

Sin mujeres no hay salud mental en las comunidades

Maribel Goncalves-de Freitas

Universidad Metropolitana

Introducción

La salud es considerada como un derecho universal de todas las personas, por lo cual los Estados deben garantizar las condiciones para que sus pueblos disfruten de una vida saludable y tengan acceso a los medios idóneos para atender las dolencias y sufrimiento que alteren su salud. No obstante, sobre todo en los países latinoamericanos, este derecho es vulnerado para la mayoría de la población que vive en condiciones de pobreza, que, si bien no son la única causa de las enfermedades y el malestar en general, generan una serie de factores de riesgo que fomentan la aparición de enfermedades físicas y mentales, así como de procesos de sufrimiento psicosocial. De la misma manera, una vez instaurada la enfermedad o sufrimiento, tales condiciones de pobreza disminuyen las posibilidades de prevención y atención de dichas enfermedades o malestares debido a la falta de acceso a servicios de salud y medicamentos, sin considerar las limitadas oportunidades de educación, salubridad en los lugares en los que habitan y alternativas de esparcimiento y uso del tiempo libre.

En mi experiencia como psicóloga comunitaria, he observado en diferentes comunidades que usualmente son las mujeres las que sostienen los procesos organizativos y la vida comunitaria y en especial, las que atienden el sufrimiento y las dolencias de su familia y sus vecinos, dedicando a esto gran parte de su tiempo y de sus vidas en general. Son ellas las que en gran medida incentivan la solidaridad y apoyo entre vecinos/as que se evidencia en la vida comunitaria de muchos sectores de bajos recursos. Esto se convierte desde mi perspectiva, en un arma de doble filo que, si bien permite aminorar de algún modo los efectos a los que me he referido antes, en la medida que las comunidades y sus mujeres (madres, hijas, esposas, vecinas) atienden estos procesos de alteración de la

salud, cabría preguntarnos cuáles son las consecuencias en la salud de estas mujeres producto de la sobrecarga de la labor que asumen como cuidadoras.

La presente ponencia deriva de una investigación enmarcada en la psicología clínica comunitaria (1), fundamentada en la metodología de la Investigación-Acción-Participativa en la cual se constituyó un proceso de intervención con 14 madres de la ciudad de Caracas que han perdido a sus hijos en situaciones de violencia, se desarrollaron 10 sesiones de trabajo grupal, en las cuales se registró la información y se analizó a través del procedimiento de análisis de contenido cualitativo.

Esta presentación focalizará el análisis de los resultados en cómo las mujeres se sienten responsables de los procesos de prevención y atención de salud y cómo ello puede contribuir al trabajo en las comunidades, incorporando para ella la perspectiva de género y en particular, considerando los aportes que pueden ofrecer a este ámbito de la ciencia, los planteamientos de Carol Gilligan respecto a la ética del cuidado y la ética de la justicia y, las perspectivas del “yo concreto” y el “yo generalizado”, propuestas por Sandra Benhabib. Los resultados se irán mostrando a continuación relacionándolos con las nociones teóricas ya mencionadas.

La ética del cuidado y la ética de la justicia

La moral y la ética son aspectos considerados fundamentales en el desarrollo de una sociedad, siendo la moral la que tradicionalmente constituye un pensamiento en torno a lo que se considera el bien y el mal acorde a unas pautas o normas sociales y la ética, es el discernimiento para reconocer los límites del bien y el mal que conduce a un posicionamiento y actuación en torno a dichos límites. Carol Gilligan plantea el cómo los hombres han sido asignados socialmente al ámbito público de la razón mientras que las mujeres han sido destinadas al área doméstica y de los afectos por lo cual, hombres y mujeres, estarían vinculados a “proyectos morales radicalmente distintos”: la ética

del cuidado para las mujeres y la ética de la justicia para los hombres(Fascioli, 2010).

Así, la ética de la justicia adjudicada socialmente a los hombres, refiere a que las normas para estos se han fundamentado en torno a la justicia y los derechos, tras la búsqueda de principios morales abstractos, por los cuales el otro debe ser visto como genérico, y por lo tanto con imparcialidad, sin dejarse influir por los sentimientos y la simpatía.

La ética de las mujeres se establece en torno al cuidado y la responsabilidad, de manera contextualizada, visualizando al otro de acuerdo a sus necesidades y a las situaciones. Son más tolerantes en su actitud hacia las reglas y más fáciles de reconciliar con las excepciones (Esteve, 2007). En este sentido, las mujeres se conciben en relación, siempre en función de otro, lo cual les da una perspectiva de interdependencia. Dicha ética del cuidado está orientada al bienestar de los demás (Alonso y Fombuena, 2006).

En nuestra investigación al revisar la cifra de homicidios por causas violentas se evidencia que en su mayoría son jóvenes varones pues son estos los que se disputan en luchas de poder o frecuentan las calles, asumiendo en general, conductas de riesgo, en sintonía con las acciones propias de la socialización desde una ética de la justicia, aunque paradójicamente de lo que menos se puede hablar es de justicia, siendo incluso que muchos de estos varones suelen considerar que “salen a hacer justicia” cuando van a matar a alguien como un modo de vengar la muerte de un familiar o cualquier otro hecho ocurrido en la familia.

Por el otro lado, nos encontramos a las víctimas secundarias de la violencia (representadas en este caso por las participantes de este estudio), quienes producto del duelo vivido expresan lo “*difícil y fuerte*” que es vivir sin el hijo, que sienten “*como si les hubieran arrancado algo*” o “*como si murieran por dentro*”. Por lo cual, no es posible superar el dolor sino buscar la manera de “*sobrellevarlo*” o “*vivir con el dolor*”.

De esta manera, es claro como las participantes responden a la ética del cuidado en tanto se perciben siempre en función de los otros y en relación con ellos, en especial con sus hijos, por cuya muerte expresan se sienten culpables pues no lograron impedir que salieran de casa o tal vez se equivocaron en algo cuando los criaron. Así, consideran que como madres son responsables del bienestar de sus hijos y de hecho consideran que viven en zozobra y temor por lo que deben resguardar a los hijos que les quedan vivos y, además, seguir luchando por lograr esclarecer la muerte de sus hijos y en este sentido, se consideran *“la voz de los muertos”*, es decir, deben decir lo que ellos ya no pueden expresar.

Su vinculación entonces, no sólo es con su familia directa, sino que también está en relación con otros, pues como dicen las participantes: *“...cuando yo me entero que algún conocido o amigo de mis hijos lo matan por la violencia yo pienso es en sus mamás, porque yo ya he pasado por eso, y eso es muy doloroso”*. *“Cuando oigo de otro hijo que muere se me remueve todo”*.

Las otras madres, aun cuando no las conozcan son para ellas también una preocupación, pues se identifican con su dolor y por ello están dispuestas a apoyarlas pues consideran *“que quien mejor que quien ha pasado por el mismo dolor”* y está es la razón por la que las participantes de la investigación se interesan en constituir una red de madres que han perdido a sus hijos producto de la violencia y se reúnen para apoyarse y *“aprender a vivir el dolor en compañía”* y hacer algunas acciones en pro de otras madres para lo cual construyeron un tríptico informativo para dar a conocer a las personas, en general, la situación de violencia e impunidad que estamos viviendo en el país y el sufrimiento por el cual están atravesando las madres víctimas secundarias de la violencia: *“yo quisiera que las leyes cambiaran y así exista justicia para cada madre, para parar un poco ese sufrimiento que llevan...”*; *“...que se entusiasme más la gente, haya o no haya fallecido su hijo o un ser muy querido, porque esto lo tenemos es que vivir todos, porque es el pan nuestro de cada día”*.

Este brindar apoyo a otras, por un lado, les permite a ellas recuperarse de su dolor, pero en compañía de otras personas y haciendo bien a ellas, tal como lo

expone Marianela: *“había que ayudar a esas mujeres que no han tenido esa facilidad que he tenido yo de buscar yo misma mi apoyo... eso me ha ayudado mucho, ayudar a los demás me ha ayudado bastante...”*. Por otro lado, da cuenta de la solidaridad y compromiso social que emerge a partir de compartir su situación de dolor que no solo puede ayudarlas a recuperarse pudiendo *“sobrellevar”* su dolor, sino que es un aporte a otras personas en situación similar y a la toma de conciencia en la sociedad respecto de lo que esta situación implica. Así pues, el proceso de trabajo en grupo a través de la red muestra una alternativa de combatir en cierta medida los efectos de la violencia vinculados a la pérdida de la confianza y destrucción de los lazos de solidaridad, favoreciendo el aislamiento y la pérdida de respeto hacia los otros.

Esta propuesta presenta una moral particular en las mujeres que lejos de ser una debilidad se convierte en una contribución para el desarrollo de una sociedad más humana y democrática (Cortés y Parra, 2009). Del mismo modo, que refleja la madurez moral de las mujeres al considerar al yo como algo inmerso en una red de relaciones con los otros (Benhabib 1990 en Alonso y Fombuena, 2006; Esteve, 2007).

De igual manera, Gilligan no supone que estas éticas son opuestas, sino que más bien las concibe como complementarias, puesto que ambas organizan tanto el pensamiento como los sentimientos, fortaleciendo a las personas para la toma de decisiones, tanto en la esfera pública como privada. Integrar ambas éticas (la de la justicia y la del cuidado) sugiere una persona moralmente madura. La dificultad de ello radica en que primero debe reconocerse la existencia de esta ética del cuidado, propia de las mujeres y además considerarla con la misma importancia que la ética de la justicia (Fascioli, 2010). Dicha dificultad puede evidenciarse en planteamientos como los de Blum (1988 en Fascioli, 2010), quien reconoce que el cuidado y la responsabilidad son aspectos morales de la

relación, sin embargo, considera que éstos aspectos morales no tienen la misma importancia que los valores de imparcialidad y universalidad en el funcionamiento social.

Alonso y Fombuena (2006), expresan su sorpresa respecto a que no haya mayores esfuerzos por reflexionar en torno a la relevancia de la ética en la asistencia de la práctica profesional del trabajo social, por lo cual incorporar esta noción supone un desafío en la separación de los dominios público y privado y una “recomposición de nuestro concepto de moralidad”, es decir una moral que más allá de incorporar el valorar la actuación de acuerdo a las normas sociales preestablecidas desde parámetros universales y neutrales que supone una justicia igual para todos de la misma manera se convierta en una moral que incluya además la consideración de las particularidades y necesidades del Otro.

Ética del cuidado en la salud de las comunidades

Tal como señala Haraway (1984), la Clínica-Hospital y el Hogar son dos de las posiciones sociales idealizadas para las mujeres, siendo espacios feminizados. Al pensar en ello podemos entender cómo en las comunidades las mujeres suelen encargarse de cuidar a otros cuando están enfermos, prestar servicios de enfermería a sus vecinos y familiares cuando les es requerido y de algún modo se sienten responsables porque los otros gocen de buena salud, tal como queda evidenciado en nuestras participantes con las acciones desarrolladas dentro de la investigación al constituirse como red, de la misma manera algunas de estas mujeres, tras la muerte de sus hijos, se han convertido en líderes comunitarias o en militantes de derechos humanos, esto en función siempre de ayudar a otras madres o personas que han pasado por situaciones similares.

Todo ello muestra como velar por la salud de las personas en las comunidades, se convierte en un espacio “privilegiado” para las mujeres en tanto cumplen con una función social que se les ha asignado acorde a sus roles de género. El que esa atención de la salud se gestione dentro de la propia comunidad

le permite desarrollar esta función social sin alejarse de su espacio doméstico, es como una suerte de hogar ampliado, en el que ahora no sólo cuida de sus hijos, padres, esposo y otros familiares que lo requieran, sino que también se compromete con los vecinos/as.

Cortés y Parra (Cortés y Parra, 2005 en 2009) coinciden con este planteamiento al mencionar que la participación social está muy vinculada con la ética del cuidado y la socialización de género, por cuanto se ha encontrado que muchas mujeres participan en labores relacionadas con la salud en lugares cercanos a sus hogares para no “descuidar” el cuidado de los mismos. Del mismo modo, que muchas se incorporan a actividades motivadas por necesidades de otros, especialmente de los hijos, lo cual hace considerara esta participación social como una extensión de la maternidad.

Las comunidades, el hogar o la clínica- hospital se convierten así, en lugares en los cuales las mujeres pueden desarrollar algunas actividades, adaptadas a las cualidades asociadas a su género, acorde con las pautas definidas en el proceso de socialización: manejarse desde la concepción del espacio privado, como son las profesiones o actividades que implican el cuidado del otro.

Aunque cumpla el rol de madre, esposa, hija, vecina o aun como líder comunitaria, que debería suponer un “lugar de poder”, la mujer propone para sí y se espera de ella una condición de abnegación. En este sentido, las mujeres sibien, usualmente manifiestanestar muy satisfechas por esta responsabilidad, en otras oportunidades, sobre todo en situaciones de crisis, expresan su agotamiento producido por la sobrecarga de las actividades que realiza. Pero, a pesar de ello, moralmente siguen considerando que eso es lo adecuado. Es entonces compleja la problematización del cuidado como responsabilidad única de las mujeres en el marco de tan arraigadas construcciones de género.

La integración de la ética del cuidado y la justicia. Un reto para la Psicología Clínica Comunitaria

Tal como lo plantean Ramírez y Parra (2009), para alcanzar una “democracia real” es necesario que los valores del cuidado dejen de ser exclusividad de las mujeres. Una de las alternativas que podríamos plantear para afrontar este reto es promoviendo un nuevo rol para las personas de la comunidad tal como se describe en la psicología clínica comunitaria; llámese “cuidador comunitario” (Góis, 2012) o coterapeuta (Montero y Goncalves-de Freitas, 2010). En todo caso, es aquel (hombre o mujer) que cuida de sus vecinos de la comunidad (aun cuando no los conozca) que necesitan ayuda para solventar situaciones que les generan malestar. Es un rol que en equipo con los/las profesionales de la salud mental, y en muchos casos sin la presencia de éstos, permite reestablecer el bienestar de las personas de esa localidad, atendiendo a su sufrimiento y fomentando sus potencialidades, con una comprensión contextualizada tanto desde la individualidad, como de la comunidad en su conjunto, pero no desde una posición de abnegación sino de construcción conjunta y de acompañamiento, en el que tanto “cuidador” como “cuidado” tienen un compromiso con su propio bienestar, el de los otros y el del colectivo.

El reto sería como hacer que esto no se convierta en deber único de las mujeres para mantenerlas circunscritas al espacio privado, pues si bien la noción como tal no refiere a ellas, el no problematizar que sean mujeres las que generalmente se comprometen, puede ser una manera de sostener la condición por omisión. Del mismo modo, referir a estos términos de manera genérica suponiendo que hombres y mujeres se involucran de la misma manera, es también una comprensión sin perspectiva de género. Es fundamental entonces incluir el género como una variable en el enfoque de la psicología clínica comunitaria.

Se trata entonces de introducir nuevas prácticas de socialización en lo cotidiano que rescaten el valor de lo femenino y lo tradicionalmente marginado. En este sentido, es importante en la socialización de género evidenciar las identidades construidas jerárquicamente (subordinación-dominación) a fin de generar nuevas pautas, desarrollando así una labor netamente política (Cortés y

Parra, 2009). En este sentido, la organización de las participantes de la investigación en una red y el querer promover acciones en su propia comunidad o más allá de estas a fin de ser escuchadas y atendidas es una muestra de la incorporación de la ética del cuidado.

En concordancia con ello, Benhabib plantea el desafío de no relegar la ética del cuidado a la esfera privada, sino integrarla en la esfera pública. Así pues, “propone no renunciar a una teoría moral universalista, pero si lograr integrar la perspectiva del otro concreto”, aceptando la dignidad del otro generalizado a través del reconocimiento de la identidad moral del otro concreto; esose constituye en un *universalismo interactivo*, que reconoce que cada otro generalizado es también un otro concreto (Fascioli, 2010: 52). En términos de Paéz (2000:65): “La tarea del cuidador será la de personalizar o individualizar a cada uno como único.”

Benhabib considera que es necesario reconocer la ética del cuidado como universal, pues si esta no se interioriza puede ocurrir un detenimiento del desarrollo en los aspectos de relación con los demás. En tanto el sujeto pierde su parte de humanidad:

“No se trata de que las relaciones entre las personas sean sólo más justas sino cálidas, comprensivas, tolerantes y que permitan abarcar las relaciones humanas desde la comprensión de la fragilidad y no desde la potenciación de la fuerza y la competitividad.” (Alonso y Fombuena, 2006:15).

“Tal universalismo sólo se logra a través de un diálogo moral que sea realmente abierto y reflexivo. Ni la concreción ni la otredad del otro concreto puede ser reconocida en ausencia de su voz. Esto implica un contexto dialógico de compromiso, confrontación e incluso la lucha por el reconocimiento, para que pueda surgir el otro como alguien distinto a mí, sin que lo reduzca a una proyección personal o lo ignore en la indiferencia”. (Fascioli, 2010:53).

Esta propuesta puede ser considerada para entender y atender otras poblaciones que están en una posición de marginación y exclusión, tal es el caso de las comunidades de bajos recursos económicos; compromiso político de la psicología clínica comunitaria. Lo cual es confirmado por Fascioli (2010: 56) al afirmar respecto de la propuesta de Gilligan: “Su ética del cuidado es más que una ética feminista, es una ética para todos”. Del

mismo modo, lo secundan Cortés y Parra (2009:7), quienes comentan: “Si desde una ética del cuidado se busca el bienestar de los demás, se estaría pensando un derecho al bienestar de todos los excluidos”.

En este sentido, Alonso y Fombuena (2006:9) manifiestan que la ética del cuidado recoge aspectos relacionados con aquellos “directamente agredidos o injustificadamente mal tratados, desde la vida cotidiana, desde un conocimiento específico”; es una justicia que se hace cotidiana en tanto fomenta conocer las obligaciones respecto de los otros con los que se tiene relación y, que se amplía a todos los seres humanos, por encima de los conceptos preestablecidos, del bien y del mal.

Referencias

Alonso y Fombuena (2006). La ética de la justicia y la ética de los cuidados.

Portularia, VI(1), 7-16. Disponible en: <http://www.rabida.ahu.es/depace/bisstream/handle/10272/517/b1519381.pdf>

Cortés, D. y Parra, G., (2009). La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanías. **Psicología desde el Caribe**, 23, 183-213. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311917010>

Esteve, M. (2007). Contraste de dos perspectivas más allá de la ética de la justicia: Seyla Benhabib y Carol Gilligan. Jornadas de Fomento de la Investigación.

Universitat Jaume. Disponible en:

<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/22.pdf>

Fascioli, A. (2010). Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. **Revista Actio** 12, 41-57. Disponible en:

<http://www.actio.fhuce.edu.uy/texto/R/fascioli12.pdf>

Góis, C. (2012). **Psicologia Clínica-Comunitária**. Fortaleza: Banco do Nordeste de Brasil.

Haraway (1984). Manifiesto Ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado. (Traducción de Manuel Talens y pequeños cambios de David de Ugarte. Disponible en:

http://www.webs.uvigo.es/xenero/profesorado/beatriz_suares/ciborg.pdf

Martín-Baró, I. (1996). Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica. San Salvador. Séptima edición. UCA editores.

Montero, M. (2010). "Para una psicología clínica comunitaria: antecedentes, objeto de estudio y acción". En A. Hincapié, (Comp.). **Sujetos políticos y acción comunitaria. Claves para una praxis de la psicología social y la clínica social-comunitaria en América Latina** (pp. 221- 247). Medellín:EditorialUniversidad Pontificia Bolivariana.

Paéz, R. (2000). La ética de las virtudes y enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 8 (1-4), 60-68, Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/enoo1-4m.pdf>