

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 10 N° 14
Julio de 2023
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

¿Ellas se cuidan? Intersección entre géneros y salud mental de mujeres y diversidades internadas en centros de salud mental¹

AMENDOLARO, Roxana.

Psicóloga UBA. Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género, CLACSO. Diplomada en Legislación, Promoción de Derechos y Políticas Antidiscriminatorias, INADI. Docente de grado, posgrado e investigadora. Integra el Equipo de Capacitación, PREA Hospital Esteves y el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación.

Contacto: roxana.amendolaro@gmail.com

PERCOVICH, Nadia.

Lic. en Psicología (UBA). Maestranda en Salud Pública (UNR). Docente e investigadora de la UNAJ. Trabaja en el PREA del Hospital Esteves.

Contacto: nadiapercovich@gmail.com

CÁCERES, Carmen.

Lic. en Psicología, UBA. Cursó Maestría en Salud Mental Comunitaria. UNLA. Coordinadora del Equipo de Capacitación, PREA Hospital Esteves. Miembro fundadora de ADESAM (Asociación por los Derechos en Salud Mental) Miembro fundadora de Proyecto Suma.

Contacto: carmenmercedes7@gmail.com

Recibido: 01/09/2022; **Aceptado:** 09/05/2023

Cómo citar: Amendolaro, R.; Percovich, N. y Cáceres, C. (2023). ¿Ellas se cuidan? Intersección entre géneros y salud mental de mujeres y diversidades internadas en centros de salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (13), 19-37.

Resumen

La incorporación del enfoque de géneros y diversidad y el atravesamiento de discriminación y violencia por motivos de género, en particular violencias sexuales, que padecen las mujeres y diversidades internadas, es aún materia pendiente en el campo de la salud mental.

Con dicha materia pendiente como desafío, se fue configurando este texto a partir de, por un lado, la participación de las autoras en dispositivos territoriales de intervención para garantizar la asistencia integral de las mujeres y diversidades en situación de violencia por motivos de género, y cómo ello llevaba a instalar la cuestión de los cuidados desde la perspectiva de derechos humanos en el centro de las agendas.

Por otro, investigaciones realizadas en torno a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de mujeres y diversidades internadas y consumos problemáticos en mujeres embarazadas y puérperas.

Finalmente, capacitaciones realizadas en hospitales psiquiátricos en torno el reconocimiento de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en las que los antecedentes de violencias por motivos de género, en particular violencias sexuales, comenzaban a delimitarse como parte de los antecedentes de los padecimientos mentales que determinaron la necesidad de las internaciones.

El propósito es poder dar cuenta de ese recorrido y de las propuestas que fueron surgiendo en estos diversos espacios y momentos.

Nos centraremos inicialmente en la posible intersección entre géneros, violencia por motivos de género y salud mental, tomando los antecedentes de los dispositivos existentes en materia de violencia por motivos de género. Posteriormente se abordará la categoría de cuidados, para luego pensar en condiciones de posibilidad que promuevan la garantía del derecho al cuidado de mujeres y diversidades con padecimiento mental. Se continuará con el desarrollo de la experiencia en el Hospital Esteves: un hospital psiquiátrico de mujeres del conurbano bonaerense, y las reflexiones sobre la garantía de acceso a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de mujeres internadas por motivos de salud mental. Finalmente, y como resultado del mencionado recorrido, resaltaremos la necesidad de hacer visible *la posible vinculación entre violencia sexual y padecimiento mental*, a partir de un diseño de investigación que retoma las conclusiones de la experiencia en el Hospital Esteves.

Palabras clave: Violencia sexual - internación por motivos de salud mental - enfoque interseccional

Do they take care of themselves? Intersection between genders and mental health of women and diversities hospitalized in mental health centers

Abstract

The incorporation of the gender and diversity approach and the perspective of discrimination and violence based on gender, in particular sexual violence, suffered by women and diversities hospitalized, is still a pending matter in the field of mental health.

With said matter pending as a challenge, this text was configured based on, on one hand, the participation of the authors in territorial intervention devices to guarantee the integral assistance of women and diversities in situations of gender-based violence, and how this led to installing the issue of care from the perspective of human rights as a priority on the public politics.

On the other, research carried out on the sexual, reproductive and non-reproductive rights of women and diversities hospitalized and problematic consumption in pregnant and postpartum women.

Finally, training sessions carried out in psychiatric hospitals on the recognition of sexual, reproductive and non-reproductive rights in which the history of gender-based violence, particularly sexual violence, began to be delimited as part of the history of mental

illness that determined the need for hospitalizations.

The purpose is to be able to account for this journey and the proposals that emerged in these various spaces and stages.

We will initially focus on the possible intersection between genders, gender-based violence and mental health, taking the background of existing techniques in terms of gender-based violence. Subsequently, the category of care will be addressed, to then think about possible conditions that promote the guarantee of the right to care for women and diversities with mental illness. The development of the experience at Esteves's Hospital will continue: a psychiatric hospital for women in the Buenos Aires suburbs, and reflections on the guarantee of access to sexual, reproductive and non-reproductive rights of women hospitalized for mental health reasons. Finally, and as a result of the aforementioned journey, we will highlight the need to make visible the possible link between sexual violence and mental illness, based on a designed research that takes up the conclusions of the experience at the Esteves's Hospital.

Key words: Sexual violence - hospitalization for mental health reasons - intersectional approach

1. La intersección géneros, violencia por motivos de género y salud mental

Hablar de género y salud mental en algún momento significó, cuando estábamos defendiendo la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental, poner el foco en los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las mujeres y diversidades que se encontraban en centros de internación por motivos de salud mental.

Lo que involucraba que todas las personas, incluidas aquellas que conviven con un diagnóstico en salud mental, tuviéramos el mismo derecho a ver crecer a nuestros hijos, a tomar decisiones sobre nuestros cuerpos o sobre el ejercicio de nuestra sexualidad

Sin embargo, pese a que la Ley 26485 de *Protección Integral de las Mujeres, para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* fue aprobada en 2009, no nombramos en ese momento, año 2010, estas situaciones como violencias por motivos de género. Y ello pese a que esta Ley menciona expresamente la violencia sexual, la violencia simbólica y la violencia institucional. Podemos decir entonces que en 2010 la perspectiva de género aún no era suficientemente visible para muchas de las personas que formábamos parte del Movimiento de DDHH y Salud Mental.

Para dar otro ejemplo, se avanzaba en el diseño de acciones tendientes a impulsar medidas alternativas a la prisión para mujeres y diversidades madres con hijos

menores de 5 años, en los casos de detenciones por delitos de drogas de baja envergadura. Sin embargo, nada similar ocurría cuando se trataba de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental.

Unos años más tarde, el feminismo logró instalarse en la agenda pública y social, y algunos interrogantes se fueron presentando en el colectivo de defensa de la Ley Nacional de Salud Mental y en los centros de internación. Allí comenzaba a circular la consigna “No estamos todas, faltan las locas”, planteada por el colectivo por la desmanicomialización en las marchas de Ni una menos.

En particular en el Hospital Esteves, un hospital de mujeres que actualmente cuenta con 350 internadas, fueron cobrando cada vez más fuerza los interrogantes en torno a derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, ahora sí pensados como parte de la agenda de género.²

El Esteves es de uno de los grandes monovalentes de la provincia, hoy en proceso de transformación institucional y abocado a la tarea de la externación sustentable desde hace años.³ Ello condujo a reducir considerablemente la cantidad de mujeres y diversidades internadas y a la necesidad de pensar estrategias para su inclusión social y acompañamiento. Años de trabajar con mujeres y diversidades nos ha llevado a preguntarnos, con más fuerza, en la medida en que la temática cobró mayor visibilidad:

¿Cómo garantizamos los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres internadas? ¿Qué padecimientos que tienen las mujeres y diversidades que atendemos son propios de la patología, y cuáles corresponden a las desigualdades y violencias que sufren por motivos de género?

¿Cómo generar condiciones para que las mujeres puedan considerar el cuidado como un derecho? ¿Cómo acompañar procesos de inclusión laboral en mujeres que han sido subjetivadas sólo para el cuidado doméstico? ¿Cómo generar acciones de autocuidado en una sociedad que naturaliza las violencias hacia las mujeres y diversidades?

¿Cómo acompañar los procesos de maternidad de mujeres internadas? ¿Cómo acompañar la decisión de no ser madres?

La promoción de sistemas de apoyo y el acompañamiento en la toma de decisiones que la normativa vigente nos marca, nos proporcionaban una idea para sostener estos procesos. Una perspectiva clínica centrada en la persona, en su singularidad, también. Sin embargo, fue y sigue siendo necesario crear dispositivos propios que tomen la perspectiva de género como eje central.

1.1 Pero ¿qué es un dispositivo?

Tomamos la noción dispositivo de Michel Foucault.

Es de destacar que, aunque este sea un término decisivo en su estrategia del pensamiento, éste no ofrece jamás una definición. Sin embargo, nos brinda herramientas para poder conceptualizarlo.

Siguiendo a Foucault, Giorgio Agamben (2007) resume la noción de dispositivo en tres puntos:

- 1) [El dispositivo] se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos.
 - 2) El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder.
 - 3) Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber.
- ¿A qué disponen actualmente los dispositivos institucionales con los que hemos venido trabajando en la intersección entre géneros y salud mental? ¿A qué deberían disponer?

1.2 Intersección de historias: dispositivos territoriales en materia de violencia por motivos de género como antecedente

El movimiento de mujeres, feminismos y diversida-

des puede dar cuenta, a esta altura, de un largo, muy largo recorrido. Producto de esas luchas, son los dispositivos que hoy brindan asistencia a las mujeres y diversidades en situación de violencia por motivos de género, y que conforman una red que incluye, entre otras intervenciones posibles:

- 1) Líneas de atención telefónica que brindan información, orientación, asesoramiento y atención telefónica las 24 hs. los 365 días del año;
- 2) Centros de Atención de permanencia voluntaria, que brindan resguardo temporal a mujeres y diversidades, solas o acompañadas de sus hijas/os;
- 3) Dispositivos de Guardia de primeras horas que acompañan a las personas durante la realización de las denuncias en las Comisarías o acompañando a las Guardias de los Hospitales Generales, para garantizar la asistencia primaria y el vínculo con las/os profesionales o el ingreso a las Casas Refugio;
- 4) Programas de ayuda económica directa para el pago del alquileres, pasajes, alimentos, mejoramiento de viviendas, entre otros;
- 5) Programas de Apoyo económico a instituciones en la formulación e implementación de proyectos en ámbitos comunitarios vinculados

con las violencias por motivos de género, en los procesos de inclusión social y laboral.

Así, podemos afirmar que el Movimiento de Mujeres, Feminismos y Diversidades ha logrado instalar en la agenda pública la necesidad de garantizar la asistencia, los cuidados y el acompañamiento integral, sin necesidad de la institucionalización y la segregación y respetando en todo momento la voluntad de la persona. Agenda que en el campo de la salud mental aún se encuentra en proceso de implementación, con diferentes grados de avance en cada jurisdicción. Resaltamos especialmente los importantes avances que se están produciendo en la actualidad en la Provincia de Buenos Aires.

2. Prácticas de Cuidados desde el enfoque de género

Referido al vínculo con las prácticas de cuidado y autocuidado, queremos señalar una cuestión, que luego será más ampliamente desarrollada, y ésta es que mujeres y diversidades en la cultura occidental y moderna hemos sido subjetivadas como “*encargadas naturales de brindar cuidados*”, pero sin derecho a poder recibirlos.

Por ello, tomando la experiencia acumulada en materia de asistencia a situaciones de violencia por motivos de género, cuando se trata de diseñar políticas y

dispositivos para el cuidado de la salud y la salud mental incorporando el enfoque de géneros, consideramos que será necesario problematizar representaciones y prácticas sobre el derecho al cuidado. Y ello involucraría incluir que para que mujeres y diversidades “*cuiden de sí*” y “*pidan ayuda*”, tendrá que contemplarse que en muchas oportunidades el cuidado y autocuidado quedará al final de la lista de prioridades de dicho grupo, anteponiendo las necesidades de cuidados de otros antes que las propias.

Como antecedente de política pública en dicho sentido, se destaca la Línea 144, que brinda información, orientación, asesoramiento y contención telefónica las 24 hs. los 365 días del año. Este dispositivo de asistencia frente a situaciones de violencia por motivos de género ha sido pionero en incorporar la mencionada marca subjetiva. Así, si quien requiere la ayuda puede solicitarla de madrugada, tendrá dónde hacerlo.

Entonces, si lo que nos proponemos es abordar situaciones que involucran la intersección entre cuidados, géneros, violencias por motivos de género y salud mental, consideramos que la revisión de representaciones y prácticas en torno al cuidado como un derecho para todas las personas sólo será posible si procuramos poner a dialogar estos campos. Si se espera que mujeres y diversidades “*cuiden de sí*” y “*pidan ayuda*” cuando la necesitan, se deben proponer alternativas de respuesta

que contemplen los mencionados procesos de producción de subjetividad. Es en esta tensión, y no antes, que dicha marca subjetiva podrá revisarse.

Estamos convencidas de que la igualdad de género no solo es un derecho humano fundamental, sino que es uno de los fundamentos esenciales para construir un mundo sostenible, en el que quepan muchos mundos.

Una de las prioridades en la agenda de géneros y diversidad es trabajar por una redistribución más justa de las tareas de cuidado, lo que contribuye a hacer más visible la organización de los cuidados en la actualidad. El Objetivo de Desarrollo Sostenible de ONU N° 5: *Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*, propone como una de sus metas “reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia” (5.4).⁴ La actual organización de los cuidados en nuestra sociedad funciona como el “*corazón invisible*” de las desigualdades entre los géneros y es un elemento clave a la hora de pensar en el desarrollo sostenible. Este aspecto fue social y económicamente invisibilizado, y había quedado librado a decisiones particulares en el marco de la esfera privada de las familias.

Es prioritario continuar dándole visibilidad a la importancia de las tareas de cuidado en el sistema socioe-

conómico, y ubicarlas en el centro de la escena pública a través del diseño de políticas integrales que involucren a todos los actores que tienen injerencia en la organización social de los cuidados en nuestro país; lo que incluye al Estado, los mercados, la comunidad (organizaciones sociales) y las familias.⁵

Porque sin una organización social de los cuidados, sin sistemas de apoyos para garantizar los cuidados, no se está reconociendo en la práctica el derecho humano al cuidado para todas las personas.

El concepto de economía del cuidado se refiere a:

Todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros). El cuidado permite atender las necesidades de las personas dependientes, por su edad o por sus condiciones/capacidades (niños y niñas, personas mayores, enfermas o con algunas discapacidades) y también de las que podrían *autoproverse* dicho cuidado. (Rodríguez Enríquez, 2015, p. 36)

Los cuidados involucran una heterogeneidad de

formas básicas de satisfacción de un conjunto de necesidades (alimentación, higiene, abrigo, etc.) vinculadas al desarrollo de las personas, independientemente de su situación de vida.

Sabernos protegidas/os por nuestros pares y por las instituciones, nos permite reconocernos como parte de nuestra comunidad, como integrantes de ella, y por tanto, en convivencia con las demás personas.

En este sentido, siguiendo a Domínguez Mon (2018), el cuidado en tanto valor socialmente compartido, implica “respeto por el otro, reconocimiento de su derecho a contar con protección, tanto en su nivel legal cuanto en el nivel de las prácticas, y no solo familiares, sino referidas a las políticas públicas que se deben garantizar ese derecho al cuidado” (p. 8).

En relación al cuidado como un derecho, al reconocerse a las mujeres como sujetos de derecho, se introduce una concepción de cuidado vinculado con la interdependencia, como encuentro entre sujetos autónomos, con capacidades diferenciales; asumiendo de este modo que todas las personas necesitan cuidar y ser cuidadas (Di Marco, 2003).

Sin embargo, el cuidado como un derecho no siempre se hace efectivo por igual para todos los grupos de una sociedad dada.

2.1 ¿Ellas se cuidan?

Continuando así con el desarrollo anterior, la pregunta por si “¿ellas se cuidan?” puede retraducirse en “¿ellas pueden cuidarse?”. ¿Generamos como sociedad condiciones sociales para incluir el derecho humano al cuidado y al autocuidado de las mujeres y diversidades? ¿Y de las mujeres y diversidades usuarias de servicios de salud mental, con consumo problemático de sustancias?

Cuando en el Artículo 1° de la LNSM, bajo el título Derechos y Garantías, se establece: “La presente ley tiene por objeto asegurar el *derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional*”. ¿Puede asegurarse que este acceso al derecho a la protección de la salud mental es igualitario para varones, mujeres y diversidades? Se considera que la respuesta es que aún no lo suficiente.

La tarea que se viene realizando relativa a prejuicios, estereotipos y estigmatización acerca de la locura es una parte importante del proceso.

Asimismo, el intenso trabajo que las autoridades actuales están realizando en lo que hace a promover procesos de reforma en los Sistemas de Salud Mental desde un enfoque de derechos, también es paso ineludible. Como ya mencionamos, es importante destacar

el actual proceso de transformación institucional que está llevando a cabo la Provincia de Buenos Aires, desde diciembre de 2020, a partir de la presentación y aprobación de los planes de adecuación de los cuatro hospitales públicos monovalentes. Estos planes buscan avanzar hacia un sistema con base en la comunidad e incluyen componentes tanto sanitarios -de atención para las personas con padecimiento mental- como no sanitarios -laborales, culturales, deportivos y de memoria-, propios de la promoción de la salud, generando espacios de inclusión social.⁶

Si no se introduce de lleno la discusión sobre la generación de sistemas integrales de cuidados, generación que por supuesto no sólo atañe al sistema de Salud, se deja que la pregunta por si “¿ellas se cuidan?” se responda desde una matriz individual, familiarista y psicologista.

Así fue la respuesta de una de las referentes de un dispositivo local de asistencia para personas con consumos problemáticos de sustancias, en una provincia del sur de Argentina. Ella mencionó que no estaban acompañando a mujeres porque éstas no se acercaban. Esta respuesta se dio en el marco del Estudio Multicéntrico “Patrones de consumo de sustancias psicoactivas, acceso a la atención y determinantes sociales de la salud en mujeres embarazadas y puérperas”. Un Estudio exploratorio-descriptivo que se hizo en Hospitales de Barilo-

che, Concordia y La Matanza, y fue coordinado por la Asociación Civil Intercambios en el marco de la Convocatoria Salud Investiga 2018, del Ministerio de Salud de la Nación (Diez, Pawlowicz, Vissicchio, Amendolaro, Barla, Muñiz y Arrúa, 2020).⁷

Cabe aquí interrogarse, una vez más, sobre las visiones presentes entre quienes brindan la asistencia, y en qué medida contribuyen o no a reforzar o revertir determinados estereotipos sociales acerca del cuidado. Las expectativas asociadas al rol del género y la falta de tratamientos que consideren la subordinación social de las mujeres, las termina condicionando muchas veces al ocultamiento de sus necesidades de asistencia en salud y al desarrollo de estrategias de autoatención y responsabilización individual de sus afecciones. Teniendo en cuenta estos factores, lo que tradicionalmente puede nombrarse como “escaso compromiso terapéutico” por parte de las mujeres puede empezar a ser entendido como resultado de la falta de perspectiva de género en los tratamientos.

Ya se dijo en otra oportunidad (Amendolaro, 2013) que no podía responderse a la pregunta sobre la cronicidad en salud mental sin atender, por lo menos, a los últimos tres siglos de segregación, invisibilización y negación de la condición de sujetas y sujetos de derecho a este grupo. También se afirmaba que dicha pregunta necesariamente reconducía al sistema social y podía re-

formularse así: ¿cómo se produce la cronicidad en salud mental? Tomando su dimensión ético-política: ¿por qué como sociedad producimos cronicidad en salud mental?

Dicho interrogante no niega la posible evolución de una persona usuaria de servicios de salud mental hacia la cronicidad y el deterioro, pero interpela en primera medida la noción de “paciente crónico/a”, y si esta noción puede estar haciendo referencia a una incapacidad social y operativa del sistema en relación con padecimientos, cuyas respuestas requieren abordajes más complejos, basados en el respeto por la autonomía de las personas diagnosticadas.

No se puede, entonces, aseverar la existencia o inexistencia del/la llamado/a “paciente crónico/a” en el ámbito de la salud mental, excluyendo los dispositivos de apoyo y lo que ellos proponen.

Tampoco podemos responder a la pregunta sobre si “ellas se cuidan”, sin antes interpelar sobre la existencia o inexistencia de Sistemas Integrales de Cuidados.

Retomando el mencionado Estudio Multicéntrico que coordinó Intercambios Asociación Civil (Diez y otras, 2020):

Se observó el predominio de estrategias de auto-atención, la responsabilización individual y una disminución del consumo en las mujeres que atravesaban el tercer trimestre de embarazo, que podía considerarse

en relación a las expectativas asociadas al rol de género. Para estas mujeres, abandonar el propio consumo podría constituirse en una forma de cuidar a sus hijos/as por nacer o a sus allegados/as, ubicándose ellas mismas, más que como sujetas con derecho al cuidado, como encargadas “naturales” de brindar cuidados a otras personas.

Respecto al apoyo social con el que contaban estas mujeres para poder acceder a cuidados, cuando las preguntas se acercaban a la operacionalización o a las formas concretas y materiales en que podría manifestarse dicho apoyo, las entrevistadas percibían un menor nivel de apoyo social. Un importante porcentaje de las mujeres entrevistadas informó que pocas veces o nunca contaban con “alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo/a” o con “alguien que la acompañe al médico/a cuando lo necesitaba”.

Recordemos que, tal como fue planteado desde la Economía del Cuidado, el Cuidado aparece como el corazón invisible de las desigualdades.

El diseño de líneas de acción y dispositivos en la intersección entre géneros, violencia por motivos de género, diversidad y salud mental, debe considerar que muchas veces no alcanza con que la propuesta exista. También deberá incluirse esta dimensión relativa a los cuidados: si estas mujeres o diversidades se autoperceben como sujetas con derecho al cuidado o no, y si

cuentan con el apoyo social necesario para poder acceder a dichos cuidados.

3. La experiencia del Hospital Esteves

Los avances normativos que tuvieron lugar en nuestro país (Ley N° 26.657), y a nivel de los instrumentos del Derecho Internacional de Derechos Humanos (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) que abordan específicamente los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, no han tenido aún toda la incidencia posible en el abordaje de las violencias por motivos de géneros en el caso de las mujeres y diversidades “diagnosticadas”.⁸ Durante largo tiempo, la dimensión de género ha sido parcial o insuficientemente considerada de las temáticas vinculadas con la salud mental, incluidos los consumos problemáticos de sustancias. De este modo, gran parte de los grupos y organizaciones activas que trabajan por el reconocimiento del enfoque de derechos humanos en salud mental no han tenido suficientemente presente el atravesamiento de discriminación y violencia por motivos de género que padecen las mujeres internadas (Yoma, Buhlman, Buriyovich, 2020). Una vez más, el avance normativo antecede y no resuelve el cambio social necesario, y una vez más, los derechos de las mujeres y diversidades no son parte del activismo en DDHH. Requieren de acciones específicas para su

promoción y protección.

El problema del reconocimiento a los derechos humanos de las mujeres y personas LGBTI+ que se encuentran en centros de internación de salud mental es aún muy poco visible para la sociedad en su conjunto. De igual manera sucede con los equipos profesionales que brindan asistencia y con las mujeres y diversidades violentadas que habitan esas instituciones. Nos encontramos con una situación de vulneración y exclusión que comprende: la discriminación y violencia por motivos de género y discapacidad; la convivencia con representaciones sociales estigmatizantes acerca de los diagnósticos en salud mental; el no cumplimiento de hecho de lo dispuesto normativamente (Aiello y Amendolaro, 2009). En particular, nos hemos encontrado con un escenario de insuficiente reconocimiento a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, pese a estar en contacto con equipos de trabajadores y trabajadoras interesadas en la temática, y en instituciones que demandan a otras instancias estatales su saber y su posibilidad de intervención respecto de estas cuestiones.

Lo que señalan trabajadoras y trabajadores del campo de la salud mental es que la gran mayoría de las mujeres y diversidades internadas han sufrido alguna forma de violencia sexual. De hecho, desde los saberes disciplinares hegemónicos en esos ámbitos se sostiene que la exposición a violencias por motivos de género

(fundamentalmente a la violencia sexual) es de alta prevalencia en las afecciones que motivan los tratamientos que allí se desarrollan. Y también que este tipo de violencias resultan determinantes de los padecimientos mentales y desencadenantes de momentos de reagudización sintomática. Sin embargo, quienes allí trabajan consideran que aún no cuentan con suficientes herramientas, dispositivos y articulaciones interinstitucionales para poder abordar en toda su complejidad las situaciones de discriminación y violencia por motivos de género por las que ha tenido que atravesar este colectivo. Resulta llamativa la vinculación establecida entre violencias sexuales y padecimiento mental y la escasísima “caja de herramientas” que posibilitaría una intervención efectiva, de carácter preventivo y hasta de promoción de la salud en este terreno.

Como hemos mencionado, en el Hospital Esteves se fueron creando distintos dispositivos a medida que la agenda de género se instalaba en escena pública.

Durante 2017 se creó una comisión para abordar esta temática, la misma estaba integrada por trabajadoras de diferentes sectores y contaba con el apoyo del Área de Salud Libre de Violencias del Ministerio de Salud de la Provincia. El objetivo inicial era fortalecer a través de herramientas de capacitación y recursos a las integrantes de la comisión y poder crear un espacio de asesoría tanto para mujeres y diversidades interna-

das como para equipos de salud sobre temas de salud mental y género. Si bien, lamentablemente, el espacio de asesoría no logró concretarse, se produjeron articulaciones con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, que brindó una capacitación para las y los trabajadores interesadas y dejó materiales para replicar esta capacitación.⁹

A partir de 2018 se organizaron en el Centro Comunitario Libremente, que depende del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), dos espacios de talleres abiertos a la comunidad sobre sexualidad y género (Pelatelli y Trigo, 2019). La propuesta surgió a partir de pensar cómo en un programa cuyo objetivo es brindar derechos de ciudadanía a las personas externadas del hospital psiquiátrico, la sexualidad estaba invisibilizada como derecho. Quienes coordinaron estos talleres plantean: “pareciera que el deseo de estas mujeres irrumpe en escenas donde se mezcla con situaciones de riesgo que las ponen en una posición más parecida a ser objeto de otros, que de sujeto. Una posición que las deja en un lugar de extrema vulnerabilidad.” El objetivo de estos talleres, fue promover los apoyos necesarios para ejercer una sexualidad libre de violencias. Recuperar la palabra de las personas usuarias fue el modo de trabajo de esta experiencia que, si bien se discontinuó en la pandemia, dejó marcas salu-

dables en quienes participaron.

Retomando esas experiencias en 2020 y con el apoyo de diferentes áreas del Estado, de distintas jurisdicciones, se comenzaron a proyectar talleres sobre Derechos Sexuales y Reproductivos con el objetivo de generar condiciones de acceso al cuidado como un derecho, de las mujeres y diversidades que se alojaban o atendían en el hospital, en particular en torno al reconocimiento de sus derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.¹⁰

Esta acción culminó con una capacitación y sensibilización para trabajadoras/es de distintos sectores del hospital en 2021. La propuesta fue revisar algunas situaciones de las vidas de estas personas desde el marco que nos brinda el enfoque de géneros y diversidad e incluyendo los recursos que hoy el Estado brinda para dar respuesta a las situaciones de violencia por motivos de género.

Estos talleres sirvieron de diagnóstico en el que pudimos constatar:

- Altísimo grado de vulneración de Derechos
- Invisibilidad social de estas mujeres y diversidades
- Nivel de exposición a la violencia por motivos de género mayor que la de otros colectivos

4. Generar conocimiento para crear nuevas políticas y dispositivos e integrar los existentes

A partir de estos interrogantes y experiencias de intervención, investigación y capacitación, se conformó un equipo dispuesto a generar conocimiento para poder promover el diseño de políticas y dispositivos que incorporen la intersección entre géneros y salud mental.

Subrayando una vez más que el campo de la salud mental no ha sido pensado en clave de género, pero por supuesto se encuentra atravesado por estas desigualdades. Lo que como se dijo fue señalado por profesionales tanto del Hospital Esteves como de otros centros de internación por motivos de salud mental que participaron de las mencionadas capacitaciones.

En las intervenciones actuales de evaluaciones de admisión para la internación continuaría predominando la tendencia a resolver la situación aguda con los recursos disponibles en el hospital psiquiátrico.^{11 12} Pudo observarse que los equipos recurren a categorías que les permiten intervenir en la situación, pero los antecedentes de violencias por motivos de género no suelen considerarse.¹³

Un estudio realizado en Colombia (Dallos Arenales, Pinzón Amad, Barrera González, Mujica Rosas y Menezes Silva, 2008) destaca que la violencia sexual es un problema de salud pública y está asociado con factores

de riesgo y con secuelas físicas y psicosociales.¹⁴ Señala que las víctimas de abuso sexual tienen una incidencia alta de trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico y abuso de Sustancias PsicoActivas. Se encontró que el abuso sexual infantil con penetración estaba asociado con peores síntomas psicológicos y físicos.

Otro estudio realizado en Estados Unidos (O Hare, Shen, Sherrer, 2015) sobre la correlación entre abuso físico de por vida y autolesiones en mujeres con problemas mentales severos señala que dos tercios de las personas encuestadas informaron haber sido abusadas físicamente al menos una vez, y más de la mitad informó de múltiples episodios de abuso. Casi dos tercios tuvieron intentos de suicidio al menos una vez en su vida, y casi la mitad informaron múltiples intentos.¹⁵

Asimismo, un estudio sobre prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres con enfermedades mentales graves (SMI), realizado en India (Shruti, Veena, Geetha, 2013) concluyó que la prevalencia de por vida de la VPI en las mujeres con TMG fue del 22%. La prevalencia del último año de VPI en ellos fue del 20%. Se encontró asociación significativa de VPI con comportamiento suicida, puntajes de depresión, salud física y síntomas somáticos. El informe concluye que la VPI es frecuente en mujeres con TMG y debe abordarse.

La propuesta de investigación involucra indagar la

posible relación entre la violencia sexual y los padecimientos mentales en los procesos de internación por motivos de salud mental. Consideramos que ésta no es aun suficientemente considerada en las evaluaciones que realizan los equipos de salud para la determinación de sus intervenciones terapéuticas (enfoque interseccional). Tomar en cuenta la existencia de antecedentes de violencia sexual podría prevenir internaciones, re-internaciones y probables procesos de institucionalización, y al mismo tiempo, contribuir a impulsar políticas públicas que permitan crear condiciones para que las personas y grupos más afectados por las violencias por motivos de género, puedan desarrollar proyectos de vida autónomos, no signados por las violencias.¹⁶

Visibilizar este correlato facilitará la inclusión del campo de los estudios de género en el de la salud mental.

Una vez indagada esta posible relación y su incidencia, se espera poder impulsar cambios en las prácticas en la atención de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental, que contemplen la inclusión de los antecedentes de violencias sexuales. Asimismo, se propone como producto de esta investigación, la elaboración de recomendaciones para que las autoridades y directoras/es de los hospitales, en conjunto con los trabajadores, realicen protocolos de atención desde un enfoque interseccional, que incluyan los principales

dispositivos y recursos institucionales nacionales y locales en materia de violencias sexuales, que ofrecen los organismos estatales.

Para ello, se realizará de un estudio exploratorio, en la medida que no existen antecedentes de trabajos locales sobre la temática, y a la vez descriptivo, a partir de la pretensión de caracterizar esta problemática en los cuatro hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires.

Las fuentes de información serán entrevistas semi estructuradas con autoridades y equipos de atención de los hospitales y lectura de registros clínicos.

Creemos que se trata de un estudio necesario y novedoso, ya que si bien señalamos antecedentes en otros países sobre esta relación entre violencias por motivos de género y padecimiento mental, no se cuenta hasta el momento con estudios de este tipo en nuestro país.

Bibliografía

Aiello, A. y Amendolaro, R. (2009). Mujeres con discapacidad psicosocial institucionalizadas en Argentina: Reconocimiento pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (6), 72-103. <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-6>

Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de

cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (3), 19-28. <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-3>

Agamben, G. (2017). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Éditions Payot & Rivages.

Bernal, S., López, M., Plantamura M. y Percovich, N. (2021). Promoción de externaciones en un hospital monovalente en la Provincia de Buenos Aires. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, (21), 97-105. http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2021/12/13_Plantamura.pdf

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2007). *Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre derechos Humanos y Salud Mental*. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/vidas-arrasadas-la-segregacion-de-las-personas-en-los-asilos-psiquiatricos-argentinos/>

Centro de Estudios Legales y Sociales, Comisión por la Memoria y Movimiento por la Desmanicomianización en Romero. (2017). *Informe Conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro*

Korn "Melchor Romero". <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>

Dallos Arenales, M., Pinzón-Amado, A., Barrera González, C., Mujica Rojas, J. y Meneses Silva, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 56-65. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n1/v37n1a05.pdf>

Diez, M., Pawlowicz, M., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J., Muñiz, A. y Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Revista Salud Colectiva*, 16, 1-19. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2509>

Di Marco, G. (2003). Movimientos sociales emergentes en la sociedad argentina y protagonismo de las mujeres, *La Aljaba. Segunda Época: revista de estudios de la mujer*, VIII, 15-36. <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc0927299>

Domínguez Mon, A. y Femenías, M. L. (2018). Introducción, *Documento de Trabajo*, (80), 8-14. <https://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/si>

[tes/22/2019/11/dt80.pdf](#)

O'Hare, T., Shen, C. y Sherrer, MV (2016). Abuso físico y sexual a lo largo de la vida y autoagresión en mujeres con enfermedad mental grave. *Violencia contra la mujer*, 22 (10), 1211–1227. <https://doi.org/10.1177/1077801215622576>

OPS – ONU Mujeres. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?ua=1>

Pelatelli, A. y Trigo, C. (2019, agosto). Soy lo que soy [ponencia en congreso]. 1º Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria, UNLP, Argentina.

Riorda, M. y Bentolila, S. (2020). *Cualquiera tiene un plan hasta que te pegan en la cara. Aprender de las crisis*. Paidós.

Rodríguez Enríquez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En A. Giron y E. Correa (Ed.). *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente*, 229-240. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/sursur/iron_correa/22RodriguezE.pdf

[org.ar/ar/libros/sursur/iron_correa/22RodriguezE.pdf](#)

Shruti, N., Veena, A. y Geetha, D. (2013). Prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres con enfermedades mentales graves (SMI). En *Asian Journal of Psychiatry*. Disponible en: www.elsevier.com/locate/ajp

Yoma, S. Buhlman, S. y Burijovich, J. (2020). Capítulo VIII. Aún no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En L. Pautassi (Cord.). *Tratado de géneros, derechos y justicia*. Rubinzal Culzoni Editores.

Notas

1. Agradecemos el respaldo permanente en la consecución de esta línea de trabajo de la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Pcia. de Bs. As., Lic. *Julieta Calmels* y de la Subsecretaria de Programas Especiales contra la Violencia por Razones de Género del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, Dra. *Carolina Varsky*. Asimismo, la valiosísima participación y aportes de la Dra. *Laura Sobredo*, durante la realización de la experiencia en el Hospital Esteves como en la elaboración de este documento de

trabajo. También queremos agradecer a la Lic. *Carlota Ramirez* y a la Lic. *Carina Lavandeira*, por los importantes aprendizajes que nos permitieron sus trayectorias previas en la temática de la Salud Sexual y Reproductiva y No Reproductiva. Finalmente queremos subrayar el antecedente de la creación en 2018 de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital A. Korn.

2. El Hospital Esteves se encuentra en la localidad de Temperley, en la Pcia. de Bs. As. Cuenta con una historia de 114 años, nació como anexo del hospital Moyano y en 1946 logró su autonomía. Fue inicialmente atendido por la Congregación de las Hermanas de la Caridad. En los años 90 llegó a albergar a 2000 mujeres. Durante una investigación que se realizó entre los años 2004 y 2007, la estimación institucional era que en el Hospital Estévez el 70 por ciento de las personas institucionalizadas eran “pacientes sociales”, lo cual significaba que la continuación de su internación se debía a motivos socio-económicos e insuficiente red de contención social/familiar, en lugar de a criterios médicos o de salud mental.

3. Entre ellos se destaca la creación del PREA -Programa de Rehabilitación y Externación Asistida- en 1999 y la de la Residencia para la Externación en 2017, entre otras acciones. Estos dispositivos precedieron y acompañaron los avances normativos en salud mental.

4. ONU: Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objeti-

vo 5. Disponible en: <https://www.un.org/sustainable-development/es/gender-equality/>

5. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Cuidados. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/cuidados>

6. Salud pone en marcha el proceso de transformación en hospitales: Disponible en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/salud_pone_en_marcha_el_proceso_de_transformaci%C3%B3n_en_hospitales

7. Una de las autoras, Roxana Amendolaro, participó como becaria investigadora en la mencionada investigación.

8. Manera en la que se autonominan algunos colectivos de personas con padecimiento mental, que se consideran particularmente vulnerados en sus derechos fundamentales, por haber recibido un diagnóstico estigmatizante en salud mental.

9. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual>

10. Subsecretaría de Programas Especiales contra la Violencia de Género del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la PBA; Dirección Provincial de Equidad de Género, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la PBA; Dirección del Hospital Esteves.

11. Desconociendo la legislación vigente y la “caja de herramientas” de intervención que podrían proveer los dispositivos existentes en materia de: a) Salud Sexual, Reproductiva y no Reproductiva, y b) Violencia por motivos de Género que ofrecen los organismos estatales.

12. Ley Nacional N° 26.657 (LNSM). En particular los Capítulos V y VI y el Decreto Reglamentario 603/13. La reglamentación del Art. 9 de la LNSM establece lo siguiente: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”. Lo que se amplía en la reglamentación.

13. Los avances normativos que tuvieron lugar tanto en Argentina (Ley Nacional de Salud Mental) como a nivel internacional (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) no tuvieron suficiente incidencia en el abordaje de las violencias por motivos de géneros en el caso de las mujeres y diversidades “diagnosticadas”. La dimensión del género no ha sido suficientemente considerada en las temáticas de la salud mental, incluidos los consumos problemáticos de sustancias.

14. Se evaluaron los factores relacionados con la

presentación de trastornos mentales en 55 víctimas de violencia sexual. Se menciona que un 43,6% habían sido violentados en varias ocasiones. El 60% tenía antecedentes de maltrato intrafamiliar y el 87% presentaba algún tipo de alteración en el examen mental al ingreso y se pudo establecer un diagnóstico en el Eje I en el 72,7% de los casos.

15. Este estudio se realizó con una muestra de 242 mujeres en tratamiento por enfermedad mental grave (SMI).

16. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Plan Nacional de Acción contra las Violencias por Motivos de Género 2020-2022. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/generos/plan_nacional_de_accion_contra_las_violencias_por_motivos_de_genero

