



Universidad Andrés Bello
Dirección de Post-grado
Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Escuela de Terapia Ocupacional
Magíster en Terapia Ocupacional con mención en Intervención Psicosocial

SER MUJER CON PROBLEMAS GRAVES DE SALUD MENTAL

Análisis de historias ocupacionales desde una perspectiva feminista

Tesis para optar al grado de Magister en Terapia Ocupacional Mención Intervención
Psicosocial

Vanessa Andrea Moncada Contreras
Paula Daniela Paredes Sierra

Profesora guía: Gloria Silva Espinosa
Guía Metodológico: Iván Torres

Santiago, Chile

2016

DEDICATORIA

A las dos mujeres que compartieron parte de sus historias de vida

A las que comparten día a día con nosotras; Ximena y Mona mujeres incondicionales.

Para ti, Anaís.

A nuestras amigas, colegas y compañeras feministas

Y por supuesto a nosotras

“El feminismo es la idea radical que sostiene que la mujeres somos personas”

(Angela Davis)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a nuestras familias, madre, padre y hermano, que coinciden en la vida de cada una de nosotras, como personas fundamentales. A Gloria nuestra guía de tesis, por acompañar, enseñar, compartir y contener en este proceso como mujeres feministas y terapeutas ocupacionales. Agradecer infinitamente a la Comunidad Terapeuta de Peñalolén por acoger y permitir esta investigación y por supuesto a ambas mujeres que confiaron y accedieron a encontrarse con nosotras.

Gracias compañeras y colegas del Núcleo de Terapeutas Ocupacionales feministas por el espacio de escucha y sororidad durante gran parte de nuestro procesos como investigadoras. A todas y todos quienes fueron y son parte de nuestra formación profesional, así también a las personas que hicieron posible esta investigación

Y gracias a quienes en el cotidiano nos acompañaron y creyeron en nosotras.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
I FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
II PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	53
III MARCO TEÓRICO.....	54
1.- Perspectiva crítica de la mujer en Chile: De la construcción de género al feminismo.....	54
2.- Políticas públicas y salud mental en Chile: Una mirada crítica a los conceptos de salud mental.....	67
3.- Reforma psiquiátrica en Chile, un cambio paradigmático de la salud mental en Chile.....	75
4.- Cuestionamientos en torno a la definición de Ser mujer.....	80
5.- Mujer y salud mental, la resistencia ante el diagnóstico.....	85
6.- ¿Por qué una terapia ocupacional crítica?.....	89
7.- Historias de vida y ocupaciones, hacia un concepto de historia ocupacional.....	95
8.- Violencia Institucional hacia mujeres y la problemática en el acceso a derechos.....	103
IV MARCO METODOLÓGICO.....	109
1.- Diseño metodológico.....	109
2.- Diseño muestral.....	113
3.- Técnicas de producción de información.....	119
4.- Técnicas de procedimiento de análisis de información.....	122

V.- ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO.....	127
VI.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL.....	192
BIBLIOGRAFÍA.....	205
ANEXOS.....	214

RESUMEN

Para una práctica transformadora política y por tanto crítica de la terapia ocupacional consideramos necesaria una perspectiva feminista de base no solo en el análisis teórico sino también en la práctica de la disciplina.

En el siguiente documento se presenta el trabajo de investigación realizado durante el año 2015 con dos mujeres consultantes de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén con el objetivo de Analizar cómo se configura el ser mujer para dos mujeres con problemas graves de salud mental, a través de sus historias ocupacionales. Durante este periodo nos reunimos con cada mujer en cinco oportunidades realizando entrevistas en profundidad que permitieron indagar en sus historias ocupacionales.

La metodología utilizada es de tipo cualitativa mediante el análisis crítico de discurso, el que permite identificar ejes de análisis de los cuales se desprenden tópicos de investigación en los que centramos la información recopilada y el posterior análisis, orientado a los conceptos de ser mujer, acceso a derechos, contextos significativos, vivir con problemas graves de salud mental e historias ocupacionales, sin embargo durante el proceso nacen tópicos emergentes que son abordados en las conclusiones. Estas discusiones finales muestran una relación implícita entre el ser mujer y vivir con problemas graves de salud mental, aunque al análisis ambas mujeres no relacionan estos conceptos, al momento de relatar situaciones de vulneración se evidencia violencia cuando cada tópico se presenta por separado sin embargo al unirse la idea de ser mujer y “loca” dicha vulneración se potencia y se explicita en sus historias ocupacionales.

ABSTRACT

For a transformative political practice and therefore critical of occupational therapy, we consider a feminist perspective based not only on theoretical analysis but also on the practice of discipline.

The following document presents the research work carried out during the year 2015 with two women consultants from the Peñalolén Therapeutic Community with the objective of Analyzing how women are configured for two women with serious mental health problems, through their Occupational histories. During this period we met with each woman in five opportunities conducting in-depth interviews that allowed us to investigate their occupational histories. The methodology used is qualitative by means of the critical discourse analysis, which allows the identification of analysis axes of which research topics focus on the information collected and the subsequent analysis, oriented to the concepts of being a woman, access To rights, significant contexts, to live with serious problems of mental health and occupational histories, nevertheless during the process arise emergent topics that are approached in the conclusions. These final discussions show an implicit relationship between being a woman and living with serious mental health problems, although to the analysis both women do not relate these concepts, when reporting situations of violation violence is evident when each topic is presented separately, however, Joining the idea of being a woman and "crazy" this violation is strengthened and made explicit in their occupational histories.

INTRODUCCIÓN

Cada sistema, ya sea social, económico, salud y/o educativo se ha construido y ha actuado respondiendo a ciertas estructuras de poder. Más allá de quien(es) representen dicha estructura en cada período histórico, existen inequidades que responden a categorías económicas, sociales, sexo, etnia, religión que limitan el acceso a derechos vinculados a cada sistema. Para las mujeres, el acceso a derechos se entiende como privilegio, y no como derecho, limitando y marginando a quienes no cumplen con los estereotipos construidos socialmente para acceder a los Derechos Humanos, destacando en este grupo a las mujeres, no como un grupo vulnerado, sino como sujetas de derechos oprimidas por el hecho de ser mujeres.

Lo que nos interesa problematizar y tensionar, es la situación de mujeres con problemas graves de salud mental, marginadas en el acceso a derechos como salud, trabajo, educación, protección social, vivienda y la invisibilización de las mujeres con problemas graves de salud mental en el sistema patriarcal, entendiendo que ninguno de los dos ejes - mujeres – problemas graves de salud mental- han sido atendidos o valorados tanto en su relación como en su particularidad.

Lo anterior se expresa en que actualmente no existen políticas públicas específicas orientadas al abordaje de la situación de estas mujeres, lo que potencia la marginación cotidiana y vulneración de Derechos Humanos, al interferir en el ser mujer y todo lo que

esto conlleva, entendiendo que este se encuentra sumergido en el modelo imperante neoliberal capitalista que ejerce su poder a través del patriarcado.

Pretendemos, rescatar mediante Historias Ocupacionales, los procesos de configuración y la experiencia de SER mujeres con problemas graves de salud mental, los significados atribuidos a sus contextos significativos evidenciando el acceso a derechos dentro y fuera de estos, y la forma en que puedan interferir en la construcción de la identidad como mujer.

Desde una perspectiva feminista los ejes de análisis que permitirán fundamentar nuestra investigación están orientados a la configuración del SER mujer en dos mujeres con problemas graves de salud mental, la cual nos guía en la problematización crítica de sujetas sociales, que habitan y se han construido en espacios dominados por el patriarcado, invitando a dialogar y cuestionar la forma en que se configuran las mujeres como tales, buscando visibilizar la opresión y dominación histórica hacia la mujer. Así también las experiencias de vidas de mujeres ligadas a problemas graves de salud mental, a través de historias ocupacionales, las cuales esperamos construir en conjunto a las mujeres con quienes compartiremos durante el proceso.

I.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Existen cifras que han permitido proyectar datos a futuro en cuanto a los problemas de salud mental de mujeres, se estima que hacia el año 2020 dichos padecimientos podrían constituirse como la segunda causa de muerte y discapacidad en las mujeres (Testa & Spampinato, 2010, p. 177). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud revela cifras específicas en torno a procesos como depresión, trastornos neuropsiquiátricos, donde un 41,9% de la población de las mujeres, presenta dichas problemáticas a diferencia de un 29,3% de la población masculina. Si bien estos datos datan de hace 10 años aproximadamente, la proyección está dada para dentro de 6 años lo que permite evidenciar una problemática latente en nuestra sociedad y el mundo (Testa & Spampinato, 2010, p. 177).

En la actualidad se cree que la brecha entre hombres y mujeres ha disminuido, sin embargo, existen antecedentes que dejan de manifiesto la importante desigualdad, por ejemplo, en la participación laboral:

La mayor tasa de participación se da en las mujeres de los dos deciles de mayores ingresos (X y IX), con 56,9 y 60,6% respectivamente, mientras que las mujeres del primer y segundo decil esta tasa de participación llega al 23,1 y 27,6% respectivamente. Esta tendencia se da a la inversa en el desempleo, pues frente a este, son las mujeres del primer decil quienes exhiben tasas más altas de desocupación con un 42,5%, mientras que en las

del décimo decil, este porcentaje alcanza solo el 4,8% (CASEN 2009) (SERNAM, 2011, p. 41).

Por otra parte, en el ámbito de la salud, según estudios de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, “la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años, congruente con lo observado en el mundo” (MINSAL, 2013, p. 12). De lo anterior es que esta situación de salud en las mujeres alcanza un 9% mientras que en los hombres un 6.4%, por lo que la prevalencia de sintomatología depresiva llega a un 25.7% en los últimos tiempos.

En Chile, según datos de la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). El 21% de los trabajadores refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses, lo cual es significativamente mayor en las mujeres”. Por otra parte, según los datos entregados por la ENS 2011, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva se da en mujeres principalmente en edades entre 45 y 64 años, específicamente en personas de menor nivel educacional. Según el MINSAL en el año 2010, la presencia de trastornos afectivos y ansiosos son mayores en mujeres que en hombres, con una relación 2:1 y 2,7:1 (ENETS, 2009-2010)

Si bien la Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más del año 2007, refiere que en nuestro país son escasos los antecedentes respecto a las diferencias de género en cuanto a esta situación de salud, evidencia datos como que el 19.2% de las

mujeres presenta un episodio de depresión mayor durante los primeros meses posterior al parto, por lo que esta situación de salud es mayor en mujeres que en hombres, así como diferencias en la presentación de la sintomatología, donde se tiene el prejuicio de que las mujeres son más sensibles y presentan mayor irritabilidad y llanto que en el caso de los hombres.

En cuanto a la Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia, 2009, esta evidencia diferencias en la expresión de síntomas respecto al género, además de las consecuencias de esta problemática de salud mental. “Las mujeres experimentan el inicio de la esquizofrenia en edades más avanzadas que los hombres, presentan mayores índices de comorbilidad y polimedicación” (MINSAL, 2009, p. 30).

En temáticas de Salud desde el MINSAL, existen Guías Clínicas propuestas por el Gobierno, desde el año 2005 cuando nace el AUGE, Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, posteriormente llamado GES Garantías Explícitas en Salud, hasta la actualidad se han generado orientaciones técnicas llamadas Guía Clínicas de las cuales cuatro refieren temáticas relacionadas a Salud Mental: Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años (2007), Guía clínica depresión en personas de 15 años y más (2007,2009,2013), Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia (2009) y Guía clínica Trastorno bipolar en personas de 15 años y más (2010).

En términos generales, según la ENDISC 2015 el porcentaje de mujeres en situación de discapacidad entre 18 años y más llega a un 24,9%. Ahora bien, desde políticas sociales,

la encuesta CASEN del año 2011, menciona que “las mujeres con dificultad psiquiátrica representan el 5.5% es decir el 152.983 del total de las personas con discapacidad de causa psíquica”. Es importante mencionar que este informe respecto a las cifras refiere. “nuestro país sea más incluyente con los varones con discapacidad que con las mujeres con discapacidad y ofrezcan, por tanto, más oportunidades a los hombres que a las mujeres”. ENDISC 2004. Ahora bien, desde Políticas Sociales, la Encuesta CASEN en el año 2011, menciona que “las mujeres con dificultad psiquiátrica representan el 5.5% es decir el 152.983 del total de las personas con discapacidad de causa psíquica”.

Como antecedente anexo, desde el año 2001 existe un convenio entre el antiguo CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) hoy SENDA (Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol), FONASA (Fondo Nacional de Salud) y MINSAL (Ministerio de Salud), para la atención de la población general y mujeres que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas, el cual hasta el año 2009 mantiene una cobertura de 8.712 personas, del cual se estima que las mujeres presenten un aumento en trastornos ansiosos y agresiones y una disminución en cuanto a la dependencia de alcohol y la presencia de situaciones de salud como la cirrosis hepática. (FONASA, 2009).

Lo anterior evidencia una mirada general desde Chile hacia la política pública y las medidas concretas que abordan los gobiernos en relación a mujeres y salud mental. Es por ello que consideramos necesario visibilizar y evidenciar los antecedentes expuestos

anteriormente, no tan solo para enmarcar, sino también problematizar con propiedad la investigación y mostrar una temática que históricamente no ha sido abordada.

En el marco de la política pública como medida de acceso a derechos humanos y mujeres nos parece pertinente presentar acuerdos internacionales (Convenciones, tratados, planes y programas de acción internacionales y nacionales) a los que ha adscrito Chile, en contra parte a la baja política pública nacional que evidencie acciones que respondan a los acuerdos y tratados mencionados.

En Chile el 3 de enero de 1991 fue creado mediante Ley de la República el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) (Ley 19.023), actual Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. A partir de la creación de un servicio exclusivo que mira las necesidades, problemáticas y gestiona políticas públicas orientadas a las mujeres, se desprenden un conjunto de convenios y declaraciones que entregan marco a este servicio, ya que deja de manifiesto que hay orientaciones formales que deberían dar sustento a las políticas públicas construidas para las mujeres y personas con diversas identidades de género.

En 1993 se da lugar a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, 1994).

Conferencias de Naciones Unidas a nivel mundial y regional, principalmente, la Plataforma de Acción de Beijing (1995). Que en su declaración busca

Promover los objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo, en interés de toda la humanidad, enuncian también el

reconocimiento de las aspiraciones de las mujeres del mundo entero y tomando nota de la diversidad de las mujeres y de sus funciones y circunstancias (ONU, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, pág. 2)

De la conferencia anterior se desprende el concepto de *transversalización de género*, una estrategia para promover la igualdad de género, adoptada de manera explícita en el ámbito de la cooperación internacional en la Plataforma para la Acción de Beijing (1995), se refiere a la necesidad de influir en todas las metodologías, análisis, políticas y planificación desde una perspectiva de género:

(...) los gobiernos y otros actores deben promover una política activa y visible de integración de la perspectiva de género en todas las políticas y programas y, para ello, antes de que se adopten las decisiones, debe hacerse un análisis de los efectos sobre las mujeres y los hombres, respectivamente (FIIAPP, 2007, p. 6).

Programa de Acción de El Cairo (1994), en uno de sus apartados explicita trabajar por la igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer, todo esto mediante: mejoramiento de la condición de la mujer, la niña, responsabilidades y participación del hombre.

Por su parte la Declaración de Viena (1993) también declara trabajar por la igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer. En uno de sus apartados establece: “La Conferencia Mundial de Derechos Humanos pide encarecidamente que se conceda a la

mujer el pleno disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y que ésta sea una prioridad para los gobiernos y para las Naciones Unidas” (ONU, 1993, pág. 39).

- Entre 1994- 1999, SERNAM ejecuta el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres.

Por otra parte, se desarrolla el Programa de Acción Regional para las mujeres de América Latina y el Caribe (1995-2001), que, en su conjunto, constituyen el cuerpo de derechos humanos de las mujeres.

- 1997, aparece Políticas de Igualdad de Oportunidades para la Mujer Rural, con la participación de organizaciones de mujeres.
- 1999, se lleva a cabo segundo Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2000-2010.
- 2000, a través del Instructivo Presidencial N°15, el Presidente de la República creó el Consejo de Ministros para la Igualdad de Oportunidades.
- 2002, Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) el “Sistema de Equidad de Género”. Ley 20.348. Igualdad de Remuneraciones entre Hombres y Mujeres, lo establece SERNAM en Chile.
- Durante los años 2002 - 2003 se da lugar al período de implementación (DAEREN, 2001).

No es nuestro afán sentenciar a los gobiernos en relación a las medidas desde las que entienden el ser mujer, sino que queremos mostrar que el abordaje de las problemáticas

que viven las mujeres sigue siendo desde otros contextos vinculados al sistema político-económico en el que vivimos, como por ejemplo el trabajo. Queremos evidenciar la limitación de la mujer, direccionada hacia cumplir un rol más cercano a lo masculino, que produce la invisibilización de las otras necesidades de la mujer, como es la situación de salud mental. Ejemplo de eso, es que durante años se creyó que se abordaba la igualdad de sexos, mediante la incorporación de la mujer al trabajo, que posteriormente evoluciona hacia medidas que mejoraban las condiciones laborales de la mujer en el mundo del trabajo, lo que se produjo fue la llamada igualdad entre hombres y mujeres en dicho contexto. Un ejemplo es la Integración de la transversalización de género en el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (SESMA) en Chile, dejó en claro que el trabajo de Género en esta organización, se ha concentrado principalmente en el análisis de la situación de las mujeres en distintas actividades productivas y cómo se expresa esta desigualdad en términos de riesgos sanitarios, desprotección laboral y discriminación en el lenguaje. Sin embargo, estas medidas perpetúan la mirada machista hacia la mujer, en el sentido de querer homologarla al hombre. Lo que nos interesa de esta idea, es que se logre evidenciar la particularidad de la mujer, como sujeta distinta al hombre, y no como ser sometido por el patriarcado.

Luego se establece el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) de Equidad de Género Chile, iniciado en el año 2003. Se ha elaborado un Plan de igualdad de oportunidades para el periodo 2000-2010 (SERNAM, 2007). Esto evidencia nuevamente la idea problematizada anteriormente. “Los efectos de las reformas estructurales del sistema de pensiones chilenas sobre la equidad de género”. CEPAL (bcn, 2005). Así

también la Reforma al Sistema de Pensiones (Ley N° 20.255). El objetivo de esta ley busca disminuir la brecha entre mujeres y hombres en cuanto a las pensiones en vejez (Yáñez, 2010).

De la información anteriormente mencionada se evidencia la falta de antecedentes en torno a Salud Mental, por lo mismo es interesante hacer algunas aproximaciones a la categoría que tradicional e históricamente se ha conceptualizado a partir de lo que expone la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que la entiende:

...como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

Salud Mental “como proceso, y por tanto como construcción social” (como se cita en Custo, 2008, p. 20). Esta idea abre un sinfín de posibilidades de comprender este mismo concepto, por lo anterior, consideramos pertinente exponer otras perspectivas ya que, desde una mirada crítica, la OMS limita el campo de la Salud Mental, dificultando prácticas y problematización de la categoría, evidenciando que el abordaje que se hace de los problemas de Salud Mental no logran responder las reales necesidades situado en un contexto histórico determinado, subjetivante y reproductor de prácticas y saberes.

A continuación, algunas referencias sobre la categoría Salud Mental desde diferentes autores:

Enrique Pichon-Riviere, en 1978, expone lo siguiente:

... el sujeto es sano en la medida en que aprehende a la realidad desde una perspectiva integradora y tiene la capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez el mismo. En la medida que mantienen un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida pasiva y estereotipada... la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad, en la relación sistematizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo (como se cita en Custo, 2008, p. 20).

En el año 1983, nos encontramos con Berman:

El análisis de las categorías utilizadas por el hombre para definir conceptos como salud y enfermedad, normal y patológico demuestra la existencia de un campo ambiguo, indefinido, lleno de contradicciones. Esta ambigüedad- paradigma de ocultación ideológica acerca de las realidades características del problema- cumple la función de escamotear el que los criterios de salud y enfermedad dependen de las diversas culturas, del desarrollo dialéctico de la relación conocimiento científico/modo de producción y que llevan implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia (como se cita en Custo, 2008, p. 21).

Posteriormente, en 1996, Vicente Gali nos presenta:

Desde el punto de vista de cualificación del estado de vida mental; estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos- equilibrio e integración progredientes, con crisis previsibles e imprevisibles registrables, subjetivamente u objetivamente- en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social (como se cita en Custo, 2008, p. 21).

Siguiendo, en la década de los 80', Galende enfatiza que salud mental rompe la frontera de una ideología de la enfermedad mental en el individuo, hacia una intervención más preventiva sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico. Lo que se propone es la construcción de un *lazo social*.

Si bien, las anteriores referencias responden a una mirada más problematizadora de la Salud Mental, en sí misma, cada una de esas ideas, no logra abordar toda nuestra intención, sí logramos aunar lo que queremos entender por Salud Mental, en lo que refiere a continuación Esther Custo:

Salud Mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos (como se cita en Custo, 2008, pp. 21-22).

Por la simpleza del lenguaje, pero complejo de la categoría, lo que expone Custo, consideramos aborda todas las áreas pertinentes al campo de la Salud Mental, a la teoría y la acción. Rompe con la mirada sistémica, política neoliberal, expone lo intersubjetivo, lo colectivo, lo paradigmático y la acción misma del trabajo en el campo de la Salud Mental, la desindividualiza, despatologiza, por lo tanto, no hay un foco en el sujeto individual, sino que está en el marco de las relaciones, lo que a nosotras nos produce, entender nuevas formas de trabajar – intervenir con personas (quienes abordan las problemáticas, como quienes las viven) vinculadas a la Salud Mental.

Para tensionar lo que entenderemos como categoría Salud Mental, es necesario problematizar la política pública chilena referida a la categoría. La Norma Técnica N°90, desde una perspectiva individual, establece que las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad presentan un conjunto de deficiencias (hacen referencia a la Clasificación Internacional de Funcionamiento –CIF- de la OMS) ligadas principalmente a su *funcionamiento psicosocial*: según la norma técnica:

...merma en la capacidad de análisis y percepción de la realidad – dificultades en la planificación y evaluación de conductas – en la expresión y modulación de los afectos y emociones - mayor vulnerabilidad a situaciones estresantes – limitación en el desarrollo del lenguaje y comunicación asertiva y efectiva – dificultades en el contacto, interacción y sentido de límites sociales - disminución en la capacidad de autocuidado y autoprotección – dificultad en el desempeño de roles y tareas -

dependencia elevada de otras personas y dificultad en manejarse autónomamente - entre otros (MINSAL, 2006).

Si bien la definición anterior, logra problematizar y poner de manifiesto que las personas viven una serie de dificultades graves, el origen de esta problemática, sigue explicándose desde lo individual, no se hace referencia a que las dificultades de las personas están en constante interacción con lo que el resto de las personas de la comunidad producen, es decir, que hay contextos que determinan también la producción de un sufrimiento mental:

Desde una perspectiva social, los Trastornos Psiquiátricos Severos históricamente han estado asociados a valores, conceptos y prácticas socioculturales poco tolerantes, discriminadoras, que limitan enormemente las posibilidades de desarrollo y oportunidades de las personas que los vivencian, atentando incluso contra sus derechos humanos. Esta “actitud” social se manifiesta en todos los entornos en donde las personas con Discapacidad Psíquica se desenvuelven y desde luego les generan enormes sobre exigencias de adaptación e integración (MINSAL, 2006).

A diferencia de cuando hablamos de Salud Mental, con este concepto queremos hacer alusión a procesos más sociohistóricos del sufrimiento mental de las personas, hablar de Salud Mental establece que la problemática de los sujetos no está solo en relación a lo individual, sino que permite ampliar el enfoque de la problemática, hace referencia a una perspectiva más situacional de lo que viven las personas.

Si anteriormente enunciamos legislación específica en relación a Salud Mental, ahora se señala en particular lo que sucede con Mujeres y Salud Mental, especialmente la lectura de diversos documentos y la Política Pública de Salud Mental Chilena, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000.

Como contexto sociohistórico relata que durante los años 60' – 70' emerge la Reforma Psiquiátrica en Europa y todos los movimientos de anti psiquiatría y cierre de los hospitales psiquiátricos en los distintos países de esta parte del mundo. Momentos históricos que comienzan a llegar e influir en Chile, específicamente y en particular los movimientos de Anti psiquiatría italiana, la sectorización francesa y el movimiento de Salud Comunitaria de Estados Unidos, influyen en Chile y se constituyen como base teórica que problematiza las prácticas de Salud Mental realizadas hasta ese momento en el país.

Durante los años previos a la dictadura militar, se inicia una fase de humanización en torno a las intervenciones que recibían las personas que eran diagnosticadas psiquiátricamente. Chile comienza a realizar prácticas orientadas desde una Psiquiatría Intracomunitaria (Marconi, 1968), enfoque que prima en el país, a partir de una lógica sanitaria, con la finalidad de intervenir dentro de la comunidad. Por lo mismo la intervención se comienza a realizar en el territorio y situada, intervenciones que logran complementarse con lo que propone Weinstein en 1963, entendido como una Salud Mental Poblacional, la que establece que la lógica no es la enfermedad mental, sino el

Bienestar Social. La finalidad es pasar de los modelos hospitalarios hacia un modelo Comunitario, desde una Salud Mental Comunitaria.

En el año 1973 se produce un quiebre de estas prácticas en salud mental, psicólogos/as sociales comunitarios sostienen que la apertura de los y las profesionales de Salud Mental de los sesenta en relación a la incorporación de la comunidad y la dimensión social de los problemas de salud, sus elaboraciones teóricas e innovaciones prácticas, fueron interrumpidas por el Golpe de Estado de 1973. Hospitales, centros de salud y universidades pasaron a ser controlados por autoridades de confianza del régimen, quienes ejercieron una censura que habría impedido seguir desarrollando dichos modelos críticos (Piper, 2008, p. 41).

A partir de dicho quiebre, emergen alternativas al margen de la institucionalidad oficial para resolver sus problemas de supervivencia y reconstruir el tejido social. Esas intervenciones se hicieron al margen de las instituciones del Estado, ya sea desde Organizaciones No Gubernamentales (ONG) con financiamiento extranjero, o bien desde instituciones ligadas a la Iglesia Católica (Piper, 2008). A partir de este contexto sociohistórico nace por ejemplo la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. Durante el año 1989 se comienzan a establecer los principios y ejes que rigen el trabajo en Salud Mental, principios tales como: Derechos Humanos, Territorio, Enfoque, Trabajo en Red, Participación y Promoción, entre 1990 y 1993 se entiende como la fase de humanización en Salud Mental.

Es durante el año 1993 que se establecen las prioridades del plan, que apuntaban a modo general a la Rehabilitación de la Discapacidad de Causa Psíquica, a través de centros alternativos a los hospitales psiquiátricos. Durante los años 1995 y 1997 se trabaja en los protocolos del Plan Nacional, que formalmente durante el año 2000 se declara, para lograr entenderse como Política Pública. Entre los años 2000 y 2004, trabaja y mantiene cierta autonomía, pero finalmente durante el año 2004 con la Reforma en Salud, la Red de Salud Mental se entiende como una subred de Salud General y por tanto todas las acciones relacionadas con la Salud Mental de la población. Hoy existe el PNSM año 2000 que tiene como principios: Enfoque Biopsicosocial, Derechos Humanos, Comunidad, Atención Primaria en Salud, Trabajo en Red de los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría y la organización de Usuarios y Familiares.

A pesar de los Acuerdos Internacionales en torno a la equidad de género, que permitieron ser la génesis del cambio en cuanto Políticas Públicas y la construcción teórica de estas. “Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer”, ratificada en Chile 1989. Hoy en la Política Pública Chilena, los Programas y Reformas de Legislación relacionadas con la Mujer y Género, son orientados y trabajados desde el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Dentro de este servicio se desprenden Programas y Reformas orientas a los siguientes temas: “Área Mujer y Trabajo”, “Violencia contra la Mujer”, “Área Mujer y Maternidad”, Reformas Legales dirigidas a temas relacionados con la mujer como Derecho de familia, Cuidado personal de los hijos,

Regímenes patrimoniales en el matrimonio, Pensiones de alimentos, Bienes familiares, Trabajo a distancia, Trabajadoras de casa particular, Acoso sexual y laboral, Igualdad en el pago de remuneraciones, Violencia en el pololeo, Participación política (SERNAM, 1991).

En relación a las Políticas Públicas orientadas a las problemáticas de Salud Mental y en particular en mujeres, la Norma Técnica N° 90, Concepto de Enfermedad Mental, Trastorno Psiquiátrico Severo (Norma Técnica N°90 Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad (septiembre 2006) solo queda de manifiesto que en las siguientes normas no se explicita en relación a mujeres y la particularidad de su situación. En efecto, aunque la norma técnica anteriormente mencionada, da luces de lo que se entenderá como Trastornos Psiquiátricos Severos, no problematiza el concepto, como por ejemplo lo hace Saraceno diciendo:

...como su entorno inmediato la enfrenta y acoge, y más aún, como el contexto sociocultural le brinda o no oportunidades para su desarrollo. Estas personas presentan necesidades específicas vinculadas a su condición mental y requieren de sistemas de apoyo eficaces que por un lado les ayuden a generar competencias para afrontar las demandas de su entorno, pero también les promuevan ambientes facilitadores de su actividad y desarrollo (como se cita en Parella, 2003, pág. 228)

Solo se centra en que el Trastorno Psiquiátrico Severo son fenómenos prolongados, que tienen expresión sintomática y que producen un grado variable de discapacidad, producen una serie de dificultades no sólo en el desempeño que la persona tiene en relación a las diversas actividades de la vida – casa, intercambios, trabajo. De la información y antecedentes recabados anteriormente, podemos evidenciar otra ausencia, ya no sólo salud mental en cuanto mujeres, sino sobre la historia y la visibilización de las mujeres en sí mismas.

La historia de las mujeres no es historiográfica, no existe un registro formal porque cada vez que se han organizado y articulado ha sido en efecto y dentro de un proceso histórico, por ejemplo: el rol de la mujer en las guerras, el rol de la mujer en las revoluciones, en las catástrofes, entre otras. Para Luz Martínez y Rosa Escapa, autoras de la *Guía para la participación social y política de las mujeres*:

El feminismo se apoya en el reconocimiento de las mujeres como grupo específico y sistemáticamente oprimido. Además de la afirmación de que las relaciones entre hombres y mujeres no están inscritas en la naturaleza, sostiene que la posibilidad política de su transformación existe: la vindicación nace de la contradicción entre el afirmar principios universales de igualdad, por un lado, y la realidad de la desigualdad de poder, bienes, derechos y oportunidades entre mujeres y hombres (Martínez & Escapa, 2008).

Es por ello que para hablar y problematizar la situación de las mujeres nos posicionaremos desde una perspectiva feminista, crítica en sí misma que nos permita evidenciar no sólo la invisibilización y vulneración histórica, sino también la lucha y reivindicación de la mujer que promueven los postulados feministas:

La toma de conciencia de las mujeres como colectivo humano de la opresión, dominación y explotación de la que han sido y son objeto por parte de colectivo de varones en el seno del patriarcado bajo sus distintas fases históricas de modelo de producción, lo cual les mueve a la acción para la liberación de su sexo en todas las transformaciones de la sociedad que aquella requiera” (red, 1997).

Para la comprensión del presente, es necesario explicar lo que se entiende como **Patriarcado**, autoras lo define como “El gobierno de los padres” (agendadelasmujeres, 2005), donde se destaca que el varón ejerce el poder desde la familia, es decir domina todos los aspectos relacionados a la vida familiar, entendiendo a esta como “base de la sociedad”, la que sostiene que es el hombre quien debe trascender tanto en lo privado y lo público. Desde el feminismo se cuestiona este concepto y se hace necesario vincularlo a las evidentes opresiones cotidianas y subordinación de la mujer, como por ejemplo las relaciones de poder que se producen al interior de las familias (subordinaciones desde padre a hija, esposo a esposa, hermano a hermana) o en las relaciones interpersonales en contextos de trabajo (acoso laboral), estudio (educación sexista), amistades (estereotipos), etc. Por tanto, el patriarcado “es el único que se refiere específicamente a la sujeción de

las mujeres y singulariza la forma del derecho político que los varones ejercen en virtud de ser varones” (Pateman, 1995). Mientras que en aspectos más políticos directos esta definición enfatiza en el poder y las diferencias sociales, “Como un conjunto de relaciones sociales entre los hombres que tienen una base material, y aunque son jerárquicas, crean o establecen interdependencia y solidaridad entre ellos que los capacitan para dominar a las mujeres”. (Hartmann, 1981).

Como pretendemos construir las historias de las mujeres con quienes trabajaremos, es necesario revisar y visibilizar la historia del feminismo, para ello Amanda Labarca, en su libro el Feminismo Contemporáneo, hace una revisión histórica de cómo se comienza a tejer la Teoría Feminista, inicia contextualizando que desde la religión católica es desde donde principalmente ha sido oprimida la mujer, aunque la biblia refleja cierta “igualdad” en sus escritos, es el hombre de la iglesia el que la pone (a la mujer) en una posición de inferioridad, y es quién lo ha perpetuado por los siglos. La autora habla de etapas, que se explicarán a continuación:

Primera etapa: Las Marisabidillas, habla de un grupo de mujeres que se dedicaron a la escritura, mujeres novelistas, algunas de ellas firmaban sus obras como hombres para poder hacerlas públicas mujeres como: Cristina de Pisa (primera profesional de la pluma), Magdalena de Scudery (escritora novelista que firmaba como hombre para que sus obras fueran representada), Ana Condesa de Winchelsea, Jane Austen, Mrs. Radcliff.

Dentro de esta etapa da lugar una revisión más bien histórica, habla de dos grandes revoluciones que comienzan a darle un lugar a la mujer en el espacio público: La

Revolución Industrial y La Revolución Francesa. Dejando en claro que en sus génesis no participaron mujeres, previo a estas revoluciones, es importante pensar cómo era la familia previa al siglo XIX: cuenta que era una familia patriarcal, aglomeradas en sus generaciones que crecían en torno al patriarca, con criadas, auxiliares de las faenas y caseras. Tendían a lo rural y la mujer tenía una importante función: amén de la maternidad, indispensable a la subsistencia del hogar; era necesaria, aunque fuese soltera. Ninguna función económica la expulsaba a las afueras de su casa. Las artesanías, se desarrollaban en pequeños talleres en la propia casa de los maestros.

Fines del siglo XVIII se aplicó la fuerza motriz, es decir el hombre dejó de producir en casa, comienza a comprar lo que necesita, lo que aumenta la producción a gran escala, lo que no solo genera puestos de trabajo para los hombres, sino también para niños y mujeres, a quienes se le pagaba menos, un ejemplo de esto es la fábrica de algodón Samuel Slater, que en 1820 cambió a 60 operarios hombres por 30 mujeres para disminuir el costo de producción. Posteriormente en la revolución francesa, se proclama la igualdad de los seres humanos, en la que no podían excluir a las mujeres, por lo que en 1789 se declara en la asamblea general “los privilegios del sexo masculino son entera e irrevocablemente abolidos en toda Francia. El sexo femenino gozará siempre de la misma libertad, de los mismos derechos, y los mismos honores del sexo masculino” (Labarca, 1947), por lo que algunas mujeres comenzaron a participar en comités políticos como Olimpia de Gourgez y Rose Lacombe, hasta la llegada de Napoleón, que nuevamente obliga a la mujer a vivir en sumisión, sin embargo, las historiadora destaca que el feminismo no hubiese avanzado “si las leyes fueran más poderosas que los imperativos económicos” (Labarca, 1947). En

1798 Mary Wollstonecraft publica los primeros panfletos feministas en pro de mejorar las condiciones de las mujeres, los que no generaron mayor impacto en la época.

Existe una segunda etapa, que Amanda Labarca refiere como las Renegadas, donde describe a mujeres que, para poder educarse, trabajar, y ser consideradas en las sociedades se visten y actúan como hombres, aun así, seguían invisibilizadas para esta (la sociedad). Algunas Renegadas destacadas son Amandina Lucila, Concepción Arenal y Flora Tristán. De lo anterior es que, en 1833 debido al sometimiento y discriminación vivido por las mujeres, específicamente en temas de educación es que nace la tercera Etapa de Las Adelantadas, donde se abre las puertas del bachillerato en Estados Unidos para formar mujeres profesionales como Isabel Blackwel que en 1849 se transforma en la primera médica del país, situación que se replica en Chile hacia el año 1877. Posterior a esto es que se da inicio a los primeros movimientos feministas centrados en la reivindicación de los derechos civiles y políticos, específicamente el derecho al sufragio y a la educación.

A raíz de lo anterior, en Chile se cuenta con registro de la primera organización de mujeres, específicamente en Valparaíso con la Sociedad Obreras de socorros mutuos de Valparaíso (1897), sin embargo, la multiplicidad de organizaciones se concentra en el norte del país, esto en el contexto de las huelgas del Salitre. Hacia 1917 se crea la primera central sindical de mujeres llamado Consejo Federal Femenino, dos años más tarde (1919), dicho consejo toma la iniciativa de solicitar derechos civiles y políticos para las mujeres, lo que permitió que en 1925 se firmará un decreto de ley que da las mujeres la posibilidad de congregarse tanto en Santiago como en Provincia, lo que en 1934 permite

la participación de las mujeres en el sufragio municipal, y se visibiliza la participación de mujeres en partidos políticos. Al año siguiente se funda el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH). Previo a la dictadura militar, existe un auge de la participación de las mujeres en poblaciones, participando de las Juntas de Abastecimiento y Precios JAP en las que se demanda por vivienda, servicios básicos para dichos territorios, así también la participación en comedores populares y en el paro patronal. Durante el período de dictadura a pesar de la represión a las organizaciones de mujeres y los centros de madres se conforma el Movimiento de Mujeres Pobladoras MOMUPO, quienes años más tarde, declaran identificarse con el movimiento feminista, mientras que en 1984 se funda en Santiago Chile la Colectiva Lésbica Feminista Ayuquelén.

Cabe destacar, que en 1981 se realiza el primer encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe con sede en Colombia, del cual su séptima versión se lleva a cabo en Chile en el año 1996, en el cual, se evidencia la tensión entre las feministas autónomas y las feministas de ONG o feministas políticas. Al año siguiente Diputadas de la Concertación de partidos por la Democracia proponen un proyecto para modificar la ley de partidos políticos en el que se asegure un equilibrio en cuanto a la presencia de mujeres y hombres en temas políticos.

Posteriormente, en el año 2000 a raíz de los diferentes encuentros latinoamericanos, varios estados entre ellos Chile, proponen la Transversalidad de Género en sus instituciones. Ya hacia el año 2005, durante el Décimo encuentro Feminista

Latinoamericano y del Caribe los debates se centran o cambian su énfasis hacia la coexistencia de diferentes feminismos y el apoyo a temas como la mejora de las condiciones de vida de las mujeres, el antirracismo y las mujeres negras.

En el 2008 se evidencia la distinción entre Feministas Autónomas y las Feministas Políticas, al realizarse el Encuentro de Feministas Autónomas Latinoamericanas en México.

De lo anterior, es importante señalar que las feministas se dividen en dos grandes corrientes, el Feminismo de la Diferencia representado por las Feministas Autónomas Radicales que buscan el cambio del orden simbólico, al reconocer los valores femeninos tradicionales otorgándoles al margen de las estructuras patriarcales autoridad y poder social, mientras que el Feminismo de la Igualdad representada por las Feministas Políticas proponen que la sociedad a través del cambio del sistema sexo-género integre en igualdad de derechos a hombres y mujeres en las estructuras sociales reconociendo la diversidad de mujeres y hombres (VVAA, 2011).

A partir de lo anterior, según algunas autoras, existe una etapa a la que llaman la tercera ola del Feminismo, se enmarca en respuesta al surgimiento de los diversos feminismos, en respuesta a un feminismo del primer mundo (mujer heterosexual, blanca), que ha invisibilizado a las demás mujeres, las que no caben dentro de este estereotipo, así también, habla de “Los feminismos” porque se construyen en relación a las necesidades, y los diversos focos y asuntos en las distintos momentos de las mujeres, no se impone por sobre otros feminismos.

Las mujeres de esta última ola pretenden destruir los conceptos erróneos que la gente asocia con las feministas. Saben que ser feminista y luchar por la igualdad no tiene nada que ver con cortarse el cabello, dejarse crecer el bello en las piernas...feminismo es también poder votar, participar en cualquier aspecto de la vida pública y privada, ejercer su sexualidad con total libertad, denunciar cualquier abuso sexual y violación, destruir los estereotipos de belleza y “convertir política en acción (Gilmore, 2001).

Ya con antecedentes del marco sociohistórico del Feminismo, nos parece interesante problematizar sobre el sujeto – objeto del feminismo, que son las mujeres, más aún sobre el foco principal de nuestra investigación, que es el SER Mujer, vinculado además y no menos importante, al hecho de que, quienes estamos en el proceso de investigación, somos dos mujeres, quienes inevitablemente comenzamos a cuestionarnos qué significa ser mujer, para ello iniciamos una búsqueda específica en este tema, que nos permitiera tener un marco de referencia que sostuviese nuestra subjetividad, algo que sostenga nuestra idea.

Existen definiciones desde los diferentes paradigmas que comprenden a la mujer, desde una perspectiva biológica, psicológica, social, antropológica, mística y/o religiosa entre otras, sin embargo, para efectos del presente, tomamos autoras académicas, pero también del relato de mujeres como nosotras, que nos permitiera hacer una lectura crítica pero propia de la subjetividad de la mujer.

Por ejemplo, Lorena Astudillo nos comenta “Toda mujer es feminista” (Lorena Astudillo, Comunicación Personal, 2015 febrero 20) la reivindicación está en actos

cotidianos, esto nos abre a una de las posibilidades del ser mujer: ser mujer es ser feminista. Ejemplo, la mujer que es sometida económicamente por su marido quien entrega un monto justo para mantener los gastos del hogar, pero ella guarda un pequeño monto para ahorrar, ese acto, responde a una acción feminista, de empoderamiento aún en las limitaciones propias que produce el patriarcado. Sin embargo, nos encontramos con una tensión, desde lo académico, cuando Judith Butler, indica o sostiene la delgada línea del feminismo como ideología hegemónica.

Esto se convierte en una cuestión políticamente problemática si se puede demostrar que ese sistema crea sujetos con género que se sitúan sobre un eje diferencial de dominación o sujetos que, supuestamente, son masculinos. En tales casos, recurrir sin ambages a ese sistema para la emancipación de las «mujeres» será abiertamente contraproducente (Butler, 1999, pág. 47).

Entendemos que para el feminismo la sujeta en cuestión es la mujer, quien propone de alguna manera una identidad particular, es decir características o rasgos que más que definirla en sí misma lo que producen es diferenciarla del resto, en este caso del hombre, por ello tensionamos la idea de definir a La Mujer como una sujeta individual y de representación única, ya que la idea Las Mujeres, asumiendo la pluralidad y multiplicidad de seres, nos permite destacar el rol político de estas. De lo anterior es que como investigadoras y terapeutas ocupacionales el SER mujer es empoderamiento habitando un espacio que permita un proceso colectivo y subjetivante de configuración y lucha, es decir

el ser mujer en la medida que actuamos y que ocupamos nos vamos construyendo como tales.

Si bien entender el ser mujer como un significado limita su configuración, no podemos obviar que históricamente la categoría de mujer se ha definido como una alteridad a la del hombre, lo que nos lleva a la idea que no existe una definición correcta e incluso propia como investigadoras, de lo que es ser mujer, pero sí concebimos lo que No queremos ser/sean, es decir no queremos la opresión de perpetuar con la mirada hegemónica del patriarcado que define a la mujer como única y como contraria al hombre y sus características, así como lo que propone Simone De Beauvoir al hablar del eterno femenino en una de sus frases célebres "No creo en el eterno femenino, una esencia de mujer, algo místico. La mujer no nace, se hace" (Beauvoir, 1949), lo que permite abrir la posibilidad de construcción y de emanciparnos de la contraparte del hombre, pero al mismo tiempo posibilita la confusión en cuanto a definir la categoría de mujer. Sin embargo, creemos que dichas categorías (mujer-hombre), son producto del sistema patriarcal a modo de conveniencia por lo que el ser mujer es buscar problematizar desde la experiencia misma y desde el interior al patriarcado como estado de opresión. No esperamos encontrarnos con víctimas indefensas sino al contrario con una lucha interna, incluso desde lo cotidiano, desde los espacios que habitan estas mujeres en los que su ser está relacionado a las estructuras sociales, donde el presentar una problemática de salud mental no es excluyente en la configuración de ser mujer, pero socialmente enriquece una segregación y vulneración.

“La 'mujer' no es cada una de nosotras, sino una construcción política e ideológica que niega a 'las mujeres' (el producto de una relación de explotación)” (Witting, 2006, pág. 39). Por tanto, para nosotras, SER mujer es Ser desertora del sistema patriarcal empoderándose y luchando dentro y contra este, pero para luchar es necesaria la identificación con el colectivo, que permite la configuración a partir de procesos subjetivantes, sujetos a dicho colectivo de mujeres. De lo anterior, es que entendemos a las mujeres como categoría política, al asumirme como mujer estoy siendo política y haciendo política.

De lo anterior es que dicha configuración se lleva a cabo en la medida que avanza el tiempo y las experiencias se suman, donde muchas veces el discurso se contrapone con la realidad vivida y las herramientas con las que enfrentamos diversas dificultades, las que al parecer existen pero no sabemos utilizar porque hay un otro que me contiene y me guía, sin embargo, como investigadoras mujeres queremos validar la construcción personal sobre un postura que no queremos tener, los privilegios y las condenas a las que no queremos acceder.

Sin embargo, en esta construcción no podemos negar la inminente violencia de este sistema para quienes habitan en él, sin embargo, existen situaciones y actos de violencia en diferentes niveles que vulneran a la mujer por el de hecho de serlo y no por sus características particulares o su forma de habitar, es sólo por pertenecer a una categoría que generaliza y a la vez invisibiliza. Por lo tanto, para comprender la categoría de

violencia es necesario exponer diferentes perspectivas en torno a esta temática, como por ejemplo la OMS refiere a la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS).

Hacia el año 2002 la Organización Panamericana de la Salud OPS, para la Organización Mundial de la Salud formulan el Informe Mundial sobre Violencia y la Salud, el cual enmarca la violencia como preocupación y prioridad para la salud pública, otorgando un marco de referencia para instancias normativas de las diferentes naciones, en pro de la salud de comunidades y poblaciones a nivel mundial. Lo anterior bajo el contexto actual, situando al siglo XX como una época marcada por la violencia en tanto destrucciones masivas, guerras, violaciones a derechos humanos, pobreza y el uso de violencia como medio de opresión.

De lo anterior es que dicho informe dentro de sus postulados propone una clasificación general para los tipos de violencia, comprendidas como:

1. Violencia dirigida contra uno mismo
2. Violencia interpersonal, que implícitamente hace referencia a la violencia que se ejerce contra las mujeres, “En 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el

mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas” (Informe mundial sobre violencia).

3. Violencia colectiva (social, económica, política) entendida como “...el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales”.

Por otra parte, la ONU, refiere a partir del Artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación y la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas, ratificada en el año 1981, violencia contra la mujer como:

...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vía pública o privada (ONU, 1981)

Además de entregar lineamientos sobre los diferentes escenarios en que se desarrolla la violencia contra la mujer, y las formas de ejecución, de lo que se desprende:

1. **Violencia contra la Mujer dentro de la Familia:** En la pareja: violencia física, psíquica, sexual, prácticas tradicionales nocivas: infanticidio, ablación o mutilación genital,

preferencia por hijos varones, matrimonio precoz y/o forzado, exigencia de la dote, crímenes por honor, prácticas nocivas con mujeres de edad o viudedad.

2. **Violencia contra la Mujer en la Comunidad:** Femicidio, violencia sexual infringida fuera de la pareja, acoso sexual y violencia en el lugar de trabajo, en las instituciones educativas y en los deportes, trata de mujeres.

3. **Violencia contra la Mujer cometida o tolerada por el Estado:** (A través de agentes o políticas públicas): Privación de libertad, esterilización forzada.

4. **Violencia contra la Mujer en conflictos armados:** Violencia física, psíquica o sexual.

5. **Violencia contra la Mujer y discriminación múltiple:** Factores como: la raza, origen étnico, casta, clase, condición migrante o refugiada, edad, religión, orientación sexual, estado matrimonial, discapacidad, condición VIH, etc.

De lo anterior destacamos específicamente respecto a la violencia hacia la mujer, una de las conferencias más destacadas, que lograron establecer normativas legales específicas en relación a la situación de las mujeres, la Conferencia de Pekín (1995) de la ONU, señalan que es:

todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (OMS, 2010).

Dentro de ella, realiza una diferencia entre la violencia de pareja y la sexual: La violencia de pareja está referida al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. Mientras que la violencia sexual es entendida como cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. La violación es un tipo de violencia sexual.

Por otra parte, la Conferencia de Pekín (1995) permitió concretar qué tipos de violencia se incluyen dentro de las de "género", aquí se exponen tres tipos de violencias:

1. La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por la pareja, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas de la pareja y la violencia relacionada con la explotación.
2. La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada.

3. La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Igualmente, se consideran actos de violencia contra la mujer las violaciones de los derechos humanos en situaciones de conflicto armado, esterilización y aborto forzado, el infanticidio de niñas, la utilización forzada de anticonceptivos o la esclavitud sexual, entre otros.

Victoria Sendón de León en su escrito sobre “Semántica de la violencia”, contextualiza y aclara los términos para referirse específicamente a la situación de las mujeres, para eso relata que la “civilización” es violenta “porque se ha establecido sobre relaciones de dominio, y el dominio no se impone si no es con violencia. Nuestra civilización universal es una civilización patriarcal, asentada sobre tres principios violentos”:

- El sometimiento forzado de las mujeres a los hombres, creando en ellas personalidades sumisas y complacientes.
- El dominio y explotación de la Naturaleza más allá de cualquier consideración de equilibrio, sostenibilidad o calidad de vida.
- El imperativo implícito de solucionar los conflictos a través de la guerra.

Finalmente, dicha autora plantea que estos principios se traducen en diversas formas de dominación, es decir “materializa la violencia”. Por lo tanto, reflexiona y distingue lo siguiente:

Así, pues, yo llamaría “violencia patriarcal” a todo el conjunto de violencias estructurales de nuestra civilización. “Violencia machista” sería la violencia contra la mujer por parte del hombre-macho, originada por sus frustraciones, sus neurosis, su cobardía, su embrutecimiento, su pretendida superioridad, su complejo de inferioridad o por su estupidez, simplemente. Y dejaría el nombre de “sexismo” para la violencia contra los varones o contra las mujeres por el hecho de serlo (Sendón de León, 2014)

Existe un marco de violencia implícita y muchas veces silenciosa pero evidente en nuestro cotidiano, la violencia simbólica referida por Pierre Bourdieu como “violencia amortiguada, insensible e invisible para su propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Bourdieu, Meditaciones Pascalianas, 1999) El autor sostiene además que la violencia va dirigida desde los hombres hacia las mujeres, a lo que llama “dominación masculina”.

Nuria Varela en el año 2013, refiere una definición un tanto más crítica sobre la violencia simbólica invitando a problematizar específicamente al autor anteriormente mencionado:

La violencia simbólica no es “*otro tipo de violencia*” como la física, psicológica o económica, sino un continuo de actitudes, gestos, patrones

de conducta y creencias, cuya conceptualización permite comprender la existencia de la opresión y subordinación, tanto de género, como de clase o raza. La violencia simbólica son los resortes que sostienen ese maltrato y lo perpetúan y está presente en todas las demás formas de violencia garantizando que sean efectivas (Varela, 2013, p. 43)

En el marco internacional, hay ejemplos como el de España, que expone: en la constitución de la Ley Integral del 29 de diciembre del 2005, contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid, refieren que las Formas más comunes de Violencia contra la Mujer son: Maltrato físico, Violación en una relación íntima, Violencia psicológica o mental, Mutilación genital femenina (MGF), Otras formas de discriminación (referida a preferencias en algunos países por el nacimiento de niños, en situaciones más extremas, el infanticidio de niñas y abortos de fetos femeninos), Trata de mujeres, prostitución forzada y Abuso contra Trabajadoras Domésticas, Mujeres bajo custodia (referido a los abusos y violaciones vividas por mujeres, todo bajo el tiempo que han estado bajo arresto de manera transitoria o permanente), Mujer y Medios de Comunicación (se refiere a la cosificación de la mujer en los medios de comunicación y la utilización de la mujer como “objeto sexual”).

En Chile, el informe sobre Violencia contra la Mujer y en el marco de la consultoría Nacional realizada por Soledad Larraín con la colaboración de Lorena Valdebenito y Luz Rioseco, que se titula: “La situación de violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y Políticas Públicas” (Larraín, Valdebenito, & Rioseco, 2008, p. 18), se hace referencia a

la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (de Belém do Pará, 1994), que entiende:

la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:
– que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprenda, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; – que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y – que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra (Larraín, Valdebenito, & Rioseco, 2008, p. 18).

Es partir de esta convención que se otorga un marco legal para comprender la violencia contra la mujer en nuestro país. Bajo esta misma línea, en el informe se expone que la temática de violencia contra la mujer ha sido impulsada en un primer momento por la sociedad civil, y que en la actualidad ha sido asumido como un eje central de SERNAM. “Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de mujeres han jugado un importante rol en la generación de informes sombra, mostrando las carencias que aún persisten en materia de derechos humanos femeninos y en los desafíos que todavía tiene

el Estado chileno en esta temática”. Como antecedentes para la investigación en el año 1994 se dicta la Ley N° 19.325, primera ley de VIF, en el año 2005 la ley N°19.325 es derogada por la ley 20.066 de Violencia Intrafamiliar que define la VIF, como “ todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente...entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar”; En Diciembre de 2010 la Ley de Femicidio N° 20.480, que modifica la normativa anterior, reconoce en el Código Penal el delito de Femicidio. La nueva ley contempla la sanción de presidio perpetuo sin beneficios, 40 años, ya no sólo para los casos de parricidio entre cónyuges y convivientes, sino también de quienes hubieran tenido dicha calidad (ex cónyuges y /o ex convivientes).

El marco legal mencionado anteriormente y los tipos de violencia que se entienden en nuestro país, sólo se penaliza la violencia física y extrema traducida en feminismo. Por su parte la violencia psicológica, que se podría enmarcar en el campo de la salud mental, sólo se evidencia en el maltrato verbal de un hombre hacia una mujer, entendiendo que todas estas políticas están bajo una perspectiva de género, dejando vacíos y espacios sin abordaje.

Según lo revisado anteriormente, queda aún invisibilizada la violencia que ejercen otras entidades hacia las mujeres, como por ejemplo el estado, la iglesia, instituciones laborales o educativas que, si bien son mencionadas, el alcance de estas es generalizado en el marco de los derechos humanos hacia todas las personas, pero no existen aproximaciones que aborden las particularidades de las mujeres, ni evidencia la violencia institucional hacia las mujeres por el hecho de serlo.

Para finalizar, "violencia institucional" la entenderemos como:

Un tipo de violencia que brota desde instituciones formales del estado, o de sus ordenamientos funcionales, y que por ello mismo se encontraría cubierta de un manto de 'legitimidad'... "La misma se genera cuando el ordenamiento funcional del mismo, no solo no garantiza, sino que incluso que actúa como generador de obstáculos para la realización plena de los derechos por parte de todos los ciudadanos" (Doz Costa, 2010, p. 152).

En complemento a lo anterior, el Artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en México (2007), refiere que violencia Institucional:

Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir (Artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida

Libre de Violencia, en MEXICO, 2007). De lo anterior es que consideramos necesario rescatar e indagar en historias, que permitan de alguna forma liberar del dolor, no sólo evidenciando la violencia sino enfrentándola, así como refiere Julieta Kirkwood, “*Escribir la historia femenina produce la liberación*” (Kirkwood, 2010).

Históricamente la locura ha sido invisibilizada y silenciada. Han sido terapeutas de las diversas disciplinas, quienes se han atrevido y responsabilizado de alguna manera de las historias de personas con problemas graves de salud mental. Han sido terapeutas, terceros quienes se han apropiado (han hecho suyos) estos relatos y los han transmitido a través de escritos, en una mezcla de interpretaciones de lo que sucede con ellos/ellas en el trabajo con estas personas. Parece una manera válida de visibilizar el sufrimiento mental o el malestar psíquico. En esta investigación queremos mostrar y analizar las historias de estas personas, en particular de mujeres, apelando a que es el énfasis de esta investigación, situar la experiencia de mujeres con problemas graves de salud mental.

Se ha constituido como una interrogante contemporánea la oportunidad de problematizar nuestro SER mujeres, en particular ser mujer con problemas graves de salud mental. Hoy en nuestras conversaciones, relaciones, intervenciones de Terapia Ocupacional, en nuestras vidas, ponemos como eje transversal el Feminismo, que es para nosotras en la teoría y en la práctica. Por eso iniciamos estas reflexiones en la línea de

analizar a partir del feminismo las prácticas de Terapia Ocupacional en sujetas oprimidas, reprimidas, invisibilizadas.

El sistema de salud, ha sido producido históricamente por un modelo biomédico androcéntrico, en el cual la figura masculina se sitúa en el centro de la atención y la mujer ha sido excluida, relegada al cuidado de otros en concordancia con un rol maternal, mientras que el acceso a este derecho fundamental está limitado para las mujeres, principalmente a la función reproductiva procurando el bienestar de estas, relegándolas al rol madre-esposa. Como Terapeutas Ocupacionales feministas nos cuestionamos el rol, la historia, la relevancia y el valor otorgado, no sólo desde las políticas públicas, sino también desde el conocimiento popular sobre la necesidad y por ende el derecho a salud mental en Chile y más aún bajo un sistema de salud biomédico que muchas veces limita el acceso a este, el lugar y la posibilidad de que mujeres accedan a una salud que responda a sus necesidades. Pero cuando se margina a las mujeres en todo ámbito en el que se construye, es difícil que dicho sistema identifique las necesidades en particular de mujeres con problemas graves de salud mental, y mucho menos, de respuesta a dichas necesidades, aborde las dificultades o acompañe en el malestar.

En relación a esa última idea, la investigación que nos tiene ocupadas y movilizadas, es producir análisis en relación a la experiencia y configuración del SER mujer, en un grupo de mujeres con Problemas Graves de Salud Mental, a través del relato de sus historias ocupacionales, y sus posibilidades o limitaciones para acceder a derechos en contextos significativos para ellas. En este sentido, nos nutrimos de lecturas críticas, y

la reflexión de Esther Custo, en relación a la categoría de Salud Mental que ya fue mencionada anteriormente. Por lo mismo, nos hace sentido visibilizar la experiencia de estas mujeres, que han sido violentadas, excluidas, en niveles distintos a los que más de alguna de nosotras ha experimentado (queremos decir, que en ellas ha sido en niveles mayores, más grave o arbitrario), solo por ser mujeres, pero además por “ser-estar locas”, han producido en ellas una negación hacia sí misma, porque en esas dificultades la sujeto no tiene lugar, no se les permite identificarse, ser vistas, pertenecer, violentadas simbólicamente y materialmente. Lo anterior se expresa en que actualmente no existen políticas públicas específicas orientadas al abordaje de la situación de estas mujeres, lo que potencia la marginación cotidiana y vulneración de Derechos Humanos, produciendo segregación ocupacional, al interferir en las diversas formas de ser mujer, lo que esto conlleva, todo sumado al modelo imperante neoliberal capitalista que ejerce su poder a través del patriarcado y que se traduce en opresión hacia las mujeres.

Por estas mujeres y por nuestras propias historias nos reunimos en este núcleo, porque queremos contar sus experiencias, queremos transformar realidades, transformar las prácticas de Terapia Ocupacional, queremos contribuir a una **Conciencia Feminista** (Kirkwood, 2010, p. 21) desde nuestras experiencias como Terapeutas Ocupacionales, producir liberación, emancipación y fin a la violencia en derechos.

Actualmente en la Política Pública sólo tiene lugar la perspectiva de género, en relación a dar lugar a las problemáticas o necesidades de las mujeres, parcelada a ciertas situaciones que viven éstas como, por ejemplo: el trabajo, maternidad, el rol como dueña

de casa o la violencia contra las mujeres. La producción de sujetos desde el patriarcado, en particular en las mujeres, las ha constituido como personas oprimidas en sus vidas, limitando el acceso a derecho. En su lugar, se generan ocupaciones alienantes que reproducen roles de género impuestos socialmente. Sin embargo, no podemos dejar de cuestionar que dichos roles están bañados por las ideas construidas en una sociedad patriarcal, donde el imaginario colectivo desarrolla y engrandece ideas a costa de las mujeres sin la participación de estas.

Socialmente en muchos países y grupos, la mujer representa la ausencia de toda identidad, aquello que puede ser violentado sin remordimiento ni conciencia de estar vulnerando ningún derecho. No puede haber remordimiento cuando se atenta contra sujetos sin identidad y que parte de presupuestos ideológicos construidos en el imaginario colectivo de grupos y sociedades (Casas Martínez, 2013, p. 46).

Si durante esta investigación reflexionamos en relación a la configuración del SER mujer, los problemas graves de salud mental y las ideas hegemónicas en relación a las mujeres, es pertinente dar lugar a lo que producen las Terapias Ocupacionales en estos procesos subjetivante y cómo la ocupación produce ese SER mujer, lo constituye o lo interpela. Queremos partir desde aquí, con el escrito de Magdalena Pardo y Gloria Silva, ellas tensionan las prácticas de Terapia Ocupacional en el campo de la Salud Mental desde el enfoque de género, toman a Burin (1990) quién plantea el concepto *malestar de las mujeres*, y refieren:

El reconocimiento del malestar puede constituir el punto de partida para desnaturalizar lo natural, pues se hace posible construir la noción de salud-enfermedad desde la perspectiva de las mujeres, la que implica una formulación conjunta de un problema que es simultáneamente privado y social (Silva & Pardo, 2013, pág. 3).

Haremos una declaración, las Terapias Ocupacionales son Políticas, tomamos como referencia en estas ideas a Alejandro Guajardo, quien ha trabajado largo tiempo en estas afirmaciones y que expone con propiedad lo siguiente: La Terapia Ocupacional del sur América Latina, algunos exponentes de Sudáfrica y otros actores relevantes en España y Reino Unido, han mostrado que el centro de esta Terapia Ocupacional, en dichos lugares particulares, tienen como centro lo político, los derechos humanos y la propuesta de terapias ocupacionales cuyo centro es su historicidad, su fundamento es social, por lo tanto es crítico en propósito y acción y en coherencia produce la transformación social (Guajardo, 2014, págs. 159-165). Nos hace sentido posicionarnos desde aquí, porque así es la historia de las mujeres, históricamente en la lucha por la reivindicación de ser sujetas de derechos, de terminar con el patriarcado y producir liberación. Así cuando hablamos de LAS TERAPIAS OCUPACIONALES, es en sentido concordante, a cuando hablamos de LAS MUJERES, como acto político.

II.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se configura el ser mujer para dos mujeres con problemas graves de salud mental, a través de sus historias ocupacionales?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar cómo se configura el ser mujer para dos mujeres con problemas graves de salud mental, a través de sus historias ocupacionales

Objetivos Específicos

- Describir la experiencia de SER mujer y vivir con problemas graves de salud mental.
- Identificar los contextos, que para las mujeres con problemas graves de salud mental son significativos.
- Reconocer en las Historias Ocupacionales los discursos de dos mujeres con problemas graves de salud mental.
- Visibilizar la violencia en el acceso a Derechos Humanos (salud), hacia mujeres con problemas graves de salud mental.

III.- MARCO TEÓRICO

1.- Perspectiva crítica de la mujer en Chile: De la construcción de género al feminismo.

Si bien existen una serie de feminismos, así como mujeres, con sus particularidades y opciones ideológicas, pero principalmente estratégicas, estos dependen de la época y tiempo, en que se inician y las condiciones sociopolíticas del contexto. De allí que identificamos algunos hechos históricos, como ocurrió en el siglo XVIII con la intención de crear la iglesia de mujeres (Gambas, 2008), sin embargo, la lucha organizada y forjada en lo colectivo cuenta con antecedentes desde el siglo XIX, específicamente en el Renacimiento con ideas contrarias a la Ilustración, así como en la Revolución Francesa, pero siempre desde el anonimato y la subordinación masculina. Olimpia de Gouges, en su "Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana" (1791), afirma que los "derechos naturales de la mujer están limitados por la tiranía del hombre, situación que debe ser reformada según las leyes de la naturaleza y la razón" (Gambas, 2008) así también la lucha de clases evidencia las distinciones sexo-género ligada al proletariado, cuando en 1842 se presenta un proyecto laboral en el que refieren "la mujer es la proletaria del proletariado [...] hasta el más oprimido de los hombres quiere oprimir a otro ser: su mujer" (Gambas, 2008).

Un hecho histórico que distingue a las feministas internacionalmente, corresponde al reclamo por los derechos civiles, específicamente el derecho a voto, solicitud que tuvo

escenario en varias partes del mundo principalmente EE.UU y Gran Bretaña hacia los años 1900, en cuanto a Latinoamérica, Argentina a través de ciertos personajes y la creación de pequeños movimientos invita a cuestionar el acceso a derechos civiles, sin embargo, el impacto de esta es limitado en comparación con Europa o EE.UU, donde al terminar la II Guerra Mundial se consigue el derecho a voto. No obstante, este logro no llega a todas las mujeres de la época, privilegiando a la burguesía femenina de la época, lo que Emma Goldam denomina “reflujo de las luchas feministas”, época en que se registra el inicio de las feministas de clase obrera. Así se inicia en la década del 70’ el período del “llamado nuevo feminismo”, de donde surgen cuestionamientos en torno a lo público y lo privado y el lugar de las mujeres en cada espacio otorgándole nociones políticas a lo privado y derribando las bases patriarcales de la sociedad. Nacen movimientos feministas a partir de lo político como feminismo liberal, radical y socialista, siendo estos dos últimos quienes comparten ciertas bases en la lucha contra el sistema capitalista como brazo directo del patriarcado. En resumen, a la época se desarrollan feminismos de la igualdad y la diferencia que generan ciertas distinciones entre las feministas organizadas e institucionalizadas y las de tendencias más radicales, sin embargo, en Latinoamérica se espera que:

...la principal tensión reside en cómo mantener la radicalidad del pensamiento y la acción, al mismo tiempo que se incursiona en espacios públicos y políticos más amplios, que permitan negociar y consensuar las propuestas y agendas que la mayoría de las mujeres necesitan (Gambas, 2008).

Es necesario destacar que el feminismo nace en Chile hacia fines del siglo XIX, con organizaciones de mujeres ligadas al movimiento obrero en pro de condiciones de protección y reconocimiento. En el año 1887 existe el registro de la Sociedad de Obreras de Socorros Mutuos de Valparaíso, también ligada a la lucha de clases y del mundo obrero. En esta época existía vulneración a todo el mundo obrero, y más aún a las mujeres. Posteriormente ingresan al país pensadoras internacionales principalmente europeas lo que potencia la mirada feminista en clases intelectuales y en la academia:

En 1913 llegó a Chile Belén de Sárraga, libre pensadora española, comprometida con la lucha de las mujeres, quien dicta conferencias en varias ciudades del país, como Valparaíso, Santiago, Concepción y Antofagasta, generando gran rechazo de los sectores conservadores, especialmente de la Iglesia católica (feminismo, 2009).

La historia del feminismo oscila entre lo social y lo intelectual, donde la lucha no solo era un reclamo de derechos sino también la transformación social:

El feminismo significaba adquirir conciencia personal de lo que quería decir ser mujer y percibir las necesidades idiosincráticas de la mujer, pues ambas cosas eran indispensables para determinar cuáles políticas promoverían un cambio en la condición de las mujeres y en las relaciones de los sexos (Lavrín, 2005).

Posteriormente en 1940 las mujeres se transformaban en un grupo laboral importante para la política pública y la generación de leyes por lo que las demandas cada vez tenían mayor cabida, situación que hasta el día de hoy continúa en lucha, la cual se ha modificado, pero en esencia continúa.

Para nosotras como investigadoras existen autoras, grandes pensadoras que consideramos referentes, nacionales e internacionales, reconocidas como feministas en distintas épocas de la historia, quienes nos entregan definiciones del feminismo desde lo experiencial y lo político, siendo atingentes con las ideas de esta investigación. Una de ellas, es la socióloga Julieta Kirkwood, quien sostiene que el feminismo "es la rebeldía ante las tremendas diferencias entre lo que se postula para todo el género humano y lo que vivenciamos concretamente las mujeres". Años antes en Francia, Simone de Beauvoir define el feminismo como un "modo de vivir individualmente y de luchar colectivamente".

El feminismo constituye una cultura que, en su globalidad, es crítica de un sujeto social –las mujeres-, a la sociedad y la cultura dominante [...] se plasma en una ética y se expresa en formas de comportamiento nuevas tanto de mujeres como de hombres. Como nueva cultura, el feminismo es también movimiento político público y privado que va de la intimidad a la plaza; movimiento que se organiza, por momentos con mayor éxito, para ganar pedazos de vida social y de voluntades a su causa, y para establecer vínculos y encontrar su sitio en otros espacios de la política (Lagarde, 2013).

Sin embargo, no podemos olvidar la reivindicación de las mujeres y la lucha constante más allá de la época y el contexto sociopolítico, de allí que Marcela Lagarde nos motiva con su concepción del feminismo desde una mirada crítica, apuesta atíngete a la presente investigación, desde donde nos posicionamos para comprender y analizar las historias ocupacionales de mujeres y lo político de la acción de hablar o contar, desterrando relatos ocultos y oprimidos no sólo por ser mujeres, sino por vivir con problemas graves de salud mental.

Según la OMS,

...el género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental (OMS, 2002)

Esta definición está ligada a la Salud Mental y evidencia las diferencias sociales construidas en torno al ser hombre o ser mujer, lo que nos invita a cuestionar cómo la perspectiva de género muchas veces acentúa las diferencias tanto históricas como actuales en torno al sexo, es decir, el género en sí mismo es un principio de diferenciación de estatus, perpetuando los patrones culturales y sociales, privilegiando lo masculino por sobre lo femenino, lo que otorga estructuras sociales que muchas veces sustentan prácticas

gubernamentales, políticas e incluso profesionales, donde se evidencian más aún estructuras de poder no solo hacia las y los usuarias sino también entre los mismos equipos de trabajo en salud mental.

Por otra parte:

La categoría de género es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, las identidades y los valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante la socialización... Lo femenino y lo masculino no se refiere al sexo de los individuos sino a las conductas consideradas femeninas o masculinas (feminismos, 2007).

El concepto de género responde a una construcción social que delimita la diferencia sexual entre hombre y mujer, basado en los discursos, prácticas e ideas dominantes, es decir patriarcales, “Abarca las pautas culturales de dominación, control y resistencia que moldean lo sexual y los discursos sociales que organizan los significados” (Fraser & Lamas, 2000-2002), sin embargo el sexo, entendido desde el cuerpo también representa una producción social, de esto que en la década del 90’ nace la idea del sexo-género como parte de la perspectiva de género, la que representa una categoría de análisis que perpetúa las prácticas patriarcales que sostienen la diferencia entre hombres y mujeres, no solo desde lo biológico, sino también las ocupaciones, orientando el actuar y las motivaciones de las personas hacia lo aceptado, es decir normalizando. Previo a esto existe una construcción de conceptos y autoras feministas, que permitieron llegar a estas

discusiones que en la actualidad se sostienen, de las cuales mencionaremos algunas a propósito de nuestra investigación.

Es el caso de Ann Oakley quien hacia el año 1972 (Oakley, 1972), permite que el término género se incorpore en las ciencias sociales, transformándose en uno de los sucesos del movimiento feminista quienes a partir de esto comenzaron a cuestionar la dependencia de las mujeres a los aspectos biológicos contruidos desde los hombres quienes entendían como inferior o débil a la mujer, no sólo en cuanto físico sino también mental, atribuyendo “enfermedades mentales” exclusivas a las mujeres, lo que se traduce también en temáticas de derecho, filosofía, pedagogía, de allí la negación implícita a ojos de la sociedad, al acceso de derechos, debido a un peso sociocultural de la época. Cabe cuestionar que la incorporación del término género a las ciencias sociales representa un acuerdo implícito de invisibilizar a la mujer. Por otra parte, la perspectiva de género propone una neutralidad útil para políticas patriarcales, ya que hablar de mujeres pareciera romper con la objetividad masculina propia de las ciencias en general, “género no conlleva necesariamente la declaración de desigualdad o poder ni tampoco nombra a la parte demandante (y hasta ahora invisible)” (Scott, 1998), si bien el género busca favorecer a las mujeres dentro de esta perspectiva no son nombradas desmintiendo una problemática latente.

Lo anterior nos remonta a la década de los 80’, época en que las feministas identifican un espacio público para problematizar los determinantes sexo-género, esto

como una reflexión necesaria para replantear esta perspectiva de distinciones hombre mujer, y la historia que ha construido dichos parámetros sociales.

Se evidencia entonces en la perspectiva de género, ideas patriarcales dominantes que perpetúan las diferencias biológicas y las relaciones de poder que nacen a partir de esta distinción, situación que permite que las feministas de época contaran con una base para “denunciar” las prácticas patriarcales desde lo cotidiano hasta las políticas públicas, las que se jactan de las perspectivas de género, como la solución a la igualdad entre hombres y mujeres, sin cuestionar que la intención no es ser iguales a los hombres, ya que ellos no representan el referente único o el poder desde donde queremos ligarnos. Esta protesta da lugar a las feministas como ideología y movimiento sociopolítico, para instalar las ideas y cuestionamientos propios a la perspectiva de género “las teorías y perspectivas de género y la elaboración posterior de la teorías sobre el sistema de sexo-género son parte del legado teórico del feminismo...han logrado un nivel tal de aceptación política e intelectual, que no es posible desconocerlas en el mundo de la producción de saberes, incluido el derecho” (Facio, 1999).

Así surge el concepto de “socialización de género” (Scott, 1998), establece que, al estar instalado en todos los sistemas de poder, el género domina desde la infancia a las personas y sus ocupaciones, así como los espacios de acción, delimitando territorios públicos a lo masculino, y lo privado como apolítico - doméstico a lo femenino. Implica las diferencias entre la crianza de niños y niñas, desde esta etapa ya se aplican las pautas que construirán a hombres y mujeres, constituyendo así las subjetividades de cada

persona, delimitando la forma y las relaciones niños/ niñas, mediante el juego—principal ocupación de niños/as- como el medio para socializar las construcciones patriarcales, que estructuran la forma de pensar, sentir y percibir los contextos, el lugar que ocupa cada ser en la sociedad, moldeando sus ideas, lenguaje y creencias.

Es importante destacar al menos una noción de lo que entendemos por Ser mujer, que permita enmarcar la presente investigación, así como situarnos desde premisas que orienten nuestro actuar al investigar como mujeres. Para ello la siguiente definición nos permite ser consecuentes con las posteriores discusiones y más aún la proyección de nuestra investigación de Tesis. Según Marcela Lagarde, en *Identidad femenina*, indica respecto al ser mujeres:

Conjunto de características sociales, corporales, subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida. La experiencia particular está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento, de su sabiduría y de los confines de su universo (Lagarde, 1990, p. 1)

Esta autora hace la distinción con la feminidad como “la distinción cultural históricamente determinada, que caracteriza a la mujer a partir de su condición genérica y la define de manera contrastada, excluyente y antagónica frente a la masculinidad del

hombre” (Lagarde, 2013, p. 8). Es decir, la otredad que históricamente y para muchos autores hombres representa la mujer, quienes al no comprender lo femenino lo asumen como un misterio y por tanto como lo desconocido a lo conocido (el hombre) invisibilizando el lugar que ocupa y por ende la existencia de la mujer, comprensión perpetuada por un lenguaje patriarcal en lo cultural y social.

Actualmente en una sociedad capitalista dominada por el neoliberalismo, y como describe Bourdieu en 1998, el capitalismo como utopía de mercado puro y perfecto que se logra destruyendo toda estructura colectiva que puedan entorpecer una lógica de mercado pura, por lo que el discurso del neoliberalismo es un “discurso fuerte” similar al discurso psiquiátrico, porque tienen a su disposición las fuerzas y por qué no, los cuerpos y sus relaciones que permiten fortalecer dichos poderes, así el imperialismo del patriarcado, como quien produce a la mujer y limita a ésta según determinados roles, invisibilizando el SER mujer. Es decir, las acciones femeninas representan estereotipos e ideas pre establecidas, lo que evidencia una marginalización histórica de la mujer, “Evidencia de manera explícita las sombras que engrandecen al imaginario universal, ideas desarrolladas sin las mujeres, y muchas veces a costa de ellas” (Libertaria, 2013). Por otra parte, existen situaciones en la cuales las mujeres y sus subjetividades son excluidos, debido a una idea previa que existe un daño, en esta situación mental comprendido por la sociedad actual como patología psiquiátrica, donde la situación médica trasciende al sujeto a partir de una construcción capitalista, lo que en la práctica lleva a que estas personas no acceden al ejercicio de sus derechos.

De lo anterior es que las Políticas Públicas están atrapadas en la perspectiva de género, como la única posibilidad de considerar a las mujeres, produciendo una dualidad en la que lo público mediante la jerarquía de las relaciones de poder relega a las mujeres a espacios privados comprendidos como lo doméstico, y aunque se entreguen las condiciones para la participación de las mujeres en instancias gubernamentales, los patrones de dominación producidos en el espacio privado se siguen reproduciendo y trasladan en experiencias de represión y censura en la supuesta participación política de las mujeres, como se evidencia en la actualidad con las mujeres que ejercen cargos político – públicos, que entregan “poder” y que se ven enfrentadas cotidianamente a situaciones de vulneración.

La dualidad entre lo público y privado, como político y apolítico respectivamente repercute en las mujeres, relegándolas a un espacio particular delimitado y reprimido sin entender que estos espacios no son del uno sin el otro y que lo privado es político en sí mismo, donde las acciones cotidianas representan la idiosincrasia y el ser de una sociedad, permitiendo construir y de-construir desde allí, de hecho es en lo privado donde nace la infraestructura o el esqueleto de lo público, por ende conforman un entramado, por lo que esta dualidad no permite otra cosa que dividir y marginar en este caso a las mujeres y más aún cuando se invalida a la mujer en su propia identidad y subjetividad por vivir con problemas graves de salud mental, allí nos vemos enfrentadas a mujeres eliminadas de todo sistema, invisibilizadas desde la propia subjetividad y existencia.

Por su parte, la Terapia Ocupacional tiene un rol político inherente que debe ser considerado, en cuanto a mujeres y salud mental, donde la forma en que las políticas públicas determinan a las mujeres, y el desarrollo de estas, como por ejemplo la planificación familiar o decisiones que comúnmente se realizaban en privado, hoy son de orden público. Sin embargo, a pesar de transferirse de escenario las respuestas no son otorgadas, es así como la discriminación es real y transversal a todas las áreas en las que actualmente se desempeñan. Para ello es necesario “Confrontar la monocultura de la ciencia moderna con la ecología de los saberes, por el que se esgrime la necesidad del reconocimiento de la diversidad epistemológica del mundo como un paso firme en la construcción de la justicia ocupacional” (De Sousa Santos, 2005). Esta ciencia moderna dominada por el patriarcado debe ser entendida desde este origen, al no comprenderlo así estaríamos despolitizando nuestro actuar como profesionales, ya que estaríamos nuevamente invisibilizando las diferencias ejercidas por el poder, es decir “se conforman los invisibles sociales, constituidos por hechos, dispositivos, acontecimientos y procesos que se reproducen social y subjetivamente” (Testa & Spampinato, 2010). De la premisa que la división de lo público y privado delega en el hombre la obligación de “macho” protector y proveedor lo que a su vez permite ciertos derechos, situación contrario al caso de la mujer quien se debe a responsabilidades pero no se evidencian derechos, siendo la génesis de esta división representar una cultura patriarcal en cuanto a distribución de tareas, deberes, y el acceso a derechos de cada persona respecto a educación, salud, economía etc., por ejemplo “Las tareas de cuidado (salud, educación, limpieza) son

tradicionalmente ocupadas por mujeres, y se encuentran en la base de la jerarquía y el prestigio social” (Wainerman, 2003).

El rol de la mujer de alguna forma busca la perfección, pero al mismo tiempo ser invisible y actuar sin que los demás se den cuenta. Llevándolo a lo cotidiano al típico rol de dueña de casa, el que actualmente desde una perspectiva de clases, se observa en las llamadas “clases bajas”, esta visión busca subordinar a las mujeres distintivamente, según el acceso y oportunidades a riquezas, dividiendo así aún más las mujeres, ya que, “Es difícil reconocer que la mujer de clase alta, en edad reproductiva, adinerada, sin discapacidades visibles, blanca, esposa de un banquero, pueda compartir la subordinación de género con una mujer pobre, vieja, discapacitada, lesbiana y negra” (Testa & Spampinato, 2010), pero en la práctica y en lo simbólico, la opresión es vivida por ambas, la violencia, el acoso, el abuso, las distinciones y discriminaciones históricamente son propias del ser mujer.

Así es que a fines de la década de los 60, las feministas norteamericanas proponen que “lo personal es político”, y actualmente se revisa a partir de diversas fuentes, lo que significa este slogan para las actuales feministas (Millett, 2010). El sistema capitalista determina los sistemas de género y roles potenciando la dominación patriarcal, operando en todas las relaciones sociales y materiales, diseñando la sociedad y la cultura e inclusive el contexto, los cuerpos tanto individuales como sociales se constituyen a partir de dichas bases patriarcales que invisibilizan a la mujer.

Es indudable la vinculación entre la perspectiva de clases y el feminismo, así como el punto anterior se relaciona con este, podríamos mencionar, que 57 años antes de la publicación del Manifiesto Comunista, existía la “Vindicación de los derechos de la mujer” y el manuscrito de los “Derechos de la mujer y la ciudadanía”, escritos que reaccionaban ante los resultados de la revolución francesa, donde a pesar de los logros obtenidos, el lugar de la mujer continuaba disminuido frente al del hombre, y más aún en las clases empobrecidas, por lo que se propuso la construcción de la transformación como pilar fundamental por sobre la lucha de clases (Valcárcel, 2004). Sin embargo, como refiere Julieta Kirkwood:

Es falso que a las mujeres "pobres" sólo les interesa organizarse para la lucha económica y política: les interesa profundamente el feminismo y aún más, el conocimiento... las mujeres necesitamos conocer nuestra historia, a través de estas historias ocultas la mujer se libera” (Kirkwood, 1987).

2.- Políticas Públicas y Salud Mental en Chile: una mirada crítica a los conceptos de Salud Mental:

La categoría de Trastorno Psiquiátrico Severo (TPS) o Trastorno Mental Grave (TMG) utilizado actualmente, en temáticas de políticas públicas y sanitarias en Chile, se define a partir de los criterios diagnósticos, es decir, delimita su definición a los aspectos médicos. Si bien considera dimensiones de tipo “social” como la familia y el trabajo, estas no son dimensiones resaltadas al momento de definir, y están enfocadas a la enfermedad en sí misma, “contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno

(cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada” (OMS, 2010).

Lo anterior se encuentra avalado por la CIF la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, el cual deriva de un paradigma positivista de los procesos salud enfermedad, donde el foco se encuentra en el déficit físico de las personas:

En los años 1980 nace la segunda expresión fuera de las clasificaciones diagnósticas para calificar un difuso grupo de personas con enfermedad mental (cuyo seguimiento y tratamiento en la Comunidad no es fácil) y que fueron los llamados “Enfermo Mental Grave” y “Trastorno Psiquiátrico Severo” (TPS), (en inglés Severe Mental Illness, Serious Mental Illness or Severe Mental Disorders)... (Torres-González, 2013)¹

En Chile existen intentos por acercar la Salud Mental y sus intervenciones a una mirada integradora y holística que considere no solo los síntomas y los efectos de estos sino también el impacto de la discapacidad que genera la situación de salud, sin embargo, persiste el foco en el diagnóstico y en los efectos en la productividad.

¹ Este artículo corresponde al texto de la Conferencia dictada en Santiago de Chile, por el Dr. Francisco Torres-González el 05 de septiembre de 2012, en el marco del Programa de Educación Continua y del proceso de Planificación Estratégica del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco.

En efecto, los Trastornos Psiquiátricos Severos por su carácter prolongado, expresión sintomática y grado variable de discapacidad, producen una serie de dificultades no sólo en el desempeño que la persona tiene en relación a las diversas actividades de la vida... sino también en como su entorno inmediato la enfrenta y acoge, y más aún, como el contexto sociocultural le brinda o no oportunidades para su desarrollo (MINSAL, 2006).

Este concepto responde a una consideración histórica de lo racional por sobre lo emocional, siendo este último una dificultad para desempeñarse en la vida, y al ser permanente como requiere del apoyo del entorno y las oportunidades de contención para su “mejoría”, demostrando así que la persona debe adaptarse con su discapacidad a las necesidades productivas del entorno, donde lo racional vinculado culturalmente a lo masculino responde apropiadamente a esto mientras que lo emocional y la locura no encajan con este sistema.

Posteriormente con el Plan Nacional de Salud Mental se evidencia un avance en cuanto a las medidas a trabajar respecto a la salud mental en Chile, fomentando el trabajo comunitario, la desinstitutionalización y una mirada social, por lo menos en términos teóricos. Sin embargo, la terminología continúa en mirada tradicional y responde a muchas de las prácticas aún asistenciales actuales. “Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. La prevención, detección y tratamiento precoz

y efectivo de los trastornos mentales requiere de acciones de salud que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores”. (Minoletti Scaramelli & López Stewart, 2000)

Es importante destacar que en la actualidad, a la palestra encontramos una propuesta que busca desde la institución otorgar respuestas a los problemas de salud mental, bajo el Plan Nacional de Salud Mental y con la finalidad de entregar un soporte a lo anterior nace la intención de una Ley de Salud Mental, en la línea de nuestra investigación esta propuesta se puede considerar como una salida para la institución y el poder, para evitar continuar bajo cuestionamientos en esta área, naturalizando al Estado y aceptando lo construido por este, o bien como una alternativa que permita dar cierto protagonismo a una problemática real y que requiere consideración.

A partir de las categorías diagnósticas anteriores, buscamos y proponemos otra concepción de la Salud Mental, atingente a la perspectiva de esta investigación, “Salud mental es cuando todo anda bien, la casa, en el trabajo, en la calle. Por más que duela todo lo que duela, uno anda bien cuando tenés trabajo y tienen en cuenta tu opinión y podés reclamar tus derechos”. (como se cita en Custo, 2008, p. 1). Se evidencia la necesidad del ejercicio de derecho y la ciudadanía donde más allá de la existencia o no de algún tipo de diagnóstico se requiere de bienestar en todas las áreas de la vida cotidiana y la oportunidad de validarse en lo social para hablar de Salud Mental, situación que en la actualidad es una de las problemáticas evidentes en nuestro país, donde existen quiebres en las

relaciones sociales que afectan de manera negativa la Salud Mental, donde se instalan lógicas de mercado en lugar de los derechos de los sujetos. “Así la falta de empleo, la desocupación, la pérdida de trabajo, nos hablan de múltiples pobrezas, que se instalan en todos los órdenes de la vida humana” (Custo, 2008, p. 20-21) esto no solo representa déficits concretos o materiales sino también en cuanto a participación, opinión, conocimiento entre otras, lo que indudablemente nos lleva a la exclusión de aquellas personas que no logran formar parte del entramado capitalista, dentro de estos consideramos a la mujer, quien ha sido invisibilizada como tal y reprimida.

¿Qué sucede cuando nos enfrentamos a dificultades (problemas graves de Salud Mental) las cuales no son evidentes sino más bien silenciosas? Es por ello que nos cuestionamos la existencia de una discriminación tácita hacia la mujer, no solo existen mujeres vulneradas en derechos y que buscan articular proyectos de vida, existe una población acallada por una existencia enferma, entendido desde un modelo de salud mercantilizado donde se diagnostica como enfermedad a la diferencia, sin considerar que “Una enfermedad está definida solo si se observa de manera inmediata directa e independientemente y si se conocen las causas, los mecanismos y los síntomas” (Pérez, 2013). Este cuerpo colectivo discriminado, (personas con problemas de salud mental graves), son mujeres oprimidas, subordinadas a ocupar un espacio oculto en la sociedad, de ahí el Espacio Social propuesto por Bourdieu “se define por la exclusión mutua, o la distinción, de las posiciones que lo constituyen, es decir, como estructura de yuxtaposición de posiciones sociales” (Bourdieu, 1999, p. 169).

Así como las principales Políticas Públicas relacionadas con Salud Mental, dejan en evidencia la ausencia de problematización absoluta en torno a una perspectiva de género y mucho menos feminista, en el campo de la Salud Mental, vemos que en ninguna propuesta gubernamental en Chile se hace referencia a lo que significa ser mujer y vivir con un problema grave de salud mental. Se generalizan las necesidades y las dificultades de los grupos, específicamente el de nuestro interés (mujeres con problemas graves de salud mental), limitando el acceso a derechos. Tanto las investigaciones, como las Políticas Públicas en Chile siguen enfocadas en cuestiones de violencia, pretendiendo que las principales y únicas problemáticas que presentan las mujeres están orientadas a este tema, pero ¿qué sucede con la mujer con sufrimiento mental y su participación en la sociedad?, ¿su auto-realización?, ¿el cuidado de ellas?, nos parece invisibilizado y creemos que está implícita la reproducción de los patrones socioculturalmente establecidos de lo que debe vivir una mujer.

El concepto de Problema Grave de Salud Mental, nos permite ser consecuentes con la validación de derechos y la participación de sujetos y sujetas en el entramado social, por sobre el rótulo que otorga un diagnóstico médico, focalizando la problemática en el sufrimiento mental y las posteriores consecuencias que esto produce en la vida de las personas. De allí que los aportes otorgados por Esther Custo en la última década, nos hacen sentido y nos invita a problematizar en torno a definiciones como las propuestas por esta autora. En cuanto a los Problemas de Salud Mental: “Se fracturan los vínculos

sociales, se genera la pérdida de su identidad, la libertad se transforma en desamparo, se transmite un mayor riesgo al fracaso y al sufrimiento psíquico”, la autora agrega “Los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas” (como se cita en Custo, 2008). Estas relaciones se constituyen en una sociedad que produce subjetividades en cuanto tiempo e historia, lo que a su vez condiciona las posibilidades de sufrimiento mental, es decir, las tensiones, problemáticas, dificultades e inaccesibilidad a oportunidades, derechos y/o ciudadanía, “La manera de enfocar los problemas de salud y salud mental de la población guarda estrecha relación con los estilos, valores y organizaciones que una determinada sociedad posee para afrontar las situaciones de la vida cotidiana” (Custo, 2008, p. 25). Se evidencia finalmente que las problemáticas de salud mental están ligadas a la vida cotidiana y a los patrones sociales establecidos, es por eso que nuestra investigación busca no solo problematizar las rotulaciones utilizadas en salud mental, sino las vivencias en lo cotidiano de mujeres que forman parte de diversos entramados sociales con diferentes normas, valores y estilos de vida.

“Pareciera que la enfermedad mental se constituye en la identidad que vela la dimensión de género en el plano de la salud mental” (Testa & Spampinato, 2010). Desde una perspectiva de género conceptos como Trastornos psiquiátricos severos, o enfermedades mentales perpetúan la desigualdad, entendiendo esta mirada como una alternativa a la atención en salud mental de la mujer y no considerándola como parte crucial de la sociedad, permitiendo que las categorías (enfermedades) separen a las

mujeres en normal y anormal, invalidándolas como sujetas y diferenciando el colectivo femenino, a través de la desigualdad y el ejercicio de poder masculino. Sin embargo, las intervenciones en salud mental desde una perspectiva de género están comenzando recientemente a popularizarse, porque hasta hace algunos años, presentar un diagnóstico psiquiátrico y sumado en la mayoría de los casos a una clase social baja, representaban dificultades lo suficientemente graves y dignas de reprimir, por lo que o sumar una perspectiva de género era impensable.

Así también, nos hace sentido hablar de mujeres que han sido categorizadas por la sociedad, en una situación de discapacidad, en cambio proponemos cuestionar el individualismo en estas categorías y promover el concepto de problemas graves de salud mental: como un conjunto de situaciones que dificultan el bienestar de las personas, limitando el acceso digno a derechos que permitan la articulación de un proyecto de vida. Por ello no queremos encasillar a las mujeres en uno u otro diagnóstico médico, sin embargo, un ejemplo que nos permite comprender el sufrimiento mental como parte de la experiencia subjetiva, en este caso de la mujer, es la psicosis, entendida como parte de su identidad, el vivir con voces o con alucinaciones:

En la actualidad ya no resulta paradójico subrayar la existencia de una lógica inherente al delirio...desde una perspectiva integral del fenómeno humano, como un sujeto que estructura singularmente su experiencia, a la vez productor y producido de su medio social (Fario & Pietramala, 2005)

Por ello no esperamos psicopatologizar dicha experiencia. Sin embargo, queremos abordar los problemas graves de salud mental, entendiendo que existen una serie de sufrimientos, que no solo están en la línea de la psicosis, que también presentan dificultades fuertes, que categorizan a la mujer en base a un rol predeterminado y construido socialmente.

Consideramos imperioso destacar que los rótulos y los conceptos pueden ser modificados así como las bases teóricas, sin embargo, las prácticas en torno a la Salud Mental representan la dificultad latente, ya que los avances continúan en la academia y otras formas de poder, mientras los y las involucradas no forman parte protagónica en las decisiones y modificaciones, no sirve cambiar conceptos o palabras si lo “nombrado” no alude a la persona sino que la transforma en objeto en torno a un prejuicio (diagnóstico médico psiquiátrico), donde hablar de Trastorno sigue aludiendo a una anormalidad con la intención de regularizar, curar, adaptar o sanar, lo que perpetúa sistemas de exclusión a quienes cuentan con dicho rótulo.

3.- Reforma Psiquiátrica en Chile, un cambio paradigmático de la Salud Mental en Chile.

Uno de los Hospitales íconos en Psiquiatría en Chile, es el hospital El Peral (1928), que hace 15 años aproximadamente, y desde 1998 comienza un proceso de transformación en torno a sus funciones. Desde este periodo se enfoca en un modelo comunitario en torno a una red organizada lo que responde al ya mencionado Plan Nacional de Salud Mental, dicha operación se llevó a cabo a partir de:

La creación de programas para el tratamiento intensivo de mediana estadía de los pacientes más graves, con psicosis y trastornos del desarrollo, que vivían en larga estadía orientado a su egreso hospitalario. El egreso de pacientes a estructuras residenciales alternativas (en especial hogares protegidos) en la comunidad y Transferencia de recursos para la creación de servicios clínicos insertos en la red de salud general (Gomez, 2005, pág. 286)

Estas medidas dan inicio a la llamada desinstitucionalización en Chile, sin embargo, los intentos nacen el año 1993 en términos teóricos con “Políticas y Plan Nacional de Salud Mental” No obstante, estas iniciativas no logran concretizarse por sobre un régimen que imperaba durante años. En el año 1994 y 1997 es posible la creación de los dos primeros hogares protegidos dependientes de este Hospital, posteriormente en el año 1999 se renueva la política pública con el Plan Nacional de Salud Mental que todos y todas ya conocemos. La anterior experiencia evidencia un proceso que ocurre a nivel país y que corresponde a una de las prácticas realizadas en Salud Mental, que aún sigue en proceso intentando concretar ideas que llevan años, estipuladas en la política.

Con la desinstitucionalización y las reformas psiquiátricas se abre paso a concepciones comunitarias y colectivas sobre salud mental, en las cuales la rehabilitación no se centra en recuperación de habilidades o la realización de talleres sin finalidades reales, más allá de intervenciones basadas en modelajes sociales, se busca un abordaje real

en la comunidad, que permita la realización personal y colectiva de las personas que presenten problemáticas de salud mental. Lo anterior se relaciona con una rehabilitación psicosocial, práctica fomentada por el Plan Nacional de Salud Mental 2000, en el cual los programas propuestos, si bien se basan en un enfoque biopsicosocial dando prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana enfocados en mejorar la calidad de vida, fomentan la participación activa de los usuarios sus familias e incluso organizaciones sociales, lo que ha generado que en Chile durante los últimos años se ha adoptado un modelo comunitario, comprendido como la mejor atención para personas que presenten trastornos psiquiátricos, reduciendo la re hospitalización, recaídas y utilización permanente de terapia farmacológica. De lo anterior, es que recursos públicos y privados se destinen a una población de un área geográfica específica de forma coordinada e integrada, fomentando estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada población, sujeto y/o colectivo en cuanto a género y espacio sociocultural en el que se desempeñan. De lo anterior, la necesidad de comprender la ocupación como parte fundamental del ser humano, fomentado por una construcción colectiva, siendo el contexto quien delimita y condiciona el desarrollo y producción mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes sociohistóricos.

En esta transformación de las formas de intervención en Salud Mental, se constituyen espacios de acompañamiento diurno, se fundamenta teóricamente, lo que hace

necesaria la revisión histórica del surgimiento de la Comunidad Terapéutica (CT) entendida como Modelo de Intervención en el área de la Salud Mental.

Según Sales, Boix, & Sánchez Vidal en 1991, definen la Comunidad Terapéutica como:

... espacio social construido con fines terapéuticos. Un grupo artificial duradero y residencialmente localizado (de carácter comunitario, por tanto), pero con finalidad terapéutica respecto de problemas compartidos por sus residentes – drogadicción y trastornos mental, habitualmente – lo que supone un correctivo significativo a la condición “natural” e integralidad inherente a las comunidades sociales, no creadas con propósitos instrumentales preestablecidos... (Sales, Boix, & Sánchez Vidal, 1991)

Algunas características de la CT son:

1. La CT es una forma de prestación de servicios –de salud- alternativa a la clínica tradicional.
2. La metodología de la CT es de carácter comunitario
3. CCTT es la reproducción – dentro del contexto institucional- de un microgrupo o microsistema social en que se promueve el aprendizaje social y psicosocial. CT ilustra estrategia de cambio socio-comunitario, crea sistemas sociales paralelos.

En su origen Histórico, existen dos modelos generales de CCTT: Modelo Anglosajón- americano o “Autoritario” y el Modelo Europeo o “Democrático”.

En ambos casos (tanto el modelo norteamericano como europeo) la interacción diaria, continuada e intensiva constituye un elemento esencial del modelo de intervención. Se conforma como un “medio terapéutico” que tiene actividades estructuradas y no estructuradas, interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales y que se constituyen entre todas las intervenciones terapéuticas durante el proceso. Se beneficia del papel de los pares como agentes activos del cambio del usuario/a a través del fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

Desde la política pública en Chile, PNSM (2000) las Comunidades Terapéuticas se han concebido y validado como un espacio de trabajo exclusivo para personas con consumo problemático de alcohol y drogas. Aunque en nuestro país se busca entregar identidad a estos dispositivos, las CCTT aún no logran responder a los orígenes de este modelo de trabajo, como lo hacían en Europa, donde sí responden a otras esferas de la salud mental. Sin embargo, desde lo observado tendemos a fragmentar a las personas y a las problemáticas como si fuesen aspectos a tratar por separado, limitando el trabajo a espacios de confort y seguridad, es decir, a territorios conocidos que permitan asegurar los resultados, como es el caso de las CCTT que responden al modelo norteamericano.

Sin embargo, desde la Salud Mental nace un espacio de resistencia, la desinstitucionalización, este paso de lo Institucionalizado a lo Comunitario, siendo la Comunidad Terapéutica de Peñalolén un dispositivo histórico en el trabajo con personas,

hombres y mujeres con sufrimiento mental y una de las instituciones que nos permitirá trabajar en esta investigación sobre mujeres y problemas graves de salud mental.

4.- Cuestionamientos en torno a la definición del SER MUJER

Quisiéramos retomar algunos aspectos señalados en la formulación del problema, entendiendo que esta línea responde a la gran problemática de nuestra investigación, por tanto, es una de las incógnitas que esperamos resolver durante el proceso de análisis y conclusiones del trabajo de campo.

Entre ellos encontramos la identidad, como medio de significación, quien según la Real Academia Española se define como: “Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás. Conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás”. La que sostiene la idea de distinguirse de un otro, que, si lo trasladamos a la identidad de mujer dicha conciencia, es de ser distinta al hombre o como la negación del hombre, al ser mujer y no ser varón. Sin embargo, cuando refiere los rasgos propios de un individuo o colectividad podríamos pensar que es una definición atingente, pero es necesario cuestionar la especificidad de los rasgos y características que nos diferencia de los demás, básicamente si desde lo fisiológico/anatómico tener vagina, útero, senos, menstruar o permitir la posibilidad de engendrar vida, podrían ser las características que definen el ser mujer. Dejando toda posibilidad de construcción excluida, donde la diferencia no cuenta con un espacio entre el pene y la vagina o entre el estrógeno y la testosterona, mucho menos permite cuestionar

lo evidente o visible de la anatomía en contraparte a las sensaciones, experiencias, pensamientos, ideas, emociones entre otras. Por lo que nuevamente en esta distinción el lugar de la mujer queda relegado a una anatomía débil a un nivel de hormonas deficientes y la comparación con este otro masculino.

Ahora, desde la iglesia católica existe una mirada no tan lejana a la fisiológica o sociocultural, entendiendo que históricamente el poder de esta institución ha sido transversal a toda instancia jerárquica o institución ya sea educativa, política o social.

Según la intención del Creador, por tanto, la manifestación de la naturaleza humana en las mujeres difiere necesariamente de su manifestación en el hombre; las esferas sociales de interés y las vocaciones de los sexos son distintas. Estas distinciones pueden aumentarse o disminuirse por la educación y las costumbres, pero no pueden ser anuladas por completo. Igual que no es permisible tomar un sexo como patrón del otro, así desde el punto de vista social no es admisible confundir las actividades vocacionales de ambos. Los hombres más masculinos y las mujeres más femeninas son los tipos más perfectos de sus sexos (Fanning, 1912).

Evidentemente la posibilidad de que la mujer se hace y no se nace como comenta hacia el año 1949 Simone de Beauvoir, no tiene lugar para lo anterior, sin embargo, consideramos que premisas como la propuesta por la iglesia católica han propiciado

espacios de lucha y empoderamiento, si bien han condenado a las mujeres a una imagen exclusiva y marginada, de alguna manera han evidenciado la necesidad de abandonar la idea de La Mujer perfecta y virginal, por una propuesta colectiva que considere la pluralidad y la configuración de estas.

Por otra parte, no podemos evitar mencionar la misoginia propia de algunos autores filósofos, al momento de referirse a la mujer, como Schopenhauer, Nietzsche o Kant, quienes restringen el lugar de la mujer y la limitan a un rol desde la seducción y la sexualidad, dando lugar a lo que Foucault llama la historización de la mujer como un cuerpo sexualizado. Mientras que Kant en torno a las categorías de mujer y hombre, “se refiere al hombre haciendo énfasis en la libertad, en la racionalidad, en la autonomía, o sea en la capacidad de elección, a la mujer se la describe como un ser sobre determinado, siempre igual (Castellanos, 1991, pág. 2)”. Nuevamente nos enfrentamos a un escenario homologador en que se espera que la llamada naturaleza femenina sea igual para todas, generalizando y limitando el rol social de cualquier mujer como eso, como cualquiera sin distinciones ni particularidades.

Desde el feminismo posestructuralista podemos rescatar la necesidad de deconstruir la perspectiva naturalista de la mujer, en la que esta y en general el ser humano no presenta solo una esencia innata, sino que está determinada por la construcción sociocultural, rompiendo de alguna forma con las dicotomías de hombre/mujer, verdad/mentira, positivo/negativo, entre otras, en las que siempre existe cierta

superioridad de una hacia otra. De esta forma se pretende cuestionar la necesidad de definir explícitamente la categoría de mujer, ya que esta depende de la configuración que está enmarcada en una sociedad patriarcal por lo que la “pureza” de la definición no podría ser posible.

(...) la aparición de un nuevo sujeto, el (¿la?) Sujeto feminista, un sujeto que aún está siendo elaborado, que no corresponde a la representación de "la mujer" idealizada, pero que a la vez trasciende (nos trasciende) a las mujeres concretas, que llegamos a constituirnos como tales a través de las relaciones sociales en una sociedad patriarcal” (Gabriela, 1991, pág. 9)

Por tanto, las sujetas al estar reguladas por estas estructuras de poder como es el caso del patriarcado, se configuran o se reproducen inconscientemente desde las imposiciones implícitas o explícitas que otorga este orden, lo que nos invita a ser precavidas en torno a la necesidad de definir y encasillar a la mujer en una línea específica, ya que el cuestionamiento de que significa Ser mujer, permite un multiplicidad de posibilidades, ya que la persona, no sólo se define desde el sexo mujer, sino que entendiendo la construcción social, existen otros atributos o categorías como es el caso de las problemáticas de salud mental que orientan a las mujeres, es decir de las características políticas de las mujeres

...porque el género no siempre se constituye de forma coherente o consistente en contextos históricos distintos, y porque se entrecruza con modalidades raciales, de clase, étnicas' sexuales y regionales de

identidades discursivamente constituidas. Así, es imposible separar el «género» de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene. (Butler, 2006)

Por tanto, la representación supera a la identidad en esta línea, al permitir la paradoja de las mujeres en cuanto identidad y lo que representan en los diferentes escenarios políticos de su actuar, vinculándolo inevitablemente con el rol político de la ocupación en sí misma. Judith Butler refiere a lo anterior como la “política de representación” (Butler, 2006, pág. 52), donde las estructuras sociales culturales y políticas producen el escenario en el que actúan las mujeres, un escenario dominado por el poder, por lo que las identidades al parecer naturales de las mujeres son en realidad respuestas esperadas para dicho escenario, naturalizando la identidad de las mujeres y por supuesto limitando y marginando. De allí la necesidad de la historia de las mujeres, considerando sus particularidades, sus experiencias y la forma en que han actuado dentro de este escenario, enfrentándose de alguna manera al poder del patriarcado, ya sea desde sus espacios cotidianos y privados, muchas veces invisibilizados, hasta la participación social, todo lo anterior entendido como un actuar político. Por ello Judith Butler nos invita a cuestionar el lugar de la mujer como un agente de transformación, en la acción misma, es decir en la medida que las mujeres ocupan un espacio se configuran como tales. “Mi razonamiento es que no es preciso que exista un «agente detrás de la acción», sino que el «agente» se construye de manera variable en la acción y a través de ella” (Butler, 2006, pág. 278).

Es fundamental desnaturalizar a las mujeres, comprender su configuración como un sin fin de posibilidades relativa a los contextos y ocupaciones sociopolíticas, permitiendo que las ideologías superen a cuerpos y mentes dominadas por las estructuras de poder patriarcal, rompiendo con la idea natural que se ha impuesto sobre el ser mujer, considerando no sólo la represión natural biológica e histórica sino también lo político y social de dicha marginación.

Cuando se analiza la opresión de las mujeres con un enfoque materialista y feminista', se destruye la idea de que las mujeres son un grupo natural, es decir, «un grupo racial de un tipo especial: un grupo concebido como *natural*, un grupo de hombres considerado como materialmente específicos en sus cuerpos” (Witting, 2006, pág. 31)'.
Cerrar con alguna reflexión, especialmente al tema de su investigación

5.- Mujer y Salud Mental, la resistencia ante el diagnóstico

En 1972, Franco Basaglia destaca un concepto llamado, “la ideología de la diferencia” la cual era ejercida por sobre la enfermedad mental, con la finalidad de asegurar la marginación social de aquellos y aquellas considerados como diferentes. Se, adoptan sistemas de control social que garanticen tal marginación, de acuerdo con diversos niveles de desarrollo socioeconómico y las ideas claves de la clase dominante, lo que evidencia procesos históricos de discriminación y marginación en cuanto a la salud mental, más aún los intentos de respuestas a las problemáticas de salud mental han tomado

un carácter asistencial que evidencia en sus programas y políticas violencia hacia las mujeres.

Previo a lo propuesto por Basaglia, en Argentina existieron movimientos ligados a la salud mental, no por profesionales o expertos(as) en la temática sino por mujeres quienes demostraron preocupación por otras mujeres y niños(as) que requerían atención en salud, de allí que este grupo de mujeres logra situar en la agenda pública “problema de “las locas” , marcando el curso de acción y – en consecuencia - iniciando todas las gestiones necesarias para la creación del “Hospital de Mujeres Dementes”, que finalmente se funda entrado el año 1854” (Testa D. , 2012). Siendo un antecedente no solo para la salud mental en mujeres, si no que en Argentina representa un hecho que posteriormente permite la necesidad de crear la carrera de Terapia Ocupacional, de donde Chile obtiene formación para su primeras Terapeutas Ocupacionales.

Hacia el año 1984, se sostiene el enfoque tradicional biomédico del sistema de salud, donde “se mantiene una rígida diferenciación entre “lo normal” y “lo patológico”(Canguilhem, 1984) (Burin, 2010) lo cual se ajusta a la mirada psiquiátrica de la época quienes ejercen el poder tradicional categorizando los estados mentales saludables de lo enfermizo, siendo el caso de las mujeres el espacio para patologizar identidades así como construcciones sociales adjudicadas a la mujer como la histeria, la depresión, la melancolía, y todas aquellas relacionadas a la reproducción “La salud mental de las mujeres era así un efecto de los avatares de su función reproductiva, o sea, de su “naturaleza femenina”: sus temas más frecuentes eran la psicoprofilaxis obstétrica, la

depresión puerperal, las ansiedades de lactancia, los trastornos psíquicos de mujeres menopáusicas, etc.” (Testa & Spampinato, 2010).

Durante la misma década surge la necesidad de modificar o alternar los sistemas tradicionales de salud especialmente en salud mental, como refiere Burin en 1987 “una concepción participativa” en la cual se propone situar a las mujeres en un rol activo dentro de sus procesos de salud-enfermedad, para ello invitan a comprender la propia “enfermedad mental” como una respuesta o resistencia femenina ante toda forma de opresión impuesta hasta la época, concepción que se acerca a la actualidad entendiendo que muchos problemas de salud mental son una objeción ante el sufrimiento otorgado por la institución, la violencia o vulneración. Un ejemplo de la época lo propone Dio Bleichmar en 1985 “En el caso de las tradicionales “histerias” –etiquetamiento muy cuestionable-, se trataría de un modo de resistencia a las condiciones de opresión–represión de la sexualidad femenina, tal como lo ha caracterizado”

Ad portas de la década de los 90’ ya se evidenciaba la necesidad de la salud mental en mujeres, donde los procesos de prejuicio, estigmatización y marginación se encuentran en nuestro cotidiano e historia, por lo que se tiende a naturalizar tales hechos que llevan a vulnerar a la mujer "es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce donde quiera existan normas de identidad" (Goffman, 1989). Hacia el año 2000 en el marco de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental, la Terapia Ocupacional en Salud Mental no solo trabaja con aquellas personas que presentan dificultades concretas o

materiales, sino también en cuanto a participación, opinión, conocimiento entre otras, lo que indudablemente nos lleva a quienes se encuentran en situación de exclusión, que no logran formar parte del entramado social (capitalista). Dentro de estas consideramos que la mujer ha sido invisibilizada como tal y reducida en cuanto a emociones creyendo así que la libertad y la felicidad de dicho cuerpo está sujeta a otro, a un sistema que promueve fantasías sociales de libertad que no son reales, sin embargo, este sistema tiene género y es masculino, el capitalismo se expresa como patriarcado.

Como plantea Federici:

“...el trabajo doméstico de las mujeres es en realidad un conjunto complejo de actividades que contribuyen a la reproducción de la **fuerza de trabajo** para el capital, y de las cuales el capital se beneficia porque se trata de un trabajo no remunerado” (Federici, 2014)

Es decir, trabajo productivo versus trabajo reproductivo, se ha situado a la mujer y al trabajo doméstico impuesto socialmente a esta como una forma de sostener la fuerza de trabajo masculina. Para el patriarcado la mujer permite la producción del capital al sostener desde lo doméstico al hombre, si bien lo anterior sostiene un acto violento hacia la mujer al invisibilizarla dentro de este espacio, demuestra la forma en que el sistema capitalista limita la función de la mujer, obstaculizando la participación de esta en instancias de producción mayores para dicho sistema, menospreciando el rol histórico impuesto a las mujeres, entendiendo que las labores “del hogar” al no ser remuneradas no aportan al entramado económico-social. En la actualidad y frente a las necesidades

económicas y sociales impuestas, quien determina la construcción social de roles en base al género para responder a dichos deseos de consumo es el capitalismo, el cual al alero de las relaciones de poder y opresión a la mujer presenta sus formas de organización, estructuras y regímenes desde donde actúa.

6.- ¿Por qué una Terapia Ocupacional Crítica?

“Terapias Ocupacionales hace uso de un conjunto de saberes, métodos, tecnologías y técnicas que convierten al sujeto, al cuerpo del sujeto en un espacio político (Guajardo, 2014, pág. 160)

A diferencia de lo propuesto por A. Guajardo, en el marco de una disciplina socio sanitaria, se espera que la Terapia Ocupacional en Salud Mental, normalice y adapte al sujeto a partir de actividades con propósito y significado que promuevan independencia y funcionalidad, sin embargo, hoy se producen tensiones ontológicas en relación a las Terapias Ocupacionales. A continuación, nuevas problematizaciones en relación a las Terapias Ocupacionales que permitan guiar este proceso de investigación, y que a su vez entreguen sustento a nuestras contribuciones, en el interjuego entre Ocupación, Salud Mental y Terapias Ocupacionales. Nos interesa tomarnos de algunas reflexiones de colegas que hoy problematizan sus prácticas y a la Terapia Ocupacional, Magdalena Pardo y Gloria Silva exponen:

Cuando hablamos de las violencias, nos referimos a la falta de dignidad y contención en la vida cotidiana. En este tránsito y otras trayectorias

similares trabajamos las terapeutas ocupacionales. Y la conformación del rol profesional ha sido ofrecernos como referentes. Es complejo problematizar este rol, que implicaría registrar lo que no es visto, como el malestar, los miedos, más allá de reproducir terapias que a su vez reproducen el deseo de control social para “ser funcional” (Silva, 2013)

Desde una perspectiva positivista, autores como Gary Kielhofner, entiende la ocupación desde ideas tales como motivación intrínseca, actividades significativas y la necesidad de ser efectivos en el ambiente. Este autor, como Terapeuta Ocupacional pionero en registrar su quehacer y entregar fundamento teórico a sus ideas, históricamente produce una perspectiva reduccionista, que perpetua la funcionalidad del sujeto, ahora, insistimos que sus aportes al dialogo en torno a nuestras prácticas son fundamentales para entender lo que vendrá más adelante y que permitirá situar nuestras reflexiones. En el 2002, Sánchez refiere:

La atención comunitaria integral y holística que presta todos los servicios educativos, psicosociales, sanitarios, jurídicos, institucionales y ocupacionales para la adquisición, potenciación y compensación de aquellos conocimientos, hábitos, roles, habilidades y actitudes imprescindibles para la elección, adquisición y mantenimiento de un puesto de trabajo de las personas con enfermedades en la salud mental” (Sánchez, 2002)

Lo anterior nuevamente limita la disciplina a los ámbitos de salud y trabajo, espacios que sostienen el sistema económico, olvidando toda problematización política ligada a la profesión.

Frank Kronenberg nos muestra conceptos desde una mirada social en la cual las comprensiones sociológicas se evidencian en interpretaciones y aplicaciones emergentes “Lo que la gente hace, no hace con y así mismo y a otros en el día a día puede manifestarse en un continuo de afirmaciones y negaciones de su humanidad y como tal afecta su salud y bienestar” (Kronenberg, 2013).

Actualmente Guajardo nos invita a cuestionar el origen de la ocupación, proponiendo que “es inherente al ser humano (Guajardo, 2011)” es decir, el ser habita un cuerpo, siendo en sí mismo cuerpo individuo, sujeto, colectivo, por lo que es ocupación, es decir ser y existir. Considerando definiciones o propuestas anteriores en torno al concepto de ocupación que no representan nuestro pensar, no situaremos desde lo propuesto por Alejandro Guajardo, ya que representa uno de los ejes transversales de nuestra investigación, al ser consecuente con nuestras perspectivas que permitirán analizar y problematizar las historias ocupacionales de las mujeres.

Para el presente, comprendemos desde la Terapia Ocupacional a la Salud Mental como un campo, que cuenta con cuestionamientos, construcciones conocimientos, y se definen prácticas y formas de intervenir, lo que evidentemente nos incita a cuestionar la perspectiva de género y profundizar en temáticas relacionadas a mujer y salud mental. Sin

embargo, como investigadoras, mujeres y terapeutas ocupacionales, somos producto de esta sociedad por lo que debemos considerar y delimitar que contamos con prejuicios, ideas y concepciones que se han transformado en obstáculos epistemológicos, más aun comprendiendo que, “Los intelectuales son unos empleados del aparato del Estado y su función consiste en promover la coacción y mantener la disciplina para así lograr la sumisión de los grupos inconformistas y la dominación hegemónica” (Galheigo, 2006). Es necesario que como Terapeutas Ocupacionales consideremos las categorías sociales como tales y la influencia que tienen estas no solo en las mujeres usuarias, sino también en nosotras profesionales y en los equipos de trabajo:

Tiene que ver con replantear dichos modelos, así como los valores asumidos en lo cotidiano, tanto en las relaciones personales como profesionales. Se trata de develar la naturaleza política de las ocupaciones y los espacios de cotidianidad, de modo tal que no sea sólo un mero instrumento de adaptación al medio, reconociendo que representan la posibilidad de influenciar en los ámbitos sociales dada la capacidad transformadora de la actividad humana (Silva, 2013, p.7).

Una de las formas de poder del patriarcado es sostener lógicas binarias en los distintos ámbitos de opresión, siendo uno de ellos claramente la salud, espacio desde donde la Terapia Ocupacional se ha constituido como disciplina, por ende en salud mental sostenemos los desafíos que presentan las intervenciones sin caer en dichas lógicas que reprimen. Para ello, son necesarios espacios de concientización, desnaturalización,

tensionando los pre juicios y cuestionando los contextos que ocupan las mujeres y las formas cotidianas y culturales de represión patriarcal que muchas veces producen problemas de salud mental. De esta forma y tomando en cuenta las subjetividades y los procesos individuales como colectivos de las personas con quienes trabajamos es que podremos llegar a la transformación. Una perspectiva Feminista valora y visibiliza los procesos de salud-enfermedad y el sufrimiento de la mujer como un conjunto donde las categorías sociales rigen la experiencia y la identidad de cada mujer, lo que colectiviza el sufrimiento y lo hace público rompiendo la barrera de lo doméstico para así responder como sociedad. Por tanto, invitamos a considerar y/o validar la locura como un territorio compartido por las mujeres y como un medio de resistencia. Franca Basaglia (1983 y 1986) define “la locura genérica de todas las mujeres frente a la racionalidad del poder patriarcal”. Si bien el romper con las estructuras de poder dominantes es una posibilidad que permite la locura en sí misma, es necesario que quienes viven las situaciones de dominación sean conscientes de los derechos inherentes al ser humano. Por tanto, es esencial trabajar desde la ética de los derechos humanos, al momento de construir con las mujeres con problemas graves de salud mental.

No los derechos humanos del mundo occidental capitalizado por el derecho humano de los blancos de los hombres, liberal, individual, sino, los DDHH que admitan muchas formas de conocer, muchas otredades, en un plano de equidad basada en la aceptación de la distinción y no en la semejanza o complementariedad (Guajardo, 2014, pág. 163)

Esta es la relevancia de esta investigación, el trabajar con las mujeres en base a los derechos humanos, considerándolas dentro del proceso no como objeto de investigación sino como mujeres trabajando con otras mujeres produciendo prácticas críticas a través de la construcción de las historias ocupacionales. “Esto lleva a comprender que la práctica de terapia ocupacional es primariamente política, ética, pero principalmente que la institución de terapia ocupacional es constitutivamente política“ (Guajardo, 2014, pág. 160). Política porque, se relaciona con un la vida concreta, con las relaciones y con la construcción de estas, así como es el caso de las mujeres quienes se producen en sus acciones en una sociedad de mercado“ .Es política porque nos producimos a partir de problemas sociales” (Guajardo, 2014, pág. 160), entendiendo las problemáticas de salud mental desde una mirada crítica no como una dificultad específica de las mujeres como individuos sino como un producción social de conceptos de salud enfermedad, que promueven la marginalidad a través de instituciones totalitarias que permitan y delimitan dicha opresión, es por ello que es necesario liberarnos y deconstruir a la Terapia Ocupacional como institución dominante a partir de prácticas transformadoras que permitan “autonomía, ciudadanía y considere a la comunidad (Guajardo, 2014, pág. 162)”

Este proceso en conjunto a las mujeres en cuestión es para nosotras una práctica política de Terapia Ocupacional, al buscar el bienestar de las mujeres como colectivo, rescatando en conjunto y validando su historicidad, como una forma de lucha contra la opresión patriarcal y el acceso concreto a los derechos humanos “. Las prácticas de terapia ocupacional no son otra cosa que ocupaciones colectivas” (Guajardo, 2014, pág. 163)

7.-Historias de vida y Ocupaciones, hacia un concepto de Historia Ocupacional

La TO crítica produce un trabajo transversal desde la academia hasta el territorio (o viceversa), siendo este último el escenario de intervención donde las personas se producen y construyen, bajo contextos significativos que generan sentido de pertenencia, lo que permite plasmar una lucha hacia el empoderamiento y la transformación, desde el feminismo y a través de la TO se genera la posibilidad de prácticas anti patriarcales, visibilizando desde lo cotidiano las prácticas opresoras del sistema patriarcal e identificando espacios colectivos, experiencias comunes que permitan cuestionar patrones sociales imperantes.

Quisiéramos iniciar más que con una definición, una reflexión sobre el concepto de Ocupación, pilar fundamental, que representa la base de nuestra disciplina y por ende transversal para nuestro posterior análisis:

Se piensa a la ocupación como factor ontológico, es decir, como un factor a través del cual el ser humano puede desarrollar sus potenciales biológicos, individuales y socioculturales para hacerse sujeto, gestor y constructor de su propia historia. No por ello se eliminan las posibilidades que ofrece la ocupación humana para satisfacer necesidades básicas, para convivir dentro del entorno y para vincularse en un entramado sociocultural, pero aquí se enfatiza principalmente su potencial para el

desarrollo, la auto reflexión y la trascendencia del ser (Guajardo, 2011, p. 50).

“La mujer es un hecho colectivo” (Lagarde, 2003, pág. 67) , propone la necesidad de vincularnos como mujeres, forjando relaciones de sinceridad y apoyo mutuo, negando así la reproducción del poder patriarcal a partir de nuestras acciones y relaciones como mujeres. Sin embargo, dicho poder históricamente se ha encargado de construir y delimitar la vida de las mujeres, desde lo privado hasta lo público, promoviendo la discriminación, vulneración, el racismo, y más aún la competencia entre las propias mujeres. Es común escuchar desde las propias sujetas la falta de confianza y la envidia reproduciendo implícitamente el sistema patriarcal, donde el individualismo permite el escenario para estas lógicas de poder. Por ello, consideramos fundamental, no solo la concientización y problematización de los diferentes procesos de opresión que viven las mujeres, sino el compartir las discusiones que permitan construir a partir de lo colectivo. “El feminismo es subversivo también, por la sororidad que rompe la soledad femenina de las mujeres y encamina a cada una hacia las otras, y a todas a la colectividad” (Lagarde, 2013, p. 66).

Si bien se ha instalado que las historias y las experiencias son personales, la construcción de estas dependen de un entorno en el que no habitamos como individuos, somos sujetos y sujetas, de donde surge la ocupación no sólo como un proceso personal sino más bien una construcción colectiva del habitar un espacio “Este proceso responde a realidades sociales concretas y específicas; así, la ocupación no es manifestación de una

interioridad intrínseca, sino más bien un proceso que se expresa “como ser-en-el-mundo, como actividad de vivir en el mundo” (Guajardo, 2011).

Para objeto de la investigación nos moviliza indagar en la idea de ser mujer, analizar lo que significa ser mujer desde una perspectiva feminista en relación al concepto de ocupación. Para entender dicho proceso, es necesario comprender los significados atribuidos a ser mujer, las experiencias de vida, los espacios habitados desde donde surge dicha construcción, y así ir evidenciando la interacción entre la configuración del ser mujer y la idea de ocupación desde una perspectiva crítica. “En la ocupación me transformo en sujeto. De esta manera ocupación, movimiento y sujeto son lo mismo. Somos en el acto de ocuparnos” (Pérez, 1998). De allí que nuestras historias de vida están delimitadas y configuradas desde nuestras ocupaciones de manera dinámica en cada momento y experiencia, las que se traducen en posibilidades en la medida que vamos avanzando, y se contrastan con las de otras mujeres. A partir de espacios de sororidad encontramos una existencia que nos permite continuar construyendo esta historia: “La ocupación como autoconciencia, permitirá discernir las condiciones subjetivas de las que uno produce con el resultado consiguiente de la liberación y transformación social” (Guajardo, 2011). Si bien hablamos de la necesidad de colectivizar las experiencias de las mujeres, ya que consideramos que eso produce la transformación social y los espacios de sororidad posibles para reivindicar a las mujeres, no es el objetivo de esta investigación grupalizar la experiencia, sino dejar la posibilidad abierta para futuras instancias de investigación.

Las mujeres y los sujetos, cuando se encuentran en interacción con sus comunidades, con otros, es lo que algunas/os autores entienden como ocupaciones colectivas (Ramugondo y Kronenberg, 2012), un espacio donde confluyen y se involucran entre sí para un bienestar común. A veces creemos que el bienestar es individual y la búsqueda sigue en la misma línea perpetuando patrones dominantes, sin embargo, cuando se entiende en la interacción con otros en un espacio socio históricamente situado, se puede producir bienestar, eso es lo que nos interesa instalar cuando pensamos las relaciones de las mujeres con sus contextos. Ante todo, debemos asumir que la sociedad ha construido a la mujer como un sector, un grupo, vulnerable limitando el ser mujer a una categoría económica social, lo que permite el dominio masculino, y no como un colectivo empoderado y situado en esta sociedad, así visibilizamos la situación de las mujeres con problemas graves de salud mental.

En relación a lo anterior, el sufrimiento mental se constituye en interacción con la idea de ocupación (desde una perspectiva crítica), es dinámico y particular, se produce a partir de cada mujer y sus experiencias, dicho padecimiento no está ligada solo a malestar psíquico, sino a la existencia misma de la mujer, sumado a esto una categoría social de “loca” (estigmatizante) que opaca o invisibilizan el dolor propio del ser mujer y ocuparse, habitando un sistema patriarcal. Clara Coria (1986) en su libro *“El sexo oculto del dinero”* destina un capítulo al trabajo específico con grupos de reflexión para mujeres: “Los grupos de reflexión de mujeres son un espacio privilegiado para cuestionar lo obvio y posibilitar así la toma de conciencia de la “condición femenina” como también de muchos de los factores que la producen.” Creemos que las historias ocupacionales son en

sí mismas una acción social de concientización sobre el ser y hacer, en esta situación, el de las mujeres.

Las historias se hablan cuentan o escriben, con la finalidad de transmitir expresar un relato el cual permite transformar no solo a la persona, sino también al contexto, las historias no solo representan subjetividades sino también la historia de un territorio de un colectivo: "... la vía de la subjetividad es la que permite reconstruir el alcance objetivo, esto es real, completo, de una conciencia de grupo y de época" (Santamarina & Marinas, 1994). El origen y sentido de cada historia es construido por quien o quienes lo viven, pero más aún desde donde se relata.

Una definición sencilla pero que logra considerar aspectos relevantes como lo colectivo y lo subjetivo, a los que debemos sumar cierta temporalidad, es decir, que dichos conjuntos de sucesos ocurren en unidades de tiempo, conformando una historia en la cual se desarrollan una serie de interacciones y relaciones, relaciones de poder:

...exige a la historia oral abordar el acontecimiento social no cosificándolo, sino tratando de abrirlo a sus planos discursivos. El valor subjetivo de los relatos es precisamente el valor más original, el fenómeno social que la historia de vida permite que exista y circule, por entre los sentidos de una colectividad y una época (Santamarina & Marinas, 1994)

Debemos visibilizar la acción política que implica el reconocer y manifestar parte de la historia personal y colectiva, los territorios hablan a partir de sus protagonistas, los

espacios habitados por mujeres son de nuestro interés, de allí la necesidad de conocer no sólo una historia de vida sino: **Historias Ocupacionales, es decir, el entramado de acontecimientos, sucesos y experiencias enmarcados en una época y tiempo determinado, en el que se producen las subjetividades de cada persona, las formas de habitar cada espacio, las relaciones de poder, la vivencia y construcción a través del tiempo, y las condiciones que determinan la configuración del ser y estar.**

Por ello necesitamos de una Conciencia Ocupacional, “una conciencia en marcha sobre la dinámica de la hegemonía y como a través de hacer (y no hacer) podemos perpetuar prácticas dominantes, que a su vez podrían tener efectos negativos para la salud personal y/o colectiva” (Ramugondo, 2009-2012). Dicha conciencia, consideramos se puede evidenciar y compartir a partir del relato de historias ocupacionales, el que se debe visibilizar en un ámbito más bien personal, para luego problematizar en colectivo.

Lo anterior se enmarca no sólo a nivel de política pública, la lucha y la transformación es necesaria desde los espacios cotidianos. Como refieren Ana Pampliega de Quiroga y Josefina Racedo en su texto “Crítica de la Vida Cotidiana”, lo cotidiano se refiere a: “espacio y tiempo en que se manifiestan en forma inmediata y directa las relaciones que los hombres y mujeres establecen entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, configurándose así lo que hemos denominado sus condiciones concretas de existencia” (Pampliega de Quiroga & Racedo, 2007). Vida cotidiana se entiende como lo que se hace propio de cada persona, también en particular de cada sujeto. La relación que subyace entre las Terapias Ocupacionales y las cotidianidades, es que las

vidas cotidianas de los sujetos son el escenario de ejercicio de Terapeutas Ocupacionales, es donde se da la relación con actividades diarias y los sujetos, es la que determina contextos o también ocurre en un contexto determinado, pero además en donde suceden las relaciones subjetivas e intersubjetivas, relaciones entre los sujetos y de los sujetos con objetos.

Lo que compone la vida cotidiana representa hechos, objetos, relaciones y actividades, entre otras, así la cotidianidad tiene que ver con la producción histórica que se hace de nuestras vidas. Las cotidianidades tienen relación con la cultura, por tanto, el escenario en el que se produce una mujer estará delimitado por las construcciones sociales.

Desde lo cotidiano surge lo significativo, concepto necesario para la investigación, desde allí la relación con contextos significativos, en plural debido a la variedad de espacios habitados y las posibilidades, además de considerar las construcciones colectivas de significados otorgados a un territorio. Al construir la significancia se conectan conceptos anteriores con nuevos aprendizajes o información recibida, otorgando a un lugar o espacio una importancia particular, ya sea positiva o negativa para la persona, donde cada cual recuerda posteriormente eventos, situaciones o experiencias relevantes relacionadas a dicho espacio. Cabe destacar la relación de los contextos significativos con una historia de vida, desde donde se construyen los significados y se habitan los espacios.

Uno de los indicios en Terapia Ocupacional respecto a contexto es lo referido por Mosey en 1986 quien define entorno como: “una suma de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y forma de vida”, si bien no hace alusión directa a

contexto esto representa un antecedente, ya que valora la influencia en las formas de vida, en la construcción de estas y por qué no en las ocupaciones de cada persona. Desde la AOTA existen antecedentes de lo que se entiende como contexto, si bien este marco de referencia deriva de una corriente positivista, nos otorga ciertos lineamientos importantes a considerar desde la disciplina, además de posicionarlo como un componente fundamental al momento de intervenir en Terapia Ocupacional. Divide al contexto en contexto; social, cultural físico y espiritual, sin embargo, cada una de estas categorías se deben considerar desde un todo y no de forma individual, ya que se aprecia que en cada categoría se hace referencia a aspectos individuales, es decir a las expectativas, a los recursos, creencias, valores, motivaciones personales y la forma en que estos influyen en el entorno no viceversa, no existe el cuestionamiento de cómo el contexto influye en nuestros procesos y la significancia que le otorgamos a estos.

[1] Marcela Lagarde refiere que Sororidad: “parte de un esfuerzo por desestructurar la cultura y la ideología de la feminidad que encarna cada una, como un proceso que se inicia en la amistad/enemidad de las mujeres y avanza en la amistad de las amigas, en busca de tiempos nuevos, de nuevas identidades... la sororidad es en esencia trastocadora: implica la amistad entre quienes han sido creadas por el mundo patriarcal como enemiga. La alianza de las mujeres en el compromiso es tan importante como la lucha contra otros fenómenos de la opresión y por crear espacios en que las mujeres puedan desplegar nuevas posibilidades de vida”.

8.- Violencia Institucional hacia mujeres y la problemática en el acceso a Derechos

“Los Derechos Humanos son los atributos y facultades del individuo no concedidos por el poder establecido sino inherentes a la condición humana y reconocidos por la organización social en cualquiera de sus formas” (Lolas, 2000). En Chile, los Derechos Humanos están considerados bajo la Constitución de 1980, destacando principalmente:

...el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, la igualdad ante la ley, la libertad de conciencia, la libertad de educación y de libre enseñanza, la libertad de emitir opinión y la de informar... (BCN, 2015).

Se estipula la necesidad de oportunidades independiente de toda categoría, es decir solo por el hecho de ser humanos, sin embargo, allí las mujeres han quedado marginadas a un extremo del camino hacia dichos derechos, comprendiendo que la Convención en sí misma es categorizante y se postula bajo el patriarcado, donde al parecer son los hombres quienes cuentan con el derecho por ende el privilegio de merecerlos, como también ocurre con La Declaración de Luxor, sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales en 1989 (Rueda C, 2010, p. 42), la que explicita la responsabilidad social de los gobiernos en la atención de personas “enfermos mentales” y de quienes presenten riesgo, promoviendo la igualdad de derechos en contraste con la población sana. Los derechos estipulados van en detrimento del hecho de ser mujer, en el que la vida está por sobre al derecho a la libertad o a decidir por sobre el propio cuerpo, así como la libertad de opinar e informar se ve trastocada desde lo privado, espacio considerado no político y por ende

sin sustento para cuestionar. En la situación específica de las problemáticas de salud mental nos permite evidenciar una alineación del lazo social, es decir separación del sujeto y la comunidad,

...si bien la alienación se expresa a través de los lugares que un sujeto ocupa de acuerdo a la realidad en la que se desplaza, no es menos cierto que esta alienación depende de las exigencias del contexto social, específicamente, de las exigencias que la economía realiza al sujeto (Bustos, 2015).

Entendiendo que el lazo depende de las exigencias del contexto, es que influye directamente en el acceso a derechos de las personas, ya sean económicos, educacionales, salud, vivienda, protección social, entre otros, el prejuicio con el que son construidas las personas que viven con un sufrimiento mental, vulnera en el acceso a derechos, y produce alienación.

El ejercicio de los derechos humanos así como la constitución de 1980 responden a una institución, es decir, a un poder particular, en este caso un poder contextualizado en época de dictadura en la que se transgreden los derechos tanto para hombres como mujeres, lo que permite que el dominio de los hombres se potencie a través de la violencia sexual hacia la mujer, en esta etapa de la historia, como delito y opresión sin calificativo en que la institución que supone debe proteger y promover el cumplimiento del acceso a los derechos humanos, es quien reprime y vulnera. En la actualidad el panorama para las

mujeres sigue siendo desalentador, ya que el poder se mantiene en el patriarcado y las instituciones desde el Estado, hasta la familia continúan bajo lógicas de represión y transgresión:

Llamamos institución patriarcal a aquella práctica, relación u organización que a la par de otras instituciones operan como pilares estrechamente ligados entre sí en la transmisión de la desigualdad entre los sexos y en la convalidación de la discriminación entre las mujeres (Camacho, 1997, p. 41).

Desde allí nace la necesidad de lugares u organizaciones que permitan espacios de contención y protección en cuanto al acceso de Derechos Humanos, es la situación de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, quienes en su trabajo diario refieren:

Las personas con las que trabajamos se encuentran en situación de exclusión social y en consecuencia perdieron (o han visto debilitado) su lazo con la sociedad, sus posibilidades de diálogo, su participación y su acceso a derechos y ejercicios ciudadanos elementales. Por ello, desde CORDES nos pareció necesario planificar e implementar nuestras intervenciones desde un enfoque de derechos.

En nuestro trabajo los ejes son la autonomía, la participación, la ciudadanía, el ejercicio de los derechos a atención en salud, vivienda, educación, trabajo, al medio ambiente.

Nuestra ética es, entonces, generar condiciones para que estos grupos accedan como ciudadanos/as y no en una calidad de “discapacitados”, “enfermos” o “locos” (Cordes, 2015)

Simone de Beauvoir en su premisa “la mujer no nace se hace”, permite cuestionar al rol de las mujeres en su configuración, en la que muchas veces continuamos reproduciendo la violencia al naturalizarla e invisibilizarla, existe una enajenación dentro de la institución, sin evidenciar lo violenta que puede llegar a ser esta, llevándonos incluso a la masculinización con la finalidad de sostener y mantener la estructura de poder, así como la salud mental es controlada por la institución construyendo identidades que se afilien al poder patriarcal, “valor psicosocial de las instituciones, de la necesidad de sostenerlas en tanto constituyen soportes psíquicos imprescindibles para la vida social, para controlar la locura” (E.Jacques & Menzies, 1951; 1969) (Foladori, 2008). Por ello la intención de no solo rescatar relatos que evidencien esta violencia, sino de problematizar como mujeres y permitir espacios de emancipación colectiva, ya sea desde dentro de la institución como fuera de esta.

Alda Facio invita a cuestionar aspectos cotidianos que evidencian a la institución y la violencia implícita y explícita en ellas. Por ejemplo, al hablar de instituciones nos encontramos con bases como el lenguaje, la familia, educación, maternidad, trabajo, historia, religión, todas un apellido que clarifica el ejercicio de poder y violencia hacia las mujeres, como por ejemplo, en cuanto a la maternidad podemos adjudicarle el apellido

forzada, es decir como una condena impuesta desde la niñez a perpetuar la historia a través del rol de madre, como se aprecia en la infancia a través del juego según género, lo que se traduce en salud mental en una obligación que muchas veces representa la génesis del sufrimiento mental. “En las culturas patriarcales el trauma del dominio sobre los cuerpos ha recaído fundamentalmente en las mujeres quienes han visto legitimada históricamente la violencia en su contra en el seno familiar” (Facio, Feminismo, Género y Patriarcado, 1999)

La idea de violencia es un concepto que nos atañe, las privaciones al acceso enmarcan todo tipo de violencia y más aún cuando entendemos el sistema en general como patriarcal. Sin embargo, es necesario mencionar en las especificidades que la OPS en su informe Mundial de Violencia destacan tres tipos de violencia: La dirigida hacia uno mismo, Violencia Interpersonal y la Violencia Colectiva, esta última puede ser social, económica o política, que se define como el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales” (OMS, Informe Mundial de Violencia, 2002). Si consideramos que la institución busca afiliar y manipular a las personas, “La forma esencial de poder está en la capacidad de modelar la mente” (Castells, 2009), en pro de perpetuar el poder, esta definición representa en parte la violencia institucional, donde el objetivo de esta violencia limita el acceso a cada uno de los sistemas políticos, económicos o sociales, específicamente en el caso de la población relevante para esta investigación, como por ejemplo un grupo sano versus el

enfermo, o el grupo de hombres, versus el de mujeres, entre los cuales a través de la influencia de las instituciones que los acogen ya sea el estado, religión, raza o partido, generan la propiedad de violentar a otros y otras, en pos de sostener sus estructuras de poder, para cada situación dichas estructuras responden al patriarcado, al ser este transversal a toda la sociedad y sus sistemas.

“El problema tiene que ver con cómo pensamos la naturaleza última del poder mismo. Es decir, cuál es la relación que el poder guarda con los sistemas de representación con el lenguaje con el psiquismo, de qué manera se hace presente la estructura social (jerarquías, concentración de poder, apropiación-recuperación del poder, etc.) en el psiquismo de los humanos”
(Foladori, 2008)

La violencia esta históricamente implícita en las personas y en la sociedad, de allí que entendamos que las prácticas patriarcales son violentas, por tanto nuestra sociedad está regida en el androcentrismo, podemos entender como la violencia en todo orden de situaciones o espacios, es como refiere Victoria Sendón de León al cuestionar tres pilares para la violencia, la discriminación, la depredación del ambiente y que los conflictos se solucionan de manera bélica, es decir hay violencia transversal a las distintas esferas de la vida, por tanto no podemos dejar de cuestionar la violencia hacia la diferencia, hacia lo misterioso e incomprensible, como son las mujeres con problemas graves de salud mental.

IV.- MARCO METODOLÓGICO

1. Diseño Metodológico

El diseño metodológico se enmarca en un enfoque de tipo cualitativo, en el cual los descubrimientos se producen en base a la lectura y análisis de episodios, experiencias o circunstancias que encuadran la investigación y que se transforman en el foco de esta, no produce información en base a técnicas estadísticas o formas que cuantifican dichos sucesos. “La investigación cualitativa que subraya las acciones de observación, el razonamiento inductivo y el descubrimiento de nuevos conceptos, dentro de una perspectiva holística” (Quintana Peña, 2006). Por tanto, nos permite analizar las diferentes dimensiones de la realidad, se presenta, así como las relaciones que conforman el entramado social inmerso en un contexto particular. En esta investigación es fundamental rescatar y analizar la configuración del ser mujeres que viven con problemas graves de salud mental a través de sus historias ocupacionales, mediante discursos, que permiten ser analizados y problematizados en busca de situaciones, conceptos y experiencias que den vida a una investigación social desde una mirada feminista además de las construcciones en torno al ser mujer y más aún a presentar alguna problemática en salud mental, ligado siempre al rol de la Terapia Ocupacional, entendiendo la multiplicidad de posibilidades como mujeres y sus vivencias, alejado de una mirada estandarizada de los datos.

Por otra parte, una investigación cualitativa no solo rescata información o discursos sino también valora el poder de estos, considerando lo dicho y lo observado

dando espacio al análisis del contexto en el que se enmarcan dichos discursos o experiencias, en este caso las historias de vida que produce cada mujer nos llevará a un análisis político social, de las circunstancias y el contexto que determinaron la configuración que esperamos rescatar. “Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones”. (Corbin, 2002, pág. 20) Por ello es que un enfoque cualitativo nos permite indagar y valorar los aspectos cotidianos e invisibilizados en los discursos de las mujeres, así como construir en conjunto a estas las historias ocupacionales, que vinculan desde lo emocional/experiencial hasta niveles organizacionales y/o fenómenos culturales que configuraron directa o indirectamente a cada una de ellas.

En cuanto al alcance de nuestra investigación esperamos no solo describir sino también analizar la construcción de realidad en la que se sitúan estas mujeres, desde el acceso a derechos, en base a las experiencias de vida y las situaciones que han acontecido y por tanto, han dado origen en gran medida a las mujeres que en la actualidad son, para ello el alcance de tipo Interpretativo es consecuente con los objetivos y por su puesto con nuestra pregunta de investigación, dicho alcance “...reconstruye el sentido de los fenómenos a partir de la mirada y la conciencia de los protagonistas directos. Su interés es comprender la construcción de sentido, ubicar la praxis social y personal en un mundo simbólico” (Tapia, 2013, p.6). Es decir, buscar las formas de percibir y abordar la realidad

de las mujeres con quienes trabajaremos, así como entender en sus historias la génesis de estas como realidades cambiantes y que presentan múltiples posibilidades.

Nuestra intención es prevalecer a las miradas reduccionistas imperantes en cuanto a temáticas en salud mental, en la que existe una noción tradicionalista de diagnóstico y comportamientos ligados a cierta sintomatología invisibilizando el ser y estar de cada persona, superponiendo “la enfermedad” ante la experiencia y por sobre todo los derechos de una persona, en este caso a las mujeres. Por tanto, esperamos construir en conjunto interpretando la realidad que estas nos muestran, a través de una relación comunicativa activa por ambas partes (investigadoras- mujeres en cuestión) comprendiendo los diferentes ejes y factores personales, contextuales y culturales que orientan su configuración.

Lo anterior se enmarca en una mirada global de la situación y de la investigación, desde donde no solo esperamos analizar sino concebir todo lo mencionado anteriormente es un enfoque feminista, el que responde a un movimiento político social que históricamente pretende el reconocimiento de las mujeres por sobre un objeto dominado por un sistema patriarcal, sino como sujetas activas, con mirada autónoma y específica de la realidad, consciente de su posición en la sociedad. Así también como desde los años 70’ proclama desde una mirada crítica a lo personal como un espacio político y que el accionar ya no está sometido a un grupo limitado y sexuado (masculinamente), cuestionando el confinamiento de la mujer a lo privado como si este no representara un

lugar de lucha o cambio social. Por tanto, si la teoría crítica devela y problematiza las relaciones de subordinación y poder promoviendo la transformación de estas a partir de las bases que sostienen la sociedad cuestionando lo establecido, es que entendemos el feminismo como crítico al destituir de su poder las construcciones sociales y culturales que reprimen y sentencian a un grupo en particular, proponiendo y evidenciando la necesidad de construir nuevos significados de igualdad y empoderamiento que cuestionen los imaginarios sociales.

Para efectos de la investigación la Terapia Ocupacional y el feminismo tienen un carácter político al evidenciar el contenido crítico de las mujeres como sujetas y más aún como colectivo, una epistemología feminista por tanto, otorga ciertos lineamientos críticos como cuestionar y modificar las prácticas de dominación, “El concepto de transformación de las relaciones sociales siguen teniendo su vigencia desde las primeras formulaciones y sigue siendo el motor de orientación de todos los desarrollos teórico-conceptuales” (Garay, Iñiguez y Martínez, p.20). Para la presente investigación Donna Haraway con una mirada postmodernista nos muestra una particularidad de la epistemología feminista llamada Conocimientos Situados en la que valora los diferentes puntos de vista desde los más básicos e invisibilizados otorgándoles importancia en la comprensión de la realidad, “Existe una buena razón para creer que la visión es mejor desde abajo que desde las brillantes plataformas de los poderosos”(Haraway,año?? p. 328), visión acorde con nuestro enfoque y más aún con nuestra búsqueda como investigadoras, sin embargo, existen aspectos de un feminismo, que nos hacen sentido en la búsqueda del relato de una sujeta oprimida como fundamental en el cambio social, así

como esperamos develar aspectos silenciados de las mujeres con quienes trabajaremos, las que cuentan con historias de vida necesarias de contar y analizar para en un futuro próximo, desde las bases proponer un cambio social en materia de salud mental y específicamente en mujeres.

2. Diseño Muestral

Respondiendo al diseño metodológico es necesario destacar que la representatividad de las mujeres con las que trabajaremos no pretende una representación estadística que generalice sus discursos a todo un sector de la población, por lo que como ya mencionamos criterios específicos que limiten los perfiles no son necesarios ni atingentes a esta investigación, al contrario buscamos que estas mujeres pertenezcan a un colectivo o grupo, en este caso, a mujeres con problemas graves de salud mental y que desde allí surja una discurso que nos permita vincular sus particularidades como sujetas a este colectivo, quizás imperceptible para ellas mismas. Por tanto del Diseño Muestral, se obtienen una serie de posibles perfiles rescatando principalmente la viabilidad de encontrar personas con dichas características, siendo consecuentes con las necesidades de la investigación con nuestros intereses como investigadoras y atingentes a las posibilidades de acceso a las personas que representen dichos perfiles, los cuales requieren de criterios que enmarquen la búsqueda y que sean necesarios para nuestros objetivos, siendo en este caso un criterio tácito y esencial: **el ser mujer**, entendiendo el fondo, forma, objetivo y pregunta de esta investigación este criterio permite la representatividad fundamental para la investigación. Sin embargo, existen otros criterios que proporcionan un encuadre y contención al proceso como es el caso del criterio, **rango etario; mayor a**

18 años, concibiendo la necesidad de mayoría de edad para indagar en la vida de estas mujeres. Por otra parte, este rango de edad nos permite la existencia de experiencias a lo largo de sus vidas y la posibilidad de historias en diferentes etapas del ciclo vital. Las mujeres con problemas de Salud Mental que queremos abordar se encuentran visibilizadas y contextualizadas en mujeres que tengan una historia de vida, ya construida, que permita articular relatos y que favorezca la problematización y la vivencia de procesos de salud mental.

Por otra parte un antecedente importante en las mujeres es pertenecer a un dispositivo de salud mental, criterio para comprender la vivencia de una problemática que requiere de apoyo en un contexto que permita la contención necesaria, por ello que el siguiente criterio requiere que estas mujeres **participen de un Dispositivo de Salud Mental Ambulatorio**, ya que no todos los dispositivos son accesibles como institución ni tampoco permiten un vínculo o acercamiento a las mujeres como el que creemos fundamental para llevar a cabo la construcción que esperamos, como refiere Alberto Minoletti en el marco del Plan Nacional de Salud Mental “los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo espacios de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes” (Minoletti; Scaramelli & López Stewart, 2000), precedente no sólo en cuanto vínculo investigadoras-mujeres en cuestión, sino el contexto previo necesario para la ejecución de un trabajo de campo con las mujeres. Si bien nuestro criterio amplía la posibilidad de dispositivos a

Programas de rehabilitación, los Hospitales de Día, los Hogares Protegidos y los COSAM entre otros, hemos decidido que las mujeres deben participar todas en un mismo espacio, el cual en este caso responde para el Plan Nacional de Salud Mental a un programa de rehabilitación psicosocial, mientras que en la práctica a una Comunidad Terapéutica, específicamente la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, quien accede a colaborar y acompañarnos en cierta medida en este proceso, sin embargo este aspecto será especificado más adelante.

Finalmente nos encontramos con el criterio de **intervención o atención de Terapia Ocupacional**: ya que como investigadoras que formamos parte de esta disciplina y por tanto la investigación busca aportar conocimiento en esta, buscamos la apreciación de mujeres que hayan vivido o estén viviendo la experiencia de relacionarse con nuestra profesión, lo que nos abre posibilidades de vincular sus significaciones a nuestra investigación y además poder a largo plazo otorgar alternativas y propuestas en las temáticas de nuestro interés. Sabemos que las mujeres con problemas de salud mental reciben diversas intervenciones desde múltiples disciplinas, pero en la discusión teórica es visible que no se ha investigado desde Terapia Ocupacional historias de vida de estas mujeres en sus procesos de discriminación y segregación de la que son y/o han sido protagonistas. “Proponemos incluir la perspectiva de género en las prácticas de la Terapia Ocupacional cada vez que se instrumenten intervenciones, estrategias o dispositivos en salud. Impacto de las representaciones de género en el campo de la salud mental y su relación con las prácticas actuales de la Terapia Ocupacional. Se presentan los elementos constitutivos del concepto de género para identificar las lógicas asistenciales destinadas a

dar respuesta a la problemática de salud mental, que reproducen el entramado de poder y dominación característico de las relaciones de género.” (Testa & Spampinato, 2010). De allí se evidencia que existen trabajos previos y futuras necesidades, en torno a las intervenciones de salud mental desde perspectivas de género, lo que nos invita a la posibilidad de diferencias en las intervenciones si ha recibido Terapia Ocupacional.

Por tanto, de los criterios mencionados el perfil de sujeta para nuestra investigación es que trabajamos con dos mujeres que presenten las siguientes características en común: Mujer, mayor de 18 años, Participar en un dispositivo de Salud Mental ambulatorio, ha participado o participa de Terapia Ocupacional.

La cantidad de tres mujeres, es variable en la medida que avance la investigación y con la situación de la institución, pero consideramos que para lograr un análisis profundo de los relatos y utilizar las técnicas biográficas se requiere de profundización en cada sujeta por sobre la cantidad de relatos obtenidos.

Ahora bien, luego de definir con quienes pretendemos trabajar y en consecuencia con una investigación de tipo cualitativa, es que utilizaremos como Estrategia la Investigación Social Etnográfica, la que nos permite indagar, describir y analizar los relatos de mujeres en base a sus experiencias y su propio lenguaje que transporte sus relatos orales a vivencias concretas que nos permitan extraer objetivaciones de una comunidad en particular y producir “relatos testimoniales”, como nuestra unidad de información para esta investigación.

El rendimiento específico de las herramientas y procedimientos destinados a generar relatos testimoniales como unidades de información de objetivaciones de hechos sociales bajo la condición del reconocimiento, condición propia a comunidades/contextos. Considero que dentro de la tradición vinculada a prácticas tales como la “observación participante” (en sus diferentes participaciones y observaciones) y la “escucha biográfica” (historias de vida, relatos de vida), es posible evaluar las unidades de información generadas por ellas como relatos testimoniales (Cottet, 2006)

La investigación social etnográfica cuenta con tres principios “objeto - unidad de información - procesamiento” los que a medida que se obtienen los relatos y las experiencias van permitiendo construir en esta investigación a nuestro sujeto de investigación, es decir a medida que la información es producida, la investigación va adquiriendo forma y el carácter que estas subjetividades le otorgan.

Por otra parte, buscamos producir un relato colectivo en base a las diferentes significaciones otorgadas por estas mujeres, no solo entre ellas sino también las experiencias en el transcurso de la vida de cada una de ellas, los matices en sus relatos y como bien menciona Cottet en la Estrategia Social Etnográfica concebir los antecedentes entregados como “significación de experiencias”.

Se requiere de un escenario que permita ejecutar no solo la investigación sino más bien dar forma a la estrategia, en este caso la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, como

mencionamos anteriormente, accede a recibir nuestra presencia como investigadoras para llevar a cabo el proceso de trabajo de campo, dicho nexo con la institución fue producto del contacto con una de las profesionales a cargo del funcionamiento de la Comunidad, quien además se ha comprometido con esta investigación y la ha apoyado desde otros escenarios y de otro rol. Por otra parte, una de las investigadoras en cuestión participa activamente como profesional (Terapeuta Ocupacional) dentro de la institución, quien de ahora en adelante será además nuestra informante clave, mientras que el resto del equipo ha aceptado acompañar el proceso colaborando en los momentos que sean necesarios, en pos del bienestar de las mujeres con quienes estaremos trabajando.

De las informantes y colaboradoras durante el proceso se nos permitirá construir no solo las historias de vida sino también llevar a cabo observación participante dentro de los espacios en los que circulemos como investigadoras. De allí surge el concepto de Serendipidad,² entendido como un proceso inesperado o como un accidente que permite descubrir algo que no se estaba buscando en un inicio, por tanto se transforma en una oportunidad durante la observación en aspectos cotidianos dentro de la Comunidad, entendiendo que las historias ocupacionales serán construidas dentro de este contexto y que la presencia como investigadoras se inicia desde el ingreso al espacio y la permanencia hasta finalizar el proceso, no sólo como meros agentes externos que ingresan a un box a realizar una entrevista. Esperamos vincularnos con cada mujer, lo que requiere de una

² Serendipidad: facultad de hacer un hallazgo o descubrimiento afortunado de manera accidental (Diccionario de Manuel Seco, España)

relación producida desde la cotidianeidad que compartiremos durante los períodos de “visita” a este espacio, sumado a la estadía constante de una investigadora que a la vez participa como colaboradora clave.

3. Técnicas de producción de información

Los llamados métodos biográficos se vinculan con la conversación, documentación y por supuesto con la observación participante, las que forman parte de la Investigación Social Etnográfica, a través de dos técnicas: Observación Participante y las Técnicas Biográficas, en estas últimas aparecen los Relatos de vida y las Historias de vida, siendo esta última la técnica central y elemental para esta investigación.

Iniciamos con las Historias de vida, definida como un conjunto de “...relatos que se producen con una intención: Elaborar y transmitir una memoria personal o colectiva, que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un período histórico concreto” (Santamarina & Marinas, 1994, p. 258). Las historias de vida surgen a petición de un investigador y producen la tensión entre la historia individual y la historia entendida como universal.

Permiten la representación o más bien producen una representación de la colectividad de las leyes generales del cambio, y la percepción y elaboración particular de los cambios sociales y culturales. Es por lo anterior que nos hace sentido la utilización de esta técnica en esta investigación, porque se traducen en transformación social, sin generalizar, sino que dan espacio a la reflexión de quienes acceden a estas historias.

Creemos que es necesario llevar a la luz las historias de estas mujeres, que han sido ocultas y han sido subordinadas por el patriarcado. Además, nos interesa decir que son historias particulares de un contexto de época determinado, pero que al mismo tiempo se trata de hechos de producción de sentidos que tienen una dimensión inmediata, social que permite descubrir lo que ha sido marginado.

La aplicación de la historia de vida como perspectiva en la que convergen distintas disciplinas y tradiciones de investigación, requiere, por consiguiente, la atención al contexto concreto: “*como son las formas de intercambio y circulación de la memoria y de las experiencias en el interior de la cultura mediática, del espectáculo o de la dominación* (Santamarina & Marinas, 1994, p. 261).

Por tanto, no se puede encasillar sólo al relato en sí, sino también a toda la información que logra transmitir la persona en cuestión, desde la infancia hasta la actualidad se construye un relato que dependerá de la diversidad innata de esta técnica, la que responde a diferentes enfoques en relación a la disciplina desde donde se utiliza. “Las historias de vida, representan una dimensión de la experiencia que no se registra en las formas oficiales de hacer historia. Dan cuenta de cómo la *vida es vivida* (Abu-Lughod 1993), de las contradicciones, dudas, vacilaciones, complicidades, vergüenzas, arrepentimientos, segundas intenciones y correcciones que los biógrafos prefieren obviar.” (Debbie E. Guerra, 2009)

Dentro de la misma línea de investigación la observación participante se transforma en un complemento importante principalmente desde la informante clave así como las colaboradoras, sin embargo, al momento de indagar en los relatos de las mujeres nuestra presencia se inicia desde el ingreso al espacio físico, circulando por los diferentes espacios hasta llevar a cabo el diálogo y la conversación propiamente tal, todo lo anterior debe y será observado y registrado para realizar un análisis posterior que complemente los relatos de cada mujer, de esta forma comprendemos el escenario en el que se desarrollan sus actividades y su cotidianeidad. “Hay una curiosa mezcla de técnicas metodológicas en la observación participante; se entrevistará a gente, se analizarán...se emplearán informantes y se realizará observación directa.” (Valles, 1997, pág. 147) Un trabajo de campo que cuenta con el espacio para analizar documentos, entrevistar dialogar con las personas en cuestión, observar directamente entre otras cosas. Es importante no subestimar nuestra presencia dentro de la comunidad y el tipo de observación participante que pretendemos realizar, situándonos en los detalles y en las simplezas que esperamos apreciar por sobre tecnicismos a lo que quizás no tendremos acceso durante breves instancias, sumado por su puesto a la presencia de la informante clave que si bien estará presente en diferentes situaciones en las que se vinculen estas mujeres no esperamos que su labor como profesional responda a la investigación sino más bien ser un proceso de observación de ángulo abierto donde la mirada se amplía por sobre lo comúnmente observado, además de valorar la construcción de una experiencia desde dos escenarios como investigadora ajena al espacio y como quien participa en este, además de evidenciar un doble propósito enfocado en la investigación, todo enmarca a la investigadora informante de ser una

observadora común que trabaja allí a asumir una observación participante, así como de la investigadora que asume un rol externo. Si bien esta observación no es el eje central de la investigación requiere de la formalidad otorgada por la técnica en sí como son el registro y las notas, como un apoyo para almacenar, organizar y recuperar una información que va aumentando y cambiando constantemente, por lo que no solo representa una técnica de registro sino un apoyo en la investigación cualitativa.

4. Técnica y procedimientos de análisis de información

Posterior a los encuentros con las mujeres y que contemos con los relatos, discursos, experiencias, actitudes y situaciones que enmarcaron la construcción de sus historias de vida es necesario analizar dicha información a partir de un análisis de discurso que nos permitirá focalizar la atención en acciones sociales que se evidencian en el discurso como el abuso de poder, la opresión, el acceso a derechos, las desigualdades, la marginación entre otros focos de atención para la codificación de la información. Esta técnica de análisis de discurso se llevará a cabo desde la perspectiva feminista esperando construir en conjunto una línea de tiempo con las mujeres en cuestión que otorgue protagonismo a cada una en cuanto a su historia de vida, “Un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa” (Antaki, 1994, pág. 44)

Es decir el análisis de discurso debe ser codificado para indagar las prácticas patriarcales que sostienen la configuración del ser mujer, así como la vulneración en el

acceso a derechos aspectos relevantes a considerar en cada discurso, más aún desde la perspectiva desde donde nos situamos, en la que esperamos manifestar el protagonismo del discurso en los procesos de exclusión y dominación, reafirmando además la lucha implícita y la resistencia de las sujetas contra dichas formas de marginación, por ello coincidimos con un Análisis de Discurso Crítico como la técnica idónea para esta investigación, en el que “constituye una forma de oposición y de acción social con la que se trata de despertar un actitud crítica en los hablantes, especialmente en aquellos que se enfrentan más a menudo a estas formas discursivas de dominación. Se trata por tanto de incrementar la conciencia crítica de los sujetos hacia el uso lingüístico” (Wittaker, 1998, pág. 10), es el caso de estas mujeres quienes se encuentran en una situación y lugar particular dentro de la sociedad por el hecho de ser mujeres y presentar problemas graves de salud mental, aspectos invisibilizados que pretendemos mostrar y analizar a partir de un discurso dominado históricamente por relaciones de poder impuestas.

De lo anterior los criterios de análisis específicos que orientarán nuestra discusión en cuanto al análisis de discurso crítico son la noción de sujeta y de otra en tanto su construcción de mujer, además de las relaciones de poder implícitas y explícitas manifestadas en sus discursos, como focos de atención y tensión para esta investigación; comprendemos desde una perspectiva feminista en tanto crítica a estas sujetas como mujeres asistidas, institucionalizadas, marginadas y vulneradas, no desde la victimización sino desde la resistencia como fenómeno subjetivo y colectivo de estas mujeres hacia la realidad y contextos que ocupan estas.

Desde una óptica feminista, la noción de sujeto implica pensar el proceso de subjetivación a través y en constante interacción en un contexto, mismo que históricamente ha contenido una distribución inequitativa de poder entre dos colectivos de cuerpos sexuados a través de una lógica heterosexual (Tania Esmeralda Rocha Sánchez, 2012)

Por tanto, para comprender la noción de sujeta debemos entender a la realidad como una construcción socialmente oprimida y que subordina a las mujeres como colectivo y en cada historia particular, bajo relaciones de poder jerarquizadas en un mundo masculinizado, que invisibiliza o visibiliza en lo privado y público respectivamente en virtud del sexo-género y donde el feminismo en parte herramienta, nos permite desnaturalizar los códigos binarios construidos socialmente. Identificar el lugar que ocupan nuestras sujetas de estudio, debe estar vinculado a las influencias y determinaciones que evocan del género, ya sean para visibilizar o excluir a las mujeres, simbólica y concretamente, en este mundo evidentemente jerarquizado.

Al analizar pretendemos no sólo interpretar una realidad externa como meras observantes, ya que estaríamos bajo una mirada positivista que busca objetivar lo estudiado, sino que desde la mirada feminista reivindicar a partir de relatos nuestra realidad como mujeres (investigadas – investigadoras), esperando una posible transformación en el/la lectora, desplazando en parte las tradiciones androcentristas en torno a la investigación, las que se basan en dinámicas de poder, el que está puesto en el

saber de quien busca responder y publicar sus interrogantes utilizando la privacidad de quienes constituyen el objeto de la investigación, respondiendo a nuestros objetivos pretendemos recoger experiencias y compartir historias que evidencian una realidad opresora para las mujeres.

“Se han perfilado varios métodos para atrapar los acontecimientos y procesos, afirmaciones y procedimientos interesantes. Al tomar nota de las intervenciones en la vida cotidiana. Debe evitar cualquier presencia técnica en la situación de recogida de datos que no sea absolutamente necesaria para sus intereses teóricos” (Flick, 2004). Para responder a la pregunta de investigación durante el análisis se requiere de ciertas operatorias que nos permitan acceder a este proceso, en el caso de la observación participante el cuaderno de campo es fundamental para el registro y ordenamiento de la información como ya habíamos mencionado, así como para la construcción de las historias de vida la transcripción de las grabaciones, las tomas de notas adicionales la documentación anexa, cada una de estas nos llevará a una organización de la información que permita ser accesible para su análisis, como refiere Gunner Bergmann en 1985 “la documentación separa a los acontecimientos de su carácter pasajero”,

Es fundamental la relevancia de realizar una retroalimentación, en parte con el equipo, pero principalmente con las mujeres, desde el análisis feminista no solo podremos deconstruir al descubrir, evidenciar o comprender a cada mujer y sus historias discutiendo y analizando desde la academia, sino también responderles a las mujeres en cuestión en

su propia realidad. Para ello, durante los encuentros construiremos una línea de tiempo con sus relatos y experiencias que se espera organizar y sistematizar para entregar a cada mujer, mientras que finalizado el proceso de tesis se pretende producir un material anexo al escrito de en sí mismo, un documento probablemente en formato libro que presente la sistematización final del relato para cada una de las mujeres.

Para efectos de la investigación son necesarias ciertas consideraciones éticas al momento de trabajar con las sujetas de estudio, en esta situación mujeres con problemas graves de Salud Mental, quienes pertenecen a una institución. Primero nos contactamos con la institución según sus requerimientos, especificando tiempos, trabajo en terreno, propósitos de investigación y objetivos. Posterior al contacto y aceptación de nuestra solicitud por parte de la institución, se establece una relación profesional confidencialidad con las mujeres en cuestión, para iniciar el trabajo de campo se facilitaron los respectivos consentimientos informados, se establecieron los encuadres pertinentes, es decir, que todos los datos producidos han sido confidenciales y solo utilizados para efectos de ésta investigación. Con la intención de no afectar el proceso terapéutico que viven estas mujeres, el trabajo de campo se llevó a cabo en el mismo espacio terapéutico que ellas ocupan, para prevenir y contener situaciones complejas dentro de la investigación, por lo mismo, durante la investigación se producen procesos que complementan sus procesos acompañando en la construcción de sus historias ocupacionales, como una forma de acercar el análisis académico a las respectivas protagonistas.

V.- ANÁLISIS CRÍTICO DE DISCURSO

Consideramos pertinente mostrar una breve descripción de la historia de vida de cada mujer, con el fin de contextualizar el análisis.

Muriel:

1993: Nace en el sur de Chile.

1995: Hace ingreso a hogar del SENAME

1997: Es trasladada a otro hogar de la institución.

1999: Ingreso a educación formal (jardín infantil)

2001: Inicia tratamiento farmacológico

2002: Primera internación a institución psiquiátrica.

2004: Acogida por familia extranjera, vinculada a fundación religiosa.

2005: Retoma estudios

2008: Cambio de casa con la misma familia y de establecimiento educacional, finaliza enseñanza básica.

2010: Segunda internación en institución psiquiátrica.

2011: Se fuga de institución psiquiátrica, posteriormente se vincula con institución de acogida.

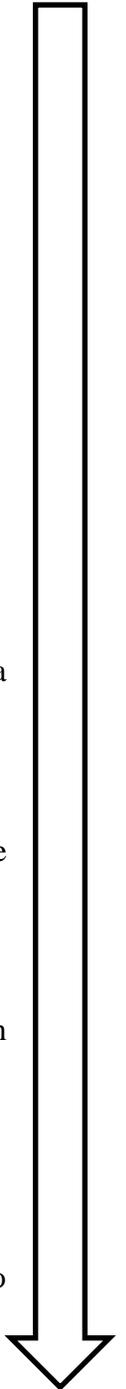
2012: Ingresa a Comunidad terapéutica de Peñalolén

2013: Continúa proceso en la comunidad terapéutica y se apoya la vinculación con familia de origen.

2014: Ingresa a establecimiento educacional para finalizar enseñanza media.

2015: Realiza un viaje al extranjero con familia de acogida

2016 – 2017: En este período la mujer articula su proyecto de vida que incluye acceso a trabajo y educación superior.



Noelia:

1962: Nace en Santiago de Chile, siendo la segunda mujer de siete hermanos

1968: Ingresa a educación formal en la comuna de Peñalolén. Durante su infancia se dedica al trabajo de la tierra, refiere dicha época como precaria y difícil.

1973: Inicia sus labores como trabajadora de casa particular puertas adentro, familia en la que trabaja durante siete años.

1984: Contrae matrimonio con su actual esposo.

1985: Nace su único hijo, proceso en el que se presentan dificultades de salud física que requieren de una hospitalización de tres meses previo al parto.

1990: Viaja a región en busca de trabajo, debido a problemas económicos y situación de violencia intrafamiliar, permanece un mes en este lugar.

1991: Regresa con su esposo y retoma labores como trabajadora de casa particular con la misma familia. Posteriormente surge la posibilidad de un cambio de trabajo a una institución en la que realiza labores de aseo, espacio en el que trabaja durante seis meses. Mismo año se presenta primera internación psiquiátrica, para luego retomar el mismo empleo. Durante este período vive constantes internaciones y atenciones de salud mental.

*Noelia presenta dificultad para identificar fechas en relación a su historia de vida. Sin embargo, de lo referido por la mujer y de los antecedentes previamente recabados, Noelia ingresa a la comunidad terapéutica aproximadamente en el año 2009, espacio en el que participa hasta la actualidad, continúa viviendo con su esposo e hijo, tiene dos nietas a las

que cuida esporádicamente, mantiene controles con médico psiquiatra de manera regular. Desde su último trabajo remunerado en la década de los 90, se ha dedicado a la labores del hogar.

Como introducción al análisis, es necesario describir la metodología de trabajo, cada tópico será analizado a partir de tres niveles: textual – descriptivo, práctica discursiva y práctica social - interpretativo, entendiendo que cada mujer nos comparte a partir de cinco entrevistas en profundidad, sus historias y comentarios sobre las diferentes temáticas que presentamos durante los encuentros, posteriormente hemos construido una serie de tópicos que permiten organizar lo recabado con cada mujer. De lo anterior es que esperamos vincular cada relato con las estructuras de poder y las ideas macro que rodean nuestros análisis, problematizando desde dónde se han producido o reproducido los discursos de cada mujer, sin generalizar, sino en pro del análisis de la historia ocupacional de ambas. Cada tópico finaliza en la interpretación de estas relaciones de poder, entendiendo que cada historia está condicionada por un orden social establecido, todo relacionado con los objetivos específicos de nuestra investigación que entregan el encuadre para las posteriores discusiones.

Mientras que en las discusiones finales y conclusiones (quizás no tan concluyentes) esperamos vincular cada tópico entre sí, pero con el propósito de la investigación, que es recoger y analizar las historias ocupacionales de estas dos mujeres con problema graves de salud mental, en los contextos que estas han identificado como significativos,

rescatando las posibles violencias y vulneraciones específicamente en el acceso al derecho a la salud.

Creemos en la relación entre el análisis crítico del discurso y la perspectiva feminista, ambas tensionando la objetividad del conocimiento e invitando a la colectividad de interpretaciones de la realidad y las relaciones de poder patriarcales, considerando la experiencia y los procesos subjetivos como base de nuevas perspectivas y prácticas cotidianas como práctica política.

La posibilidad de analizar historias ocupacionales de mujeres que han vivido procesos de vulneración en el acceso a derechos en espacios públicos y el arraigo a espacios privado, nos invita en términos de la investigación, a efectos emancipatorios como menciona Michelle Lazar, “el análisis de las particularidades e interconexiones de las estrategias discursivas que generan opresión puede dar una importante retroalimentación para la acción política.” (Lazar, 2007). Un concepto transversal a los tópicos de esta investigación es el poder, plasmado en el patriarcado, como productor y ejecutor de desigualdad en las relaciones sexo-género, que se presenta en el discurso de ambas mujeres, ya sea en sus relaciones familiares, experiencias con instituciones, vida de pareja, roles estereotipados, entre otras, donde la violencia se presenta como un hilo conductor en la vida de ellas, sea explícita como implícitamente en sus relatos, o al momento de argumentar o responder a nuestras interrogantes, acción que en sí misma consideramos transformadora.

Para dar inicio a los análisis, hablaremos de nuestra idea central de investigación: **la configuración del ser mujer, a través del relato de historias ocupacionales; una mirada desde el feminismo**, si bien al analizar, el protagonismo no está en la interpretación, sino más bien en la decodificación del texto; en el discurso, en relación a la historia y contexto que lo conforma, “el discurso surge en contra de algo, a favor de algo o en respuesta a algo” (Gómez, 2004), siendo ese algo una interrogante que esperamos dilucidar en la medida que avanzamos. En la configuración de cada mujer como tal, nos encontramos no solo con sus historias, sino con la relación de estas con la realidad dominante, el patriarcado, cómo ese algo que produce y somete desde los contextos más significativos a cada mujer, donde los roles asumidos por cada una muestran la invasión a su autonomía, nos damos cuenta que cada decisión está enmarcada en lo que esperan sea lo correcto para el contexto en el que viven, o bien dejar en manos de quienes ejercen el poder de forma violenta sobre sus vidas. Por ello, cada relato dará origen a este tópico que propone una configuración histórica de lo que significa ser mujer para cada una y, que finalmente nos llevará a la construcción conjunta de sus historias ocupacionales.

“El machismo es cuando, hay como que prefieren a los hombres, a las mujeres, por ser hombres, porque, porque dicen que son más fuertes, más fuertes, pero es mentira esa cuestión porque si ellos se ponen en el parto, se quedan desmayaos” (Muriel)

El género se ha construido como la alternativa para muchos y muchas de entender la forma en la que nos relacionamos e incluso de cómo nos sometemos a lo que nos corresponde, en el caso de Muriel, muchos de sus relatos nos muestran las construcciones sociales establecidas por la mayoría, lo que lleva a dejar en segundo plano conceptos como el machismo o la violencia machista, justificándola desde su posición socioeconómica, en la que plantea que depende de la clase social que divide en ricos y pobres, más que por el hecho de ser hombre o mujer

“...Como que ahora no hay mucho de machismo y todo eso o sea hay, pero no tanto, yo creo que más bien si es pobre o rico, eso tiene que ver no si es mujer o hombre” (Muriel).

Una breve muestra de los prejuicios y estereotipos como eje central del género, relatando situaciones de vida en la que reconoce como mujer, sentirse enjuiciada por el resto, y cómo el poder logra someter espacios cotidianos y tan personales como en la decisión de la apariencia

“...si una mujer va mal vestida la miran mal, dicen: “mira que va mal vestida debería estar más arreglada” y si un hombre va mal vestido lo miran y pasan por al lado... a mí me ven como una mujer, porque me ven, así como grande como formada...esas se la forman por las comunicaciones, las cosas que ven en la tele o en la radio o las personas que dicen las cosas por varias cosas por la globalización” (Muriel)

Si bien reconoce implícitamente estructuras violentas como los medios de comunicación, esto no evita que sigan ocurriendo, lo que nos invita a pensar en la

concientización como un concepto que requiere de una acción para constituirse como tal, algo que Muriel asume en más de alguna oportunidad como algo difícil de concretar, lo que nos lleva a pensar nuevamente el género desde el sometimiento y la naturalización de este concepto en nuestra sociedad, en la que pocas veces se cuestionan los roles o estereotipos en torno al ser hombre o ser mujer:

“No, Quizás soy un proceso de mujer... Un proceso de mujer, que no es niña, pero está por esta por en el proceso de madurar y de y de, de ser mujer, que no es niña, pero tampoco es mujer... Porque parezco no sé, soy muy infantil quizás no he madurado quizás, no sé si viví bien mi niñez, pero quiero seguir siendo niña. Pero no soy niña” (Muriel).

De lo anterior Muriel define desde su experiencia lo que significa ser mujer, mostrando cierta ambigüedad y el conflicto que representa para ella tal definición, ya que no se siente identificada con la categoría de mujer, además relaciona la madurez de las personas con la construcción final del ser, en que crecer es un proceso que ella aún está viviendo y que le permite evitar la categorización definitiva, además de recalcar la distinción según ciclo vital, en el que ser niña no es lo mismo que ser mujer, por tanto aún no se siente mujer pero sí en proceso de serlo. Así como Simone de Beauvoir en su publicación el Segundo Sexo refiere una de sus frases más célebres en cuanto a la configuración de la mujer, cuestionando la relación sexo género que la condena a estereotipos y fantasías esperadas para quien cumpla con un rol, comentando *“no se nace mujer se llega a serlo”*, como Muriel, quien refiere sentirse aún en este proceso de llegar

a ser y destacando la construcción social de la mujer en base a los comentarios de las personas sujetas a características como la personalidad, gustos, intereses, logros, aspectos que Muriel aún está descubriendo:

“Yo creo que todavía creo que no soy mujer todavía, porque aún no soy totalmente madura y consciente... Yo creo que no hay mujer... Que la mujer se la forma la humanidad... en realidad no hay una mujer, mujer... hay solo una persona, la personalidad de una persona y tienen que aceptarla como sea” (Muriel)

De lo anterior podríamos pensar en la negación de la mujer como categoría predeterminada y pensar que efectivamente en la vida de Muriel los procesos le han permitido crear su propia idea, y lo que significa para ella ser mujer en tanto a su historia, recuerdos y experiencias, porque como refiere, no existe una única mujer, sino personas con ciertas características que las destacan y que la sociedad o en este aspecto (genérico) van dando forma a lo que corresponde ser.

Tanto en esta cita como en otras que comentaremos, observamos cierta resistencia a los estereotipos a pesar de que desde niña Muriel ha sido categorizada como: “niña institucionalizada”, “paciente”, “usuaria” o “mujer loca”, considerando que, en la construcción de la línea de tiempo, su historia inicia con el ingreso a hogar de SENAME, para luego transitar de institución en institución. Contextos que condicionan y producen su construcción como persona y como mujer, influyendo en sus decisiones, intereses y

decisiones a futuro. Reconoce que las experiencias vividas, sumadas a sus orígenes como mapuche, por ejemplo, son lo que ha dado forma a la persona que es:

“Yo creo que la forma como me crié, la forma como viví mi niñez y como lo que pego mucho en mi vida, como el abandono, como, como los maltratos que sufría en algunos lados con mi familia o con el hogar o por las decisiones que tomo también, o que ni siquiera he tomado decisiones como que me han obligado también” (Muriel)

En la obligación que refiere, se aprecia el poder de los prejuicios como constructos sociales que interfieren su tránsito hacia la independencia y autonomía, guiando los procesos de configuración en base a lo que cada institución espera de ella, en la medida que crece – se desarrolla.

Desde una mirada generacional, Muriel como una mujer joven, logra identificar aspectos concretos en los que se evidencia la discriminación o violencia hacia las mujeres, en gran parte por las redes sociales que articula a lo largo de su vida, agentes de socialización como el colegio, sumando los constantes cambios que vive en términos institucionales, permiten que su perspectiva está relacionada a espacios públicos, lo que permite socializar con otras realidades y sumar a su construcción como mujer. Mientras que Noelia relata desde la privacidad del hogar y de su familia, las ideas preconcebidas y esperadas socialmente en torno al ser mujer, a partir de creencias religiosas, desde la culpa relata cómo no encaja con dichas estructuras, en un aspecto muy concreto como el matrimonio o la vida en pareja, recurrente en el discurso de Noelia, quien se ha construido

a partir de lo esperado por una mujer casada, por ejemplo, el matrimonio y todos los estereotipos relacionados:

“Si había tenido otros pololos, pero a nosotros nos enseñaron que hay que llegar virgen al matrimonio... pero yo quería casarme de blanco, pero como él me pegó antes y tuvimos relaciones antes, yo no me case por la iglesia, tendría que haber llegado pura... pero la dignidad de mujer hay que llegar pura al matrimonio” (Noelia).

Ambas mujeres consideran algunos eventos de sus vidas como vivencias no permitidas ni esperadas para una mujer, ellas concuerdan aún sin conocer sus historias entre sí, que las violencias son hechos que no deberían ocurrir, los catalogan como inaceptables, pero están conscientes que ocurren y cuestionan la opción de decidir y/o permitir una vulneración por parte de un hombre o institución. Una de ellas propone aspectos que no debieron ocurrir en su vida, mostrando disgusto frente a situaciones de violencia:

“...un hombre que golpea a una mujer nunca ha amado...que me pegaba porque me quería que tonta... me quería y me pegaba y yo le decía: terminemos, no quiero estar más contigo. Y me pegaba y me pegaba y era dura, porque yo le decía que nadie me iba a pegar y me iban a obligar a hacer algo que no quería, y cuando me, cuando me entregue, él me pegó, me violó mi esposo” (Noelia)

Por otra parte, en los relatos se muestra una sobrevaloración a la mujer desde su caracterización sexo-género, hablaron de la capacidad de cuidar a otros(as), de cumplir con lo establecido a pesar de toda forma de violencia, valorando de manera inconsciente la abnegación y sumisión como parte del ser mujer. En su experiencia, Muriel relata:

“Porque ella ha vivido muchas cosas que me hacen admirarla, que ha salido adelante, que ha elegido una vida, una vida con, con para ayudar para ayudar a los demás a pesar que ella esté tan mal, a pesar que se dañe psicológicamente” (Muriel)

Nuevamente se muestra a la mujer desde los roles socialmente establecidos, así también, en la historia de Noelia, la idea de ser mujer se concreta en el ser madre como medio y como fin para sus proyecciones, obviando las situaciones de violencia, lo asume como una decisión y no como una imposición. Se hace complejo proponer un proceso de concientización y/o transformación cuando el contexto ha producido realidades, de la mano de creencias, valores y deberes que responden a roles socialmente establecidos, como el ser madre, históricamente transmitido, que homologan las ideas de ser mujer y ser madre:

“Yo decidí ser mamá, yo no me casé yo no estoy casá enamorá, pero sí quería tener un hijo porque mi idea era tener un hijo soltera, después que me pegó mi esposo, yo quería ser soltera... pero como no fueron así las cosas, yo me casé y quedé embarazada” (Noelia)

Cuando Noelia relata que decidió ser madre, identificamos una posibilidad de reivindicación en la mujer, la lucha feminista está en las condiciones que posibilitan dicha decisión, poder hacer consciencia en la toma de decisiones de las mujeres en el amplio sentido, si una mujer desea trabajar, estudiar, viajar, cuidar, embarazarse o no, es esa la discusión que tenemos que dar conscientemente, esa posibilidad de decisión que es históricamente negada a las mujeres.

De la mano del rol de madre, en los relatos de Noelia surgen experiencias violentas en el acceso a atención médica ginecológica, durante y posterior al parto:

“... solo sabía que estaba vivo porque respiraba, es que estaba drogado con tanta cosa que yo le había dado por medio mí, yo digo que estaba endrogado, que no sé qué tenía mi hijo... después de un mes mi hijo recién venía saliendo de los remedios que había tomado yo” (Noelia).

Además del rol de madre, en sus relatos, ambas mujeres muestran que existen otras formas de vulneración en base a los prejuicios sobre la categoría sexo-género *“Este médico, este matrón pensaba... me estaba diciendo que me había hecho un aborto, pero era mentira, yo no había hecho ningún aborto” (Muriel)*. Para Muriel, es difícil para mencionar lo ocurrido y sentirse responsable incluso de un acto que no realiza, comenta que no existe alguien que la apoye, es ella quien debe defenderse ante la figura de autoridad que representa ese médico y hombre. Más adelante refiere su rechazo a la figura masculina en la atención en salud y asume la discriminación y vulneración a la que se ha visto enfrentada como mujer.

“...como él, como que la mujer cuide a su hijo es algo común y lo del hombre no es común como que pensaban que la mujer tiene que cuidar a su hijo tiene que aperrar a su hijo, pero el hombre también puede aperrar” (Muriel). Esta mujer comenta la idea de una crianza compartida, en la que ser madre no significa lo mismo que ser mujer. Identifica las diferencias y el poder de una figura masculina, la que aún en una situación al margen de lo socialmente esperado, sigue siendo receptor de privilegios. Lo que esta mujer relata, es una idea recurrente de lo que significa transformar los roles de género socialmente establecidos. Muriel se muestra tensa durante el relato, aumenta su tono de voz y cambia su postura, se muestra molesta. Este tema produce disgusto en ella, provoca recordar las distinciones hombre - mujer durante su infancia al interior de los hogares, así como las diferencias en la elección de ropa y de intereses. Refiere tener claridad que algunas de sus experiencias serían distintas de no haber sido mujer, y se produce un deseo inconsciente que muchas hemos experimentado, en particular durante la infancia, donde los estereotipos son producidos en el cotidiano, en los intereses, en el uso de la ropa, los juegos, juguetes, entre otras cosas, todo asociado a la posibilidad de libertad con la que nacen los hombres, como refiere a continuación:

“Sí, en mi otra vida me gustaría ser hombre, pero también me gustaría ser mujer, las dos cosas, hermafroditas (risas)... mentira me gustaría ser mujer por una parte y hombre por la libertad, por hartas cosas, y mujer porque una mujer puede hacer, tiene más poder” (Muriel).

Un disgusto en torno a las posibilidades del hacer siendo hombre o mujer, permite incluso visibilizar los conflictos entre lo público y privado: *“Porque las mujeres supuestamente por la mentalidad de muchas personas tienen que estar trabajando haciendo aseo y el hombre puede estar sentado echao haciendo nada, no es justo, no es justo”* (Muriel). Existe la capacidad de producir una crítica o resistencia a los estereotipos y construcciones sociales, aun cuando en el cotidiano exista una naturalización respecto a la segregación y vulneración de la mujer, estos comentarios muestran un inicio a la problematización desde la experiencia, lo que abre paso a una crítica implícita en torno al sistema patriarcal, reconociendo lo esperado socialmente como algo injusto, según refiere Muriel.

Por otra parte, se aprecia en sus discursos, cómo la construcción del cuerpo de la mujer se ha sometido al escrutinio de la sociedad en el que se ven expuestas y vulneradas a las opiniones, prejuicios y expectativas que se enmarcan desde niñas la configuración del ser mujer, en tanto ideal político social de lo que debe llegar a ser una mujer:

“Es que fue feo porque después todos me decían, “aaay que estuviste tan flaquita, tan delgadita, y ¿cómo? Porque no adelgazai, y después todos empezaron a criticarme más todavía, me criticaban más, y no me decían nada, y ahora me critican en todos lados así, estabas más bonita, mas delgadita” (Muriel).

Estos ideales no responden a una condición de clase o a las problemáticas en ámbito de salud que puedan presentar ambas mujeres, es una realidad en cuanto mujeres,

así como las mujeres en sus vidas experimentan las sentencias y marginaciones de la imagen a través de medios de comunicación. No podemos negar que, en la vida de las mujeres, las construcciones en cuanto a la imagen corporal forman parte del transitar por los espacios públicos como el trabajo, educación, participación social, tiempo libre y en la privacidad del hogar. Idea a problematizar sobre valor de la mujer en dichos espacios.

Ser mujer se transforma en deseo y dificultad, un espacio de confusión y como tal, aún en construcción, la negación y el deseo de ser mujer:

“... Si me gusta, claro que un tiempo pasado me hubieras dicho eso y te hubiese dicho que no, pero ahora me gusta ser mujer, me gusta ser mujer, me gusta, la vida me enseñó a ser de todo porque yo fui al mundo, pero el mundo no me gustó para nada, el mundo me hizo sufrir, pero cuando volví a los míos supe lo que es amor, fue bonito pero el mundo fue muy malo para mí” (Noelia).

No podemos pensar sólo en el ser mujeres, sino también en otra categoría que enajena y que, en la experiencia de estas mujeres, las margina, el “ser-estar locas”, que ha producido en ellas una negación hacia sí mismas, porque en esas dificultades ellas refieren no tener un lugar, lo que no les permite identificarse, ser vistas, pertenecer, sino más bien violentadas simbólicamente y materialmente.

“Ser mujer... es algo tan extraño, tan mezclado, tan complicado, que ningún predicado llega a expresarlo, y los múltiples predicados que se quisieran emplear se contradirían de tal modo que solo una mujer podría soportarlos” (Beauvoir, 1949). Simone

de Beauvoir, busca mostrar la ambigüedad del ser mujer y lo sujeta que está socialmente al “otro” como masculino, en el que la mujer se define a partir de lo que necesita el hombre, tanto complemento como contraparte de este, no creemos casual que dicho autor sea un hombre, filósofo y teólogo, quien en el escrito “Estadios” en el camino de la vida, define las tres formas de existir del hombre como ser de poder privilegios y decisión, si bien no queremos discriminar al género masculino, no podemos negar que en la configuración de estas mujeres la presencia de hombres en sus vidas ha producido situaciones de dolor, discriminación y maltrato, asociados al poder que otorgan los privilegios de una sociedad patriarcal.

En relación a **la experiencia cotidiana de vivir con problemas graves de salud mental desde dos mujeres a lo largo de sus historias ocupacionales** Muriel y Noelia, en una primera instancia, cuentan cómo se fueron enfrentando a tratamientos médicos, paralelamente atenciones que iban acompañadas de un tratamiento farmacológico, y cómo dichas intervenciones fueron cambiando según sus distintas etapas del ciclo vital.

Durante sus relatos, Muriel y Noelia refieren cómo durante las distintas etapas del ciclo vital, y de ciertos eventos en sus vidas, se expresa un malestar subjetivo, sufrimientos, miedos, rabia, entre otros. La primera mujer entrevistada, comparte, eventos significativos de su historia de vida, en relación a la experiencia de vivir con problemas graves de salud mental. Inicia su relato refiriendo que desde la etapa de su infancia recibe tratamiento médico psiquiátrico, y señala lo que produjeron en ella. En ocasiones habla

de lo que sucede con su cuerpo, señala que es internada en una institución psiquiátrica y en otras ocasiones refieren eventos en términos subjetivos:

“...que el recuerdo más feo que tengo, que cuando me llevaron al hospital, al psiquiátrico, me internaron... cuando supuestamente me recuperé y toda la cuestión, o supuestamente me había recuperado... yo llegué a ese lugar, les dieron medicamentos para que me dieran... entonces, como yo siempre me portaba mal, siempre me pinchaban, entonces ya era mucho, y mi cuerpo ya una vez no se podía levantar de tanta cuestión que tenía, como que no supieron manejar esa cuestión”

Luego Muriel especifica y describe conductas que tiene durante su infancia, se repiten en otros momentos del relato, lo refiere como recuerdos que guarda, habla de la rabia y cómo ésta interfiere o se expresa en las relaciones con otros, en las relaciones sociales que ella va construyendo en los diversos ciclos vitales:

“Si me fugué, porque no tenía donde ir porque no sabía a dónde ir nadie porque no sabía a dónde ir no sabía que iba a pasar conmigo si me iba a ir a la calle, nadie respondía los teléfonos mi hermana no me respondía la tía Catalina tampoco me respondía yo no sabía qué hacer, tenía miedo y después me puse a discutir con alguien me porté mal y me fui” (Muriel)

Señala situaciones de abandono desde su familia de origen, lo refiere como vulnerabilidad:

“Si por vulnerabilidad, porque estaba en la calle no tenía donde ir era niña o sea no era niña, pero era menor de edad fue porque estaba viviendo con mi hermana y mi hermana me echo

...la primera vez me fueron a visitar mi papá, mi mamá, cuando yo estaba la primera, que caí primera vez ahí... la segunda vez que caí, yo sabía que no me iba a visitar nadie, pero yo estaba segura, entonces yo un día pedí, así como viendo a la gente pasar por la puerta, y me senté y pedí a diosito, a diosito que no me dejara sola, y no me dejó sola...” (Muriel)

Identifica la experiencia de abandono compartida con otros miembros de su familia de origen. Señala lo invisible que se hace como mujer y usuaria de un servicio de salud durante su tratamiento médico, comienza a tener sus primeros encuentros con figura médica psiquiátrica

“No, no los sé mi hermana habló más con él, solo sé que él se fue lo abandonaron mi mamá también, mi hermano también va a ver a mi mamá y no entiende porque también lo abandonaron y no lo buscaron, la misma pregunta que nos hacemos nosotros, él también fue a un hogar no estoy segura” (Muriel)

Reconoce abusos del tratamiento médico psiquiátrico desde institución de menores y, por otra parte, se identifica la invisibilización durante tratamiento médico psiquiátrico, hay un segundo encuentro con figura médica psiquiátrica que refiere como positivo (destaca la figura femenina en la atención de salud). Esta mujer logra relatar e identificar los circuitos de atención médica psiquiátrica variados a los que accede:

“A mí no me decían nada todo se lo decían a mi papá. Y después cuando fuimos con la doctora A no me gustaba que entrara mi papá...”

...Antes fui a otro psiquiatra, pero ella era buena, Era una mujer, Dos psiquiatras me han atendido” (Muriel)

En sus relatos logra identificar el malestar como un dolor, se refiere a sus malestares con categorías de salud mental y diagnósticos médicos psiquiátricos como depresión. Identifica los cuidados recibidos, a partir de personas, así como también la continuidad de cuidados a los que logra acceder también.

*...después fui al psiquiatra con el doctor P y ese P es un mal psiquiatra. Porque, porque... no era un buen psiquiatra porque él dijo que yo no me tomaba las pastillas, pero yo siempre me tomaba la pastilla y hizo, le dijo a mi papá y mi mamá que no me tomaba las pastillas... le dije yo le decía, pero si es que el contradecía todas las palabras que yo decía él decía que no me gustaría tomar pastillas porque eso, eso yo no estoy enferma...
“(Muriel)*

También relata abusos del tratamiento médico psiquiátrico prescrito, por parte de las instituciones de menores (hogar SENAME en el que vivía en ese momento):

“...me llevaron en el hogar cuando salí del hospital, y le hablaron, a los caballeros les dieron medicina para que me inyectaran, y eran tan malos que cada vez me pasaba algo, decía algo, me inyectaban y hasta que no logré pararme, así lo recuerdo con tanta rabia

...me dio pena y rabia, porque la tía, mi mami Cecilia, a quien quería tanto, fue utilizada para eso, para que ellos me inyectaran” (Muriel)

Identifica patrones en sus procesos, entonces refiere que se producen cambios en su cotidianidad, en aspectos concretos, como cambiar de casa o de hogar, cambiar de residencia, aun así, sigue recibiendo tratamientos en salud mental: *“Después cuando me vine pa’ acá, pero antes estaba en el CTD, entonces iba a otro psiquiatra a otro doctor y mi papá, no me llevaron más y me daban los medicamentos” (Muriel)*. En otras palabras, hay una continuidad de cuidados, lo difícil es distinguir qué tipo de cuidados son, es decir, calidad de estos cuidados, al menos Muriel, relata situaciones que son claramente vulneraciones a los derechos de las personas, o más bien, de los niños y niñas, cuando relata experiencias de su infancia.

Lo que queremos dar cuenta es que hay tránsitos por distintos cuidadores/as, instituciones, que garantizan en cierta medida el ser atendida en el sistema, la deuda que nos parece que queda con ella, es la calidad de dichas atenciones, así como la continuidad de atenciones, trabajo en redes, constelaciones y apoyos desde un enfoque de derechos.

Señalar cómo se ve enfrentada a situaciones estigmatizadoras relacionadas con el diagnóstico médico con los que es etiquetada, da cuenta de prácticas que hoy deben ser problematizadas y transformadas.

La experiencia de malestar es cotidiana y diversa, varía cada día y a partir de las relaciones que establecen estas mujeres, pero es parte fundamental de su día a día, por tanto, más allá de la identificación del síntoma y los tratamientos para remitir dicha sintomatología, la experiencia del malestar es subjetiva, cada una de ellas, la vivencia de manera particular, la siente y vive de manera diferente. Sí hay algo representativo en sus experiencias, no son comparativas o representativas una de la otra, lo que queremos decir es que sí representan en parte lo que significa vivir con un problema de salud mental para una mujer.

Sobre el tratamiento farmacológico, durante el relato de su historia ocupacional, ella identifica varias experiencias en relación a los tratamientos farmacológicos que sobrellevar durante su tránsito por acceder a tratamientos de salud mental. En sus encuentros con el diagnóstico médico psiquiátrico y los y las médicos que la fueron atendiendo, ella relata diversas vivencias, por ejemplo, refiere que: *“El doctor no entendía que yo me tomaba la pastilla, y el doctor invento esa enfermedad para que yo me la tomara” (Muriel)*. En esos encuentros relata cómo iba articulando el poder hacer referencia a su malestar y cómo los psicofármacos o las categorías diagnósticas comienzan a ser cuestionadas, sin lograr identificarse con esas categorías, así también relata lo que llamaríamos síntomas, durante el tiempo que mantiene tratamientos farmacológicos:

“Tenía nauseas, mareos, estaba mal, estaba débil, eso me pasa cuando dejo de tomar la pastilla, porque una se hace adicta a esa cuestión se hace adicta a la pastilla” (Muriel), claro que hay experiencias que están relacionadas con “liberarse” de lo que producen estos tratamientos, pero según ella relata, sigue tratamientos con fármacos desde la infancia, por tanto, marca su trayectoria vital: “De que iba a esa casa tomaba medicamentos, y también cuando chica empecé a tomarlos, a los ocho años los medicamentos, o seis quizás, era seis no me acuerdo” (Muriel)

En su transitar por médicos psiquiatras o médicas psiquiatras, se va encontrando con las categorías también, va tensionando algunas de las acciones que establecen esos encuentros:

“Si me hiciera bien si o si o si o si tuviera una enfermedad me la tomaría a ver qué enfermedad tengo yo no me ha dicho ni una y ahí me dijo eres esquizofrénica tienes esquizofrenia. Y yo nunca deje de tomar la pastilla y una vez cuando deje de tomarla una vez la pastilla cuando fui a otra casa estaba súper mal...” (Muriel)

Noelia en su experiencia, identifica el malestar de maneras crudas y concretas, ella refiere sobre lo que siente y cómo va identificando en actividades del día a día lo que sucede con ella en un plano interno y en la relación con otros/as:

“...y cuando caí al hospital, porque ahí caí al hospital, porque ahí ya fueron cosas iban pasando más cosas, me iban diciendo más cosas...” (Noelia)

“Si en la oficina yo lloraba, era loca así yo, es que era tanto lo que me jodian la mente, tanto que yo me ponía a llorar, me ponía a llorar, me ponía a llorar y fuerte en la oficina, y yo mantenía limpiecita la oficina que me tocó, la mantenía limpiecita, y yo lloraba, pero mantenía todo impeque, y yo lloraba yo sentía que me estaban grabándome algo así, una cosa así fue, algo espantoso, yo caí a la neblina de ese trabajo, y después ya listo, yo caí al hospital” (Noelia)

La posibilidad de que ahora Noelia pueda relatar su experiencia de malestar, tiene relación con la posibilidad de resignificar y contener esos momentos de su historia. Tomar esa experiencia de encuentro con la locura o la psicosis, tiene como lugar, dar un espacio no patológico a esas manifestaciones:

“No sé si estuve yo digo una semana, pero mi hermana me dice que 15 días que estuve allá en el hospital psiquiátrico

...fue estaba triste bueno no tengo miedo ahora porque tuve mucho, mucho, mucho miedo, yo me enfermé por el miedo” (Noelia)

De lo que nos interesa dar cuenta, es de la posibilidad de validar estos relatos como procesos de la vida de estas mujeres, validar esos momentos como experiencias relatadas desde ellas mismas, que tienen, deben ser escuchadas, contenidas, pero significadas como procesos que acompañaron la configuración del ser mujer.

Por su parte, hay un relato en relación a los **dispositivos de tratamiento en salud mental y los circuitos sanitarios que ambas mujeres realizan**. Noelia señala cómo circula por distintos dispositivos de tratamiento en salud mental, circuito sanitario:

“Si, si me acuerdo, llegue muy mal, yo llegué del hospital de día porque se terminó allá el hospital de día del Salvador, y el contador que estaba allá en el hospital de día, me dijo que no me preocupara porque me iban a buscar un lugar donde colocarme donde podría quedarme...el que me mandó para acá, me vino a dejar en auto y me dijeron que ah y estaba la señora Alexandra, y vino con otra compañera más...y me dijo que si me quería quedar y yo le dije que sí” (Noelia)

La relevancia de la circulación por distintos dispositivos de tratamiento es lo que permite dar continuidad a los tratamientos de las personas, claro está, que no es una garantía conocida por todas las personas, la responsabilidad está en los equipos de salud mental que conforman estos dispositivos, el permitir a las personas transitar hacia el dispositivo que pueda entregar los cuidados necesarios a cada sujeta, y garantizar la continuidad de los cuidados de las mujeres usuarias del sistema. Contener a las mujeres en los pasos a otros dispositivos de atención es fundamental, realizar los pasos de manera asistida es fundamental, no está en la línea de ser asistencialistas de los procesos, sino tener presente la importancia de contener dichos cambios, contener y acoger efectivamente a las mujeres y sus familias o cuidadoras principales:

“Y al otro día la señora Alejandra me busco gracias a Jehová Dios me busco y como se llaman esto psiquiatra me busco que fuera COSAM que buscara mis remedios una doctora todo eso me busco la señora Alejandra y ahí empecé a venir aquí po” (Noelia)

La experiencia de Noelia permite dar cuenta del trabajo en red que es necesario articular para la contención de personas con problemas graves de salud mental. El trabajo en red, conformado por distintos(a) referentes, es una práctica necesaria que permite dar continuidad de cuidados a las personas que transitan por la red y garantiza sus atenciones.

Desde **una perspectiva feminista** cómo se configura el ser mujer, dicha configuración tiene relación con la posibilidad de estas mujeres de construir sus historias a partir de las experiencias vitales, y darles significado a dichas experiencias en un ámbito interno y externo. Nos referimos a que al escuchar sus historias a partir de la experiencia subjetiva de vivir con un problema de salud mental grave, o vivir con psicosis, locura, da posibilidad de construcción en esta configuración que hacen de su SER MUJER, queremos decir que esta experiencia da valor también a la posibilidad de ser vistas de una manera no médica-clásica, se deja de comprender esta experiencia como una experiencia patológica, enmarcada en un modelo clásico de entender la locura como una enfermedad, sino que es mirar más allá. Cómo esa experiencia subjetiva se articula para construir en estas personas, su manera de comprender lo que significa para ellas ser mujeres.

Históricamente son invisibilizadas, en alguna cita anteriormente compartida, ella relata cómo es omitida durante una atención médica psiquiatra, no le explican

procedimientos, no validan lo que ella relata como experiencia y cuestionan el valor de su opinión.

Ser mujer con problemas graves de salud mental, es una experiencia cotidiana, en los relatos compartidos, valorar la experiencia como una condición subjetiva, como una experiencia que no resta valor a una mujer, sino que agregar una arista más a las experiencias cotidianas de las personas. La relación entre ser mujer y vivir con problemas graves de salud mental, según las historias de estas mujeres, produce repercusiones en aspectos como la posibilidad de articular un proyecto de vida, ejercer derechos, ser incluidas en distintos escenarios de la vida cotidiana, pero también implica para nosotras, tener presente que ser mujer y presentar un problema de salud mental son aspectos a mirar de manera significativa, es decir, no queremos banalizar esta relación. Es decir, lo que nos interesa dar cuenta, es que mirar la configuración del ser mujer en las historias de estas mujeres es un aspecto de análisis al pensar nuestras intervenciones como Terapeutas Ocupacionales, nos hace pensar, ¿qué posibilidad tenemos de mirar dicho aspecto subjetivo sin perpetuar estereotipos o estigmatizar a las mujeres en ciertas categorías o actividades o roles socialmente establecidos? Reflexionamos sobre lo que significa apoyar a estas mujeres en ámbitos de sus vidas cotidianas, como el acceso a derechos sociales, teniendo en cuenta la existencia de un malestar y que significar eso implica reflexionar nuestras prácticas como Terapeutas Ocupacionales, e implica ser dinámicas en nuestro rol, finamente permitir una práctica política al mirarlas desde una perspectiva feminista, abordar nuestro trabajo con ellas desde la reivindicación de las mujeres, independiente de

la condición o situación de salud que nos hace acompañarlas en un proceso de intervención o en un proceso terapéutico.

Si hablamos sobre la configuración del ser mujer y por su parte la experiencia cotidiana de vivir con problemas graves de salud mental, el escenario en el que se despliegan las complejidades de ambos ejes anteriormente analizados, la **oportunidades y factores que obstaculizan o facilitan el acceso y ejercicio del derecho a la salud desde dos mujeres con problemas graves de salud mental** se evidencia en lo que cuentan Muriel y Noelia.

Acceder y/o ejercer un derecho, no está dado, no es una dimensión de la vida cotidiana que cuestionemos habitualmente, o que siquiera se lo pregunten de manera constante las personas. Durante los relatos de estas mujeres, tuvimos que cuestionar y explicar lo que se entiende por acceso a salud y el ejercicio de este derecho fundamental.

Dentro de sus relatos ellas hablaron de las atenciones recibidas en distintos momentos de sus vidas, cuando se produce algún malestar psíquico, cuando acceden a atenciones generales de salud en un consultorio, de hecho, en la historia de una de ellas, relata cómo vive el proceso de su embarazo y nacimiento de su hijo. Ambas con experiencias distintas, y comparten las que parecen más significativas o las que recuerdan porque traen consigo, una vivencia necesaria de ser compartida.

Muriel hace una distinción, a partir de sus experiencias, en los sistemas tanto públicos como privados de salud, además de distinguir las atenciones en el sistema de salud público y privado de salud, mujer que ha transitado por ambos sistemas y que a partir de esa vivencia reflexiona:

“Es que como se dice, la que es pública, la pública es mala porque no atienden bien, y no están los mejores doctores... los que atienden no son enfermeras o enfermeros, que son con títulos, son practicantes, entonces están recién aprendiendo” (Muriel)

De las atenciones de la salud recibidas en el sistema público Muriel refiere exigencias en relación a las condiciones en las que son recibidas y las personas parte del sistema, además de distinguir entre los tipos de atenciones en el sistema de salud, también refiere descontento durante la atención

“Hay una señora que es pesa, pero las otras son simpáticas, pero son practicantes igual y no saben bien, no estoy en contra de ellas, pero deberían ser especialistas ya con título... y mintieron dijeron que tenía una enfermedad, y le hizo creer a mi papá que yo no me estaba tomando el remedio, y eso no era verdad,” (Muriel)

Cuando en el inicio del análisis en relación al derecho en salud, se hace referencia a distinción entre acceder y ejercer un derecho, es importante tener presente, cuán pasivas son las personas al momento de exigir atenciones en salud digna y de calidad, en el

discurso de Muriel se muestra el desgano y desesperanza por exigir y demandar condiciones mínimas de calidad:

“...me quedo callada porque es así no más po, qué vay hacer con eso, si los reclamamos ni siquiera los hacen ver, puro leseo esa cuestión de reclamar” (Muriel)

Con lo anterior se evidencia el sometimiento a las condiciones precarias de las atenciones en salud, si bien puede acceder a derechos, el ejercicio del mismo es diferente, no exigencia de sus derechos en igualdad de condiciones, no está consciente de poder hacer valer su experiencia.

Durante el relato, Noelia señala cómo ha podido acceder a la salud, pero hace una distinción de su experiencia en la atención, en relación a un determinado contexto histórico nacional (terremoto):

“Si fui 3 meses y medio para tener a mi hijo. Primero estaba en el hospital Salvador y hubo un terremoto en el 85’, y se calló ahí donde estaba yo, y ahí nos trasladaron al Paula Jaraquemada.

En el Salvador era mala la atención, pero en el Paula no tengo nada que decir, me trataron re bien, ni ganas de salir, a pesar de todo...” (Noelia)

Muriel respecto a salud, refiere que es facilitado su acceso cuando es acompañada, en relación a acceder a participación comunitaria, refiere que es más complejo porque está en relación a factores contextuales, es decir, en relación a la facilitación del acceso y/o el ejercicio de derechos como salud cuando hay un acompañamiento:

“Si, también deberían tenerla porque hay gente que no sabe y nadie los apoya no reciben ayuda, gente que no sabe leer o no sabe escribir y necesita apoyo y que, por miedo por vergüenza, o por miedo y miedo a que salga mal o cosas así, y que hagan cualquier lesera, no van al hospital o no van a que lo ayuden, o no piden ayuda porque piensan que es una molestia”.

Muriel plantea que, para el acceso a derechos como salud, es necesario y fundamental el apoyo de un tercero, acceder y ejercer derechos puede ser facilitado con un acompañamiento que considere las necesidades y dificultades de las personas que no pueden ejercer sus derechos.

Hay una reflexión que, si bien se enmarca en una perspectiva que podría entenderse como asistencialista, por el concepto de ayuda, desde una perspectiva feminista, se enmarca en la sororidad, en los apoyos que podemos entregar una mujer a

otra. Muriel refiere que el acceso a derechos está directamente vinculado a la posibilidad de figuras de apoyo, instituciones y mujeres:

“Sí, la comunidad y el hogar cuando era chica y ahora ustedes, la tía Caro no me ha apoyado mucho solo me ha apoyado cuando, cuando piden cooperación o cosas así solamente en eso, pero no me ha apoyado mucho...Aquí en la comunidad (Pa.1:07) y mi padrino, en las mujeres mi madrina todas las mujeres que están acá que me han ayudado como tú, la Alex o la Vania, Catalina, mi mamá y eso” (Muriel)

Muriel refiere que hay instituciones que ella logra identificar como figuras de apoyo en el acceso a derechos como salud, desde ahí también identifica mujeres en particular, también señala mujeres de otros contextos de su vida.

Nuevamente las figuras de apoyo para el acceso a derechos están representadas por mujeres, mujeres que aparecen a lo largo de su historia ocupacional y en distintos momentos de su ciclo vital. Además, da cuenta de la importancia de apoyarse a través de otras mujeres, tiene relación con lo que plantea anteriormente en el tópico relacionado al SER mujer qué constituye a una mujer de manera subjetiva, una de las ideas que ella plantea, es que las mujeres son sujetas destinadas - desde una perspectiva más crítica nos atreveremos a decir sometidas – a cumplir funciones de cuidados de terceros, otras/os, hijas/os, familiares.

La mujer pensada desde el feminismo como lo otro que se debe someter a la demanda del resto, del patriarcado, machismo, de la sociedad capitalista. Mirando desde una perspectiva de sororidad lo que señala esta mujer, también permite que los apoyos que entrega una mujer a otra, produzcan que las mujeres nos organicemos, nos transformemos unas otras, es decir, si pensamos que el acompañar a una mujer siendo mujer, en el acceso a derechos como salud, nos permite transformar algo del escenario y esa relación, en el sentido que una mujer está actuando, transformando la realidad de sí misma y de la otra, así han sido las luchas históricas de las mujeres, se organizaron en los distintos países para lograr el derecho a voto, cuando la mujer era sometida al patriarcado en su expresión más violenta, hoy esta mujer, nos permite pensar que aún el agruparse como mujeres puede producir esas transformaciones sociales significativas en la historia.

En los relatos, mientras Muriel comenta sobre su experiencia en el acceso a Salud, tanto general como a Salud Mental, emergen sus experiencias en el acceso a otros derechos de segunda categoría, es decir, derechos económicos, sociales y culturales. Si bien Salud está en la categoría de derechos sociales fundamentales, también en los relatos de Muriel destaca sus vivencias en el acceso a EDUCACIÓN, ya sea a una institución Educacional formal o en los apoyos recibido para el ejercicio del mismo.

Muriel enmarca en general sus relatos a partir de los ciclos vitales, e identifica claramente cuando emergen los apoyos para el ejercicio de sus derechos, como también hitos significativos para ella: *“La escuelita (...) de apoyo escolar. Cuando yo iba cuando yo entre la primera vez a la casa de los papas, cuando yo estaba en la otra casa que tuve,*

que fue más arriba...” (Muriel) Comparte su experiencia de apoyos para la re-escolarización, identifica que accede a alternativas educacionales identificando una dificultad en el desempeño de un establecimiento regular, es decir, en un establecimiento con jornada rígida y extensa, sin apoyos a ritmos de aprendizaje distintos: “...me costaba estudiar, porque era forme porque no me gustaba, porque no sabía, porque no entendía...” (Muriel)

Se identifica un significado y un valor social en el acceso a educación:

“...ahí uno hace amigos, que además uno no puede salir adelante si uno no tiene los estudios, por ser, ahora está como más grabado, les graban mucho a las personas que el estudio hace mejor a las personas y eso es mentira uno puede ser un abogado, pero es un... (12:40) por dentro” (Muriel), refiere una opinión en lo que respecta acceder a educación y lo relaciona con la construcción subjetiva de una persona.

“Cuando chica me costaba estar en el colegio, o sea como estar sentada en clases o estar haciendo tareas y toda la cuestión... o sea hubo en un colegio que me echaron y después buscaban colegio buscaban colegio y no me recibían” (Muriel)

En los momentos en los que logra el ejercicio y acceso a la educación, también es consciente de las dificultades que presenta en la participación en un sistema educativo formal.

Evidenciar lo significativo que puede ser para una mujer acceder a derechos, es lo que se evidencia en el relato de esta mujer, valorar lo que es en la vida de ella, es

fundamental para evidenciar la necesidad de garantizar igualdad de oportunidades en la sociedad: *“Es que yo quería hacer la enseñanza media y terminar mis estudios por la misma pensamiento que dice toda la gente, porque puedo ser mejor persona porque puedo estudiar, por ser cuando grande una gran diseñadora algo así, no se solo por eso”* (Muriel). En la misma línea, de garantizar apoyos para el acceso en igualdad de condiciones: *“Me ayudó ella (señala a una de las investigadoras) o sea ella me busco el colegio y yo fui...”* (Muriel) Ser consciente de la necesidad de apoyo es primordial a la hora de garantizar el ejercicio de derechos. Hay una consciencia de lo que fue su experiencia en el acceso a la educación, marcado por la oportunidad de recibir apoyo para el pleno ejercicio.

En sus relatos Muriel identifica prejuicios sociales, hasta evidenciar experiencias de discriminación en eventos cotidianos del día a día, asociados a sensaciones de prejuicios sobre su imagen, lo que lleva a conductas de autoexpulsión

“... donde me sentí distinta no fue porque era mujer fue porque, porque era más pobre fue cuando fui al costanera center, es que yo estaba no estaba vestida como una como elegante y fui a una tienda donde podría mirar los vestidos y como que me miraban me miraban como diciendo que está haciendo esta acá que está viendo cree que va a comprar o cosas así...después yo dije vieja pesa, pero no le dije a ella, dije cuando me fui”
(Muriel)

Articular un proyecto de vida, está en directa relación con el acceso y ejercicio de derechos, en algunos de sus relatos, Muriel refiere lo que significa y opina sobre la vivienda, como un ejercicio a futuro: *“Las casas debían ser buenas si... deberían darlo y de buena calidad. En argentina les dan unas casas bellísimas y bien bonita la casa, y así debería ser, era bien hecha no tenía problema de nada, en cambio acá dan una casa toda fea”* (Muriel). Hace una crítica a las alternativas y calidad del sistema habitacional chileno. Toda la idea de lo que pueda ser una oportunidad de pertenecer a un lugar, espacio concreto, es mirado críticamente, desde nuestra interpretación tiene relación con las experiencias de vida.

...entonces ella me echó, y yo fui vagando por todos lados con mis cosas, y me llevaron los carabineros... entonces me llevaron, y luego, eeeh llegué al hogar... Yo no me siento parte de ninguna parte”

Según su experiencia de vida, es natural que Muriel no identifique un sentido pertenencia, o refiera dificultades para identificarse con un espacio físico o simbólico. Finalmente, expresa su deseo por tener un lugar propio y como espacios grupales, como un colectivo articulado en la institución de la que participa actualmente, le permite pensar en la posibilidad de vivir de manera independiente: *“...Colectivo: habían personas que hablaban de la vida en su casa de cómo es vivir solo otra persona... decía cómo, cómo vivía sola, que era difícil y cosa así, que era responsabilidad pagar arriendo, pagar la luz y yo también dije que quería tener una casa porque así tengo donde ir si me echan de*

aquí... o sea antes no me preocupaba, ahora sí, siempre me gusto tener la idea de una casa”.

A partir de las oportunidades de acceso y ejercicio a derechos, ha podido articular un proyecto vital

“El 2017 quiero ir a estudiar y estudiar y estudiar y el 2016 quiero trabajar y hacer...Noo po yo no puedo hacerlo sola, ¿por qué lo tengo que hacer sola? ...no me va acompañar toda la vida, yo quiero estar alguna vez, estar sola y con toda mi familia. Quiero entrar a estudiar diseño de vestuario” (Muriel)

Los apoyos se traducen en autonomía para esta mujer, permitiendo pensar en un proyecto vital con plazos que ella define y que culminan en el acceso a educación superior que le permita elegir y realizar una actividad significativa. Además de identificar deseos y proyectos futuros Muriel logra delimitar los apoyos entregados por las profesionales de la institución, validando el rol de éstas como un medio para concretar sus proyectos. Dichas proyecciones están enfocadas al acceso a derechos que ella ha identificado como carentes en su historia, como la educación y el trabajo, los cuales también responden a demandas sociales en torno a lo que se espera de una mujer joven, exigencias desde las que surge la necesidad de un proyecto orientado a la familia y la maternidad, como refiere.

“Sipo no quiero tener un hijo con una persona que no guste, quiero tener un hijo de la persona que quiera de verdad, quiera de verdad de verdad y que él también me quiera, pero no sé si lo encuentre” (Muriel). De lo anterior se aprecian deseos y motivaciones que responden a exigencias de una sociedad masculinizada en la que formar familia y tener

hijos(as) es una proyección femenina, a lo que se suma la idea de un amor romántico en torno a las relaciones de pareja, que pueda sostener la construcción de una familia.

Si anteriormente hablamos de acceso y ejercicio de derechos, durante la investigación se produce el nexo con las violencias en la posibilidad de acceso y ejercicio, lo que enunciamos como **vulneración en lo público y lo privado: relatos y experiencias de mujeres con problemas graves de salud mental**. *“Yo me acuerdo cuando yo cuando mi papá le pegaba a mi mamá una vez mi papá me fue a buscar eran las tres de la mañana yo estaba durmiendo y me dijo anda a buscar a tu mamá que está curada allá botada y voy a verla y mi papá le sacaba la cresta le pegaba puras patadas a mi mamá en la guata todo y yo le decía déjela, déjela y me la llevé como pude a mi casa y mi papá me decía mi papá era malo él creía que con golpes se arreglaba todo era malo y nos hizo pasar muchas necesidades a nosotros y yo culpo a mi papá, no a mi mamá o sea los dos porque mi mamá no supo resistir, pero igual mi papá obligaba a mi mamá a tomar a veces porque mi mamá no quería tomar y mi papá le decía toma, toma, toma ¿entiende?”*(Noelia)

Para Noelia sus recuerdos de infancia están ligado a episodios de maltrato como este, donde nos comenta lo difícil de la relación de su padre y madre, intentando buscar respuestas o culpables en escenas como esta, relatando con detalle lo sucedido, juzgando inmediatamente la figura masculina como lo malo y a la madre como “culpable” no de causar el maltrato sino adjudicando la responsabilidad de no detenerlo. Tal idea continúa sucediendo en su vida y por tanto en los relatos que comparte, más tarde con la relación de pareja – maltrato que inicia desde el pololeo con su pareja hasta después del matrimonio

y que influye en la crianza de su hijo, en sus decisiones, actividades, roles que debe y quiere asumir, en sus ocupaciones, en la relación con otros(as) dentro de su propia familia y en el trabajo; escenarios en los que transcurren la mayoría de sus relatos.

De lo anterior, debe ser difícil naturalizar la violencia cuando la mujer siente el dolor y la rabia de vivir situaciones de maltrato, Noelia nos relata que a pesar del daño existe respuesta de su parte ante las constantes agresiones, al parecer cuando ha pasado tanto tiempo existe la posibilidad de incorporar en el cotidiano estas dinámicas:

“Así me pegaba, yo también era chora, era chora con él, a lo mejor por eso hacia tanto escándalo cuando me pegaba, yo quise irme, pero dure un mes y me devolví a mi casa..., yo empecé a tener más, me ponía más rebelde con él, más me pegaba más rebelde me ponía yo con él, hasta cuando nos casamos y ahí mas no pegábamos más me pegaba...Sí, también, también le pegaba, y un día le dije, no te voy a quedar dormido Osvado, no te voy a quedar dormido porque yo te voy a matar le dije, con odio entendí con un tremendo odio” (Noelia)

La violencia machista; desde el maltrato ejercido por la pareja, por su esposo, en el pololeo, en su historia, se transforma en una dinámica de pareja basada en el maltrato, así también la violencia bilateral, como un mecanismo de defensa, en su relato Noelia nos muestra sutiles intentos de abandonar el espacio con su pareja, sin embargo existe cierta dependencia hacia la relación, ya que al preguntar por su relación esta inicia y sostiene durante mucho tiempo las agresiones como eje central. *“Yo decidí ser mamá, yo no me*

case, yo no estoy casa enamora pero si quería tener un hijo porque mi idea era tener un hijo soltera después que me pego mi esposo yo quería ser soltera” (Noelia). Si bien se cuestiona la relación con su esposo y pareja, las presiones del entorno, la instan a considerar la conveniencia y el poder que le otorga estar con un hombre como la única posibilidad para cumplir con las expectativas de ser mujer, por medio del rol de madre, comenta que el ser mamá fue una decisión y personal independiente de la figura masculina y del ejercicio del rol de padre, una forma de huir o resistir a las conductas de violencia.

“La relación con mi esposo fue terrible porque cuando yo me quería separar mi esposo me pegaba y yo donde veía que a mi mamá le pegaban yo creía que eso era amor que me pegaba porque me quería que tonta”
(Noelia)

Lo anterior lleva a preguntarnos si la historia se repite y la violencia se transforma en un círculo de maltrato, sin embargo, creemos que cada vivencia no puede igualarse, si bien el maltrato se traduce en más violencia como respuesta, los contextos las personas las historias son diferentes, ya sea en una relación de sumisión o resistencia existe una relación de poder, lo que perpetúa tal violencia. Noelia logra identificar que esta idea como muchas otras ha sido naturalizada porque las vivió y creció con ellas. Sin embargo, que exista una historia familiar vinculada a la agresión no debiese contribuir a dinámicas de poder violentas, ya que el poder está presente en todos los espacios masculinizados que en esta sociedad patriarcal no son pocos, por ello apelamos a la importancia del acompañamiento entre mujeres, cuando existe violencia explícita, evidencia al machismo

como el ejercicio o el brazo del patriarcado, evidencia la violencia en las relaciones de poder masculinizadas.

Violencia en relación a situaciones de exclusión, desde las instituciones en las cuales permanecen, asumiendo estas expresiones como naturales al espacio en el que se encuentran, como Muriel quien describe con tranquilidad y cierto grado de broma.

“Las tías que metían miedo diciendo, te voy a enviar a la A (Casa del Sename), y ahí te van a pegar, te van a...te vas a quedar chiquitita con toda esa cuestión que decí, con todo el alboroto que tení, metían miedo, porque decían que iban a pegarle y toda la cuestión, por eso las niñas tenían miedo” (Muriel)

Una situación cotidiana al interior de espacios colectivos, donde la demanda es muy alta en comparación con la cantidad de personas que trabajan allí, considerando que no existe una familia que contenga están estas personas que asumen roles de cuidado hacia niñas que requieren no sólo alimento y vivienda, sin embargo, deben “conformarse”, con la posibilidad de continuar sus vidas de manera supuestamente segura.

Noelia y Muriel relatan violencia explícita en su historia, maltrato físico y directo, manipulación, segregación, vulneración, etc., no sólo hacia sus cuerpos en el privado contexto familiar, con una pareja que violenta al interior de este o en secreto dentro de un hogar del SENAME, como refiere a continuación *“me agarro de acá, del cuello, y a un niño que se hacía siempre pipi que tenía una enfermedad o un problema a la vejiga y siempre que se hacía pipi le pegaba le pegaba le pegaba A mí una vez me pego una palma*

en el poto y una vez me agarro de acá y me dijo “grita para que los grandes te vengan a pegar...”. Sino también relatan contextos de violencia como en el caso de (Muriel) en su experiencia escolar, la cual tampoco estaba exenta de maltratos,

“Es que lo que pasa es que le pegue al Director (risas)... el director me trato de “weona” (susurro) y me agarro de así y así (se toma el pelo y mueve la cabeza) él me decía que me iba a pegar... entonces se enojó el caballero y salió de sus casillas (risas)”. Se aprecia nuevamente el poder como herramienta de control o de disciplina a una mujer y su entorno, en el que la representación del poder está no sólo en un cargo como es ser director sino también se repite la imagen de un hombre como ejecutor de la violencia.

En algunas situaciones de vulneración, se visualiza el acompañamiento como una posibilidad de supervivencia *“A no, cuando iba al... allá en el salvador, yo no fui sola, iba con mi hermana la Samanta ella me acompañaba, y... yo me acuerdo que yo andaba, mi hermana me dijo por mejor, primero fui con mi hermana, después fui con mi hermana”* (Noelia), de alguna forma la existencia de otras mujeres permite que Noelia pueda continuar construyendo su historia y su familia

En tanto historia y familia en lo relatos de Noelia la violencia ocupa un lugar central y transversal, en este caso nos muestra a modo de justificación su forma de ser y de actuar

“yo hay que hablar la verdad así era yo lo tenía pa’ la pata’ y el combo y un día no aguanto más y me pegó me dijo que él me quería que aquí y que allá, pero él no sabía que querer no es para pegar yo después me fui dando cuenta que no es así, pero fue triste”. (Noelia)

Las agresiones podrían ser una respuesta, sin embargo, inmediatamente refiere que el maltrato no es una forma de amar, quizás una forma de entender para sí misma el origen de una historia de maltrato, buscando respuestas que permitan hoy después de tantos años, comprender su propia historia. Durante su relato ella recuerda constantemente las agresiones tanto de su padre como de su pareja, ambos actualmente hombres que continúan ocupando un lugar en su vida:

“...yo me acuerdo cuando él me pegaba las cachetadas, y yo le decía que termináramos, y él me pegaba y me decía que no, que yo iba a volver con él, pero yo en ese instante fui tonta, porque yo no les dije a mis padres lo que estaba sucediendo a mí. Pero ahora no estoy arrepentida, porque él cambió tanto pa’ mí, él ahora es otra persona diferente como era antes”
(Noelia)

Aunque la imagen del hombre actual difiere de la imagen que guarda en su memoria y que durante los encuentros vuelve a evidenciar, actualmente su pareja se ha “transformado” en la persona que ella ama y que valora porque ha cambiado, mostrando arrepentimiento, ¿pero por qué?, porque al parecer nuevamente Noelia vuelve a un sentimiento de culpa y de responsabilidad frente a la violencia. Lo anterior está sujeto a

lo que socialmente se espera en una relación de maltrato, se naturaliza la violencia como un conflicto de pareja, donde existe un(a) responsable y/o culpable en la que una de las partes debe ceder por amor, en este caso Noelia es quien asume dicho rol, para mantener una relación que ha logrado sostener evitando los conflictos y la posibilidad de maltrato.

Otra alternativa es resistir a la violencia, y evitar el sometimiento como fin último de esta, como es el caso de Muriel quien nos cuenta cómo en su historia dentro de las instituciones, busca formas y estrategias aun siendo una niña para revelarse contra la autoridad que la maltrata o bien resistir y evitar las formas de violencia. Muriel relata episodios de maltrato, que muestran una posibilidad de resistencia a la institución:

“no podían salir, yo igual me arrancaba a veces po (risas) pero me atrapaban igual...me habían encerrado y me puse en la pieza y después me puse arriba, abajo, no sé al final una tía que era buena me dijo “María toma ahí tení unos dulces, pero pórtate bien, pero no te puedo sacar de acá, pero pórtate bien, toma acá tení unos dulces” yo dije Ya tía...”
(Muriel)

Dicho castigo se enmarca en la idea de arrancar, para no someterse a un espacio en el cual no se siente cómoda o en familia, donde existen opciones, pero limitadas a la institución y lo que esta puede ofrecer. En sus relatos M no reconoce maltratos como tales, naturaliza las prácticas de una entidad que en esos momentos representa la oportunidad de vivir bajo el cuidado de otros(as) cuando aquello se espera sea responsabilidad de una familia. Arrancar como la búsqueda de espacios de privacidad cuando todo(as) han

ocupado sus lugares, es difícil sentir pertenencia con un espacio que vulnera y produce dolor, lo que podría llevar a explorar contextos que permitan “sobrevivir”:

“... Una vez un hombre me atendió de un matrón y él pensó que yo que yo tenía que cuando... no sé si contarle... me estaba diciendo que me había hecho un aborto, pero era mentira, yo no había hecho ningún aborto” (Muriel).

Otra institución que ejerce su poder no solo a través de sus prácticas sino también del discurso es la medicina quien en este caso evidencia la violencia obstétrica quien desde el prejuicio y discriminación en la atención somete a Muriel a una situación incómoda, que angustia como un recuerdo latente en una instancia íntima, en la que conjugan ideas del cuerpo, la historia de este en relación a la sexualidad y la confianza obligada en esta figura médica de poder a quien debe entregar información y su intimidad a cambio de una solución a un malestar físico:

“Si, como que me acusa y la mamá como que me mira mal y yo no quería revisarme con él, entonces mi mamá pensó que tú hiciste un aborto, porque solo tenía la menstruación muy larga pero no era por eso, porque yo fui con mi mamá, pero yo no quería atenderme con él porque era un viejo, parecía un viejo verde, entonces un viejo atendiendo mujeres no me gusta, prefiero mujer” (Muriel).

Como refiere Muriel, su madre no cree en su palabra y asume la experiencia poderosa de la figura médica, desconfiando de su hija como una sentencia desde la familia,

poniendo en manifiesto la importancia del discurso profesional por sobre de las necesidades y temores de su hija, como se aprecia en el relato, el momento de enfrentarse a la figura del hombre representa un territorio poderoso. Que este profesional sea un hombre no es una mera coincidencia, al contrario, nos muestra una situación en la que una mujer se ve enfrentada por primera vez a la figura poderosa e impetuosa de un hombre, en este caso el ginecólogo se sitúa por sobre la mujer quien se siente humillada ante tal imagen con sexo al descubierto y a disposición de una mirada que juzga y en este caso maltrata.

La jerarquía como ejercicio del poder, lleva a estas mujeres a una fragilidad y marginación que puede ser entendida como un quiebre en el lazo social, estrategia que permite ejercer la violencia a través de discriminación y estigmatización, no solo en espacios de salud mental en lo que predomina la locura como una justificación para marginar, sino en instituciones laborales, educativas, sociales, etc., en las que ser mujer sentencia de alguna forma a diversas formas de vulneración, como las dificultades para enfrentarse a figuras de autoridad, mostrándose sumisas ante las relaciones de poder, las que buscan reproducir estructuras de desigualdad y machismo:

“Era como una cárcel era como un hogar cárcel... y lo único que podían hacer era ponerme una inyección, malditos, me da rabia... Me acuerdo que me dejaron encerrada. Si me acuerdo que me dejaron encerrada porque me dijeron que me había portado mal” (Muriel)

La violencia institucional los espacios y territorios ejercen poder por medio de instituciones totalitarias, concretando situaciones de violencia física, psicológica y simbólica en la cotidianidad de quienes habitan estos espacios.

Sumisión y sometimiento están inmersa en espacios de resistencia que tampoco son considerados, estas mujeres buscan responder o prevenir las situaciones de violencia ya sea identificando la agresión y evitándola o manifestándose a esta, o bien de manera automática e innata, como el caso de Muriel quien desde su experiencia en la infancia ha lidiado con las agresiones de pares y adultos(as), sin embargo tal resistencia conlleva a una sumisión cuando luego de reaccionar no existen redes de apoyo directas como la familia para contener a esta mujer ante las injusticias que ella refiere.

Las instituciones que se observan en los relatos de ambas mujeres, son entidades tanto públicas como privadas ya sea entregando un servicio en el caso del SENAME o como un espacio de trabajo en el caso de los lugares donde se desempeña Noelia, gran parte de su vida. Ambos espacios se basan en modelos construidos históricamente, sobre políticas masculinizadas y bajo el alero del patriarcado, con sistemas androcentristas que promueven las diferencias de sexo-género. Por ejemplo Noelia se desempeña como auxiliar de aseo en diferentes empresas, en las que son mujeres quienes asumen este rol, respondiendo al estereotipo de que las mujeres están más capacitadas para realizar labores domésticas versus los hombres, aparentando visibilizar la labor de estas al trasladarlas a un espacio “público” como el trabajo, sin embargo se sostienen posturas discriminatorias como las que relata Noelia por el hecho de ser mujer, sumado a una mirada de clase, en la

que las personas que “sirven” a otros están por debajo de las jerarquías de estas empresas, es decir una mujer, pobre y empleada, difícilmente puede ser considerada en igualdad de condiciones y oportunidades que un hombre, “rico” y “jefe”, a quien Noelia describe en alguno de sus relatos como alguien a quien temer/admirar, así como alguien inalcanzable. Quizás podríamos pensar que la distinción está centrada en la condición de clase más que en el sexo-género, sin embargo, los personajes principales y poderosos en los relatos de ambas mujeres son macho, ya sea como personas instituciones, dificultades todas masculinizadas.

Para finalizar nuestros análisis, finalizamos con tópicos emergentes de la investigación: **la construcción del concepto de familia a partir de la experiencia de dos mujeres con problemas de graves de salud mental.** Ambas mujeres relatan lo complejo de sus historias a partir de sus dolores. Para Muriel existe una necesidad de vivir en familia, porque la idea del abandono estaba siempre presente, mientras que para Noelia su historia familiar está enmarcada en las agresiones y las vulneraciones de padre y madre negligentes. Ambos relatos muestran violencias en sus historias, así como discriminación, ya sea por no contar con una familia de origen que contenga o acompañe, o bien cuando sí existe una familia de origen que logra contener y/o acompañar.

Muriel refiere en su discurso la idea creada de una familia, donde caracteriza el rol que cumple un padre y madre tutor, mostrando claridad respecto a su situación familiar, en la que ella no nace ni forma parte de una familia, sino más bien es acogida por un grupo

que la elige a ella como cumpliendo un trabajo: *“Una familia me fue a buscar... hay una mamá y un papá que están siempre contigo, no es como una tutora, o sea, no es como una persona que se da por horas...”* (Muriel), mientras que para referirse a sus orígenes, refiere no tener recuerdos de aquella época, son ideas que se han ido esclareciendo en la medida que ha tenido el tiempo para conocerse y que ha tenido el apoyo para hacerlo, reconoce la existencia de un padre, madre y hermanos, sin embargo estos(as) no han formado parte de su historia cotidiana:

“No tengo ningún recuerdo de la casa, ni siquiera de mis hermanos cuando estaban chicos... mi papá está muerto y mamá vive en el sur... por lo que me contó mi mamá, no me podía cuidar, que no me podía tener, que no tenía plata no tenía na’.” (Muriel)

Ella encuentra una respuesta concreta a la falta de una familia en su infancia, la que se relaciona directamente con la ausencia de una madre, lo que nos lleva a pensar en cómo la presencia de una mujer sostiene la permanencia de la familia, una mirada patriarcal de una situación que históricamente ha ocurrido en la vida de niños, niñas y jóvenes “abandonados(as)”, lo que permite la existencia de instituciones que suplan dicha ausencia. Sin embargo, al avanzar en su relato se aprecia cierta confusión en identificar los roles de padre y madre, donde existen figuras con quienes se relaciona como una familia.

“De los 11 años estuve, y después tuve como un problema, como iba al CTD, después de nuevo al CTD, y ahora estoy con otra persona pero que es de la comunidad, que es una mujer que se llama C. J...” “sí, y después me fui a CTD, porque mi hermana me echó de nuevo, me dijo que me fuera, por problemas que pasaron y luego me fui al CTD, o sea a los carabineros y después al CTD” (Muriel)

Comenta su transitar por los contextos que de alguna forma constituyeron su familia, sin mencionar a una familia de origen o biológica, sino relacionando a instituciones como lugares por donde circula y la acogen: *“¡El 2013 conocí a mi mamá! ... Y el 2014 fui a donde mi papá y mi mamá, eh los Barresi, o puede poner los italianos, por lo menos fui a Argentina” (Muriel).*

Noelia identifica y reconoce la existencia de una familia: *“Bueno mi familia, nosotros somos siete hermanos, papá y mamá no supimos de tío ni tía, y mi mamá nos crió. Mi mamá llegó de Curicó aquí a trabajar a Santiago y mi papá llegó del norte a trabajar a Santiago y ahí se conocieron y estuvieron conviviendo primero y después se casaron”,* sin embargo al continuar sus relatos se evidencia el dolor, no en la ausencia de una familia, sino en la construcción de la suya, en las dinámicas y en las relaciones conflictivas, ya que en los relatos de Noelia se evidencia una historia familiar marcada por el maltrato y por las necesidades socioeconómicas, por carencias de tipo material y afectivo, además del consumo de alcohol como causa principal de las dificultades, de las agresiones incluso de la pobreza.

“Mi papá digamos que no fue un excelente papá digamos porque a mi papá le gustaba tomar, se tomaba toda la plata y nosotros pasamos muchas necesidades y mi mamá por no saber qué darnos también se ponía a tomar, pero mi papá era malo porque le pegaba a mi mamá le sacaba la cresta y pasábamos muchas necesidades y también fuimos muy discriminados por la gente porque éramos demasiado pobres éramos pooobres no teníamos tele no teníamos comedor no teníamos nada...” (Noelia).

De alguna forma la historia familiar de ambas mujeres nos muestra el origen o inicio de las problemáticas que marcaron su vida, Noelia inicia su vida laboral a partir de una necesidad familiar:

“¿Yo? Tenía como 7 años 8 9 10 hasta cuando empecé a trabajar que ahí cuando empezamos a trabajar yo con el Jorge empezamos a tirar pa’ arriba la casa... Mario, Mónica, Nano, Roberto, Jorge con el Jorge nos tocó más duro porque nosotros ya a los 8 9 años ya salíamos a buscar en las chacras a cortar porotos, arvejas, habas y era buena para eso” (Noelia)

Así también la necesidad de proteger y responsabilizarse del cuidado de otros(as), como de sus hermanos(as), algo tradicional para la época, y por tanto naturalizado por ella, en que el responder a las demandas familiares es una obligación, más en momentos de vulnerabilidad, asumiendo roles no sólo ligados al ser mujer dentro de una familia, sino de ser mujer en una familia vulnerable.

En la vida de Muriel se aprecian diferentes formas de familia, desde la biológica o de origen con quienes tiene pocos recuerdos, relacionados más al quiebre o al abandono, y el transitar por familias institucionales, como hogares, comunidades en las que no existe padre, madre o hermanos como tal, sino un grupo de personas que la acompañaron y entregaron apoyos básico incluso afectivos. Desde niña Muriel se ha visto transitando por espacios aparentemente familiares, conformándose muchas veces con el afecto de quienes la rodean; como los cuidados y afectos de una cuidadora o de una “trabajadora” de las diferentes instituciones en las que vive.

La familia italiana que relata Muriel, es una familia que ella misma identifica como irreal, momentánea que asume el rol de contención y apoyo pero bajo las condiciones que una institución les permite, con los tiempos, dineros y espacios que puede otorgar, aspectos que la confunden y dificultan su construcción como persona y como mujer, anhelando un espacio familiar permanente con personas en quienes pueda confiar y acudir incondicionalmente, sin embargo a lo largo de su historia identifica momentos familiares más que una familia como tal, *“Y después con la mamá y el papá con los italianos fuimos a varias partes fuimos a veces íbamos a la playa los fines de semana, los días feriados íbamos a la playa y llevábamos la cosas y yo siempre iba a pescar con mi papá”* (Noelia).

En los relatos de Noelia se observa el tránsito por las familias que tradicionalmente conocemos, en principio su familia de origen con padre, madre y hermanos(as) para luego construir la anhelada “propia familia”, la que destaca al momento de tener un hijo para lo cual como refiere, utiliza el matrimonio como un medio para lograr este fin.

“Porque no lo hacía porque tenía miedo no sé por qué no lo hice no sé, tenía miedo a lo mejor tenía miedo de estar sola porque el Osvaldo sea como sea era todo pa’ la casa también, ganaba poco en ese tiempo porque no era ni maestro, pero todo lo que ganaba era pa’ la casa era distinto a mi papá porque mi papá era lo que ganaba se lo tomaba” (Noelia)

De esta lectura podríamos pensar que Noelia avanza en el ciclo de la vida como socialmente se espera, nace en una familia en la que a pesar de las dificultades y dolores que relata, están fuera del alcance de sus decisiones, para luego al crecer, tener la posibilidad de elegir con quien formar su nueva familia. Dicha elección, así como para Muriel, es impuesta a través de un matrimonio que ella decide concretar por miedo a las represalias de la sociedad y por creencias arraigadas a su crianza:

“...mi mamá empezó a trabajar y la patrona le daba pan duro, nosotros nos calentábamos en el fuego y lo comíamos con mantequilla o con grasa de lo que hubiese, porque el hambre era tan grande, tan poderosa que no teníamos que hacer y ahí mi mamá empezó a trabajar. A mí no me gustaba que mi mamá trabajara, no me gustaba y yo le decía cuando era chica “cuando yo sea grande, la voy a sacar del trabajo a mi mamá y voy a trabajar por ella” porque estábamos tan acostumbrados que ella nos hiciera todo a nosotros, que un día se fue de la noche a la mañana a trabajar y nos tocó hacer todo a nosotros y yo era la más floja, me

arrancaba para no hacer las cosas, si porque yo prefería irme a las chacras antes de hacer las cosas”. (Noelia)

De alguna forma ella no quiere quedarse cumpliendo el rol de dueña de casa, está bien para una madre pero no para ella, como hija, sin embargo la situación de precariedad que evidencia en la alimentación requiere de otras medidas como que su madre deba trabajar, así como sus hijos(as), sin embargo esto conlleva modificar la dinámica familiar a su vez esto genera que la privacidad del hogar queda abandonada cuando no se encuentra la figura materna la que es asociada a las tareas que este espacio requiere, además Noelia evidencia que desde niña existe la intención de independencia la que puede lograr a través del trabajo, situación que cambia en la medida que crece y principalmente desde el momento en el que decide casarse. Lo anterior nos lleva a cuestionar los estereotipos que existen en torno a las mujeres mayores y a la construcción de familia, socialmente se cree que aquellas mujeres de 50 y tantos fueron criadas bajo lógicas estrictamente machistas y que no existe la posibilidad de cuestionar sus roles de madre y mujer de la casa. Nos encontramos con una mujer que desde el inicio de su historia sus deseos y motivaciones van en contra del sistema tradicional patriarcal, pero que al momento de encontrarse de frente a la figura masculina como es su pareja sus intenciones de familia se ven volcados a las tradiciones de una madre en el hogar cuidando a sus hijos y de un padre proveedor.

Emma Goldman, refiere sobre la unión en matrimonio lo siguiente “El matrimonio es ante todo un arreglo económico, un contrato de seguros... si la prima de una mujer es el marido, ella tendrá que pagar por esa prima con su nombre, su privacidad, su autoestima,

su vida misma, hasta que la muerte los separe”. Más aún, el seguro matrimonial la condena a una dependencia de por vida, al parasitismo, a la completa inutilidad, tanto individual como social.” (Goldmas’s, 1911). Un tanto radical en su pensamiento pero bastante cierto en la práctica, como refiere Noelia en sus relatos, gran parte de su historia está situada al alero del matrimonio, desde el pololeo hasta la actualidad, ha conformado una familia en la que ha vivido momentos de violencia, específicamente de su pareja, así como en el pasado experimentó el maltrato de su padre y las agresiones de este a su madre, aspectos centrales en sus relatos, recurre constantemente a su padre como un hombre violento, malvado y castigador, en su vida ha dependido de figuras masculinas, si bien económicamente ha sido independiente, los estereotipos sociales han condicionado sus decisiones así como su crianza, llevando a una dependencia que permita sostener sus deseos y creencias en torno al amor, pareja y familia.

Desde el feminismo se cuestiona este concepto y se hace necesario vincularlo a las evidentes opresiones cotidianas y subordinación de la mujer, como por ejemplo las relaciones de poder que se producen al interior de las familias (subordinaciones desde padre a hija, esposo a esposa, hermano a hermana) o en las relaciones interpersonales en contextos de trabajo (acoso laboral), estudio (educación sexista), amistades (estereotipos), etc.

Actualmente la familia, representa una institución similar al Estado, continúa bajo lógicas de represión y transgresión, ejerciendo poder y violencia hacia las mujeres, como por ejemplo, en cuanto a la maternidad podemos adjudicarle el apellido forzada, es decir

como una condena impuesta desde la niñez a perpetuar la historia a través del rol de madre, como se aprecia en la infancia a través del juego según género, lo que se traduce en salud mental en una obligación que muchas veces representa la génesis del sufrimiento mental. “En las culturas patriarcales el trauma del dominio sobre los cuerpos ha recaído fundamentalmente en las mujeres quienes han visto legitimada históricamente la violencia en su contra en el seno familiar” (Vásquez, 2011).

A partir de lo anterior, nos permitimos hacer UNA PROBLEMATIZACIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE OCUPACIÓN Y EL TRABAJO COMO ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA. Al compartir sus historias, ambas mujeres fueron relatando cómo los distintos escenarios que constituyen sus vidas cotidianas, están rodeados de actividades con sentidos, haceres que le permitieron identificar una trayectoria de intereses y proyectarse en actividades significativas para ellas.

Muriel logra identificar intereses, si bien, el inicio de la exploración de actividades que le puedan producir sentido, están enmarcados en una demanda externa: “*No, eso fue con la Carolina, me lo dijeron para que hiciera algo, porque siempre estaba en la casa, y estaba*”. Demanda que a la interpretación produce esa práctica clásica de someter a las personas a “ocuparse” sin un sentido.

En esa posibilidad de ocuparse, realizar una actividad que pudiera producir una remuneración, Muriel refiere que encuentra una actividad en la ocupa su tiempo y que realiza actualmente:

Empecé a hacer más cosas, y la tía me compró por ser, harta lana, y un poco de lana y me dijo que, si tu hacías la lana, lo vendían y te lo compraban y ahí tú empezabai a comprar las demás cosas, entonces empecé hacer y cómo vender y compraron, ahora tengo todas unas lanas así...

Finalmente ella mantiene dicha actividad, no hay una reflexión en relación a si tiene o no un sentido claro para ella, pero si una decisión de ocuparse en un hacer que permite un intercambio con otros/as.

... antes cuando chica, quería ser pintora, siempre quise ser pintora, después dije quiero ser actora (risas), después parvularia, después dije parvularia no, no soporto a los niños (risas), después dije ya voy a ser pintora, volví con la pintora, y luego, empecé, cuando estaba más grande en octavo, siempre quise ser algo de arte, pintora, pintora, pintora, y luego dije, voy a ser diseñadora, y ahí me quedé con esa cuestión

A medida que va identificando actividades en su cotidianidad, hace una trayectoria de sus intereses, los identifica en relación a las etapas de su ciclo vital, y muestra cómo se

van produciendo cambios en los haceres que la ocupan y que la construyen subjetivamente a lo largo de su vida.

Cuando en su historia, va identificando haceres y comienza a proyectarse en actividades que puedan formar parte de la construcción, organización y articulación de un proyecto de vida, en ese sentido, instala sus deseos:

...quiero estudiar en el instituto. Quiero estudiar diseño de vestuario y luego tener un taller y empezar a tener una pequeña empresa, así empezar a diseñar primero, voy a ser asistente primero, voy a empezar con lo más bajo y luego con lo más alto

En ese sentido, según lo relatado anteriormente por Muriel, nos parece pertinente pensar la ocupación como lo plantea Guajardo:

Se piensa a la ocupación como factor ontológico, es decir, como un factor a través del cual el ser humano puede desarrollar sus potenciales biológicos, individuales y socioculturales para hacerse sujeto, gestor y constructor de su propia historia. No por ello se eliminan las posibilidades que ofrece la ocupación humana para satisfacer necesidades básicas, para convivir dentro del entorno y para vincularse en un entramado sociocultural, pero aquí se enfatiza principalmente su potencial para el desarrollo, la auto reflexión y la trascendencia del ser” (Guajardo, 2011, p. 50).

Claro que, en el relato de Muriel, ella logra organizar un proyecto vital, y los distintos caminos a tomar para articular un proyecto vital, pero todo lo que constituye esa articulación, para nosotras permite, darle sentido a una actividad humana cotidiana, y un sentido más interpretativo, constituirla como sujeta, sujeta de derechos, una mujer con la posibilidad de proyectar un deseo que le permita vincularse con otros/as, ser parte de un lugar, ocupar un espacio en la sociedad.

Lo que nos interesa dejar en manifiesto, es la posibilidad de pensar la ocupación de manera transversal en los relatos de estas mujeres, la ocupación desde una perspectiva crítica, como hecho subjetivante. Aunque se relaciona clásicamente con el hacer una actividad, tomamos el concepto para problematizar la configuración del ser mujer en las sujetas. A partir de los mismos, trabajamos la noción de Historias Ocupacionales, como el entramado de acontecimientos, sucesos y experiencias enmarcados en una época y tiempo determinado, en el que se producen las subjetividades de cada persona, las formas de habitar cada espacio, las relaciones de poder, la vivencia y construcción a través del tiempo, espacios y territorios de las ocupaciones.

Como último tópico de análisis emergen las historias de **TRÁNSITO POR INSTITUCIONES COMO RELATOS DE MUJERES QUE BUSCAN OCUPAR Y HABITAR LUGARES**. Para Noelia las instituciones por las que circula están orientadas al trabajo que realiza, desde pequeña refiere la necesidad de trabajar para obtener sustento no sólo para ella sino también para quienes la rodean, al principio para hermanos(as) y padres, luego para sí misma y su hijo, y más tarde para compensar la falta de participación

de su pareja en el hogar, no existe un compañerismo que permita colaborar o construir en conjunto dicho espacio, por ende en más de alguna ocasión nos cuenta cómo debe tolerar situaciones de maltrato o vulneración en las instituciones para las que trabaja. Por ejemplo:

“Si po’, entonces cuando fue mi hermano Jorge hizo lavar los juguetes con cloro, porque los toco mi hermano así era mi patrona a veces yo tenía que lavar todo con cloro porque tenía infección, era muy escrupulosa, así la aguantaba porque eran así con la plata conmigo”

En dicho espacio se desempeña como trabajadora de casa particular, desde joven realiza una labor ligada a la privacidad del hogar y a los quehaceres de esta, aunque no en su hogar sino en el de una familia a la que “sirve”, cumpliendo de alguna forma con el rol histórico de la mujer.

En la medida que Noelia crece continúa transitando por otros trabajos, siempre como “empleada” de una institución, sin embargo, dentro de las opciones que se le presentan ella puede decidir el lugar donde trabajar, levantando la importancia y el valor de su trabajo, además de buscar opciones para generar ingresos, en sus relatos Noelia relata su constancia en el mundo laboral:

“...fuimos a ver una amasandería y a mí no me gustó porque no pagaban bien, porque yo sé lo que vale un trabajo y pagaban muy poco y para mí no era...De empleada primero trabaje en un colegio vendiendo dulces de una madre mamá de una monjita...después empecé a trabajar nuevamente así, empecé a trabajar en una fábrica de tarro tenía que poner las muñecas

barby en unos tarros y ah no me gusto para nada dure como un mes y me vine no me gusto aparte era poca plata, era mucho trabajo y nada de plata era mucho abuso...quedé sin trabajo y después mi mamá me trajo donde la señora Amalia (asesora del hogar) hasta cuando me casé “ yo es que trabajé para la señora Amalia siete años, de los siete años, me casé y seguí trabajando...”(Noelia).

Nuevamente se observa en los relatos de esta mujer una línea de trabajo feminizado, desde la venta de alimentos (pasteles), las tareas del hogar, el aseo, entre otras, como espacios de inserción que responden a lo que se espera de una mujer, y por tanto la dependencia a este tipo de trabajo como una de las pocas opciones para generar recursos, siendo mujer y “pobre”.

A lo anterior se suma la situación de salud asociada al trabajo, “*El de cuando me enfermé, Cuando yo empecé a trabajar, limpiando oficinas*” Noelia, se desprende la ambigüedad en torno a una causa- efecto, donde el trabajo puede ser un gestor de malestar o bien el malestar impide un desempeño laboral dentro de las exigencias asociadas a este, las cuales nuevamente pudiesen haber interferido en la subjetividad de ella, llevándola a transitar a una nueva forma de institución, la de salud mental. Si bien en su malestar Noelia transita por instituciones que permiten la posibilidad de trabajar y a su vez por espacios que responden a su malestar subjetivo.

“Sí, si me acuerdo, llegue muy mal yo llegué del hospital de día porque se terminó allá el hospital de día del Salvador y el contador que estaba allá en el hospital de día me dijo que no me preocupara porque me iban a buscar un lugar donde colocarme donde podría quedarme” (Noelia).

Sin embargo, ambas habitan espacios de hospitalización de salud mental, la institución psiquiátrica toma protagonismo en cada mujer, finalizando o culminando este transitar a la Comunidad terapéutica de Peñalolén, también institución de salud mental:

“Si 2009 el 2010 entre al CTD... y el 2010 entró al CTD por 3 meses y luego caigo de nuevo al CTD por 8 meses más... Después en agosto durante el mismo año entre por ochos meses más y salí y me fugué de ahí el 2011 y en el 2011 me fugué del CTD y después de una semana estuve, iba a tener una audiencia el 2011 y el 2012... no fui a la audiencia y el 2012 llegué a la casa de Paulina”. (Muriel)

La trayectoria de Muriel por instituciones, evidencian una naturalización desde su perspectiva y del entorno, procesos que finalizan en la institucionalización, dependiendo totalmente de espacios gubernamentales como una única opción para habitar y vivir, entendiendo que acceder a la habitabilidad es una necesidad básica de toda persona, desde la cual surgen las posibilidades de ejercer otros derechos. Este transitar Muriel lo relata desde las dificultades que para ella significaban circular sin tener la opción a habitar un espacio no solo físico sino también humano, en el que llegamos a interpretar la violencia ejercida por estas instituciones quienes instrumentalizan a la sujetas(os) a quienes

pretende “ayudar”, movilizándolas de un espacio a otro, respondiendo a las demandas de cada entidad, por sobre las necesidades de las personas involucradas. Lo anterior no sólo ocurre en instituciones de salud mental pública, servicio gubernamentales o grandes organismos, también como evidencia Noelia sucede en el trabajo o al interior de un hogar, todo espacio que se constituya en base a relaciones de poder y de ganancia deja en evidencia vulneraciones en la permanencia y en el acceso a estas instituciones, así también el acceso a educación requiere de una entidad que concrete dicho derecho, como los liceos, colegios o escuelas quienes a través de sus procesos de selección o metodologías estandarizadas que responden a las masas muchas veces dificultan el ingreso a la institución, promoviendo incluso el tránsito de colegio a otro, como es el caso de Muriel

“Sí, después fui al colegio, al colegio, Miraflores, y ahí me iban a poner en un colegio, me estaban buscando colegio, me iban a poner, me iban a llevar a un colegio... ¿cómo se les llama a esos colegios que no son normales?... Estuve hasta 5° básico, y repetí 5°, porque faltaba mucho, no quería estar en clases, me iba a la casa” (Muriel).

Ella no cuenta con una familia que apoye y contenga por ello, debe circular por hogares que simulan una red de apoyo, además de instituciones educativas muchas de estas vinculadas a los hogares donde reside, por lo que cada cambio de hogar significa un cambio de contexto escolar. Así como inicia su vida vinculada a instituciones *“Antes de la casa familia... estuve en un hogar de menores, estuve desde los cuatro hasta los 11 años” (Muriel)*, su relato inicia en recuerdos desde los 4 años de edad, identificando

claramente su vínculo a entidades gubernamentales, llamados “hogares” y que en la medida que avanza su discurso logra distinguir de una familia, sin embargo son un punto central en la historia de Muriel, su vida se basa en los eventos que ocurren al interior de estos contextos, produciendo un conocimiento evidente sobre el funcionamiento del sistema desde el interior de este, sin tener manejo de políticas públicas, normativas o leyes, Muriel logra describir procesos de derivación y objetivos de la institución.

“Sí, casa acogida... es un lugar donde hay niños del SENAME, y que viene del CTD y van a ese hogar, como para que tengan un tipo hogar, hasta los 18 ven que pasa con ellos, pero la mayoría de los niños estaban en el CTD, y después vuelven a ese lugar, es como para tener una vida más sana, los cuidan, así como los tienen ahí” (Muriel)

Dichos procesos de transición están orientados a las necesidades y problemáticas específicas de cada mujer, respondiendo no sólo a sus experiencias de vida sino a su historia ocupacional, pensando en los espacios ocupan ya sea trabajando o habitando dichas instituciones. Por tanto, el concepto de institución es muy abstracto no sólo para estas mujeres sino para todos(as) en general, tendemos a identificar a las personas que conforman los espacios más que al contexto institucional, Muriel reniega en parte las instituciones considerado su historia, así como Noelia, reconoce a las instituciones como espacios en los que se desempeña o la aceptan y contienen. Ambas identifican en estas instituciones gran parte de sus vidas, así como la solución a sus problemáticas, en el caso de Muriel el SENAME y las siguientes casas hogares o de acogida son escenarios de

contención ante una necesidad en la que no existe redes de apoyo o acompañamiento, más allá del institucional, se deben a estos espacios que son no- familiares pero que de alguna forma reemplazan esta necesidad, mientras que Noelia debe buscar entidades laborales y/o de salud que permitan obtener beneficios económicos que también respondan a sus necesidades.

Por tanto, los espacios que ocupan se transforman en contextos significativos en su historia, ya que permiten habitar un espacio, tener un lugar dentro de un colectivo, ante la necesidad de una familia como es el caso de Muriel o la necesidad de un trabajo que permita sentirse efectiva y validada como Noelia, quien valora el trabajo por sobre las condiciones de este:

“yo me pongo en el lugar de ustedes como ustedes trabajan y me pongo como cuando yo trabajaba en todo caso le doy las gracias a Jehová Dios porque me hizo mujer, aunque la vida me ha golpeado tanto y con los golpes he aprendido a ser más sumisa más humilde altanera no lo soy...”
(Noelia).

Por tanto, podríamos pensar que, siendo mujer, ser sumisa a un patrón(a) a la institución permite producir y avanzar, como una alternativa para superar las dificultades económicas y por tanto la posibilidad de ocuparse de sus dificultades y tener responsabilidad en las soluciones, de esta forma proyectarse y ser independiente en su vida, aspectos positivos y valorados por Noelia. Mientras que Muriel vacila entre el estigma de pertenecer a una institución y el valor que estas han tomado en su vida.

“Las dos cosas, la una, mm es que al entrar en esa puerta tengo que como por ejemplo miro pa’ los dos lados por si alguien viene y decir que estoy en una comunidad en un lugar decir que es para personas psiquiátricas me hace mal y me da vergüenza decirlo” (Muriel)

Asumiendo el pudor que significa pertenecer a una entidad catalogada como psiquiátrica, pero a la vez continuar participando de un espacio que la ha apoyado durante su vida, formando con la institución un lazo, consciente de los beneficios y del protagonismo que han tenido estas en su historia, encontrando un lugar que de alguna forma simula una familia que la contiene en cada transición *“Que ahí está mi vida, tengo mi vida aquí también hay gran parte de mí en cada lado, y de ellos en mi algo así” (Muriel).*

Si bien como investigadoras podemos inferir que algunas de las instituciones por la que transitan significan en la vida de estas mujeres espacios de violencias o vulneraciones, también otras representan el territorio único de ejercicio de derechos, donde cada una logra identificarse y construir un sentido de pertenencia, socializando, generando vínculos y alianzas con las personas y los lugares, de alguna forma sus contextos significativos son estos terrenos, en los cuales se ven enfrentadas al sometimiento y opciones otorgadas por el medio, produciendo espacios limitados para el ejercicio de sus derechos y para la posibilidad de autonomía. Como refiere Muriel cada lugar representa su vida y viceversa, por ende, no podemos evitar destacar la relevancia de las instituciones en la vida de estas sujetas, desde donde se producen sus relatos de

experiencias e historias ocupacionales que pueden ser bordadas y relatadas desde la institucionalización.

VI.- CONCLUSIONES - DISCUSIÓN FINAL

Posterior al proceso de interpretación retomamos los objetivos planteados al inicio de la investigación, centrándonos principalmente en nuestras interrogantes generales las que se orientan a la configuración del Ser mujer y en el primero de nuestros objetivos específicos, el que propone la descripción de la experiencia de ser mujer y la de vivir con problemas graves de salud mental. Ambas mujeres, logran describir sus experiencias como mujeres y por otra parte como personas que viven con problemas graves de salud mental. De lo anterior, permite más tarde analizar ambos ejes de manera independiente constituyéndose cada uno en un tópico de investigación, en los que además de presentar y analizar el Ser mujer, interpretamos sus relatos desde una perspectiva feminista, la que se constituye como eje transversal para trabajar los discursos, evidenciando las dificultades estas mujeres y vivir con problemáticas de salud mental en un sistema patriarcal que vulnera y violenta.

De lo anterior es que ambas mujeres no relacionan de manera concreta el ser mujer y vivir con problemas de salud mental, como una situación de vulnerabilidad y discriminación en el acceso a derechos. Sin embargo, nos encontramos frente a dos historias ocupacionales en las que la vulnerabilidad está asociada al ser mujer, incluso antes de presentar alguna situación de salud mental que requiera apoyo, pero que de igual

forma cuando se inserta en sus relatos, sus historias evidencian un quiebre importante en cuanto a la percepción del contexto y del trato de las instituciones y/o espacios que se ven obligadas a ocupar para continuar participando de la sociedad, transiciones violentas y que vulneran su configuración de mujeres.

Por ello, es que no escuchamos las historias de cualquier mujer, sino historias de mujeres con problemas graves de salud mental, las que han sido históricamente invisibilizadas no sólo desde una perspectiva genérica, sino porque se encuentran en una situación que las categoriza en el sistema de salud tradicional, las mantiene al margen de los espacios, por ello nuestra búsqueda de estas historias en los cuerpos de dos mujeres que no habían tenido la posibilidad de contar o compartir sus impresiones, necesidades, experiencias, espacios habitados desde el tránsito por instituciones como al interior de lo que consideran familias.

Si bien el análisis y nuestras posteriores interpretaciones nos permiten separar el ser mujer de las problemáticas de salud mental, en concreto durante los encuentros con ambas mujeres y la narración de sus relatos no podemos dejar de vincular ambos ejes como complementarios, ya que evidenciamos situaciones de violencia, vulneración en el acceso a derechos y marginación sólo por el hecho de ser mujeres y sólo por el hecho de vivir con problemas graves de salud mental, pero en distintos escenarios donde alguno de los ejes toma mayor protagonismo que el otro.

En esta investigación todos los discursos presentados son comunicados por las protagonistas, por tanto el objetivo se logra ya que evidentemente es posible contar con

las experiencias de ambas mujeres y lo que significa vivir con problemas graves de salud mental, nos comparten hechos, vivencias, fechas, personas y lugares por los cuales han transitado que para sí mismas tienen dificultades, pero para una sociedad patriarcal son consideradas “locas”, lo que en algún momento podría llevar a prejuzgar la veracidad de sus discursos la coherencia de estos e incluso la importancia de dar un lugar protagónico a estos relatos, disponiendo a la locura como actor principal y por ende como una posible interferencia en el acceso a este tipo de discursos. De lo anterior la relevancia de este objetivo que pretende dar el lugar que creemos deben tener este tipo de experiencias, el lugar de las propias mujeres como protagonistas y no desde la posición del /la profesional, de la institución o de las familias.

El hecho de que ambas mujeres no refieran en sus discursos una relación entre ser mujer y vivir con problemas graves de salud mental, es un aspecto que nos invita a cuestionar la relevancia del ser conscientes como mujeres en torno a las dificultades de vivir en una sociedad patriarcal bajo un sistema de salud que se constituye al alero de perspectivas masculinizadas, que violenta directamente y que a estas mujeres usuarias en algún momento de instituciones totales. Como investigadoras consideramos que este nivel de consciencia o lo que en algún momento de la investigación mencionamos a través de Julieta Kirkwood “conciencia feminista”, es un acto que no se evidencia en general en las mujeres, es más bien un ejercicio que avanza en la medida que nos organizamos y

logramos acceder a espacios que permitan el ejercicio de derechos, situación contraria en la historia de ambas mujeres, en las que se evidencian relatos de vulneración.

Ser mujer y vivir con problemas graves de salud mental ¿por qué esa pregunta?, quizá estábamos desde un prejuicio que una mujer loca -pobre o loca- negra o loca- india, es vulnerada, sin embargo, nos encontramos con mujeres a quien la vida discrimina por el hecho de ser mujeres, más allá del adjetivo, entendiendo el dinamismo del concepto de Ser mujer el cual depende de la existencia de cada una. Por tanto, del proceso de investigación podemos decir que la configuración de ambas mujeres está orientada a procesos dinámicos, que cambian en la medida que experimentan ciertas vivencias y transitan por diferentes espacios, particulares a las historias de cada una, pero que en ambas permite un proceso de validación como mujeres, en la medida que puedan ejercer ciertos roles relacionados con el hecho de ser mujer y que son significativos para cada una.

Nuestra intención estaba en señalar a partir de ambas mujeres, los espacios trascendentales en las historias de ellas, en los que exista algún vínculo y/o sentido de pertenencia. Si bien se presentaron espacios en su mayoría institucionales, hablar de contextos significativos no estaba solo relacionado a encontrar los espacios o territorio significativos, nos encontramos con relaciones significativas, personas, espacios no concretos que se transformaban en significativos en la medida que relatan sus historias. Además, logramos que durante los encuentros las mujeres pudiesen identificar sus sensaciones en los espacios, es decir, si se sienten parte o no de algún lugar, invitando a

cuestionar la pertenencia a lugares que muchas veces eran impuestos y no una opción, entendiendo que en sus historias la sumisión es un concepto implícito, recurrente en sus discursos.

Dichos espacios representan el escenario desde los cuales cada mujer relata sus historias ocupacionales, donde el discurso cambia en la medida que el lugar también lo hace, de allí que los contextos significativos no constituyen un tópico en sí mismo, sino un eje transversal al análisis de toda la investigación, si bien existen escenarios facilitadores y obstaculizadores en los relatos de ambas protagonistas, todos de alguna manera son igualmente significativos en su construcción como mujeres, dicha relevancia está vinculada con lo mencionado en la investigación donde los contextos significativos se relacionan y a la vez permiten la construcción de una historia ocupacional, de la cual esperamos encontrar la configuración del ser mujer.

Cuando iniciamos la investigación dentro del marco metodológico mencionamos como caracterización de las sujetas de investigación el ser mujer, sin embargo nunca describimos lo que debe tener cada una de estas para que las consideremos como tales, quizás porque al inicio de la investigación nos encontrábamos en un proceso como investigadoras de, descubrimiento respecto al feminismo, ahora y luego de este proceso hemos ido adquiriendo la capacidad de deconstruir, de no dar por hecho las ideas y las categorías, todo es cuestionable y posible de transformar y analizar.

Volviendo a los objetivos propuestos, logramos describir las Historias Ocupacionales de dos mujeres con problemas graves de salud mental, además de conocer dichas historias y experiencias de salud mental durante su vida, nos encontramos con que efectivamente los discursos de ambas mujeres se desprenden de la recopilación de dichas historias, en la medida que interrogamos sobre fechas, eventos, lugares, sensaciones, otorgando un espacio concreto de registro como fue la co-construcción de una línea de tiempo con ambas y cada una, fue posible reconocer y dar un lugar dentro de los encuentros a los discursos de ellas. Lo anterior produce el concepto de historia ocupacional que proponemos durante la investigación, en el cual apelamos a la importancia de los acontecimientos dentro de un tiempo determinado que produce subjetividades, como en la situación de ambas mujeres, quienes en la medida que construyen su trayectoria, existe la posibilidad de ser y hacer sus vidas, mostrando que las ocupaciones pueden permitir procesos no alienantes en espacios y territorios, los que en esta oportunidad lograron identificar y dan lugar a su configuración de mujeres. Por tanto, consideramos los encuentros y el reconocimiento de sus discursos como un acto político de reivindicación de derechos, de personas que han sido invisibilizadas, pero que de alguna forma a través de sus historias ocupacionales da lugar al reconocimiento de sus relatos, discursos y experiencias como mujeres

Si bien planteamos objetivos, surgieron emergentes en la medida que fuimos profundizando en los encuentros y análisis, como el tópico de familia, el cual se produce durante la construcción de la línea de tiempo, en la que cada mujer inicia sus relatos vinculados a la familia, eje que no teníamos considerado como un apartado a analizar,

sino que esperábamos encontrarlo dentro de otros tópicos. Así también el tópico de ocupación se transforma en un eje de análisis necesario para la investigación en cuanto a la disciplina, ya que consideramos que, durante la problematización, nos enfrentamos con un concepto que, desde la disciplina, históricamente se ha vinculado a actividades y trabajo. Sin embargo, en el discurso de ambas mujeres se muestran una serie de experiencias relacionadas no sólo al trabajo o actividades significativas, sino que da cuenta de lo subjetivante de la ocupación para las sujetas y la posibilidad de pertenencia a un espacio o territorio, una posibilidad de producir bienestar.

Durante el proceso de investigación se logra rescatar sus opiniones respecto al concepto de ser mujer, lo que entienden y sienten en torno a su configuración, independiente de si existe una problemática de salud mental, nos encontramos con un relato que describe la vivencia de una categorización psiquiátrica y sus dificultades, la exclusión o las violencias se muestran a partir de la categoría de género femeninos, los estereotipos socioculturalmente establecidos, desde donde se manifiestan las relaciones de poder y las violencias.

De lo anterior es que no sólo se logra visibilizar en sus historias las violencias en cuanto al acceso al derecho en salud, como en las atenciones ginecológicas, tratamientos médicos, farmacológicos en salud mental, sino en el ejercicio de otros derechos como educación, habitabilidad, trabajo entre otros, los cuales, sin el propósito de tensionar, se evidencian en sus discursos. Es importante mencionar que ambas logran acceder

formalmente a dichos derechos, entendiendo que llegan a los espacios físicos, algunas son acompañadas o se realizan las gestiones pertinentes, pueden acceder a tratamientos farmacológicos o atenciones médicas correspondientes, pero la forma en la cual son ejecutadas dichas prácticas que pretenden proporcionar un beneficio para ambas mujeres, se transforman en escenarios violentos en sí mismos, con atenciones que discriminan, tratamientos que vulneran, espacios que maltratan desde las instituciones que las reciben, mostrando violencias principalmente en cuanto a la autonomía, quedan de manifiesto relaciones de poder que logran mantener a ambas mujeres en una posición de sumisión frente a procedimientos médicos que naturalizan, lo que se observa en la dificultad de estas mujeres para cuestionar muchos de estos procedimientos. Logran identificar las sensaciones de malestar y de incomodidad frente a las decisiones en las cuales no son partícipes a pesar de ser las receptoras de dichos procesos.

No podemos dejar de mencionar la relevancia de esta información en contraposición con la política pública y la presencia nacional en acuerdos y tratados que responden a los derechos humanos, y específicamente a gestiones pensadas en pro de los derechos de mujeres, los que si bien responden a una mirada genérica de los roles y estereotipos, son actualmente la única base política para sustentar muchas de las intervenciones y/o acompañamientos que puedan asegurar el acceso a estos derechos, donde los relatos de ambas mujeres visibilizan las dificultades concretas y cotidianas de formas violentas de atención.

Importante recalcar que durante la codificación y la construcción de tablas que orientaron nuestro análisis, se presentaron dificultades relacionadas a evitar interpretar de manera forzada los discursos de estas mujeres, sin embargo, al momento de comenzar a escribir y reescribir el relato de ambas, varios de nuestros ejes de tensión, se fueron transformando en la construcción de los tópicos. Con lo anterior nos referimos al proceso de escritura durante los encuentros con las mujeres y de reescritura al momento de analizar sus historias, en el que se producen nuevos focos de atención que se suman a los objetivos señalados en nuestra investigación.

Abordando la pregunta de investigación, ser mujer no es algo que esté definido a priori cada mujer encuentra la posibilidad de ser mujer en sus historias, como Muriel que refiere esta configuración como un proceso en construcción, relacionado con la madurez, a diferencia de Noelia que lo relaciona con el ser madre. Cuando leemos y escuchamos a Noelia, en su historia encuentra validez del ser mujer al ejercer su rol como madre, lo que se puede entender como tradicional, pero desde el feminismo puede ser una reivindicación, en el ser madre, e incluso como una forma de resistencia. La problematización radica en la posibilidad de decidir autónoma y conscientemente un hacer o ser.

Esta investigación permite una perspectiva crítica de la terapia ocupacional con mujeres, entendiendo que históricamente han sido consideradas como un campo invisibilizado en las prácticas tradicionales de la disciplina o segregado a otras líneas de abordaje, incorporando a las mujeres como parte fundamental a intervenir, sin embargo,

bajo lógicas que perpetúan categorías y roles de género. El feminismo, permite a las mujeres que exista la posibilidad de decidir su hacer, ser o no hacer, por tanto, da un lugar a que la ocupación como la hemos definido durante la investigación (desde una perspectiva crítica) pueda existir.

Si retomamos la ocupación desde la perspectiva planteada por Alejandro Guajardo, “somos en el acto de ocuparnos” podríamos pensar en una Ocupación antipatriarcal, que intenta romper con estereotipos de género, ya que al ser subjetivante nace desde el ser y no desde los cánones sociales el que propone a las actividades y el trabajo definidos desde una lógica de mercado, en el que debemos ser productivos y hacer para sostener el sistema

Consideramos que el aporte que entrega esta investigación tanto para la disciplina como para los contextos de participación de la terapia ocupacional, está enfocado en potenciar la reivindicación del ser mujer en espacios de vulneración, considerando como ya hemos mencionado, al ser mujer como un proceso subjetivante así como instalamos la relación con la ocupación desde una mirada crítica, proponiendo la importancia de las historias ocupacionales como medios de recuperación de discursos que permiten evidenciar las demandas, necesidades y relatos escondidos muchas veces, de mujeres que han vivido con una dificultad, en este caso enfocada a la salud mental, pero en que la prácticas de la disciplina nos encontramos con mujeres en distintos escenarios, donde invitamos a problematizar las vulneraciones y procesos de discriminación específicos de los territorios e instituciones en las que se ha instalado la terapia ocupacional.

En cuanto al campo de la salud mental, se observa una deuda en torno a prácticas orientadas a la mujer y a sus particularidades, pero principalmente desde el rol de la terapia ocupacional en esta área donde cada proceso abordado desde una perspectiva feminista es una propuesta que se produce en el cotidiano de las prácticas de las disciplinas, en la privacidad de quienes gestan dichos procesos (principalmente mujeres, nuevamente enmarcadas en el mundo de lo privado) pero que no han sido transmitidas al ámbito público y menos a la academia como un espacio de competencia no sólo con investigaciones cuantitativas sino con las masculinidades presentes en dichos espacios. Por ende si se aprecian discriminaciones en lo disciplinar desde las experiencias de profesionales, lo ocurrido en la más absoluta privacidad y silencio de las mujeres que viven con ciertas problemáticas y que más aún estas se constituyen como una dificultad que exacerba su condición de mujeres limitando el ejercicio de acceder a derechos, en condiciones óptimas que aseguren su participación y en el caso de la investigación su salud, espacio en el que consideramos la disciplina de manera progresiva ha intentado producir espacios de cambio y de acompañamiento en los espacios considerados mínimos por estar invisibilizados.

Por ejemplo, en el informe sobre derechos humanos de personas con discapacidad mental, el derecho o la elección a ser madre y el cuidado de otros se ve vulnerado por el prejuicio de la locura, sin embargo, en el caso de Noelia ella logra concretar esta opción independiente de su malestar, por tanto, creemos que, como terapia ocupacional, podemos acompañar a otras mujeres en estas elecciones.

Esta investigación no pretende responder a todas las interrogantes de manera definitiva, sino más bien invitar a procesos de problematización e identificación de necesidades en torno a una temática latente en la actualidad pero que de igual forma no ha visibilizado a aquellas mujeres que son fuertemente vulneradas por la suma de condiciones que engrandecen la discriminación tácita a las mujeres, por tanto las futuras discusiones o investigaciones esperamos continúen apelando a indagar en temáticas específicas del ser mujer en relación a historias ocupacionales, entendiendo las necesidades y realidades diversas de cada mujer en cuanto a los territorios y espacios que habita y ocupa así como los acontecimientos ocurridos en cada contexto, tomando en cuenta perspectivas de clase, como lo ocurrido en este proceso, donde nos encontramos con un escenario en el que no pensábamos indagar, como es la perspectiva de clase, la cual durante los discursos se presenta como un aspecto relevante en la historia de estas mujeres y que logra ser discutido durante sus relatos.

Por otra parte surge la necesidad de indagar en el abordaje de terapeutas ocupacionales que trabajan con estas mujeres, desde la mirada de mujeres que trabajan con mujeres, en torno a prácticas de salud mental patriarcales que se perpetúan a través de la imagen masculinizada de las instituciones y que de alguna forma pueden o no ser problematizadas por equipos conformados netamente por mujeres, nos preguntamos si efectivamente la violencia en el acceso a derechos se evidencia en estos espacios o si bien puede ser la respuesta al abordaje con mujeres con problemas graves de salud mental.

Por lo anterior nos gustaría cuestionar para futuras discusiones, las actuales luchas reivindicatorias de las mujeres y la vinculación con las luchas políticas actuales que se están mostrando a través de organizaciones y/o colectivo de personas con problemas graves de salud mental que pretenden empoderarse de espacios de problematización, transformación y participación, los que sin embargo creemos se continúan perpetuando prácticas de poder patriarcales, donde el lugar de la mujer queda desplazado por la situación de salud mental, y que creemos es importante indagar en futuros procesos investigativos.

BIBLIOGRAFÍA

- agendadelasmujeres*. (2005). Retrieved 2015-29-Marzo from sitio Web *agendadelasmujeres*:
<http://agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=5702>
- Alizade, M., & Seelig, B. (2007). *El techo de cristal*. Buenos Aires: Lumen.
- Amau, D. C. (2010). *La metodología de la Comunidad Terapéutica*. Fundación Atenea Group
Gid.
- Antaki, L. I. (1994). El análisis del discurso en psicología social. *Boletín de Psicología*.
- Argentina, O. d. (n.d.).
- Astudillo, L. (2015, 20-Febrero). sobre Feminismos y Salud Mental. (V. Moncada, & P. Paredes,
Interviewers)
- Barros, P. (1996). *Exclusión Social y Ciudadanía*. Santiago, Chile.
- bcn. (2005). *El sistema Previsional en Chile*. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones.
- BCN. (2015-12-Marzo). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. From sitio Web *bcn.cl*:
www.bcn.cl/ecivica/ddhh
- Beauvoir, S. d. (1949). *Segundo Sexo*. Gallimard.
- Borges, J. L. (28-1970-Enero). (M. B. Borges, Interviewer)
- Bourdieu, P. (1999). El conocimiento por cuerpos. In P. Bourdieu, *Meditaciones Pascalianas* (pp.
169-214). Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Anagrama. From sitio Web guía violencia de
género.
- Burin, M. (2010). Género y salud mental. Construcción de la subjetividad femenina y masculina.
33. Buenos Aires.
- Burin, M., & Velazquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad receptada*. Buenos
Aires: PAIDOS IBERICA.
- Bustos, G. (2015-12-Marzo). *Comunitarios.cl*. From sitio Web *Comunitarios.cl*:
<http://www.comunitarios.cl/www/blog/927-la-alienacion-del-lazo-social-un-problema-historico-anterior-a-la-reconstruccion-de-chile.html>.

- Butler, J. (1999). *El género en disputa de feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2006). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.
- Camacho, R. (1997). *La maternidad como institución del patriarcado. Representaciones y manifestaciones en obreras textiles*. Tesis de Maestría en Estudios de La Mujer, Universidad Nacional de Heredia.
- Canosa Domínguez, N., Díaz Seoane, B., & Talavera Valverde, M. Á. (n.d.). *terapia-ocupacional.com/ Terapia Ocupacional, importancia del contexto*. Retrieved 2015-29-Marzo from sitio web terapia-ocupacional.com el portal en español de terapia ocupacional: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Terapia_ocupacional_importancia_del_contexto.shtml
- Casas Martínez, M. d. (2013). Triple Discriminación: Mujer, pobre, discapacitada. *MEDIC*, 46-51.
- Castel, R. (1981). *Espacios de Poder*. La Piqueta.
- Castellanos, G. (1991). ¿Existe la mujer? Género, lenguaje y cultura.
- Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza.
- Comite Editorial. (2011). *Intervenciones Municipales para Personas con Discapacidad*. Santiago: Colección Municipal.
- como se cita en Custo, E. (2008). *Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- como se cita en Parella, S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Anthropos.
- Connell, R. (1987). *gender&society*. From sitio Web gender&society: [http://www.engagemen-me.org/sites/default/files/Hegemonic%20Masculinity-%20Rethinking%20the%20Concept%20\(R.%20W.%20Connell%20and%20James%20W.%20Messerschmidt\).pdf](http://www.engagemen-me.org/sites/default/files/Hegemonic%20Masculinity-%20Rethinking%20the%20Concept%20(R.%20W.%20Connell%20and%20James%20W.%20Messerschmidt).pdf)
- Corbin, A. S. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía.
- Cordes. (2015-12-Marzo). *cordes corporación*. From sitio web de Cordes Corporación: http://www.cordescorporacion.cl/forma_lazo.php#

- CORDES. (n.d.). *Cordes Corporación Comunidad Terapéutica de Peñalolén*. Retrieved 2013-15-Septiembre from sitio Web de Cordes: <http://www.cordes.cl>
- Cottet, P. (2006). Diseños y Estrategias de Investigación Social: El caso de la ISCUAL. In M. C. (Editor), *Metodologías de Investigación Social: Introducción a los oficios* (pp. 185-267). Santiago: LOM.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. Panamericana.
- De Beauvoir, S. (2014). *El Segundo Sexo* (Novena edición ed.). Buenos Aires: Debolsillo.
- De Sousa Santos, B. (2005). *El milenio Huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*. Madrid: Trotta.
- Debbie E. Guerra, J. C. (2009). *La Historia de vida como contradiscurso pliegues y repliegues de una mujer*. Valdivia.
- Definición de.* (2015-29-Marzo). From sitio Web Definición de: <http://definicion.de/contexto/#ixzz3vihpk8m2>
- Doz Costa, J. (2010). Violencia institucional y cultura política. *Cuaderno de Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* (pp. 145-168). Jujuy: Universidad Nacional de Jujuy.
- E.Jacques, & Menzies. (1951; 1969).
- ENETS. (2009-2010). *Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile*. Santiago.
- Engel. (1977). *El modelo Biopsicosocial*.
- Facio, A. (1999). *Feminismo, Género y Patriarcado*.
- Fanning, W. (1912). *Catholic Encyclopedia*. Obtenido de www.newadvent.org › Catholic Encyclopedia
- Fario, G., & Pietramala, K. (2005). *Acheronta*. Retrieved 2015-29-marzo from sitio Web Acheronta: <http://www.acheronta.org/acheronta22/fazio.htm>
- Federici, S. (2014 йил 12-marzo). *marxismocritico.com/2014/03/12/la-construccion-del-patriarcado-capitalista/*. Retrieved 2015-4-marzo from marxismocritico.com/2014/03/12/la-construccion-del-patriarcado-capitalista/: <http://marxismocritico.com/2014/03/12/la-construccion-del-patriarcado-capitalista/>

- Felizzola, O. L. (2003). *La Investigación en Terapia Ocupacional: Historia, Actualidad y Perspectivas*. Colombia.
- feminismo, o. P. (2009). *observatoriogeneroyliderazgo.cl/blog/?p=395 Pioneras del feminismo*. From observatoriogeneroyliderazgo.cl/blog/?p=395 Pioneras del feminismo: <http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/blog/?p=395> Pioneras del feminismo
- feminismos, D. d. (2007). *Diccionario de estudios de género y feminismos*.
- Figueroa, C. (2003). Comunidad Terapéutica de Peñalolén. In *Nuevas Experiencias de Gestión Pública Ciudadana* (pp. 299-315).
- FIIAPP. (2007). *Género y Políticas de Cohesión Social*.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*.
- Foladori, H. C. (2008). *La intervención Institucional Hacia una clínica de las instituciones*. Santiago: Arcis.
- Fraser, & Lamas. (2000-2002).
- Galheigo, S. M. (2006). Terapia ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos e ideas. In F. Kronenberg, S. Simó Algado, & N. Pollard, *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pp. 85-97). Panamericana.
- Gambas, S. (2008). *Feminismo Historia y Corrientes*. Biblos.
- Gilmore, S. (2001). Looking back, thinking ahead: third wave feminism in the United States. (I. U. Press, Ed.) *Journal of Women's History*(12), 215-221.
- Goldmas's, E. (1911). *Anarchism and Otheres says*. New York e London.
- Gómez, L. (2004). *Subjetivación y feminismo: Análisis de un manifiesto político* .
- Gomez, M. (2005). *La Reconversión del Hospital Psiquiátrico, el Peral en Red Comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago.
- Guajardo, A. (2011). Prólogo. In G. d. Humana, *Ocupación: sentido, realización y libertad. Dialogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (pp. 13-20). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Guajardo, A. (2014). Capítulo 12 Una Terapia Ocupacional Crítica como posibilidad. En V. d.-A. Gallassi, *Cuestiones contemporáneas de Terapia Ocupacional en América del Sur* (pág. 226). Brasil : CRV.

- Guajardo, A. (2014). Una Terapia Ocupacional Crítica como posibilidad. En V. Dos Santo, & A. Donatti Gallasi, *Questões Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul* (pág. 225). Curitiba, Brasil: CRV.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Denman, & J. Haro, *Por los Rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145).
- Hartmann, H. (1981). *Agenda de las mujeres*. (C. d. 5, Editor) Retrieved 2015-29-Marzo from sitio Web Agenda de las mujeres:
<http://agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=5702>
- Kirkwood, J. (1987). *Feminarios*. Santiago: Documentas.
- Kirkwood, J. (2010). La formación de una conciencia feminista. In J. Kirkwood, *Ser política en Chile. Las feministas y los partidos* (Tercera edición ed., p. 21). Santiago, Santiago, Chile: LOM.
- Kirkwood, J. (2011). *Punto Género, Núcleo Género y Sociedad*. Santiago: Silvia Lamadrid.
- Kronenberg, F., Simó Algado, S., & Pollard, N. (2006). *"Terapia Ocupacional Sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes"*. Panamerica.
- Labarca, A. (1947). *Feminismo Contemporáneo*. Santiago: Zig-Zag.
- Lagarde, M. (1990). *Identidad femenina*. México.
- Lagarde, M. (2013). *Enemistad y Sororidad. Hacia una nueva Cultura Feminista*. From <http://e-mujeres.net/sites/default/files/Enemistad%20y%20sororidad.pdf>
- Larraín, S., Valdebenito, L., & Rioseco, L. (2008). *La situación de violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y Políticas Públicas*. Informe sobre Violencia contra la Mujer y en el marco de la consultoría Nacional, Santiago.
- Lavrin, A. (2005). *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Aranda.
- Lazar, M. (2007). *Feminist Critical Discourse Analysis. Gender, Power and Ideology in Discourse*.
- Libertaria, A. F. (2013). *laalzada.org/web/*. From laalzada.org/web/: <http://laalzada.org/web/>
- Llorente del Pozo, J. M., & Fernández Gomez, C. (1999). Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas del futuro. *ADICCIONES*, 336.

- Lolas, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago: Publicaciones Mediterráneo.
- Martínez, L., & Escapa, R. (2008). *Guía de formación para la participación social y política de mujeres*. Barcelona: Amalia Valcárcel.
- Millett, K. (2010). *Mujeres en Red El Periódico Feminista*. Retrieved 2015 йил 18-Marzo from sitio Web mujeres en red.net: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article2061>
- Minoletti Scaramelli, A., & López Stewart, C. (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago.
- MINSAL. (2004). Retrieved 2014-20-Julio from http://web.minsal.cl/SALUD_MENTAL
- MINSAL. (2006). *Norma Técnica N°90: Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severo y Discapacidad* . Santiago.
- MINSAL. (2009). *Guía Clínica para el tratamineto de personas desde el primer episodio de esquizofrenia*. Santiago.
- MINSAL. (2013). *Guía Clínica AUGÉ Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago.
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (1996). Retrieved 2013-16-Abril from Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Oakley, A. (1972). *Sexo, Género y Sociedad*.
- OMS. (2002). *Informe Mundial de Violencia*.
- OMS. (2013). *OMS*. Retrieved 2015-21-Marzo from OMS: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- ONU. (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Viena.
- ONU. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Beijing.
- Oyarzun S, N., Zolezzi G, R., Núñez S, J., & Palacios T, M. (2009). Hacia la construcción de las prácticas comunitarias de terapeutas ocupacionales en Chile, desde una mirada socio histórica, desde 1972 hasta la actualidad.
- Pampliega de Quiroga, A., & Racedo, J. (2007). *Crítica de la Vida Cotidiana*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Pateman, C. (1995). *mujeresenred*. (Anthopos, Ed.) Retrieved 2015-29-Marzo from sitio Web mujeres en red: <http://www.mujeresenred.net/>

- Peñalolén, M. d. (2005). *Municipalidad de Peñalolén*. Retrieved 2013-4-Octubre from Municipalidad de Peñalolén: <http://www.penalolen.cl/>
- Pereda, V., Sandoval, C., & Silva, G. (2010). Cuidados Comunitarios y Psicoterapia Institucional. *Seminario de Medicina Social, Universidad de Valparaiso*. Santiago.
- Piper, I. (2008). La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología comunitaria y la psicología de los derechos humanos. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XVII(2)*, 39-58.
- Prilleltensky, I. (2004). Prólogo. Validez psicopolítica: El próximo reto para la psicología comunitaria. In M. Montero, *"Introducción a la Psicología Comunitaria"* (pp. 13-32). Buenos Aires: Paidós.
- Psicopsi.com. (2006). *Estudio del psicoanálisis y psicología*. Retrieved 2013-28-Agosto from <http://psicopsi.com/diccionario-psicologia-letra-P-psicoterapia-institucional-terminos-psicologia>
- Pública, O. d. (2008). *Observatorio de Salud Pública*. Retrieved 2013-4-Octubre from Observatorio de Salud Pública: <http://www.observatoriosaludpublica.cl/>
- Quintana Peña, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de Actualidad*.
- Ramugondo, E. L. (2009-2012).
- red, m. e. (1997). *Mujeres en red*. Retrieved 2015-29-Marzo from sitio Web Mujeres en red: <http://www.mujiresenred.net/>
- red, m. e. (1997). *Mujeres en red*. Retrieved 2015-29-Marzo from sitio Web Mujeres en red: <http://www.mujiresenred.net/>
- Rossi, G. P. (2007). *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Rueda C, L. (2010-Mayo-Diciembre). Derechos Humanos, Bioética y reinserción comunitaria en psiquiatría. *Medicina y Humanidades, II(2-3)*, 41-51.
- Sales, J. A., Boix, F., & Sánchez Vidal, A. (1991). Capítulo 12: La Comunidad Terapéutica. In A. Sánchez Vidal, *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención* (pp. 441-463). PPU.
- saludkioskea.net*. (Agosto de 2014). Obtenido de www.saludkioskea.net

- San Juan Guillén, C. (1996). *Intervención Psicosocial: Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Bogotá: Anthropos.
- Santamarina, C., & Marinas, J. M. (1994). HISTORIAS DE VIDA E HISTORIA ORAL. In J. Gutierrez, & J. Delgado, *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* (pp. 257-285). Madrid, España: Síntesis.
- Scott, J. (1998). Género e historia.
- Scribano, A. (n.d.). Por qué una mirada sociológica de los cuerpos.
- Sendón de León, V. (2014-8-Marzo). *nomasviolenciacontramujeres.cl*. Retrieved 2015-20-Febrero from sitio Web *nomasviolenciacontramujeres.cl*:
<http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/~nomasvio/nomasviolenciacontramujeres.cl/content/sem%C3%A1ntica-de-la-violencia>
- SERNAM. (1991-3-Enero). *Servicio Nacional de la Mujer*. Retrieved 2014-1-Mayo from SERNAM:
<http://portal.sernam.cl/?m=programa>
- SERNAM. (2011). *Plan Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2020*. Santiago.
- Silva, G., & Pardo, M. (2013). Dimensión política de las cotidianidades: Implicancias del enfoque de género en las intervenciones de Terapia Ocupacional. En *Terapia Ocupacional, 50 años de prácticas*. Viña del Mar.
- Simó, S., & Urbanowski, R. (2010). *Modelo Canadiense del Proceso de Desempeño Ocupacional*.
- Stornaiuolo C, M. (2006). "El crimen de la desaparición forzada. Impacto Psicosocial y propuesta para la prevención, atención y reparación".
- Tania Esmeralda Rocha Sánchez, E. P. (2012). La noción de sujeto: puntos de encuentro y desencuentro entre el feminismo, la teoría de género y la teoría queer.
- Testa, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 72-87.
- Testa, D. E., & Spampinato, S. B. (2010). Género, salud mental y terapia ocupacional: algunas reflexiones sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva de género en nuestras prácticas. *Revista de Terapia Ocupacional Universidad de Sao Paulo*, XXI(2), 174-181.
- Torres-González, F. (2013). Trastornos psiquiátricos severos: Criterios de calidad (con especial énfasis en el tratamiento asertivo comunitario). *GPU*, 75-80.

- Valcárcel, A. (2004). *La Política de las mujeres*. Madrid, España: Cátedra.
- Valles S, M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Madrid: Síntesis.
- Valles, M. (1997). Capítulo 5 Técnicas de observación y participación . En M. Valles, *Técnicas cualitativas de Investigación Social* .
- Varela, N. (2013). <http://www.guiaviolenciadegenero.com/>. Retrieved 2015-4-Marzo from <http://www.guiaviolenciadegenero.com/>: <http://www.guiaviolenciadegenero.com/>
- Vásquez, J. (2011). *La violencia contra la mujer desde la perspectiva de género*, .
- Veliz, O. (2010-10-Agosto). Clase de pregrado. Enfoque Comunitario. *Clase expositiva*. Santiago, Chile.
- VVAA, . d. (2011-Agosto). *Ideas feministas de nuestra América*. (F. Gargallo, Editor, & F. Gargallo, Producer) Retrieved 2015-29-Marzo from sitio Web Ideas feministas de nuestra América: <http://ideasfem.wordpress.com/cronologia/>
- Wainerman, C. (2003). Familia, trabajo y género: Un mundo de nuevas relaciones. 9-17.
- Wittaker, L. M. (1998). *Poder- decir o el poder de los discurso*. Madrid: Arrecife.
- Witting, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.
- Witting, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.
- Yáñez, S. (2010). *La dimensión de género en la reforma previsional chilena (Ley N°20.255 de reforma de pensiones)*. Santiago: CEPAL.

ANEXOS

Pauta para entrevista en profundidad

Por medio de la técnica de Historias de Vida buscamos obtener los relatos que conformen las Historias Ocupacionales de las mujeres con quienes pretendemos trabajar, para ello a continuación presentamos una serie de enunciados y/o preguntas serán abiertos que provoquen el diálogo para la obtención de los relatos y que posteriormente nos permitan la construcción conjunta con las mujeres de sus Historias Ocupacionales, a través de una línea de tiempo. Para ello dividiremos esta pauta en cuatro encuentros con cada mujer, esta pauta estará sujeta a modificación en relación a emergentes que vayan surgiendo en los encuentros con estas mujeres.

Previo al primer encuentro se realizará una breve reunión en la que se expondrán lo objetivos, encuadre de la investigación y firma de los consentimientos informados, para luego anticipar a cada participante de la calendarización de los siguientes encuentros, con fecha, hora y lugar de cada entrevista, esto con la finalidad de no abrumar a las mujeres con las que trabajaremos.

Encuentro N°1

1. Presentación de investigadoras y encuadre de la entrevista, en esta primera entrevista se realizarán preguntas que permitan obtener datos biográficos de las entrevistadas.
2. ¿Cómo está, ¿cómo se siento hoy?
3. Nos gustaría que nos cuente un poco de usted,

4.- ¿Desde cuándo participa de la comunidad terapéutica? ¿De qué manera participa en la CTP?

5.- ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?,

6.- Antes de entrar a la CTP ¿Usted trabaja o estudia? Cuéntenos sobre eso.

7.- ¿Cómo fue la época del colegio? ¿Si trabaja o ha trabajado alguna vez? ¿Cómo se sintió en esa ocasión?

8.- Podría contarnos un poco de su familia.

9.- ¿Qué recuerdos tiene de cuando era niña?

Observaciones: consideraremos el rol de dueña de casa, como un trabajo, por tanto, si alguna de las mujeres nos comenta que no estudia, ni trabaja y refiere que es “dueña de casa” lo profundizaremos en ese punto

Encuentro N°2

1. Encuadre de la entrevista: referido a retomar lo conversado en la entrevista anterior y resolver dudas que hayan quedado.

2. ¿Cuenta con previsión social y médica?

3. ¿Se cuidaba de alguna manera para quedar o no embarazada?

4. Tiene amigos y/o amigas. Lograr reconocer personas significativas, que la apoyan

6. Rescatar contexto histórico del país, si recuerdan eventos importantes.

Observaciones: Durante la conversación esta pregunta acompañará a las experiencias y hechos concretos que relacionen las mujeres. ¿Cómo fue esa experiencia, con quién estaba en ese momento-acompañada o no, tenía a quién acudir en esos momentos?

Encuentro N°3

1. Retomar Línea de tiempo durante el encuadre para continuar con la pauta.
 2. ¿Cómo ha sido su relación con los medicamentos, si los toma medicamentos, desde cuándo?
 3. ¿Ha viajado a algún lugar en Chile o fuera de Chile alguna vez?
 4. ¿Qué piensa de la religión?
 5. ¿Qué piensa de la política?
 6. Antes de la comunidad terapéutica, ¿en qué otro centro estuvo?
 7. Antecedentes médicos. ¿Cómo ha sido su experiencia con los/las médicos?
 8. ¿Suele salir a lugares para entretenerse, al cine por ejemplo? ¿Con quién sale a estos lugares?
-

Encuentro N°4

1. ¿Qué entiende usted por ser mujer?
2. ¿Qué cosas cree usted que debe hacer una mujer?
3. ¿Cree que es más fácil ser mujer o hombre?
4. ¿Usted cree que hay alguna diferencia en el trato que se les da a un hombre y a una mujer?
5. Cuando la han atendido por ejemplo en el consultorio, ¿cómo se ha sentido cuando la ha atendido un hombre y cómo se ha sentido cuando la ha atendido una mujer?
6. Finalizar la línea de tiempo y analizarla en conjunto a cada mujer.

Observaciones: ¿Le gusta ser mujer?; Esta pregunta queda sujeta a la situación por sobre el resto de las interrogantes al finalizar la conversación