modos adecuados de autodefensa, aceptar que sean otras personas quienes nos condicionen y nos aprueben, etc.). También tenemos que incentivar algunos entrenamientos, como el de centrarnos en nosotras mismas, poder elegir y decidir en función de identificar lo que queremos, aprender cómo adquirir perfiles profesionales, aprender cómo aceptar nuestro propio poder como legítimo y valioso, etc.

Las personas que compartimos una cultura nos estamos socializando permanentemente a nosotros/as mismo/as y entre nosotros/as. En este sentido la participación en alguna forma de grupo de autoayuda de mujeres, en la medida en que comparten la experiencia común de quienes se encuentran frente a las mismas dificultades, les promueve un aprendizaje diferente de cómo afrontarlas y solucionarlas; y esa posibilidad de conversar entre pares resulta indispensable, más allá de que las dificultades o los síntomas las lleven a buscar una ayuda profesional.

Como en nuestra cultura estas instancias de intercambio social han sido desprestigiadas y combatidas sistemáticamente desde gobiernos autoritarios es importante difundir su valor y devolverles su dimensión de recurso social.

Volviendo al nivel de la ayuda profesional, este tipo de consulta implica generalmente que han aparecido síntomas, conductas indeseadas, o malestares intolerables que requieren intervenciones especializadas. El modelo de intervención terapéutica que pongo en práctica, al que podemos definir como individual-contextual-con conciencia de la especificidad de género, sustentado en aportes de la terapia sistémica, tiene mucha inspiración en el modelo de los Servizi Donne ya citados, en formulaciones de las terapeutas del Wellesley College del Stone Centre de Boston,

EE. UU. Todas las autoras mencionadas cuestionan los abordajes tradicionales psiquiátricos y psicoanalíticos, incluyen una mirada revisora feminista sobre su práctica, y elaboran formas de intervenir destinadas a ayudar a las mujeres a expandir su experiencia más allá de las restricciones del estereotipo ligado al rol femenino.

## **Desarrollo de un modelo terapéutico no-sexista**

A partir de escuchar al síntoma y a los malestares como mensajes relevantes acerca de las condiciones de vida buscamos producir cambios cognitivos, es decir, revisar definiciones que la persona tiene acerca de sí misma y de las otras personas que la limitan y perjudican. Implica cambiar las ideas, lo que a la vez produce cambios en las conductas y cambios en las condiciones de vida indeseadas. Para todo esto es necesario *contrarrestar anestias*. El fenómeno de la anestesia a los malestares, el efecto de “lavado de cerebro” y todos los efectos de “invisibilización”, “acostumbramiento”, “ceguera”, “negación” o “atontamiento” se producen cuando las mujeres, como cualquier grupo social colonizado, anulamos nuestra capacidad perceptiva para continuar participando de sistemas en los que las condiciones concretas de vida son inaceptables. Debido a este lavado de cerebro, por ejemplo, podemos escuchar sonriendo chistes que denigran la imagen de las mujeres mientras negamos que eso se refiere a nosotras, y *negamos* el dolor que la descalificación nos produce.

También proponemos que las mujeres obtengan logros graduales de autoresponsabilidad, autocuidado, autoconciencia corporal, autoridad, manejo de miedos y angustias, tomen decisiones y adquieran conciencia de la importancia de su propio placer.

Tomemos un ejemplo en relación al tema de los objetivos de una terapia: una mujer de 40 se presenta angustiada, sin dormir, con pérdida importante de peso, relatando que llora todos los días. No siempre es fácil encontrar la relación entre el malestar y un suceso o varios que lo hayan provocado, pero, en este caso, la mujer explicita que está en este estado desde que recibe una llamada telefónica en la que alguien se burla de ella, informándole acerca de una infidelidad de su marido. ¿Qué pensamos y qué hacemos? Tomamos su malestar como punto de partida y le proponemos investigar muy a fondo aquellos aspectos de la relación con su marido que están en juego en ese evento que la perturbó, sus propias capacidades y modalidades defensivas, las bases de su autoestima, etc., mientras la ayudamos a buscar formas de aliviar su inquietud y su desasosiego.

## **¿Cómo trabajamos?**

Tomamos en cuenta los ítems siguientes:

1. *El relato que hace la paciente del malestar o del síntoma.*

Buscamos referirlos a situaciones concretas, tal como lo muestra el ejemplo antes mencionado. A veces los síntomas aparecen después de un tiempo, y de formas mucho más enmascaradas, aparentemente más distantes de un significado tan obvio como el de este ejemplo. Si el/la terapeuta busca correlacionar la perturbación emocional con las situaciones de la vida cotidiana, va a encontrar tales situaciones porque las va a preguntar. Si su teoría es que la mujer se siente mal porque ella responde a la categoría de un diagnóstico particular de personalidad, va a correlacionar su sentirse mal con esto que cree.

A

la vez que registramos el contenido de lo que cuenta, cómo lo cuenta, cómo viene, para quién es el relato, desde dónde habla (tonos, gestos, actitudes, etc.), registramos nuestras

propias imágenes, las ideas que nos despierta, los personajes con los que asociamos, nuestros sentimientos y valores, etc. Con respecto a la señora del ejemplo, yo tenía una ventaja que me permitió hacer inmediatos contrastes: la había conocido en otro contexto y en ese otro contexto ella era muy diferente, una persona llena de humor, activa y brillante. Lo que ella escuchó por teléfono coincidía con una serie de cosas que había estado sintiendo en relación a actitudes de su marido, que hasta entonces había minimizado y anestesiado. En el momento en que recibe el llamado telefónico le encajan todas las informaciones que tenía suspendidas: se le produce un registro que resulta en una crisis emocional.

2. *Observamos cuál es la explicación, cuál es la teoría propia que la mujer tiene de lo que le pasa.*

Quienes ejercemos una práctica clínica necesitamos revisar los supuestos teóricos e ideológicos en los que se basan las distintas intervenciones psicoterapéuticas que aprendemos para ampliar la gama de explicaciones a nuestro alcance. Sólo con que seamos capaces de incorporar contextos habitualmente dejados de lado (clase social, género, raza, posición socio-económica, etc.) conseguimos que nuestras ideas se hagan más flexibles, se cuestionen y se modifiquen. ¿Por qué es esto tan importante?

Un/una terapeuta puede o no sostener la misma explicación que su paciente, pero las consecuencias son bien diferentes en uno u otro caso. En el ejemplo que venimos siguiendo, la señora se estaba diciendo que ella ya no era lo suficientemente atractiva para su marido como para que él la eligiera a ella. En este caso, si el/la terapeuta también piensa que el tema del atractivo es causa tan fundamental que justifica que un señor decida que habiendo ofertas de mujeres de 20 años por qué va a quedarse con la mujer de 40 años (como aparece en los chistes), va a coincidir con su paciente y a reforzar su idea, obturándole la posibilidad de cuestionarla. Si, en cambio, es capaz de pensar alguna explicación diferente, como por ejemplo, que el marido está vulnerable y molesto por el paso de los años, y que ella siempre ha sido la encargada de aliviarlo frente a las contrariedades, va a mirar este episodio como uno más en la vida de estas personas, en el que ella juega un papel tal que a él le devuelve intacta su satisfacción narcisística cada vez que está en riesgo de perderla. Las explicaciones que construyan terapeuta y paciente van

a ser útiles en la medida en que logren que la señora no esté tan segura de aquello tan descalificador y perjudicial que se está diciendo a sí misma y que le produce tormento. Por eso el entrenamiento de los/las terapeutas en revisar los estereotipos y mandatos sociales en muchas áreas, pero especialmente en el género, resulta tan importante.

Así y todo, el deslinde entre “teoría” y “realidad” no es fácil. En algunos ambientes de Buenos Aires que responden a una cultura exageradamente psicologizada, la gente cuenta las teorías como si fueran la realidad de lo que vive. Dicen, por ejemplo, vengo porque “tengo un complejo de Edipo”<sup>7</sup>

### 3. *El relato minucioso de las condiciones de su vida cotidiana actual.*

El tema de la vida cotidiana es central para poder trabajar en psicoterapia. Para las mujeres, que el/la terapeuta pueda poner una mirada sobre la vida cotidiana es crucial, ya que ése es su ámbito habitual y el sólo considerarlo en toda su importancia les provoca un cambio en la organización de su autoestima. Analizando ese ámbito aparecen muchas percepciones que, de lo contrario pasan inadvertidas.

Retomando los conceptos de “anestesiamiento” desarrollados antes, veo necesario hacer en la terapia ejercitaciones concretas que permitan recuperar los registros perdidos. Para contrarrestar estos anestesiamientos en cuanto al trabajo de las mujeres de organizar la vida doméstica es frecuente que utilicemos distintas listas con actividades cotidianas que la paciente tiene que analizar y responder según casilleros. Formulamos preguntas acerca de cómo es que se llega a la decisión de esa organización, cuál es para ella su gratificación, su reconocimiento, los premios esperados y los castigos temidos en relación al cumplimiento de las tareas listadas, etc.

Las listas, además de la conciencia que proporciona visualizar la cantidad de tareas enumeradas, agregan una categoría referida a quién es considerado/a responsable por ella.

---

<sup>7</sup> Comentario personal de la Profesora Clara Kuschnir

Esto produce impacto particularmente en mujeres de clase media y alta, quienes, como cuentan con ayuda doméstica paga, no advierten su dificultad en esa área.

Es especialmente interesante examinar qué ocurre con nosotras, las mujeres profesionales. En la medida en que nuestro trabajo fuera del hogar es fruto generalmente de un estudio vocacional y queda ligado a algún tipo de placer, nos anestesiarnos todavía más, agregándonos culpas por aquello que, por dedicar tiempo al trabajo, “descuidamos” en la esfera doméstica. La mujer de clase popular tiene más conciencia de que la tarea que hace fuera de su hogar es un trabajo asalariado, que cubre una necesidad de su familia. De ahí que examinar las diferentes responsabilidades en la organización doméstica nos aclara que, aunque muchas veces podemos delegar la ejecución concreta de algunas tareas en una persona asalariada, trabajo no es sólo el acto de ejecutar acciones. Nos cuesta darnos cuenta de la cantidad de atención – concentración productiva<sup>8</sup> que destinamos a lo doméstico. Una parte de nuestro cerebro queda indefectiblemente ligada a la hora en que se cocine el pollo y a si éste está sabroso o no. Las mujeres profesionales en tanto experimentamos satisfacciones por nuestros logros en el mundo público, transitamos por carriles que nos favorecen la negación de los perjuicios de nuestra pertenencia al género, como el de la ilusión de que la vida profesional nos va a beneficiar en igual medida que a los varones<sup>9</sup>

Palabras de una mujer profesional: “Parte de mi concentración se dispersa porque no puede evitar ver que la planta está sin agua, y en riesgo de morir...” Otra dice: “Nunca tengo una conversación sin interferencias. No puedo terminar de atender del todo y en la forma que quiero los asuntos de mi trabajo. Mi atención, si estoy en mi casa, está en alguna cosa que no funciona y hay que arreglar”

Muchas mujeres nos entrenamos en funcionar eficazmente con un buen rendimiento, aún con esta atención dispersa, con un costo personal enorme que puede tener múltiples modos de manifestarse.

Las autoras napolitanas han elaborado un derrotero acerca de cómo nos enfermamos, una historia de la enfermedad en las mujeres. Sostienen que, en general, antes de una enfermedad psíquica grave, las mujeres nos enfermamos corporalmente de múltiples

---

<sup>8</sup> También un aporte de Clara Kuschnir

<sup>9</sup> **Mujeres y profesiones**, comp. Beatriz Cohen, Editorial Letra Buena, Buenos Aires, 1992

formas, desde tensiones, úlceras, vómitos, hasta hinchazones y dolores extraños. En la medicina estos cuadros nunca han podido ser caracterizados. Para colmo, la imprecisión en las descripciones, el carácter errático, la fisiopatología menos explicable, así como la respuesta terapéutica más relacionada con el área anímica que corporal con la que aparecen, hace que generen una respuesta a veces hostil de parte de los médicos a los que las pacientes recurren. Más allá de lo doloroso, todo esto nos hace registrar la necesidad que tenemos de recuperar protagonismo y dejar de delegar la mirada evaluadora en quienes no son adecuados para interpretarnos y definirnos. Los varones no son necesariamente expertos en nosotras.

#### 4. *Mandatos y supuestos acerca de la familia y los roles familiares.*

Cuestionamos los conceptos tradicionales de madre, padre, familia, hijos, etc., promoviendo discusiones con la paciente y entre ella y su entorno que le permitan flexibilizar ideas estereotipadas y poner en evidencia en qué medida esos conceptos la esclavizan y restringen.

Una mujer relata dolida y atormentada que, por más que intente modificarlo, siempre se le nota que tiene preferencia por una de sus hijas. Supone que “una buena madre debe querer a todos sus hijos por igual”. En este caso, la terapeuta, que ha revisado sus propios estereotipos sobre la familia, discute con ella la validez de este supuesto.

En los países en los que podemos contar con ayuda doméstica revemos las negociaciones que las mujeres hacen con la empleada doméstica. Muchas veces, la contratan para que la sustituya en tareas domésticas o en el cuidado de niños mientras ella está “trabajando” afuera. Consideramos importante que la mujer pueda darse el derecho a algún descanso, y aún a algún placer, para lo que necesita de su empleada más allá de cómo sustituto para “sus” responsabilidades domésticas.

Relato de la historia personal, de la infancia, de la adolescencia, de la relación con el padre y la madre y otras personas significativas.

Una vez que los síntomas han desaparecido y que las mujeres están aliviadas de su situación enfermante es necesario afianzar los cambios en un proceso en el que rescaten sus propios proyectos de vida, rescaten qué deseaban, qué querían, y cuál era su sueño con respecto a su propia vida. Para lograrlo muchas veces hay que volver a su adolescencia, al período en el que la “colonización” de género todavía no las había invadido, para que el registro de “qué quiere” no sea una tarea imposible ni una exigencia más. Necesita recordar que es lo que soñaba, qué tipos de juego jugaba, con qué personajes se identificaba.

Hemos aprendido mucho de mujeres que han enfermado muy gravemente y han sido internadas en el Hospital Braulio Moyano, hospicio de mujeres en Buenos Aires. En sus testimonios encontramos que muchas de ellas mejoraron pero no tiene a dónde volver. En muchos casos, una vez que se fueron de su casa, el lugar fue ocupado por otra mujer, que hace las tareas que se esperaban de ellas (consecuentemente con considerarlas sólo como funciones, no como personas). Este desenlace trágico sirve para desmitificar el tema de la salud mental y para recuperar el valor de los testimonios de las protagonistas. Para algunas de estas mujeres, recordar su etapa adolescente ha sido fundamental. En palabras de una paciente: “Todavía era una persona completa en ese momento”.

5. *La relación pasada y presente con la madre es un tema ineludible para las mujeres que quieren resolver conflictos a través de la psicoterapia.*

Frecuentemente nuestro mayores problemas de lealtades son con nuestras madres: qué nos enseñaron y hacia qué cosas de las que ellas vivieron y de las que no vivieron, y nos encaminaron. Este tema, muy difícil, nos exige revisarnos también nosotras, mujeres profesionales, para asumir qué vamos haciendo con nuestras hijas e hijos, qué tipo de destino les preparamos.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Un ejemplo personal: Un día volvía yo a mi casa después de trabajar con un grupo de jóvenes esposas de drogadictos. Estas mujeres representan un extremo del estereotipo de género. Para dar una idea de su grado de “colonización” observamos que cuando se les habla o se les formula una pregunta, ocurren fenómenos comunicacionales por los que no responden desde ellas sino que dicen: “como yo le digo a El...” o “pero El me va a decir...”. Hablan desde un diálogo permanente que mantiene con su “El” en sus cabezas. Esa vez yo había tenido un día terrible. Volvía a mi casa a buscar un traje de baño para zambullirme en una piscina cercana porque me decía que “o ponía mi cabeza abajo del agua y me calmo o exploto”. Había estado escuchando a una jovencita muy delgada cuyo marido drogadicto tenía un pub. Ella contaba que, para que él no se drogara, ella iba todas las noches a las 2 de la mañana (hora de cierre del pub) con su criaturita de 2 años a buscarlo. Y lo peor era que hacía eso por orden de un coordinador del programa de rehabilitación donde yo estaba contratada justamente para trabajar con los grupos de esposas. Al entrar a mi casa veo a mi hija que baja la escalera a recibirme, radiante, contenta de encontrarse conmigo ya que ella llegaba habitualmente más tarde.

Para modificar el arraigado estereotipo de siglos debemos revisar las relaciones madre-hija exhaustivamente: qué le reprochamos a nuestra madre, qué hubiéramos esperado de ella, qué exigencias de incondicionalidad todavía tenemos, y qué demandas seguimos escuchando de nuestros hijos.

#### 6. *Énfasis en la relación con la terapeuta y con la terapia.*

Es muy importante lograr un compromiso de la propia mujer consultante con su terapia, especialmente en el problema de las relaciones abusivas que presentan un panorama muy complejo para su tratamiento. Cuando las mujeres son abusadas y están siendo víctimas de una situación de violencia, su nivel de compromiso con el cambio de sus condiciones de vida suele ser pobre porque están muy comprometidas con la conservación del sistema. Debido a muchos factores, como la dependencia económica, el desamparo social en la crianza de los hijos, etc. temen que los cambios las encaminen hacia pérdidas en la estructura familiar que no siempre desean. La terapeuta debe entonces tener y poner muy en claro con su paciente la delimitación de compromisos a asumir para no levantar banderas de la paciente más allá de lo que ella misma las levanta y, a la vez, asegurarse de que asuma compromisos con lo que sí va entendiendo y percibiendo de sí misma.

En las situaciones de violencia familiar intervienen todos los miembros de la familia en un sistema de patrones de conducta repetitivos. En algo también interviene la mujer. No en un 50% o en un 40% pero tal vez en un 10%. Es necesario ayudarla a que ella registre y reconozca esa porción de su propia participación para que pueda modificarla. Curiosamente, a veces el tipo de interacción que se da entre la mujer consultante y la terapeuta reproduce la interacción entre el marido y la mujer abusada. Es fundamental, por lo tanto, para cortar este patrón repetitivo que el/la terapeuta sepa poner límites a su paciente, cosa que nos cuesta a todas las mujeres, terapeutas y no terapeutas.

#### 7. *Analizamos el patrón interaccional que incluye a la terapeuta.*

---

Lamentando defraudarla, le dije la verdad: "en realidad no venía a quedarme sino a cambiarme para ir a nadar un rato porque estoy muy cargada de tensiones. Vuelvo en un ratito. Ahora, disculpame, voy a buscar mi traje de baño". Ella, mientras volvía a subir la escalera, me dijo: "Dejá, yo te lo alcanzo. Andá a nadar, porque si vos lo hacés ahora, si lo necesito, yo también lo voy a poder hacer el día de mañana".

Existen malos tratos de todo tipo: dejar plantada a la terapeuta, no pagarle, mentirle o provocarla. La terapeuta, como hacemos las mujeres frente al mal trato, corre el riesgo de aceptarlo porque, además de la socialización como mujeres, como psicólogas o psicoterapeutas, desarrollamos un adiestramiento muy centrado en las necesidades y problemas de la otra persona, lo que no nos prepara para un proceso en el que tenemos que recuperar nuestro protagonismo y aprender a defendernos. Y así también ayudar a quienes no pueden hacerlo

## **Intervenciones**

A lo largo del proceso terapéutico buscamos producir una serie de fenómenos de legitimación que apuntan a contrarrestar ese consenso devaluador sobre las mujeres antes mencionado, y a que aprendamos a registrarnos y a percibir nuestro valor.

- a. Legitimamos lo que la mujer cuenta como su malestar. Entendemos que si ella se sintió mal, fue por algo, aunque ella misma va a tratar de volverse atrás y de minimizar su malestar. El malestar es central en el trabajo terapéutico. Lo enfocamos, lo recortamos, lo valorizamos y le ponemos una lupa para amplificarlo. Recién entonces buscamos junto con ella la forma de aliviarlo.
- b. Legitimamos la validez y la adecuación de sus reacciones. Así éstas hayan sido pegar, gritar, golpear, romper algo, en principio, las validamos (¿no habrá sido por la situación lo justificaba?). Recién después de aceptarlas vemos si lo que hizo fue exagerado a nuestros ojos y a los de ella misma.
- c. Legitimamos lo que le es propio: iniciativas, valores, etc. Le legitimamos emociones generalmente descalificadas, tales como la desconfianza que, en alguna medida, significa asumir desilusiones. Confiar en otra persona ciegamente, más que en una misma, es un acto bastante suicida y heroico, que no tiene por que ser parte de las interacciones: por supuesto que, para no tener que estar alerta las 24 horas del día, asumir esa desconfianza implica elegir cuidadosamente los circuitos de relaciones sociales en los cuales puede

confiar. Si sentimos desconfianza en algún momento, tal vez hemos percibido algo que tiene sentido que analicemos en lugar de auto-criticarnos. Los hijos drogadictos suelen decir a sus padres con reproche “no me tenés confianza” y a los padres les cuesta decirles con tranquilidad “no, no te tengo confianza” y operar coherentemente, lo que significa a veces exigir aquella respuesta que sí resulte creíble y satisfactoria.

- d. Legitimamos prácticas generalmente descalificadas como las mentiras, los secretos, las conspiraciones, esconder, dar vueltas, usar estrategias, seducir, pedir seductoramente, actuar egoístamente, etc., porque, si tenemos conciencia de pertenencia a un género subordinado, tontas seríamos si, desde nuestra condición de oprimidas, abriéramos un juego leal y directo como si fuéramos todos/as iguales. Las mujeres escondemos dinero, escondemos capacidades que tenemos, hacemos cosas en secreto como estrategias de sobrevivencia, pero después nos culpamos y criticamos. Desde la mística de que somos tan maravillosas y tan enaltecidas como madres, perdemos conciencia del lugar de servidumbre en el que estamos confinadas.<sup>11</sup> Nos autocensuramos. Por ejemplo, ¿por qué “chusmeamos”? Lo hacemos porque eso forma parte de la estrategia de la servidumbre, acceder a la información por vías no oficiales.
- e. Legitimamos que la mujer diga que “no”, es decir el uso deliberado de la negativa. Y la ayudamos a que lo haga desde las estrategias más hábiles, muchas veces relatando anécdotas propias o experiencias personales. En relación a las estrategias, cuento un ejemplo que leí en un libro de Margaret Mead ilustrando una diferencia que ella hacía entre los rusos y los norteamericanos. Describe que éstos últimos, para eludir un compromiso dicen “me duele la cabeza”, y que la diferencia con los rusos es que a ellos les duele la cabeza. Las mujeres tenemos que aprender a no ser “rusas”, y a decir que nos duele la cabeza aunque no nos duela, para no llegar al momento en el que sí nos duela la cabeza. Poder decir que NO es todo un entrenamiento que requiere prácticas graduales, desde empezar a decir “no puedo” hasta llegar, en algún momento, a decir “no quiero”. Mientras no tengamos condiciones de igualdad no debemos renunciar a estrategias útiles. El entrenamiento en el uso del “no” es pautado. Usamos trabajos escritos, registros bien visibles, porque para socializarse de otra manera y entrenarse de otra manera hay que hacerle trampas a las propias reacciones automáticas.

---

<sup>11</sup> Kuschnir, C. aporta la relación con “la estrategia de la servidumbre” presente en las obras de Goldoni, Molière y Genet.

- f. Legitimamos el derecho de la mujer a defenderse. Como eso implica que alguien va a ser molestado o contrariado por su acción, y las mujeres tenemos justamente el entrenamiento opuesto, a veces, se hace necesario, simplemente, aprender a molestar. Una mujer cuenta que un amigo llama habitualmente en momentos inoportunos. Le cuesta decirle que la molesta, sobre todo porque, en el fondo, evalúa que “puede atenderlo”. La medida de lo que nosotras podemos correr a un costado para satisfacer lo que otra persona necesita puede ser muy elástica. Tiene que ver con un mal registro de nuestra propia molestia y del cuidado que nosotras mismas necesitamos. Llegar a sentirnos suficientemente molestas como para exigir cuidados es una adquisición fundamental en este proceso. No registramos la molestia propia y sí, en cambio, la mínima cara de disgusto de alguien. Ese entrenamiento es tan exitoso que, colocadas frente a esa mínima expresión de disgusto, “automáticamente” nos ponemos en marcha para cambiar la sensación de esa persona. Si queremos defendernos, tenemos que aprender a no reaccionar automáticamente en la dirección de disminuir la molestia de la otra persona.

Como reaseguro de la especie, está sólo en manos nuestras que los bebés sobrevivan. Nos entrenamos para entender a bebés indefensos, cuya percepción y cuya expresividad acerca de lo que les está molestando es limitada. Este entrenamiento fabuloso de las mujeres es óptimo para los bebés. Pero, para el resto de los individuos de la especie, esto no solamente no es óptimo sino que es perjudicial. Pasa a ser un ABUSO. Las mujeres estamos entrenadas para ser abusadas. Esta conciencia del lugar que ocupamos es grave. Mientras no tengamos posibilidades de dar testimonios de una cultura alternativa, avalamos peligrosas concepciones erróneas de la cultura hegemónica<sup>12</sup>.

Sabemos defender a otras personas, hijos, marido, pero, con respecto a nosotras mismas, aprendemos a no defendernos. Leonore Walker, una autora que trabaja especialmente el tema de las mujeres golpeadas, llama síndrome de “indefensión aprendida” a la conducta repetitiva que observa en estas mujeres, que otros autores/as confunden con “masoquismo”. Esta disposición no aparece sólo en las mujeres que sobrellevan golpes en su vida matrimonial, sino que forma parte de la socialización de las mujeres. Permitirnos que la agresión llegue más allá de nuestros límites corporales, nos penetre, y nos intoxique como un componente parasitario<sup>13</sup>. Entonces, es importante entrenarse a no comprometer el propio *self* en la defensa.

---

<sup>12</sup> “Puertas adentro, ¿refugio o terror”? (Inédito 1984) y “No vemos que no vemos”, en el **Boletín de la Red Latinoamericana de Mujeres y Salud Mental**, (1992), artículos sobre la violencia doméstica de M. C. Ravazzola

<sup>13</sup> Como ejemplo: una colega presenta un libro muy valioso usando metáforas muy acertadas, a través de relatar un cuento que recordó. Al terminar, se le acercan muchas personas a felicitarla y agradecerle su

A las mujeres se nos enseña a dejar entrar las agresiones (una mujer dice: "ya las tenemos clavadas") a escuchar lo que nos dicen, a tomarlo muy en cuenta. Después de analizar el mensaje cuidadosamente, nos sentimos autorizadas a defendernos. Para entonces ya reaccionamos tarde. Siempre sabemos después cómo hubiéramos querido contestar. Nos ayuda a cambiar imaginarnos que, como los varones, vamos por el mundo manejando una cámara de video. Si alguien nos arremete, lo podemos enfocar con la cámara y, antes de escuchar o considerar lo que propone, lo examinamos para ver si vale la pena o no tomarlo en cuenta.

Estamos adiestradas para transformarnos en una función (en términos matemáticos) de lo esperado por otras personas en relación a las necesidades de ellas. Nuestra persona y nuestro "ser en función de" terminan por confundirse: si dejamos que eso ocurra, no quedan aspectos de nuestro sí mismo que nos representen como personas. Es necesario que, sobre esta reacción automática, pongamos freno, rebobinemos y utilicemos otros recursos. Pero eso hay que aprenderlo.

## **Apéndice**

Entre los/las autores/as que realizaron cuidadosas investigaciones para tratar de evaluar y precisar la presencia de sesgos sexistas en las definiciones con las que operan los agentes de salud mental, los doctores Broverman, Rosenkranz, y otros/as describen un interesante experimento. Se le pide a un grupo de terapeutas que identifique atributos de un varón sano, a otro grupo que identifique atributos de una mujer sana, y a otro grupo que identifique atributos de adulto sano. Y, ¿qué pasó? Los atributos adjudicados al varón sano coincidieron con los adjudicados al adulto sano. Los rasgos presentes en las mujeres sanas, como cierta dependencia, mucha involucración con los problemas de las demás personas, estar más centrada en lo que les pasa a otros que en lo que le pasa a sí misma, no aparecían como atributos de adultos/as sanos/as. ¿Entonces? ¿Cuáles son las alternativas para las mujeres? Si son mujeres no pueden ser sanas.

---

excelente presentación. Hubo una sola persona que se le acercó para decirle que en el tono se le notaba que no era argentina. La colega le aclara, en efecto, su nacionalidad, y entonces, esta persona le dice: "¡Ah! Tal vez lo que vos decís lo decís porque vos tenés otras lealtades distintas de las que tenemos nosotras". Mi colega cuenta este diálogo por poco llorando. Se le hace figura de contraste y ella queda "pegada" *al único comentario malévol, agresivo, entre muchos muy apreciativos*. Ese es el que le produce un impacto significativo, el que promueve dolor; es de ése que se defiende mal y es el que queda triunfante en su experiencia.

