



Psiquiatría y feminismo desde una perspectiva histórica: herramientas epistemológicas para contextualizar la violencia contra las mujeres

Celia García Díaz

Psiquiatra. Profesora del área de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Septiembre 2020. Boletín Psicoevidencias nº 58. ISSN 2254-4046

Durante la Segunda Ola Feminista, en las décadas 60 y 70 del siglo XX, creció el interés en la historia de las mujeres desde una perspectiva de género unida a la cuestión de la locura y el desarrollo de las llamadas disciplinas «psi». La publicación de trabajos como «El segundo sexo»¹, «La mística de la feminidad»², «Política sexual»³ o Luce Irigaray con «Espéculo de la otra mujer»⁴ pusieron de manifiesto la diversidad de las epistemologías feministas que, junto a la obra de Michel Foucault, «Historia de la locura en la época clásica»⁵ e «Historia de la sexualidad»⁶, y el desarrollo del constructivismo social crearon un caldo de cultivo que favoreció el aumento de trabajos de investigación que problematizaban la cuestión de las mujeres en múltiples disciplinas, reflexionando sobre qué había ocurrido con las mujeres en la historia, por qué sus trabajos habían sido invisibilizados y qué factores habían influido en la construcción de una historia masculinizada.

Sandra Harding en su obra «Ciencia y feminismo»⁷ cuestionó la objetividad en ciencia, demostrando que las mujeres habían sido objeto pasivo de investigación, y quedaron anuladas como agentes, enmudecidas para contar su propia historia. Las disciplinas «psi» no han estado exentas de estas críticas, ya que la investigación en los últimos años de la historia de la psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social desde la perspectiva de género han mostrado el carácter androcéntrico y paternalista de las mismas con respecto a las mujeres como objeto de estudio^{8,9,10,11}. A partir de la segunda mitad del siglo XIX la frenología usó las cuantificaciones del peso, forma y tamaño cerebral, entre otros datos, para elaborar metáforas dualistas y reforzar el dimorfismo sexual, con la consiguiente elaboración de un estereotipo femenino con características temperamentales donde predominaban los sentimientos, el afecto, la sensibilidad, la dulzura, la intuición, la pasividad y la abnegación. Sin embargo, en el hombre predominaba la razón, la lógica, la reflexión, la capacidad de análisis, el rendimiento y la capacidad intelectual, así como la creatividad¹².

Estos dualismos no fueron casuales: sirvieron para trasladar a lo social esa diferencia, organizando el espacio de trabajo y relegando a las mujeres al ámbito de los cuidados y lo privado o doméstico, proporcionando justificaciones «científicas» sobre lo peligroso que podía ser para una mujer acceder



a trabajos de hombres, o adquirir estudios superiores¹³. Estas teorías coincidieron con el auge del movimiento feminista del siglo XIX, conocido por reivindicar el sufragio femenino, aunque también por las luchas de las mujeres obreras¹⁴.

Se fue conformando así la idea de que la mujer tendía más a la enfermedad mental que el hombre, lo que funcionó en varios sentidos: por un lado, el mantener a la mujer limitada a un ámbito fuera de lo público, para que el androcentrismo no perdiera poder; y, por otro lado, que se constituyeran en objeto de estudio de la psiquiatría, de los gabinetes tanto privados como públicos. Obras como «*The Female Malady*» de Elaine Showalter¹⁵ y «*Women and madness*» de Phyllis Chesler¹⁶ realizaron estudios historiográficos que mostraron cómo la locura fue feminizada en función a necesidades de legitimación de la disciplina como especialidad médica: enfermedades como la histeria estaban descritas con atributos femeninos, la mayoría de los casos descritos eran de mujeres, participando de un sistema de símbolos culturales que permanecen hasta nuestros días. El concepto del «doble estándar», que desarrolló Chesler, puso en evidencia cómo las mujeres podían ser etiquetadas como enfermas mentales, tanto si se identificaban demasiado con el estereotipo femenino de la época (sumisión, debilidad, pasividad, emotividad) cayendo en diagnósticos como la histeria; o por el contrario, si transgredían estos roles (rebeldía, lucha, fortaleza, independencia y autonomía) podían ser diagnosticadas con otras etiquetas (psicopatía, más tarde trastornos de personalidad). Además, en los albores de la psiquiatría, durante el siglo XIX, la ciencia hegemónica usaba la relación entre aparato genital femenino y sistema nervioso¹⁷ para justificar terapéuticas como las mutilaciones genitales con el fin de aliviar o hacer desaparecer estados melancólicos, histerias, y demás trastornos. Hasta la mitad del siglo XX, cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres generalmente se aludía a la salud reproductiva.

El feminismo problematiza y examina con una mirada extraña lo que cultural y socialmente se da como natural¹⁸. En este sentido, Kate Millet expuso que el feminismo desafiaba el orden social y cultural más arraigado, universal y ancestral refiriéndose al patriarcado¹⁹. Es prioritario que lleguemos a deslegitimar este constructo, a cuestionar el porqué de las cosas, tanto fuera como dentro de ellas, teniendo en cuenta que se ha levantado sobre axiomas como la inferioridad femenina y la subordinación «natural» a los varones. Se trata de hacer visibles las relaciones de poder, de que esa mirada extrañada sobre lo cotidiano se transforme en una mirada específica sobre la situación de las mujeres, y se puedan evidenciar estos mecanismos para establecer estrategias de cambio.

Los estudios de género en Salud Mental han señalado diferencias significativas en el proceso diagnóstico y el tratamiento de mujeres y hombres. Según un estudio cualitativo publicado en 2005 llevado a cabo en centros de Atención Primaria, se objetivó que los profesionales sanitarios tienden a



la prescripción de psicofármacos más en las mujeres que en los hombres; los diagnósticos son también diferentes, siendo las mujeres más etiquetadas como ansiosas y depresivas, y los hombres como consumidores de tóxicos²⁰. La minimización de los sesgos de género en el proceso asistencial, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental, es fundamental para poder abordar esta diferencia. La dificultad radica en detectar los esquemas estereotipados y los simbolismos de género culturalmente disponibles que usamos con las y los pacientes en consulta. Esta visión androcéntrica y reduccionista de lo que es «un hombre y una mujer» nos impide realizar diagnósticos y aplicar tratamientos más ajustados a las realidades sociales y culturales de la población que tratamos.

Las epistemologías feministas han puesto el foco sobre el espacio privado, donde se analizan sexualidad, maternidad y amor. Uno de los trabajos pioneros, el de Susan Brownmiller (1975) puso de manifiesto que, frente al «hogar dulce hogar», existía un «lado oscuro» del ámbito de lo doméstico, como ámbito de alienación, permitiendo así visibilizar estrategias de violencia sobre las mujeres, y que condujo a la definición de la violencia de género, y a la petición de intervención por parte del Estado vía derecho penal y asistencia social, precisamente en las áreas de la vida tradicionalmente consideradas privadas o personales, intocables hasta entonces²¹.

La cuestión de la violencia de género queda enmarcada desde una posición en la que ser hombre o ser mujer se construye desde lugares sociales asimétricos, y tiene que ver con las relaciones de poder-sumisión. Esta construcción asimétrica de la subjetividad está basada en la diferencia sexual, en el papel fundamental que se le otorga a la biología, que impregna la construcción de las subjetividades, y sus consecuencias a nivel social, y no es al revés: «*el dimorfismo sexual no es lo que explica sino lo que justifica la organización social asimétrica y la discriminación del colectivo de las mujeres*»²².

Vivimos inmersos en una sociedad androcéntrica, donde el valor de referencia es lo masculino, y el resto se construye como «lo opuesto», «lo otro», no solo la mujer, sino también otras subjetividades disidentes, que poco tienen que ver con el ideal hegemónico^{23,24,25}. La división del trabajo, la idea de que la mujer se asocia a los cuidados y, tradicionalmente, se ha ocupado de la familia y la esfera de lo privado, ha constituido (y constituye) una trampa para el desarrollo de un ideal femenino igualitario, en concordancia con el momento histórico que vivimos. Muchas mujeres llegan a las Unidades de Salud Mental Comunitaria, sobrepasadas por el papel de cuidadora, e hiperresponsabilizada-culpabilizada de todo lo que ocurra en el ámbito de lo doméstico, independientemente de su nivel cultural o económico. Los deseos y aspiraciones de las mujeres se ven supeditados a este papel de cuidadora-madre-esposa que se le exige socialmente, y que condiciona nuestro desarrollo. El mundo de los afectos, y la importancia de mantener el núcleo familiar a cualquier precio, hace que muchas mujeres soporten situaciones violentas a diario. La subjetividad femenina se organiza, entonces, en torno a los



valores de cuidado, amor a los demás, el amor de sus parejas, e intentando articularlo con el éxito profesional y el trabajo fuera de casa. Esto, unido a cómo se constituye la masculinidad, desde posición de poder, pensando en la mujer como «extensión de él mismo», sin una individualidad propia²⁶ y centrando en ella su soporte afectivo, como un *locus* externo, tiene que ver con la idea de que los hombres deben ser fríos, poco afectivos, y se mantienen alejados del mundo de las emociones. En estas relaciones sumisión-dominación se fraguan los vínculos violentos como forma de mantener esta dinámica.

Las mujeres que se encuentran en esta situación de violencia en la pareja están en situación de conflicto, tanto si perpetúan los mandatos de género estereotipados para mantener la relación, como si los cuestionan por el miedo a la ruptura de la relación. Desde los estudios sobre la subjetividad se define la noción de conflicto intrapsíquico, como las situaciones de tensión que se producen, entre los deseos que están contruidos a partir de lo que se debe ser como mujeres, denominados imperativos o mandatos de género (ser buena, ser madres, cuidar a los y las demás, estar disponible, inhibir la agresividad, saber perdonar...), y aquellos deseos que surgen de otras áreas de interés no tan relacionadas con lo afectivo (el deseo de autonomía, de tener poder para influir y no para ser influida, de decidir en razón de lo que más te interese...)²⁷.

El concepto de «injusticia epistémica hermenéutica» que Fricker²⁸ enunció también emerge en nuestro trabajo como profesionales de la salud mental cuando atendemos a una mujer con psicopatología derivada de una situación de violencia machista, y el /la profesional no maneja, ni comprende los conceptos básicos sobre construcción del vínculo violento y sus profundas raíces culturales. Por ello, el objetivo es proponer herramientas epistemológicas que podamos poner en funcionamiento antes estas situaciones, que utilicemos recursos y que los mantengamos en nuestros esquemas de conocimiento/comprensión ante las situaciones de violencia machista, «*para no rellenar ese vacío con el discurso hegemónico del momento*»²⁹.

La formación del personal que trabaja en Salud Mental en las cuestiones de género es tan importante como estar actualizado en los últimos recursos terapéuticos. Existen nuevas demandas relacionadas con el cambio de posición de los géneros en nuestra cultura, lo que nos obliga a cierta plasticidad ontológica en el curso de las entrevistas, si queremos evitar la medicalización de procesos que se dan por cambios sociales y culturales. Sin embargo, al plantear esta necesidad de formación tendremos que lidiar con las resistencias que surgen en este ámbito, cuando el poder está en juego y los mismos profesionales nos polarizamos y defendemos posturas binarias que están relacionadas con nuestra propia posición subjetiva e incluso, nuestra propia experiencia.



Ser capaces de entender los mecanismos de dominación arraigados en nuestra cultura es vital para poder abordar los problemas de salud mental de las mujeres que viven inmersas en una violencia que, la mayoría de las veces, resulta invisible en el ámbito sanitario o, mejor dicho, cuando se hacen visibles o es demasiado tarde o las secuelas son para toda la vida. Lejos de victimizarlas, hay que desarrollar nuevas formas de escucha, atendiendo a paradigmas y herramientas epistemológicas que se llevan debatiendo desde el feminismo hace más de 30 años. Para ello, dentro de los programas de formación de residentes, debería existir una línea centrada en las cuestiones de género y violencia contra las mujeres, nuevas sexualidades y nuevas masculinidades, que aportaran a nuestro trabajo posiciones teóricas más abiertas y enriquecedoras. Esta formación debería extenderse al resto de profesionales, como una formación estructural, mediante la realización de encuentros grupales, donde trabajar no sólo con los conceptos en sí mismos, sino con lo que a cada uno de nosotros y nosotras nos mueve el abordar este tipo de situaciones.

La elaboración de una guía de un protocolo que aborde el trabajo desde Salud Mental con las mujeres que sufren violencia de género sería imprescindible para acercar a los profesionales de los diferentes dispositivos herramientas que puedan usar y clarificar la utilidad o el perjuicio de intervenciones que son problemáticas, como el plantear denunciar al agresor de forma precoz en los primeros encuentros terapéuticos. Sólo así, podremos evitar otro tipo de violencia secundaria, la violencia institucional que ahoga estas nuevas (y no tan nuevas) necesidades.

Referencias

¹ Beauvoir S. *Le Deuxième Sexe*. París: Gallimard; 1949.

² Friedan B. *The feminine Mystique*. Nueva York: Norton; 1963.

³ Millett K. *Política Sexual*. 2ª ed. Madrid: Cátedra; 2017. La primera edición es del año 1970.

⁴ Irigaray L. *Espéculo de otra mujer*. Madrid: Akal; 2007. La primera edición es del año 1974.

⁵ Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. Méjico D.F: Fondo de Cultura Económica; 1972.

⁶ Foucault M. *Historia de la sexualidad*. Madrid: siglo XXI; 2006.

⁷ Harding S. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata; 1995.

⁸ Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla MJ. La política de género y la psiquiatría española a principios del siglo XX. En: Barral M.J, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD editoras. *Interacciones ciencia género, Discurso y práctica científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria; 1999. p. 185-206.

⁹ Diéguez A. *Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer*. *Revista AEN*. 1999; 19(72): 637-52.



- ¹⁰ García AM, Sainz A, Botella M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*. 2004; 13(46)4: 5-48. [acceso 20 de julio 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es&tlng=es
- ¹¹ Correa AB. El devenir del Trabajo Social en clave de género. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria=Revista de Servicios sociales*. 2009; (46):133-40.
- ¹² Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla MJ. La política de género y la psiquiatría española a principios del siglo XX. En: Barral M.J, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD editoras. *Interacciones ciencia género, Discurso y práctica científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria; 1999. p. 185-206.
- ¹³ Aresti N. *Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Bilbao: Servicio Publicaciones Universidad del País Vasco; 2001.
- ¹⁴ Muiña A. *Rebeldes periféricas del S. XIX*. Madrid: La linterna sorda; 2008.
- ¹⁵ Showalter E. *The female malady*. Nueva York: Panteon; 1985.
- ¹⁶ Chesler P. *Women and madness*. Nueva York: Doubleday; 1972.
- ¹⁷ Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla MJ. La política de género y la psiquiatría española a principios del siglo XX. En: Barral M.J, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD editoras. *Interacciones ciencia género, Discurso y práctica científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria; 1999. p. 185-206.
- ¹⁸ Amorós C, De Miguel A. *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva; 2005.
- ¹⁹ Millett, K. *Política Sexual*. Madrid: Cátedra; 2017.
- ²⁰ Gil E, Romo N, Poo M, Meneses C, Markez I, Vega A. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 2005; 35(8):402-7.
- ²¹ Amorós C, De Miguel A. *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización. Del feminismo liberal a la posmodernidad*. Madrid: Minerva; 2005, p. 78.
- ²² Sánchez MD. Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En Barral MJ, Magallón C, Miqueo C, Sánchez M, editoras. *Interacciones Ciencia género, discurso y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999.p. 164.
- ²³ Vázquez F, Cleminson R. *Los invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España, 1850-1939*. Granada: Comares; 2011.
- ²⁴ Sanfeliu L. "Escrito en el cuerpo": sexualidades femeninas al margen de la norma heterosexual. *Arenal*. 2007;14(1): 31-57.
- ²⁵ García, N. La homosexualidad femenina y su concepción desde la psiquiatría y el psicoanálisis. *Anuario de investigaciones*. 2012;19(2):189-194.
- ²⁶ Bonino L. La violencia masculina en la pareja. En Sichel B et al, autores. *Cárcel de amor. Relatos culturales sobre la violencia de género*. Madrid: Museo nacional Centro de Arte Reina Sofía; 2005. p.98-101.
- ²⁷ Benjamin J. *Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós; 1996.
- ²⁸ Fricker desarrolló el concepto de injusticia epistémica en dos vertientes: testimonial, que consistiría en la no credibilidad de un sujeto debido a su posición social; y la hermenéutica, aquello que le ocurre a un sujeto en un momento histórico-social determinado, donde aún no se puede enunciar lo acontecido.
- ²⁹ Carmona M. Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Revista AEN*. 2017; 37(132): 509-528.