

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Aproximaciones a la perspectiva de género en salud.

Vazquez, Ludmila Yohana.

Cita:

Vazquez, Ludmila Yohana (2021). *Aproximaciones a la perspectiva de género en salud. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/53>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/XKu>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

APROXIMACIONES A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

Vazquez, Ludmila Yohana
Hospital Ramos Mejia. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo surge de los propios interrogantes que como psicóloga de un hospital público me planteo en relación a la necesidad de ubicar las coordenadas de la perspectiva de género y su implicancia en el modo de ejercer la clínica. Las formas de ser basadas en género, condicionan las formas de expresión del padecimiento, el modo en que construimos modalidades vinculares y la forma en cuidamos de nosotrxs mismxs y de lxs demás así como también actúan como fuertes barreras de acceso a la salud. En lo personal, creo que no hay salud -mental- sin perspectiva de género, y que ésta no es algo que se tenga o no se tenga, sino que siempre se está formando.

Palabras clave

Perspectiva de género - Salud mental - Padecimiento - Cuidado

ABSTRACT

APPROACH TO GENDER PERSPECTIVE IN HEALTH

The following paper arises from the questions that as a public hospital psychologist I ask myself in relation to the need to locate the coordinates of the gender perspective and its implication in the way of practicing clinical psychology. The gender based characters condition the ways suffering is expressed, how we build interpersonal relationships and the way we take care of ourselves and others as well as act as strong barriers to access to health care. Personally, I believe that there is no mental health without gender perspective, and that this is not something that you have or do not have, instead it is always being formed.

Keywords

Gender perspective - Mental health - Care - Suffering

Introducción

El presente trabajo surge de los interrogantes e inquietudes que, como psicóloga en un hospital público, me suscita la práctica clínica en relación a la perspectiva de género en salud, las modalidades de presentación de la violencia contra las mujeres y las diferentes formas de expresión del padecimiento subjetivo. Me pregunto, en primera instancia ¿qué eso que llamamos 'perspectiva de género'. Pregunta que me resuena desde el inicio de mi práctica, y a la que intentaré ir dando respuesta desarrollando algunos conceptos teóricos y con pequeñas viñetas. Es un tema por demás amplio, así que tomaré como eje del escrito

el *cuidado*: por un lado; el lugar que las mujeres desempeñamos en las tareas de cuidado, tanto en los ámbitos privados como en el mundo de lo público y la forma en que esto impacta en la constitución de la subjetividad, así como en los modos de padecimiento; por otro lado, el impacto de los condicionamientos de género en el autocuidado de los varones y cómo esto repercute directa o indirectamente en las mujeres.

Una cuestión de género

La categoría género no existe desde siempre y, contrariamente a lo que se cree, no surge a partir de los estudios feministas, sino que fue desarrollada desde el campo de la medicina para dar lugar a los tratamientos de modificación corporal (en su momento llamados de reasignación de sexo) y la intención de "ajustar" la corporalidad de personas intersexuales a la "normalidad" imperante. Es decir, "corregir" los cuerpos sexualmente "ambiguos" por medio de tratamientos quirúrgicos y/u hormonales, para adecuarlos a los dos únicos géneros legítimos según la ideología heteronormativa.

Esta categoría, es apropiada por los movimientos de mujeres de la década del '70 y sus expresiones en los ámbitos académicos, para establecer una distinción entre la diferencia sexual anatómica -a menudo llamada "sexo o sexo biológico"- y el "género", es decir, los atributos asignados a cada grupo en función de su anatomía.

Entendemos el **género** entonces, como una categoría construida socialmente que intenta describir un fenómeno de carácter *cultural* (lo que se concibe como "masculino" y "femenino" no es natural ni universal, sino que es construido y difiere según las culturas, etnias, religiones), *histórico* (lo que cada cultura entiende como "masculino" y "femenino" varía de acuerdo a los diferentes momentos históricos) y *relacional* (lo que se entiende por "masculino" se define en relación con lo que se entiende por "femenino", y viceversa, en un horizonte de significaciones mutuas). Refiere a *todo aquello que nos hace* hombres, mujeres, u otrxs, a un modo de ser, a un conjunto de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, sentimientos, actividades y conductas que son socialmente distintas para mujeres y varones y dan cuenta de una relación de poder y autoridad que se ejerce de unos sobre otras (Balaña; Finielli; Giuliano; Paz; Ramírez, 2019, p. 101).

El género no refiere exclusivamente a las mujeres, idea muy impregnada aún en el sentido común, sino que es una *catego-*

ría relacional de poder que involucra tanto a mujeres como a varones.

A su vez, el género, se cruza con otras características que incluyen etnia, clase, estado socioeconómico, discapacidad, edad, ubicación geográfica, orientación sexual e identidad sexual, entre otros, en un proceso que llamamos **interseccionalidad**, para dar lugar a la base de las desigualdades o inequidades, discriminación, marginación y exclusión social, que tienen efectos complejos sobre la salud y el bienestar.

El **feminismo** es un movimiento social y político de lucha, (movimiento amplio y heterogéneo que inicia formalmente a fines del siglo XVIII) y adviene para visibilizar que se generan diferencias en el acceso a los derechos humanos, el derecho al voto, al trabajo, a la educación, en función del género de la persona, lo que se constituye en desigualdades estructurales que, a su vez, son la base de las violencias hacia las mujeres y otras identidades no hegemónicas. En el seno del patriarcado, el género masculino aparece por encima de otros géneros, en tanto se legitima el poder de los varones sobre las mujeres y cualquier otra identidad. Como estructura que subyace a los modos de vincularse de unxs con otrxs, define lugares asignados para las feminidades y masculinidades y designa posiciones de poder en función del género. Para los varones, el mundo de lo público, única actividad reconocida como trabajo por la remuneración económica que percibe, mientras que para las mujeres se designa el mundo de lo privado. Las actividades realizadas por mujeres al interior de las familias, suelen no ser reconocidas como trabajo justamente porque no implican el intercambio de dinero.

Esta contextualización tiene sentido desde el ámbito psicológico justamente porque tiene *efectos en la constitución subjetiva* de varones y mujeres. Débora Tajer (2021), psicoanalista y sanitarista argentina, señala que estos roles socialmente asignados fueron constituyendo modos de vivir y de construir la feminidad y la masculinidad que crearon representaciones ideales de género que lxs sujetxs fueron asumiendo para sí, y como expectativas hacia los otrxs.

Por último, es importante agregar que en la década del '80, la entrada masiva de la mujer en el mercado laboral, no significó la desaparición de las desigualdades, sino que podríamos decir que las mismas se acentuaron, ya que al mismo tiempo que comenzaron a participar del trabajo remunerado, no dejaron de ocupar los roles de cuidadoras al interior de sus hogares, lo que nombramos como “doble jornada laboral”.

Feminismo y salud mental:

¿Qué es la perspectiva de género?

Hasta aquí, presenté algunos conceptos fundamentales, pero vale preguntarse ¿qué tiene que ver todo esto con el trabajo en salud?

Los aportes del feminismo resultan fundamentales a la hora de pensar en las implicancias de los estereotipos de género en la construcción identitaria y en los modos vinculares que desarro-

llan las personas a quienes atendemos. Así como también, es esencial tener en cuenta las diferencias en el acceso a la salud que resultan de las desigualdades de género y los modos diferenciales de padecimiento que se presentan en la clínica, producto de la adecuación a los mandatos sociales que se imponen al pertenecer o identificarse con tal o cual género.

La construcción social-contextual acerca de qué es ser mujer o varón define funciones, roles y responsabilidades, elecciones de pareja, así como modos de gozar y ejercer la sexualidad, que devienen en la aparición de padecimiento y que es necesario tener en cuenta a la hora de pensar intervenciones en salud mental. Asimismo, las conflictivas al interior de cada pareja, no pueden analizarse por fuera de la legitimación del poder del varón sobre la mujer en nuestra sociedad, siendo necesario diferenciar conflictiva vincular de situación de violencia.

C., paciente que atendí durante un tiempo en el hospital, comienza su tratamiento psicológico ya que se encuentra muy angustiada por dificultades económicas que su pareja atribuye a malos manejos de la economía doméstica por parte de ella. Al tiempo de comenzar el tratamiento C. consigue un trabajo por fuera del hogar, el cual le resulta muy difícil sostener ya que no tiene quien cuide de la hija que tienen en común. Su marido, S. le plantea que no puede cuidar de la niña porque eso interferiría en su propia actividad laboral. Frente a esta respuesta, ella comienza a buscar la forma de realizar otro tipo de trabajo desde la casa, como vender ropa, situación a la que él se interpone manifestándole que “no podría trabajar y ser madre al mismo tiempo, porque descuidaría a la bebé”. Sus discusiones se acentúan a lo que se le suma que S. presenta quejas continuas respecto al modo en que C. educa a la niña en su ausencia, con críticas respecto a la alimentación, a la ropa con que la viste o a cómo se vincula con las maestras del jardín al que asiste. C. presenta mucha culpa frente a estos reclamos, y cada vez que su hija por ejemplo, se enferma de un resfrío, piensa en que es su responsabilidad por no estar completamente disponible para ella.

Elegí esta viñeta, porque creo que ejemplifica muy bien la forma en que ajustarse a los mandatos de género que asocian mujer=madre=única encargada de los cuidados del hogar, generan malestar en C., en tanto su marido S. es quien aparece como el proveedor económico. Pese a esto último, la administración de la economía doméstica depende de C, bajo la mirada supervisora de S. C. aparece en el discurso de P. como una persona a ser tutelada, sin decisión propia, lo cual reproduce la mirada paternalista sobre la mujer bajo la estructura del patriarcado. Asimismo, la distribución inequitativa de las tareas de cuidado se constituye como la base de las desigualdades basadas en el género, lo que se expresa en la “doble jornada” laboral que C. no puede sostener. No porque ella no pueda, podríamos decir, sino porque no se le está permitido. La desigualdad como base de la violencia contra la mujer, se evidencia en este caso en la violencia psicológica que S. ejerce sobre C, en donde su palabra

aparece como la única autorizada para sancionar qué puede y que no, cómo cuidar y ser buena madre.

Mucho se ha criticado desde distintos marcos teóricos psicológicos, acerca de la cristalización de la mujer en el lugar de víctima y la imposibilidad de trabajar su responsabilidad en sus elecciones vinculares que de ello derivaría. En este punto, me parece interesante señalar que Introducir la perspectiva de género a la hora de analizar la posición subjetiva de C. no implicaría desresponsabilizarla por su elección de pareja, pero sí, contemplar los condicionamientos de género que la llevan a identificarse con el estereotipo de madre-cuidadora y a elegir ese hombre que también se ajusta al modelo de masculinidad hegemónica. C. se identifica con esta visión patriarcal de sí misma, que le transmite S. así como con los modelos de maternidad que se le presentan socialmente, lo que le genera mucho sufrimiento. Me interesa señalar que estos determinantes sociales en la constitución de la subjetividad, generan restricciones de la libertad, lo cual se ve por ejemplo en el caso C. quien está imposibilitada de pensar en la idea de corresponsabilidad en el cuidado de su hija o en la organización de las tareas del hogar. Siguiendo este punto, la conceptualización de la violencia como estructural implica pensar las desigualdades de género que se evidencian en esta pareja, como algo que excede la configuración de cierta modalidad vincular entre ellos.

El concepto de patriarcado como una organización social estructural de dominación de varones hacia mujeres, rompe con la diferenciación de la esferas privada y pública. Pone en cuestión que cada pareja defina los modos de relacionarse al interior del vínculo, perteneciendo a lo íntimo el espacio en el que se deben resolver los conflictos, incluso cuando se traten de violencia. De esta forma, invita a pensar el cambio en la posición subjetiva como una desidentificación con esos roles prefijados que generan sufrimiento e invita también a pensar nuestra responsabilidad como profesionales de salud, más aún, de un hospital público, al atender estas cuestiones.

El cuidado como una práctica feminizada

La actual organización de las tareas de cuidado es el eje de las desigualdades entre los géneros y un elemento clave a la hora de pensar en el desarrollo económico de cada sociedad. Este aspecto fue históricamente invisibilizado, social y económicamente, y librado a decisiones en el marco de la esfera privada de las familias.

Entendemos al **cuidado** como todas aquellas “actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto, 2016, pág 3). Representa, por lo tanto, una dimensión central del bienestar social. “Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza, compra y preparación de alimentos) y

la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de cuidadorxs remuneradxs, entre otrxs)” (Rodríguez Enríquez y Marzoneto, 2016, pág 3).

Las sociedades contemporáneas organizan el cuidado mediante la interrelación de **cuatro actores** que lo proveen y distribuyen (OSC): el Estado, mediante sus políticas públicas de cuidado; el mercado, mediante la provisión de servicios mercantiles de cuidado a los que puede acceder la población que tiene una determinada capacidad adquisitiva; los hogares, mediante la provisión de trabajo de cuidado no remunerado realizado por sus miembros; y la comunidad, a través de arreglos comunitarios de cuidado.

En Argentina, las responsabilidades de cuidado están **desigualmente distribuidas en dos sentidos**. Por un lado, entre los actores del cuidado, ya que está centralizado en la familia, en los hogares. Por el otro, al interior de cada familia, son las mujeres las principales encargadas de estas tareas. Según el Módulo de Uso del Tiempo que se incorporó en 2013 a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) las mujeres pasan 5.7 horas por día haciendo trabajo de cuidado no remunerado (quehaceres domésticos, apoyo escolar, cuidado de personas) y los varones dedican en promedio sólo 2 horas diarias (INDEC, 2014). Esta “división social” por la cual las mujeres cargan con la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado implica una menor cantidad de horas y recursos disponibles para dedicarles a su desarrollo personal, productivo, profesional y económico” (DNElyG MECON, 2020). En esta línea, las economistas feministas proponen el concepto de “**economía del cuidado**” para incluir el trabajo no remunerado, visibilizando el cuidado como un trabajo, como parte fundamental para el funcionamiento económico de cualquier sociedad.

Esta distribución desigual en las tareas de cuidado deviene de la concurrencia simultánea de una serie de factores. En primer lugar, la división sexual del trabajo y la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar, sostenidas en valoraciones sociales, prácticas culturales y estereotipos y mandatos de género. En segundo lugar, por el alcance de las instituciones públicas vinculadas con el cuidado y por el paradigma con que fueron construidas (Marzonetto y Rodríguez Enríquez, 2017, pág 4).

El género como un concepto relacional:

¿Cómo se presentan las lógicas del cuidado en varones?

Para finalizar, me gustaría compartirles una viñeta clínica de un paciente varón-cis, que permite ejemplificar las consecuencias en la salud de los varones de los estereotipos y las características que se asocian al modelo de masculinidad hegemónica. Así como también las lógicas diferenciales del cuidado en función del género, tanto del autocuidado como del cuidado que se manifiesta en un vínculo afectivo.

T. es un paciente de 50 años que, al momento de la entrevista, se encuentra internado en el hospital por diagnóstico de covid-19. Mantuvo tres encuentros con él a modo de interconsulta

por psicología. Su cuadro clínico era de gravedad moderada, con requerimiento de oxígeno durante los 10 días que duró su permanencia en el hospital, por lo que los encuentros fueron breves. T se encontraba muy angustiado al comienzo, presentaba intensos miedos en relación a la posibilidad de morir y dejar solxs a su esposa y a sus hijas. Días previos a su ingreso, al comenzar a presentar síntomas, T. deja la casa familiar y se aísla por su propia decisión para no exponerlos al contagio, consultando al sistema de salud, varios días después, al empeorar su cuadro. Durante el tiempo que duró su internación, T. se encontraba muy preocupado por la posibilidad de haber contagiado a su familia, pero al ofrecerle contactarme con ellos para poder acompañar la situación, siempre se negó alegando que eso los preocuparía aún más.

Luciano Fabri (2019) señala que respecto a la gestión masculina de la salud y la enfermedad, se registra una minusvaloración de las alarmas corporales, dificultades para procesar y admitir los malestares físicos y mentales, postergación o inhibición para pedir ayuda, voluntad de “aguante” y autosuficiencia y mayor resistencia, reticencia y abandono de los tratamientos.

Lo interesante de este autor, a mi parecer, es que aporta una mirada novedosa al tema, al señalar que las preocupaciones en torno a la salud de los varones en general no son analizadas en términos relacionales (por ejemplo, cómo afecta esa masculinidad jerárquica a otrxs), sino centradas en la propia identidad (cis)masculina. Básicamente, los discursos hegemónicos en torno al vínculo entre masculinidades y salud van a ocuparse de cómo el denominado modelo de masculinidad hegemónica, afecta la salud de los propios varones que encarnan o pretenden encarnar ese modelo, esto es, el eje a la hora de pensar en los varones y la salud está en los denominados “costos de la masculinidad”. Así, se pierde de vista o no se tiene en cuenta, cómo la afecta no sólo a los varones, sino también a las personas de su entorno, por ejemplo, sus familias. Todos esos déficits de cuidado y autocuidado, que la socialización en la masculinidad supone para los varones, impactan nocivamente sobre la salud de las mujeres.

Cuando hablamos del género como un constructo relacional nos referimos justamente a esto: Cuando los varones se exponen a situaciones de riesgo, descuidan su propia salud ¿Quiénes son las encargadas de cuidarlos o asistirlos?

Resultan interesantes estos aportes a la hora de analizar la viñeta clínica en donde podríamos pensar que la pretensión de distanciamiento emocional de T. como una forma de protección de su familia, no sólo lo perjudica a él ya que lo deja solo durante su internación, sino también que le impide a su mujer la posibilidad de acompañamiento psicológico frente a esta situación, negándose a que se mantenga comunicación con ella “para no preocuparla”, también la está dejando sola con el cuidado de sus hijos. En esta misma línea, es muy habitual al trabajar en interconsulta en el hospital, encontrarnos con varones que demo-

ran las consultas en salud o presentan dificultades en sostener tratamientos en patologías que requieren seguimiento crónico y también es habitual que sean sus parejas, en caso de que las tengan, u otras mujeres de su familia, quienes se ocupen de las tareas de asistencia frente al empeoramiento de los síntomas o cuando el descuido deviene en una discapacidad.

Conclusión

Este escrito constituye un intento de transmitir lo que considero que es “tener perspectiva de género”. Las formas de ser basadas en género, condicionan el modo en que cuidamos de nosotrxs mismxs y de lxs demás, las formas de expresión del padecimiento y también actúan como fuertes barreras de acceso a la salud. El género, la etnia, la edad, la clase social, entre otros, impulsan la discriminación y la desigualdad en la atención.

La situación epidemiológica actual que tiene en el centro mismo de la problemática la palabra “cuidado”, permitió visibilizar aún más la importancia del cuidado en la historia vital de las personas, así como la distribución desigualdad en las tareas de cuidado sobre las familias y, al interior de los hogares, sobre las mujeres, evidenciando la necesidad de políticas en salud que equiparen la balanza.

Creo que visibilizar estos condicionamientos e intervenir para garantizar derechos, es parte de nuestro rol como profesionales de un hospital público, así como permitir una distribución más equitativa en las tareas de cuidado.

Puede sonar idealista o abstracto, pero cuando escribimos “violencia de pareja” en una historia clínica en la que antes se hubiese escrito “conflictiva vincular”; cuando hacemos una intervención familiar para ampliar la red de contención del paciente más allá de la madre o la mujer, así como cuando escuchamos el padecimiento de un varón “que no cree en la psicología”, estamos interviniendo con perspectiva de género. En lo personal, creo que no hay salud -mental- sin perspectiva de género, y que ésta no es algo que se tenga o no se tenga, sino que siempre se está formando.

BIBLIOGRAFÍA

- Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C., Paz, A., Ramírez, C. (2019) “Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización”. Compilado y editado por Compilado y editado por Fundación Soberanía Sanitaria. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Goren (2017) “Desigualdades sociolaborales: una aproximación a sus marcos interpretativos desde la perspectiva feeminista”. Revista Latinoamericana de antropología del trabajo, Vol 1, N° 2.
- Mesa Interministerial De Políticas De Cuidado (2020) Hablemos de cuidados: Nociones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>
- OMS (2017) ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/56/es/>



Rodríguez Enríquez, C., Marzonetto, G., Alonso, V. (2019) "Organización social del cuidado en la Argentina. Brechas persistentes e impacto de las recientes reformas económicas. ASET, estudios del trabajo N° 58.

Tajer, D. (2021) "*Psicoanálisis para todxs. Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*" Editorial Topía.

Varela, N. (2020) "Feminismo para principiantes". Grupo editorial Penguin Random House, Buenos Aires (versión actualizada).